

Sini Kalinko ja Sanna Kleimola
Terveydenhoitaja aborttiasiakkaan tukijana
Naisten kokemuksia tunteista ja tuen tarpeesta

Opinnäytetyö
Syksy 2012
Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Sini Kalinko ja Sanna Kleimola

Työn nimi: Terveystieteen opiskelijan aborttiasiakkaan tukijana – Naisten kokemuksia tunteista ja tuen tarpeesta

Ohjaajat: Marja Toukola THM, lehtori ja Raija Tolonen THM, lehtori

Vuosi: 2012

Sivumäärä: 45

Liitteiden lukumäärä: 3

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa naisten kokemuksista ja selviytymiskeinosta, sekä auttaa terveystieteilijöitä kehittämään ohjausta ja neuvontaa naisen voimavaroja huomioivaksi ja tukevaksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä tunteita nainen kokee aborttiproessin aikana, millaista tukea abortin läpikäynyt nainen on kokenut saavansa tunteiden käsittelyyn terveystieteilijältä, sekä millaista tukea abortin läpikäynyt haluaisi saada tunteiden käsittelyyn ja selviytymiseen. Tutkimus keskittyi kokemusten selvittelyyn, ja näin ollen työssä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla haastatteleamalla neljää naista syksyllä 2012. Haastatteluista saadut materiaalit analysoitiin sisällönanalyysillä.

Raskaus herätti ristiriitaisia tunteita ja päätöksen teko oli usein vaikeaa. Tukea tunteiden käsittelyyn ei saatu halutulla tavalla, ja tiedon saannissa oli isoja puutteita, mikä aiheutti pelkoa ja hämmennystä naisten ajatuksissa. Keskustelua terveystieteilijän kanssa olisi haluttu enemmän aborttiproessin eri vaiheissa. Vertaistuelle olisi ollut tarvetta, mikä olisi edistänyt abortista selviytymistä.

Ennen aborttipäätöstä naiset tunsivat yksinäisyyttä, epätoivoa ja negatiivisia tunteita raskautta kohtaan, ja kokivat päätöksen vaikeaksi. Aborttipäätöksen tekeminen nosti pintaan sekavia tunteita, oletuksia ja painetta siitä, onko tekemässä oikein vai väärin. Ennen aborttia naiset kokivat terveystieteilijän antaman tuen olevan riittävää ja riittämätöntä. Aborttitoimenpiteen jälkeen naiset tunsivat helpotusta siitä, että toimenpide oli helppo, kivuton ja ohi. Abortin jälkeen naiset tunsivat fyysistä kipua, turhautumista, surua, sekä häpeän, syyllisyyden ja epätoivon tunteita ja miettivät abortin eettisyyttä. Abortin jälkeen naiset kokivat tunteiden käsittelyyn riittävänä ja riittämättömänä. Terveystieteilijältä toivottiin enemmän empaattisuutta ja ymmärrystä aborttipäätöstä kohtaan, naisilla oli myös toiveita suuremmasta tiedon määrästä, sekä ennen aborttia että sen jälkeen. Tutkimustulokset voivat auttaa terveystieteilijöitä ja muita alan ammattilaisia tukemaan aborttia harkitsevia ja abortin tehneitä.

Avainsanat: Abortti, terveystieteilijä, raskaudenkeskeytyspotilaan kohtaaminen, henkinen tuki, tiedollinen tuki, psyykinen tuki

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health and Social Work

Degree programme: Degree programme in Nursing

Specialisation: Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse

Authors: Sini Kalinko and Sanna Kleimola

Title of thesis: Public health nurse your abortion supporter - Women's experience of emotions and the need for support

Supervisors: Marja Toukola MNSc, senior lecture and Raija Tolonen MNSc, senior lecture

Year: 2012

Number of pages: 45

Number of appendices: 3

The target of this thesis was to produce information about women's experiences and survival-skills, and to help public health nurses to develop the guidance to support women. The purpose of this thesis was to find out what kind of emotions women go through during the abortion process, what kind of support do women feel that they have received, and would want to receive, from a public health nurse in order to process their feelings. The thesis is focused on clarifying experiences and that is why a qualitative research approach was used. Data were collected using theme interviews of four women during the fall 2012. Data collected from interviews were analyzed with content analysis.

Pregnancy aroused conflicting emotions and decision-making was often difficult. Support to the emotion processing was not achieved as desired, and access to the information had major deficiencies. That caused puzzlement for women. More discussion with the public health nurse would have been desired at various stages of abortion. There would have been a need for peer support, which would have contributed to better coping with abortion.

Before the abortion decision women felt loneliness, despair and negative feelings towards pregnancy and experienced a difficult decision. Abortion decision brought mixed feelings, assumptions, and the pressure of whether doing it is right or wrong to the surface. Before the abortion, women felt that public health nurse's support was insufficient and inadequate. After the operation, women felt relief that the operation was easy, painless and over. After an abortion, women also felt physical pain, frustration, grief, shame, guilt and feelings of despair, and wondered about the ethics of abortion. Women also felt that support for emotion processing from the nurse and health care nurse were both adequate and inadequate. Women wanted more empathy from the public health nurse in making the decision to abort. Women also wished they had had more information both before and after the abortion. The research results can help public health nurses and other professionals to support women who have had an abortion or are considering it.

Keywords: Abortion, public health nurse, abortion patient encounters, emotional support, informational support, psychological support

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO	6
2 ABORTTI.....	7
2.1 Aborttilainsäädäntö	8
2.2 Raskaudenkeskeytysmenetelmät	9
2.2.1 Lääkkeellinen keskeytys.....	10
2.2.2 Kirurginen keskeytys	11
2.2.3 Hysterotomia eli pikkusektio	12
3 ABORTTI NAISEN RATKAISUNA.....	13
3.1 Ennen aborttipäätöstä.....	14
3.2 Aborttipäätös.....	15
3.3 Aborttipäätöksen jälkeen.....	16
4 ABORTIN JÄLKEEN.....	17
5 TERVEYDENHOITAJANA ABORTTIASIAKKAAN TUKIJANA	20
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	24
7.1 Aineiston keruu ja tutkimusjoukko.....	24
7.2 Aineiston analyysi	25
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1 Abortin kokeneiden naisten tunteita aborttiprosessin aikana	27
8.1.1 Tunteet ennen aborttipäätöstä.....	27
8.1.2 Tunteet aborttipäätöksen jälkeen	28
8.1.3 Tunteet toimenpiteen aikana	28
8.1.4 Tunteet abortin jälkeen.....	29
8.2 Terveystenhoitajan tuki tunteiden käsittelyyn aborttiprosessin aikana.....	29
8.2.1 Terveystenhoitajan tuki ennen aborttia.....	30
8.2.2 Terveystenhoitajan ja sairaanhoitajan tuki abortin jälkeen	30

8.3 Toivottu tuki aborttiprosessin aikana.....	31
8.3.1 Emotionaalinen tuki	31
8.3.2 Tiedollinen tuki	32
8.3.3 Ei erillisen tuen tarvetta tunteisiin	32
9 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	34
9.1 Opinnäytetyön luotettavuus	34
9.2 Opinnäytetyön eettisyys.....	35
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	37
10.1 Tutkimustulosten tarkastelu	37
10.2 Pohdinta.....	40
10.3 Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys.....	41
10.4 Jatkotutkimusaiheet	41
LÄHTEET	43
LIITTEET	47

1 JOHDANTO

Suomen kunnalliset terveystalvelut perustuvat Terveystenhuoltolakiin (L30.12.2010/1326), jonka mukaan kunnan tulee huolehtia terveystneuvonnasta mukaan lukien ehkäsytneuvonta ja neuvolapalvelut. Suomessa seksuaali- ja lisääntymistpalvelut korostuivat puheenaiheeksi 1960-luvulla aborttikeskusteluissa. Keskusteluissa korostettiin terveystneuvonnan ja seksuaalikasvatuksen tehostamista. Nykypäivään mennessä seksuaali- ja lisääntymisterveyst palvelut ovat kokeneet uudistuksia. Abortti tuli Suomessa lailliseksi vuonna 1950 ja vuonna 1970 laadittiin entistä vapaampi aborttilaki. (L 28.1.1972/66.) Aborttia ja siihen liittyviä kokemuksia on tutkittu Suomessa melko vähän. Rainnon (2004) tutkimuksessa aborttiprosessi on naisen elämän yksi henkilökohtaisimmista ja raskaimmista tapahtumista. Aikaisemmin tehtyjen tutkimusten (esimerkiksi Poikajärvi 1998, Pietarinen 1998) mukaan Suomessa raskaudenkeskeytystpalvelut koetaan hyvänä ja terveystenhuollonammattilaisia pidetään osaavina.

Opinnäytetyössä tuodaan esille abortin tehneiden naisten tunteita ja kokemuksia terveystenhoitajan antamasta ohjauksesta ja tuesta tunteiden käsittelyyn, ja siihen millaista tukea tunteiden käsittelyyn olisi haluttu saada aborttiprosessin eri vaiheissa. Tavoitteena oli nostaa esille arka asia ja kysyä abortin läpikäyneiltä naisilta heidän mielipiteitään. Tavoitteena oli myös kartuttaa omaa ammattitaitoa, ja samalla miettiä omaa suhtautumista aborttiin, kuinka osata olla omassa työssään empaattinen ja puolueeton.

Aihe valittiin, koska terveystenhoitajalle aihe on tärkeä ja ajankohtainen työssään. Suomessa tehtiin vuonna 2011 reilut 10 400 aborttia. Määrä nousi hivenen (2 %) edellisestä vuodesta. (Raskaudenkeskeytykset 2011.) Terveysten edistäminen on iso osa terveystenhoitajan koulutusta ja käytännön työtä. Terveystenhuollon ammattilaisten varassa onkin asiakkaan psykososiaalisen hoidon ja tuen tarpeen huomioiminen. (Seksuaali- ja lisääntymisterveysten edistämisen toimintaohjelma 2007, 108.) Usein keskeytykseen hakeudutaan juuri terveystenhoitajan vastaan-

oton kautta, joten on tärkeää, että terveydenhoitaja osaa suhtautua naiseen ammatillisesti ja syyllistämättä.

2 ABORTTI

Abortti (abortus arte provocatus, aap) on määritelty toimenpitein käynnistetyksi raskauden päättymiseksi. Abortti tulee tehdä ennen 12. raskausviikkoa ja siitä eteenpäin Valviran erikoisluvalla sikiön poikkeavuuden tai muun sosiaalisiin syiden vuoksi. (Raskauden keskeyttäminen 2012. [Viitattu 2.1.2012].)

Valviran luvalla raskaus voidaan keskeyttää myös ennen 24. raskausviikkoa, jos sikiöllä todetaan vaikea poikkeavuus. Lupa aborttiin haetaan valtion, kunnan tai kuntainliiton palveluksessa olevalta virkalääkäriltä tai lääkäriltä, jolla on lupa lausuntoa varten Valviralta. Aborttia voidaan hakea omasta terveyskeskuksesta, jossa lääkäri tekee anamneesin, täyttää vaadittavan lomakkeen, ja kertoo samalla eri keskeytysvaihtoehdoista. Jos aborttia edeltävät tutkimukset tehdään perusterveydenhuollossa, tarvitaan siihen vain yksi sairaalakäynti. Jos tutkimus tehdään sairaalassa, suoritetaan varsinainen toimenpide toisella käynnillä. Ennen toimenpidettä potilaalle tehdään gynekologinen tutkimus, jolla varmistetaan raskauden kesto, synnyttelinten mahdolliset infektiot, rakenneviat ja täydennetään tarvittaessa keskeytyslausuntoa. Samalla kerralla päätetään keskeytystapa ja -paikka, sekä sovitaan jälkitarkastuksesta. (Ala-Fossi & Aho 2004 [viitattu 5.12.2011].)

Abortti on vanhin ja yleisin tapa kontrolloida hedelmällisyyttä maailmassa. Sitä on käytetty kaikissa sosiaaliluokissa päättämään ei-toivottu raskaus (Alex & Hammarström 2004, 160). Aborttien määrä ja epidemiologia vaihtelevat huomattavasti eri maiden välillä. Suomessa tilanne on kuitenkin naapurimaihin verrattuna hyvä. Eroja selittänevät motivaatio ja asenteet tehokkaiden ehkäisyvälineiden käyttöön sekä suhtautuminen suunnittelemattomaan raskauteen ja aborttiin. (Heikinheimo, Suhonen & Gissler 2007, 3503.)

Suomessa aborttien määrä on ollut laskussa viime vuosien aikana, mikä johtuu paljolti nuorten, alle 20-vuotiaiden naisten keskeytysten vähenemisestä. Eniten abortteja tehdään edelleen 20 – 24-vuotiaille naisille. Suomessa sosiaaliset syyt

ovat abortin yleisin peruste (Raskaudenkeskeytykset 2010 [viitattu 27.12.2011]). Aborttipäätökseen voivat vaikuttaa myös esimerkiksi omat elämänarvot ja suunnitelmat, terveys, ikä, parisuhdetilanne, sekä tieto tai epäily sikiön kehityshäiriöstä (Kauranen 2011, 30).

2.1 Aborttilainsäädäntö

Näkemyksiä asenteista ja oikeuksista aborttiin voidaan luokitella sallivuuden mukaan. Toisessa ääripäässä on ehdottoman kielteinen kanta, joka ei hyväksy aborttia missään olosuhteissa, ja toisessa ääripäässä salliva kanta, jonka puolustajat vaativat vapaata aborttia jokaiselle sitä haluavalle. Suomen lainsäädännön mukaan abortti voidaan hyväksyä tietyissä olosuhteissa, tiettyjen ehtojen täytyessä, eli linja noudattelee niin sanottua maltillista linjaa. (Kauranen 2011, 24 -25.)

Suomen ensimmäinen erillinen aborttilaki on vuodelta 1950. Tätä ennen abortti oli rikos. Laittomia abortteja tehtiin paljon, jopa 25000 - 30000 joka vuosi, ja naisille aiheutui niistä huomattavasti terveyshaittoja, muun muassa paljon gynekologisia tulehduksia. Nämä saattoivat myös johtaa naisen kuolemaan. Laki oli sallinut raskauden keskeyttämisen ainoastaan hätätilanteessa, jos naisen oma elämä oli ollut vaarassa. Laki mahdollisti tilanteen, jossa laittomista aborteista tuli sekä kansanterveydellinen että rikosoikeudellinen asia. Vuoden 1970 lakiuudistuksen jälkeen laillisten aborttien määrä kasvoi ja laittomien aborttien määrä romahti. (Eskola & Hytönen 2002, 86.)

Nykyinen aborttilaki tuli voimaan 1970, ja sitä on osittain muutettu vuosina 1978 ja 1985, jolloin keskeyttämisen ajankohtaan tehtiin muutoksia. Uuden lain mukaan naisilla on halutessaan oikeus keskeyttää raskautensa tiettyjen ehtojen täytyessä (Liite 1). Syitä aborttiin voivat olla, lapsen synnyttäminen sairauden, ruumiinvian tai heikkouden vuoksi, mikä vaarantaisi naisen terveyden tai hengen, kun elämänotot ja muut olosuhteet huomioon ottaen lapsen synnyttäminen ja hoito olisi naiselle huomattava rasitus, jos nainen on saatettu raskaaksi esimerkiksi raiskauksen seurauksena, tai jos hän raskaaksi tullessaan on alle 17-vuotias tai yli 40-vuotias, tai kun hän on jo synnyttänyt neljä lasta, kun lapsella on jokin sairaus tai vamma, tai kun jommankumman, tai kummankin vanhemman jokin sairaus tai muu siihen ver-

rattava syy vakavasti rajoittaa heidän kykyään hoitaa lasta. (L 24.3.1970/239 [viitattu 27.12.2011].)

Voimassa oleva laki raskauden keskeyttämisestä sanoo myös, että raskaus on keskeytettävä niin aikaisessa vaiheessa kuin mahdollista. Muun syyn kuin naisella olevan sairauden tai ruumiinvian vuoksi ei raskautta saa keskeyttää 12. raskausviikon jälkeen. Valvira voi antaa luvan raskauden keskeyttämiseen myöhemminkin, ei kuitenkaan 20. raskausviikon jälkeen. Kuitenkin Valvira voi antaa luvan raskauden keskeyttämiseen, jos lapsivesi- tai ultraäänitutkimuksella, serologisilla tutkimuksilla tai muulla luotettavalla tutkimuksella on todettu vaikea sikiön sairaus tai ruumiinvika, ei kuitenkaan 24. raskausviikon jälkeen. Kahden lääkärin päätös tarvitaan, jos raskauden kesto on enintään 12 viikkoa ja synnytys ja lapsen hoito olisivat naiselle huomattava rasitus, raskaus on alkanut raiskauksesta, tai yhdellä tai molemmilla vanhemmilla on huomattavia rajoituksia kyvyssä hoitaa lasta. Riippumatta raskauden kestosta, se voidaan keskeyttää kahden lääkärin päätöksellä, jos raskauden jatkuminen aiheuttaa vaaran naisen hengelle tai terveydelle. Raskauden kestänyt yli 12, mutta alle 20 viikkoa, voi Valvira myöntää luvan raskauden keskeyttämiselle. (Kauranen 2011, 25 - 26.)

2.2 Raskaudenkeskeytysmenetelmät

Keskeytysmenetelmiä on tavallisesti kaksi, kirurginen imukaavinta tai raskauden keskeyttävä lääkitys. Kolmas, mutta harvinaisempi vaihtoehto, on leikkaus eli pikkusektio. Raskausviikoilla 7. – 12. keskeytysmenetelmäksi voidaan valita lääkkeet tai imukaavinta. Mitä aikaisemmin abortti tehdään, sitä tehokkaampi on lääkkeellinen vaihtoehto. Lääkkeellisessä abortissa käytetään kahden lääkeaineen yhdistelmähoitoa. (Ala-Fossi & Aho 2004 [viitattu 5.12.2011].)

Abortin jälkeisiä komplikaatioita on vaikea arvioida. Todetusti verenvuoto abortin jälkeen voi heikentää yleiskuntoa, ja tulehdusriski on kasvanut, kunnes kohtua suojaava limakalvo on muodostunut, ja kohdun kaulakanava sulkeutunut. Hoitamattomana tulehdus voi aiheuttaa myöhemmin jopa lapsettomuutta. Perforaatio, eli kohtuontelon puhkeaminen instrumentin takia, on erittäin harvinainen kompli-

kaatio. Myös psyykkisen puolen komplikaatiot voivat olla abortin jälkeen moninaisia ja niitä on vaikea arvioida. (Eskola & Hytönen 2002, 91.)

Abortin jälkeen nainen saa sairaalasta tarkat hoito-ohjeet jatkoa varten. Toimenpiteen jälkeen nainen tarvitsee kotiutuessaan saattajan tuekseen. Jos abortin tehneellä on hormonaalinen ehkäisy käytössään, voi ehkäisy aloittaa heti tai toimenpiteen jälkeisenä päivänä. Kierukka voidaan laittaa kirurgisen toimenpiteen jälkeen, jälkitarkastuksessa, tai seuraavien kuukautisten aikana. Maidoneritystä voi esiintyä jonkin verran, jos abortti on tehty alkuraskausviikoilla. Mikäli abortti on tehty toisen kolmanneksen aikana, voidaan aloittaa maidoneritystä ehkäisevä lääkitys. Abortin jälkeen jälkitarkastus on aina tarpeellinen, ja se tehdään 2 - 4 viikon kuluttua toimenpiteestä. Siinä tarkistetaan raskaustestillä tai kliinisellä tutkimuksella, että raskaus on päättynyt, kohtu tyhjentynyt, ja toipuminen etenee toivotusti. Mikäli abortti on sujunut ongelmitta, alkavat kuukautiset useimmiten 4 – 7 viikon kuluessa. Abortin ei ole todettu heikentävän hedelmällisyyttä, eikä se lisää keskenmenon tai ennenaikaisen synnytyksen vaaraa. Lisätuen tarpeesta voidaan keskustella jälkitarkastuksen yhteydessä. (Tiitinen 2012. [viitattu 24.1.2012].)

2.2.1 Lääkkeellinen keskeytys

Eniten käytetty aborttimenetelmä Suomessa on lääkkeellinen keskeytys, jossa takaraja raskauden kestolle on enintään 12 + 0 viikkoa. Toimenpiteessä käytetään kahta eri lääkeainetta. Ensimmäinen lääke antiprogestiini mifepristoni (Mifegyne) estää keltarauhashormonin vaikutuksen kohdussa. (Raskauden keskeytys 2012. [viitattu 23.1.2012].) Keltarauhashormoni eli progesteroni on välttämätön hormoni raskauden jatkumisen kannalta. Se otetaan suun kautta sairaalassa, ja sen jälkeen nainen saa lähteä kotiin. Oireina saattaa esiintyä pahoinvointia, vatsakipuja ja veristä vuotoa emättimestä. Kun lääke on otettu, keskeytystä ei enää voi perua, koska lääke aiheuttaa sikiövaurioita. (Kauranen 2011, 81 – 82.)

Toinen lääke, prostaglandiini misoprostoli (Cytotec), otetaan yleensä 1 - 3 päivän kuluttua ensimmäisestä lääkkeestä sairaalassa, ja se annetaan joko suun kautta tai suoraan emättimeen. Lääke saa kohdun supistelemaan ja tyhjentymään verisenä vuotona. (Tiitinen 2012. [Viitattu 23.1.2012].) Keskeytymisen kesto jälkim-

mäisen lääkkeen jälkeen vaihtelee muutamasta tunnista muutamaan vuorokautteen, riippuen raskauden kestosta. Tarvittaessa tehdään vielä kohtuontelon kaavinta. Toimenpiteeseen liittyy usein jonkin verran kipuja, mutta niitä voidaan lievittää kipulääkityksellä. Verinen vuoto on yleistä toimenpiteen jälkeen ja sitä voi esiintyä 1 - 2 viikkoa, joskus jopa pidempään. Lääkkeellisessä abortissa on tärkeää varmistaa, että raskaus todella päättyy, koska lääkitys aiheuttaa sikiöepämuodostumia. (Kauranen 2011, 81 – 82.)

Suomessa lääkkeellinen aborttimenetelmä on otettu käyttöön vasta vuonna 2000. Lääkkeellisesti tehty abortti on turvallinen ja tehokas, varsinkin alle yhdeksän viikon raskauksissa. 70 % aborteista tehdään lääkkeillä ja 98 %:lla se onnistuu. Myöhemmillä raskausviikoilla lääkkeellinen abortti on myös mahdollista, mutta se on hitaampi ja lääkemannos joudutaan useimmiten toistamaan. Sikiön abortoiduttua tarkastetaan, että istukka ja kalvot ovat siistit. Tarvittaessa tehdään kohtuontelon kaavinta. (Tiitinen 2012. [Viitattu 23.1.2012].)

Alkuraskauden lääkkeellisen abortin kokee kivuliaaksi enemmän kuin yhdeksän naista kymmenestä. Harvinainen mutta ikävä haittavaikutus, joka saattaa lääkkeellisen abortin jälkeen johtaa kaavintaan, on runsas verenvuoto. Jälkivuotoa esiintyy keskimäärin 14 – 17 vuorokautta. Parilla prosentilla naisista ilmenee abortin jälkeen pitkittynyttä veristä vuotoa, vatsakipuja ja kuumetta. Tällöin on tehtävä uusi kaavinta, ja tarvittaessa aloitettava myös antibioottihoito mahdollisen infektion hoitoon. (Ala-Fossi & Aho 2004. [Viitattu 23.1.2012].)

2.2.2 Kirurginen keskeytys

Kirurginen imukaavinta tehdään päiväkirurgisena toimenpiteenä nukutuksessa leikkaussalissa, missä kohdunsuuta laajennetaan, ja kohtu tyhjennetään imulaitteella. Tarvittaessa kirurgista keskeytystä helpotetaan antamalla prostaglandiinia (Cytotecia), joka pehmentää kohdunkaulaa ennen laajentamista. Tällöin myös komplikaatioriski pienenee. Kaavinta on nopeampi menetelmä kuin lääkkeellinen keskeytys, ja kotiin pääsee yleensä samana päivänä. Toimenpiteeseen liittyy pieni komplikaatioriski, tavallisimmin runsas verenvuoto. Syynä voi olla istukkakudos-

kappaleiden jääminen kohtuun, jolloin kaavinta toistetaan. (Kauranen 2011, 82 – 83.) Vakavampi komplikaatio on kohdunseinämän repeäminen, joka puolestaan voi johtaa sisäiseen verenvuotoon. Repeäminen selvitetään tarvittaessa vatsaontelon tähystyksellä. Komplikaatioita voi tulla myös anestesiasta, mutta ne ovat harvinaisempia. (Terveyskirjasto, raskauden keskeytys [Viitattu 23.1.2012].) Kirurgista keskeytystä käytetään silloin, kun nainen on yli 35-vuotias, hänellä on vaikea astma, sydänsairaus, tai jokin vaikea yleissairaus esimerkiksi epilepsia tai hyytymishäiriö. (Raskaudenkeskeytys [Viitattu 23.1.2012].)

2.2.3 Hysterotomia eli pikkusektio

Kun keskeytystä ei voida suorittaa lääkkeillä tai imukaavinnalla, on vaihtoehtona leikkaus, niin kutsuttu pikkusektio eli hysterotomia. Hysterotomia on toimenpide, jossa vatsanpeitteisiin ja kohtuun tehdään pieni leikkaushaava, jonka kautta sikiö abortoidaan yleisanestesiassa. Pikkusektiot ovat harvinaisia, vain muutama tapaus vuodessa joudutaan leikkaamaan. Aborttikeinona pikkusektiota tulee ehdottomasti rajoittaa niihin tapauksiin, missä muut menetelmät eivät tule kyseeseen. Leikkauksessa vaarana on, että kohdun limakalvoa pääsee vatsaonteloon, johon kiinnittyessään, se voi aiheuttaa endometrioosin eli kohdun limakalvon pesäkesirottumataudin. Esimerkiksi vuonna 1999 Suomessa pikkusektioita tehtiin vain neljälle naiselle. (Eskola & Hytönen 2002, 91.)

3 ABORTTI NAISEN RATKAISUNA

Raskaus voi alkaa suunnitellusti, yllättäen, toivotusti, ei-toivotusti tai näiden yhdistelmillä. Se voi olla toiveiden täyttymys ja muuttua olosuhteiden pakosta ei-toivotuksi, tai tuntua ensin maailman lopulta ja muuttua ajan kanssa iloksi ja onneksi. Tavallista on sekin, että mieli menee vuoristorataa, ja käsitys raskauden toivottavuudesta vaihtelee. Abortti onkin äärimmäinen keino tilanteessa, jossa raskaus on ei-toivottu tai sikiöllä on todettu vamma tai sairaus. (Kauranen 2011, 17.)

Rainnon (2004) tutkimuksessa naisten hoitokokemuksiin aborttiprosessin eri vaiheissa vaikuttaa terveydenhuollon ammattilaisten käyttäytyminen, ja suhtautuminen aborttia tekevään naiseen. Naiset kokivat aborttiprosessin raskaana, eivätkä he kaivanneet hoitajilta syyllisyyttä lisääviä kommentteja tai negatiivista suhtautumista. Tutkimuksessa selvisi, että abortin tehneet tarvitsisivat enemmän tietoa koko aborttiprosessin ajan.

Myös keskustelu ja läsnäolo ovat tärkeitä aborttipotilaan hoitotyössä kaikissa prosessin vaiheissa: ennen ja jälkeen päätöksentekoa, vastaanottokäyntien yhteydessä ja abortin jälkeen. Etenkin ne naiset, jotka eivät ole varmoja päätöksestään, tarvitsevat keskustelua ennen aborttia. (Poikajärvi 1998, 68 - 69.) Terveystoimittajan tulisi keskustella vastaanottokäynnin yhteydessä luottamuksellisesti tilanteesta, antaa tietoa aborttiprosessin menettelytavoista, keskustella jatkoehkäisystä, ja sopia jälkitarkastuksen ajankohdasta. Hänen tulisi ottaa huomioon myös naisten henkisen tuen tarve, ja mahdollisen tukihenkilön tarve. Tuen saaminen on tärkeässä asemassa, koska abortin läpikäyneelle naiselle kokemus on osa hänen lopuelämänsä. Koska abortin tehneen kumppanilla ja muilla läheisillä on merkitystä naisen aborttikokemuksessa, asiaa olisi hyvä käsitellä hoitosuhteessa ottamalla läheiset huomioon naisen yksilöllisten toiveiden mukaan. (Kun ei-toivottu raskaus yllättää 2012. [Viitattu 1.11.12].)

3.1 Ennen aborttipäätöstä

Nainen hakeutuu terveydenhuollon palveluihin yleensä siinä vaiheessa, kun hän epäilee tai toteaa olevansa raskaana. Aina ei ole riittävästi tietoa siitä kuinka menetellään aborttia suunniteltaessa. Laki raskaudenkeskeytyksestä mahdollistaa sen, että nainen itse päättää sisällään kasvavan sikiön kohtalosta. Ennen aborttia naisen on tehtävä valinta yhden tai useamman vaihtoehdon välillä. Vaihtoehto abortille voi olla esimerkiksi adoptio. Joskus ei-toivottua raskautta ei työstetä tarpeeksi, ja päätös abortista syntyy hätiköiden. Harkinta-aika on kuitenkin rajallinen, ja sen puitteissa aborttipäätöstä ei tulisi pitkittää. Hormonaaliset muutokset, kuten fyysinen väsymys ja pahoinvointi, voivat osaltaan sekoittaa naisen mielialaa ja täten vaikuttaa aborttipäätöksen syntymiseen. Epätodellinen olo on tilanteessa yleinen reaktio. Naisen tulisikin mielen rauhoittamiseksi ja tunteiden selventämiseksi hyödyntää erilaisia apukeinoja, joiden avulla tehdä itselle oikea ratkaisu. Yksi apukeino on esimerkiksi vertaistuki, jolloin voi kuunnella samanlaisissa tilanteissa olevien ajatuksia tai jo abortin tehneitä. Usein järki ja tunteet kulkevat eri reittejä ja vaikeuttavat ajatuksia. Terveydenhoitaja voi olla tukena vaikeassa tilanteessa, ja kertoa olemassa olevista vaihtoehdoista. Ennen lopullisen aborttipäätöksen tekemistä korostuvat odotukset ohjauksen yksilöllisyydestä ja tiedollisesta pätevyydestä sekä ei-asenteellisesta suhtautumisesta. (Poikajärvi 1998, 15 – 41.)

Aborttiharkintatilanteet ja –olosuhteet ovat hyvin yksilöllisiä. Yksilöllistä on myös se, mitkä seikat lopulta vaikuttavat tilanteeseen, jossa aborttiin päädytään, ja millä tavoin. Aborttipäätökseen vaikuttavia tekijöitä on monenlaisia. Siihen voivat vaikuttaa muun muassa henkilökohtaiset elämänarvot ja suunnitelmat, ikä, terveys, perhe- ja parisuhdetilanne, sekä myös läheisten ja ympäristön oletetut tai todelliset toiveet, odotukset tai vaatimukset, julkisen keskustelun luomat normit ja paineet, sikiön vointi, naisen ja äidin roolimallit sekä lukuisat muut asiat. (Kauranen 2011, 30.)

3.2 Aborttipäätös

Kun raskaus on todettu, nainen varaa ajan neuvolasta, terveyskeskuksesta tai yksityislääkäriltä. Käynnin yhteydessä selvitetään naisen yleistila, tehdään gynekologinen tutkimus, ja otetaan laboratoriokokeita sekä irtosolu- ja klamydianäytteet. Lääkäri ja hoitaja haastattelevat naista, ja keskustelun aikana lääkäri täyttää niin sanotun lausunnonantajalääkäriin lähetelomakkeen toimenpidettä varten. Lääkäri tai terveydenhoitaja kertovat naiselle hoitoon liittyvät käytännön toimenpiteet, ja keskustelevat mieltä askarruttavista kysymyksistä ja peloista. Kirjallisena saadut ohjeet toimenpiteestä, jälkihoidosta ja ehkäisystä auttavat naista käymään asioita läpi vielä kotona. Abortti on aina jonkinasteinen psyykkinen kriisi, vaikka se voi olla naiselle myös myönteinen ja helpotusta tuottava asia. Aborttipäätös tehdään yksilöllisesti, ja se liittyy erottamattomasti naisen elämäkokonaisuuteen. Päätös ei synny erikseen nimettävien syiden vuoksi, vaan se tapahtuu aikaisempien kokemusten, nykyisen elämäntilanteen ja tulevaisuuden suunnitelmien yhdistyessä erottamattomaksi kokonaisuudeksi päätöksenteossa. (Eskola & Hytönen 2002, 89.)

Raskauden hormonaaliset muutokset saattavat aiheuttaa myös fyysisiä oireita, mikä voi vaikeuttaa päätöksen tekemistä. Aborttipäätöksen ei tulisi perustua kenenkään toisen painostukseen. Mitä enemmän kokee, että päätös on oma, itse valittu, sitä helpompaa on yleensä jälkeenpäin asian kanssa elää. Ratkaisun etsiminen on usein tasapainoilua tunteen ja järjen välillä. Lopullinen aborttipäätös onkin raskaana olevan naisen vastuulla. (Kauranen 2011, 49 – 55.)

Aika toimenpidettä varten varataan yleensä puhelimitse sairaalasta, jossa toimenpide suoritetaan. Naiselle varataan aika sairaalaan aborttia varten, ja jälkitarkastukseen aika terveyskeskukseen tai sairaalaan. Tavoitteena olisi abortin varhentaminen nopeuttamalla asioiden etenemistä. (Eskola & Hytönen 2002, 89.)

3.3 Aborttipäätöksen jälkeen

Aborttipäätökseen on oikeus olla tyytyväinen ja mahdollisuudestaan valita saa iloita. On tietysti myös luonnollista, että aborttipäätökseen liittyy ikävää ja suruakin. Lasta ja omaa äitiyttä on jokaisella oikeus surra, vaikka päätös olisikin ollut oma, ja tuntuisi oikealta. On ymmärrettävää, että vauvojen näkeminen tai niistä puhuminen saa tunteet nousemaan pintaan. Usein suru helpottuu vain suremalla, sitä ei saisi sulkea sisäänsä. Pidemmän päälle itsesyytöksiin uppoutuminen ei kannata, vaan aborttipäätös täytyy käsitellä ja sen saa lopulta hyväksyä. Tärkeää on muistaa myös, että naisen ei tarvitse rangaista itseään päätöksen jälkeen. Naisella on oikeus pitää itsestään huolta kaikin tavoin, ja tuntea juuri sellaisia tunteita kuin tuntee, niin kevyitä kuin kipeitäkin. Kaikenlaisista tunteista on hyvä puhua. Ajatuksia voi purkaa ystävälle tai jollekin turvalliselle ja luotettavalle aikuiselle, tai vaikkapa kirjoittaa niitä paperille. Ja jos tuntuu siltä, niin ei saa epäröidä hakea myös ammattiapua. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 232 – 239.)

4 ABORTIN JÄLKEEN

Kun ei-toivottu raskaus päättyy aborttiin, henkinen prosessi yleensä jatkuu edelleen. Tämän prosessin kulku on erilainen eri ihmisillä, ja näin ollen mitään kaikille yhteistä tietä tai yhtä oikeaa reagointitapaa tai tunneaikataulua, ei ole olemassaakaan. Kaikilla aborttiin ei liity mitään suurempia psyykkisiä myllerryksiä ennen tai jälkeen toimenpiteen, ja tunteet voivat olla positiivisiakin. Toiset toipuvat suunnilleen samalla aikataululla fyysisen toipumisen kanssa. Osalla asian työstäminen vie kuukausia tai jopa vuosia. Joskus käy myös niin, että oma suhtautuminen muuttuu ajan mittaan, ja se mikä aluksi on tuntunut ongelmattomalta, alkaa mietittyä vasta ehkä vuosien päästä esimerkiksi tilanteessa, jossa perheen perustaminen tulee ajankohtaiseksi. Joskus ratkaisu voi tuntua tapahtumahetkellä ylitspesäsemättömältä, mutta jälkikäteen varmistua oikeaksi ratkaisuksi. Joka tapauksessa, keskustelun ja tuen tarve ei ajoitu erityisesti mihinkään prosessin vaiheeseen, vaan tukea kaivataan ennen päätöksentekoa, vastaanottokäynnin yhteydessä ja abortin jälkeen. (Poikajärvi 1998, 68 – 81.)

Abortin tekeminen aiheena on moniulotteinen ja ristiriitainen, ja sen näkökulmien pohtiminen kiihottomasti on haastavaa kenelle tahansa. Naisten aborttikokemuksia ja aborttiprosessiin liittyviä tutkimuksia on Suomessa tehty melko vähän. Rainto (2004), Pietarinen (1998) ja Poikajärvi (1998) ovat tutkineet abortin tehneiden naisten tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Tutkimuksissa ilmeni muun muassa, kuinka naiset kokevat aborttiprosessin yksilönä, johon vaikuttaa senhetkinen elämäntilanne. Valitut tutkimusmenetelmät, -asetelmat ja -kysymykset sekä käsitteiden määrittely osaltaan vaikuttavat siihen, millaisia tuloksia ja vastauksia tutkimuksissa saadaan.

Poikajärvi ja Mäkelä (1998) laativat Stakesin raportin, jonka mukaan abortin läpikäyneet kokivat negatiivisena toiminnan rutiininomaisuuden. Raportissa tuli esiin myös naisten keskustelun tarve psyykkisistä vaikutuksista, halu puhua enemmän asioista ennen ja jälkeen abortin. Tiedon tarve koettiin tärkeäksi osaksi aborttiprosessia. Naiset toivoivat terveydenhuollon ammattilaisilta inhimillisempää ja ystäväl-

lisempää kohtelua. Ahdistavaksi koettiin syyllistävä käytös ja moralisointi. Osa naisista toivoi saavansa tukea keskusteluryhmien ja vertaistukiryhmien kautta.

Salinin (1995) tutkimuksessa abortin tehneet naiset toivoivat, että huomio kiinnittyisi naisen tunnetilaan, vaikka senhetkiset tunteet eivät olisikaan kovin näkyviä. Abortin tehneet toivoivat eniten hoitajien kiinnittävän huomiota psyykkisen tuen tarpeen huomioimiseen ja tuen antamiseen abortin jälkeen. Naiset toivoivat myös, että heidät huomioitaisiin kokonaisvaltaisesti. Hoitajien tulisi ottaa huomioon naisen elämänarvot ja tulevaisuuden päämäärät. Naiset esittivät toiveen myös neuvoista, siitä kuinka he voisivat saada sosiaalista tukea, ja mistä apua haetaan. He toivovat enemmän tietoa siitä, mistä saisivat apua psyykkisissä ongelmissaan, ja miten mahdollista jälkimasennusta voitaisiin hoitaa. Naiset toivovat lisää keskustelumahdollisuuksia hoitajien kanssa, erityisesti sitten kun fyysinen vointi sen sallii. (Salin 1995, 66 - 68.)

Tunteiden heräämiseen ei voida juurikaan vaikuttaa tietoisesti ja ne tulevat ja menevät, milloin mihinkin ylläkkeisiin liittyen. Yleensä ei voi vain päättää olla tuntematta. Tunteet voivat purkautua fyysisenä tai psyykkisenä oireiluna tai kipuina. Kauranen (2011) sanoo kirjassaan, että tunteita ei pitäisi pelätä ja olisi toipumisen kannalta tärkeää oivaltaa, että ei ole vaarallista tuntea. Tuntemisesta ei mene rikki ja tunteita läpi elämällä niistä voi pikkuhiljaa irrottautua, päästää irti ja lakata kantamasta taakkaa.

Abortin jälkeinen masennus on tyypillinen traumaattisen kokemuksen jälkeinen reaktio. Lähtökohta on luonnollisten äidintunteiden ja abortin todellisuuden ristiriita. Normaalin suruprosessin läpikäyminen voi olla vaikeaa, koska menetyksen myöntäminen nostaa esille kysymyksiä mikä on oikein ja mikä on väärin. Abortin tehneellä on tarve kehittää menetelmiä hallita tuskallisia tunteita. Reagointi on yksilöllistä ja toisilla se tapahtuu vasta vuosien tai vuosikymmenien kuluttua. Abortti jättää lähes aina jäljen. Toipumisen kannalta on tärkeää saada puhua tapahtuneesta, siihen liittyvistä ajatuksista ja tunteista. Monella abortin läpikäyneellä ensimmäinen tunne on varmasti helpotus. Kriisi on ratkaistu, toimenpiteestä selvitty ja elämä jatkuu. On kuitenkin yksilöllistä, miltä asia jälkeenpäin tuntuu, ja kuinka pitkään sen työstäminen kestää. Abortti voi joillekin olla voimaannuttava kokemus, joka vahvistaa näkemystä siitä, että omilla valinnoillaan pystyy vaikuttamaan elämään-

sä. Syyllisyyttä tai häpeää ei tarvitse yrittää väkisin kaivella itsestään, jos ei siltä tunnu. Konkreettiset teot, kuten vaikka muistokynttilän sytyttäminen, saattavat auttaa menetyksen käsittelyssä. Joskus abortti saattaa myös kaduttaa. Silloin kannattaa palauttaa mieleen, miten asiat päätöksen hetkellä olivat ja miksi päätyi tekemään abortin. Jälkiviisaus on aina helppoa, mutta usein epäreilua. (Kauranen 2011, 116 – 127.)

5 TERVEYDENHOITAJANA ABORTTIASIAKKAAN TUKIJANA

Naiset voivat usein jäädä vaille henkistä apua, ja juuri siksi naisia tulisi pyrkiä auttamaan jo siinä vaiheessa, kun päätöstä abortista tehdään. Terveystenhoitaja on yksi tärkein tukija aborttia harkitsevalle. Terveystenhoitaja voi kehottaa naista pysähtymään ja miettimään ratkaisua rauhassa. Mitä selkeämmältä naisen aborttiajatus tuntuu, sitä paremmin tämä siitä selviää eteenpäin. Tärkeää on tukea naisen omaa pohdintaa, ja tukea naista antamalla eri ratkaisuvaihtoehtoja. Aborttia harkitseva on kuitenkin oman elämänsä asiantuntija, ja terveystenhoitajan tulee vahvistaa naisen positiivisia selviytymisodotuksia. Terveystenhoitaja voi esittää aborttia harkitsevalle avoimia kysymyksiä, joihin vastauksen saaminen voisi helpottaa ratkaisun tekemistä. Aborttipäätöstä tulisi miettiä tunteella ja järjellä, ja miettiä, mitkä seuraamukset voisivat olla, jos asia ratkeaa parhain päin. Tärkeää on eri vaihtoehtojen kiireetön tarkastelu, miettiä yhdessä mitä hyvää ja huonoa kussakin ratkaisussa on. Terveystenhoitaja voi kehottaa puhumaan asiasta myös läheisten ihmisten kanssa, joihin nainen voi tarvittaessa turvautua ja luottaa. Vaikka kukaan ei voi tehdä ratkaisuja toisen puolesta, voi omien ajatusten ääneen puhuminen selkiyttää, ja tätä kautta läheisten näkökulmat voivat avartaa asiaa. Olisi tärkeää, että abortin tehneellä on joku jolle voi puhua, ja joku joka kuuntelee ja hyväksyy tilanteen sellaisena kun se on. Ammattiavun tulisi olla helposti saatavilla, eikä naisella saisi olla korkeaa kynnystä avun hakemiseen. (Kauranen 2011, 54 – 74.)

Käytöksellään terveystenhoitaja viestittää tahtomattaankin omia asenteitaan, joten tukeakseen aborttia harkitsevaa on työstettävä omia tunteitaan ja ajatuksiaan abortista (Kauranen 2012 [Viitattu 24.1.2012]). Terveystenhoitajalta vaaditaan herkkyyttä toimia siten, että syyllistämistä vältetään, ja prosessi saadaan sujuvasti etenemään (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2009, 26 - 40). Joissakin tapauksissa abortti voi kuitenkin tarjota hyvän tilaisuuden keskustella luotettavamman ehkäisyyn puolesta, ja motivoida sen käyttöön. Erityisesti naiset, jotka hakeutuvat huonosti terveystenhoitopalveluiden piiriin, hyötyvät ehkäisyneuvonnasta. (Suho- nen & Heikinheimo 2008, 457 - 461.)

Terveydenhoitajan rooli abortin tehneen tukijana on suuri. Näissä kontakteissa korostuvat asiallinen kohtaaminen, luottamuksellisuus ja hienotunteisuus. Terveydenhoitajan tulisi erilaisilla hoitotyön auttamiskeinoilla auttaa abortin tehnyttä psyykkisten ja sosiaalisten vaikutusten käsittelyssä, neuvoa avun saamisessa, ja tukea naista hänen päätöksessään. (Pietarinen 1998, 53; Salin 1995, 82 - 83.) Terveydenhoitajan tulisi keskustella abortin tehneen kanssa tunteista, sekä kertoa, mistä abortin läpikäynyt nainen voi saada keskusteluapua ja psyykkistä tukea (Harris 2004, 105).

Henkinen ja fyysinen tuki korostuvat abortin kokeneen hoitotyössä. Tuki voi olla luonteeltaan emotionaalista, informatiivista ja konkreettista. Terveydenhoitajalla tulee olla riittävästi herkkyyttä naisen kohtaamiseen, ja hänen tulee muistaa, että hoitotyössä henkilökunnan käyttäytyminen ja asennoituminen aborttiin vaikuttavat naisen hoitokokemukseen. (Rainto 2004, 42 - 47.)

Etenkin silloin, kun abortin tehnyt kokee olevansa ”vähillä voimavaroilla”, on tärkeää, että terveydenhoitaja saa prosessin sujumaan ilman ylimääräistä naiselle aiheutettua stressiä. Poikajärven (1998) tutkimuksen mukaan potilaat voivat olla ajoittain niin väsyneitä ja masentuneita tilanteeseensa, että he kokevat pienenkin terveydenhoitajalta saadun avun helpotuksena. (Poikajärvi 1998, 37 – 40).

Poikajärvi (1998) ehdottaa tutkimustulostensa perusteella, että vastaanottokäynnin yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilön tulisi automaattisesti keskustella potilaan kanssa raskauteen ja aborttiin liittyvistä tunteista, ja antaa tukea kokemusten käsittelyssä. Terveydenhuollon ammattilaiset voisivat rohkaista abortin tehneitä käyttämään esimerkiksi erilaisia selviytymisstrategioita. Naiset saattavat kokea psykologin liian vieraana tai etäisenä vaihtoehtona, joten paras henkilö naista tukemaan voisi olla terveydenhoitaja, sairaanhoitaja tai lääkäri. (Poikajärvi & Mäkelä 1998, 29–30, 48.)

Terveydenhoitajan tulisi huomioida jokaisen naisen elämäntilanne yksilöllisesti. Jokaisen naisen tausta on erilainen. Raskauteen johtaneet tilanteet, naisten toiveet ja edellytykset tulevaisuuden suhteen vaihtelevat. Terveydenhoitajan tulisi huolehtia abortin tehneen oikeuksista ja itsemääräämisoikeudesta. Terveydenhoitajan tulisi myös kunnioittaa ja arvostaa kaikkia. Jokaisen asiakkaan tulisi saada ilmaista omat henkilökohtaiset toiveensa, huolensa ja tarpeensa kannustavassa ja

empaattisessa ilmapiirissä. Terveydenhoitajan tulisi kohdata jokainen asiakas yksilöllisesti, ilman ennakkoasenteita sekä varmistaa, että nainen saa tukea ilman että nainen tuntee syrjintää tai tuomitsemista aborttipäätöksensä vuoksi. (Likis & Simmonds 2004.)

Terveydenhoitajan velvollisuus on pyrkiä olemaan tietoinen omista tunteistaan, ajatuksistaan ja näkemyksistään ja pyrkiä pitämään niiden vaikutus ammattiroolissaan niin vähäisinä kuin mahdollista. Terveydenhoitajalla on oikeus omiin näkemyksiinsä, mutta hänellä ei ole oikeutta vaatia potilaana olevaa naista ajattelemaan samoin. Jos on tietoinen omista ajattelutavoistaan, on helpompi minimoida niiden vaikutus keskustelutilanteissa. Täysin neutraalin tuen antaminen on vaikeaa, koska omat arvot tulevat väistämättä jossain määrin esille vuorovaikutustilanteissa. (Kauranen 2011, 127.)

Terveyden edistämisestä puhuttaessa voimavarakeskeinen (empowerment) lähestymistapa tarkoittaa prosessia, jonka kautta ihmisellä on aikaisempaa isompi mahdollisuus vaikuttaa, ja osallistua omaan terveyteensä liittyvään päätöksentekoon. Pyrkimyksenä on toteuttaa terveyden edistämisen perusarvoja, mitä ovat voimavarakeskeisyys, tasa-arvo, yhteistyö ja osallistumisen sisäistäminen toimintaa ohjauksiksi periaatteeksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 15 - 20.)

6 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa naisten kokemuksista ja selviytymiskeinosta, sekä auttaa terveydenhoitajia kehittämään aborttiohjausta ja neuvontaa naisen voimavaroja huomiovaksi ja tukevaksi. Samalla tavoitteena oli kehittää omaa ammattitaitoa tulevana terveydenhoitajana.

Tarkoitus oli selvittää abortin tehneiden naisten kokemuksia ja ajatuksia aborttiosonssin aikana ja sen jälkeen. Lisäksi selvitettiin minkälaista tietoa ja tukea abortin tehneet naiset olisivat toivoneet terveydenhoitajalta ennen ja jälkeen toimenpiteen. Tässä työssä aborttiosonssi pitää sisällään ajan, joka alkaa ennen aborttipäätöstä ja loppuu jälkitarkastukseen. Opinnäytetyö liittyy Maa- ja metsätaloushankkeeseen.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Mitä tunteita abortin tehnyt kokee osonssin aikana?
2. Minkälaista tukea abortin läpikäynyt kokee saaneensa tunteiden käsittelyyn osonssin aikana terveydenhoitajalta?
3. Minkälaista tukea abortin läpikäynyt haluaisi saada tunteiden käsittelyyn osonssin aikana?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksella selvitettiin, mitä tunteita nainen kokee aborttiprosessin aikana, millaista tukea abortin läpikäynyt nainen on kokenut saavansa tunteiden käsittelyyn terveydenhoitajalta, sekä millaista tukea abortin läpikäynyt haluaisi saada tunteiden käsittelyyn. Tutkimus keskittyi kokemusten selvittelyyn, ja näin ollen työssä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta. Laadullisen tutkimuksen perimmäinen tarkoitus on tosielämän kuvastaminen kokonaisvaltaisesti, tarkoituksena ei ole todentaa jo olemassa olevia väitteitä, vaan löytää tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161 - 164.) Laadullinen tutkimus pyrkii tutkimaan luonnollisia tilanteita, joiden tutkiminen kokeilla, tai muulla tavalla, ei ole mahdollista. Laadullinen tutkimus suosii myös induktiivista analyysia, tällöin haastatteluista saatua aineistoa tarkastellaan yksityiskohtaisesti ja monin eri tavoin. Siten merkittävimmät seikat tulevat esiin aineistolähtöisesti eikä tutkijalta. Tutkimuksen pyrkimys on ymmärtää tutkittavaa, sekä sen syy-seuraussuhteita. Tutkimuksessa tutkittavien naisten näkökulmille ja kokemuksille annetaan tilaa, ja perehdytään ilmiöön liittyviin tunteisiin ja ajatuksiin. (Metsämuuronen 2006, 88.) Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoitus tarkastella tutkimusaineistoa yksityiskohtaisesti ja monipuolisesti, sekä paljastaa odottamattomia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2009, 152).

7.1 Aineiston keruu ja tutkimusjoukko

Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua (Liite 2) (Hirsjärvi & Hurme 2001, 67 - 68). Tyypillistä teemahaastattelussa on, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa. Kysymysten tarkka järjestys ja muoto puuttuvat. Etuna haastattelussa on myös se, että aineiston keruuta voidaan säädellä tilanteen mukaan vastaajia myötäillen. Haastattelussa on mahdollista kysellä perusteluja vastauksille tai pyytää täsmennyksiä vastauksiin. (Eskola ja Vastamäki 2007, 27 – 28.) Haastateltaviksi valittiin abortin tehneet naiset, joiden kokemuksia tutkittiin teemahaastattelun avulla. Aineisto kerättiin neljältä lähipiirimme abortin tehneeltä naiselta, jotka

olivat iältään 24 - 33 vuotta. Kaikki haastatteluun osallistuneet naiset olivat parisuhteessa raskaaksi tullessaan. Todetut raskausviikot aborttia tehdessä ajoittuivat 8. – 13. raskausviikon välille. Aborteista oli haastatteluhetkellä kulunut aikaa neljästä kuukaudesta yhdeksään vuoteen. Teemahaastattelurunko koostui haastateltavan taustatiedoista, haastateltavan koetuista tunteista aborttiprosessin aikana, terveydenhoitajan antamasta tuesta aborttiprosessin aikana, ja siitä millaista tukea haastateltava olisi toivonut saavansa tunteiden käsittelyyn aborttiprosessin aikana. Teemahaastattelurunko koottiin tutkimusongelmien mukaan. Niiden pohjalta valittiin avoimia kysymyksiä, jotka olivat kaikille haastateltaville samat. Tarvittaessa tehtiin täydentäviä kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä käytettäessä tutkittaville tarjottiin mahdollisuus kertoa kokemuksistaan ja ajatuksistaan vapaamuotoisesti, ohjaamatta tutkittavaa valmiiksi tehtyihin vastausvaihtoehtoihin. Vapaamuotoisten vastausten avulla pystyttiin havainnoimaan tutkittavaa koskettavat asiat ja tunteiden voimakkuus aiheeseen. Tutkittavien tietämys tutkittavaan asiaan oli helpommin tulkittavissa, kun käytettiin avoimia kysymyksiä. Haastatteluihin osallistuttiin yhdessä, siten että toinen haastatteli ja toinen teki havaintoja vieressä. Molemmat tutkijat haastattelivat kaksi naista.

7.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, jonka kautta analysoitiin dokumentteja, ja koetettiin muodostaa tutkittavasta asiasta tiivistetty kuvaus. Dokumentteja voivat olla esimerkiksi keskustelu, kirja tai haastattelu. Haastattelutulokset luokiteltiin aineistolähtöisen merkityksen perusteella. Aikaisemmat havainnot, teorit tai tiedot tutkittavasta asiasta eivät vaikuttaneet analyysin toteutukseen tai lopulliseen tulokseen. Teorian tarkoitus analyysiosuudessa oli ohjata analyysin toteutusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 105 – 106.)

Analyysia voidaan toteuttaa deduktiivisesti eli teorialähtöisesti tai induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Tutkimuksessa käytettiin sisällönanalyysissa induktiivista menetelmää. Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen kaikki neljä haastattelua litteroitiin sanasta sanaan, jonka jälkeen tutkimustehtävän mukaisesti alettiin etsiä esille

nousevia sanoja ja asioita. Vastaukset luettiin läpi monta kertaa, ja sisällönanalyysi aloitettiin pelkistämällä tutkimusaineisto. Aineiston ryhmittelyssä pelkistetyt ilmaukset käsiteltiin tarkasti, ja aineistosta etsittiin eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut koottiin ja ryhmiteltiin yhdeksi luokaksi, jonka jälkeen samansisältöisiä luokkia yhdisteltiin yläluokiksi. Aineisto tiivistyi luokiteltaessa, yksittäiset sanat sisältyvät yleisempiin sanoihin. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuudet. Aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn jälkeen aineistosta erotettiin tutkimukselle olennainen tieto. (Helsti 2005, 155–156.) Analyysiyksiköt eivät olleet valmiiksi harkittuja aineistolähtöisessä analyysissä, näin ollen ne muotoutuivat vähitellen tutkimusaineistoon perehtyessä. Analyysiyksiköt muodostuivat aineistoa tulkittaessa, vastaten näin ollen tutkimuksen tehtävään ja tavoitteeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73 - 79.) Tutkimusaineiston vastauksista otettiin esiin naisten tunteita, saatua ja toivottua tuen tarvetta aborttiprosessin aikana. Aineistoa havainnollistamaan käytettiin lainauksia saaduista vastauksista.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Aborttiin ja sen jälkeiseen hoitoon osallistuvat hoitajat eivät välttämättä ole kaikki olleet terveydenhoitajia, vaan he ovat voineet olla myös muita hoitotyön ammattihenkilöitä.

8.1 Abortin kokeneiden naisten tunteita aborttiprosessin aikana

Haastatteluissa naiset kertoivat tunteista, mitä he kokivat aborttiprosessin aikana. Naisten tunnereaktiot vaihtelivat, yhden naisen sanojen mukaisesti vuoristoratamaisesti. Päällimmäisiksi tunteiksi kiteytyi sekavuus, ristiriitaisuus ja helpotus.

8.1.1 Tunteet ennen aborttipäätöstä

Ennen aborttipäätöstä naisten tunteet jakoutuivat kahtia. Yhdelle haastattelun naisista päätös raskauden keskeyttämisestä oli selvä, kun taas muut kokivat päätöksen hyvinkin vaikeaksi. Päätöksen selväksi kokenut nainen tunsi alusta asti olevansa varma aborttipäätöksestään.

”Mulle oli alusta asti heti selvää että mä haluaisin keskeyttää että se nyt herätti vaan negatiivisia tunteita...”

Haastatelluista naisista kolme oli sitä mieltä, että päätös abortista oli vaikea ja se herätti paljon ristiriitaisia tunteita. Päällimmäisiksi tunteiksi nousivat yksinäisyys, epätoivo ja sekavuus.

”Raskaus herätti sekavia tunteita, ensimmäisenä iski epätoivo.. tunteet vaihtelivat ylös ja alas vuoristoratamaisesti...”

8.1.2 Tunteet aborttipäätöksen jälkeen

Aborttipäätöksen jälkeiset tunteet olivat kaikilla haastateltavilla samansuuntaisia. Päätöksen tekeminen nosti pintaan paljon sekavia tunteita, olettamuksia, tietämättömyyttä, hämmennystä ja painetta siitä, onko tekemässä oikein vai väärin. Tällöin korostui myös naisten tiedon tarve tulevaa toimenpidettä kohtaan. Naiset kokivat osaltaan myös helpotusta tai ahdistusta siitä, että vaikea päätös oli tehty.

”Olo ei ollut päätöksen jälkeen varsinaisesti helpottunut. Ahdistavaa oloa oli koko ajan sekä paine siitä, onko tekemässä oikein vai väärin...”

”Musta tuntuu että mä olisin löytänyt netistäkin ne kaikki paremmin.. et kuinka se tapahtuu ja kuinka menöö.. ”

8.1.3 Tunteet toimenpiteen aikana

Keskeytykset suoritettiin sairaalassa kaavinnalla ja raskauden keskeyttävällä lääkeyksellä kotona. Kaikki naiset olivat kuitenkin ainakin osan aikaa keskeytysprosessista sairaalahoidossa. Toimenpiteen aikaisilla tunteilla tarkoitetaan tuntemuksia sairaalassaoloajasta. Tältä ajalta päällimmäisinä tunteina pelko, helpotus ja kokemus siitä, että toimenpide itsessään oli helppo. Muutamalla vastaajista keskeytystoimenpiteen aikaista pelkoa lisäsi naisten tietämättömyys. Naiset olisivat halunneet, että heille olisi kerrottu mitä tehdään ja minkä takia.

”Nukuttaminen pelotti...”

”Mua oltiin niin peloteltu siitä, että siitä tuloo lähes yhtä kovia supistuksia kuin synnytyksessä.. mä olin vain yllättyneenä että menipäs kaikki hyvin...”

8.1.4 Tunteet abortin jälkeen

Abortin jälkeen lähes kaikki vastanneet kokivat jonkinlaista henkistä ja fyysistä kipua. He miettivät toimenpiteen eettisyyttä, ja tähän liittyen häpeän, syyllisyyden ja epätoivon tunteita. Kolme naisista koki myös surua siitä, että toimenpide on peruuttamattomasti ohi ja asia piti hyväksyä. Yksi vastaajista yritti aluksi myös kieltää asian ja sulkea sen kokonaan pois mielestään. Yksi naisista koki noin viisi vuotta abortin jälkeen syyllisyyttä ja surua tapahtuneesta.

”Päällimmäisenä oli varmaan häpeä, syyllisyys ja ahdistus... helpotusta en muista kokeneeni tuolloin...”

Toisaalta naiset tunsivat myös jonkinlaista sisäistä vahvuutta ja helpotusta siitä, että toimenpide oli ohi. Yksi naisista kertoi, että ei käynyt mitään ristiriitaa omien tunteidensa kanssa abortin jälkeen.

”Olo oli helpottunut siitä että se oli ohi...”

Fyysisen kivun tunteet olivat kipua, mikä liittyi toimenpiteeseen ja sen jälkeiseen sairaalassa oloon ja sitä seuraaviin viikkoihin. Yhdellä naisella abortista toipuminen pitkittyi ja vaati jopa kahdeksan viikon toipumisajan verenvuotoineen ja jälki-kaavintoineen. Tähän liittyi myös voimakasta turhautuneisuuden tunnetta siitä, että kaikki ei sujunutkaan niin helposti.

”Musta tuntuu et mulla meni koko kesä siinä et mä tein sitä keskeytystä.. mä olin siinä niin kipiä kauan aikaa...”

”Makasin kokonaisen päivän sairaalassa oksentaen ja vatsakivut olivat niin tuskallisia...”

8.2 Terveystoimittajan tuki tunteiden käsittelyyn aborttiprosessin aikana

Haastateltavilla naisilla oli erilaisia kokemuksia terveydenhoitajan antamasta tuesta ennen ja jälkeen abortin. Terveystoimittajalta toivottiin inhimillisempää ja ystävällisempää kohtelua, sekä aloitetta tuen antamiseen ilman, että sitä piti erikseen

pyytää. Ahdistavaksi koettiin kokemus terveydenhoitajan syyllistävästä käytöksestä ja moralisoinnista. Muutamat kokivat terveydenhoitajan kaikin puolin ammattilaisena ja empaattisena, joka kyseli kaikenlaista.

8.2.1 Terveydenhoitajan tuki ennen aborttia

Ennen aborttia naisilla oli erilaisia kokemuksia terveydenhoitajan antamasta tuesta. Osa naisista koki tuen olleen riittävää. He tunsivat, että terveydenhoitaja oli mukava ja empaattinen, ja otti heidät hyvin vastaan vaikeassa tilanteessa. Tukea tunteiden käsittelyyn saatiin muun muassa siten, että aborttia käytiin yhdessä läpi, ja terveydenhoitaja kertoi toimenpiteen kulusta. Naiset arvostivat myös terveydenhoitajan ymmärtävää suhtautumista aborttiin.

”Mua ymmärrettiin, että mulla on vaan niinku kiire saada se sieltä pois...”

Osalle naisista jäi terveydenhoitajan tapaamisesta negatiivinen kuva ja he tunsivat, että terveydenhoitajan antama tuki oli riittämätöntä. He kokivat jääneensä vaille tarvitsemaansa tukea, ja joissakin tilanteissa ei tarjottu lainkaan tukea tunteiden käsittelyyn. Osa naisista olisi halunnut terveydenhoitajalta tietoa toimenpiteestä ja empaattisempaa työtettä. Yksi naisista tunsii jääneensä täysin ilman tukea.

”En mielestäni saanu minkäänlaista tukea tunteiden käsittelyyn missään vaiheessa koko prosessin aikana...”

”Kyllä siinä käytiin läpi kaikkia vaihtoehtoja ja tosiasioita, mutta kuitenkin tuntuu, että olin yksin sen asian kanssa...”

8.2.2 Terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan tuki abortin jälkeen

Tämän tutkimusongelman kohdalla abortin jälkeiseksi ajaksi oli rajattu fyysisten oireiden eli verenvuodon ja mahdollisten kipujen kesto aika. Käytännössä se tarkoittaa heti toimenpiteestä, noin kahdeksaan viikkoon toimenpiteen jälkeen. Abortin jälkeinen hoitajalta saatu tuki tunteiden käsittelyyn koettiin osin riittävänä. Naiset arvostivat hoitajan empaattista työtappaa ja sitä ettei heitä syyllistetty.

”Hoitaja oli onneksi empaattinen.. tarjosi paperia kyyneleisiin eikä syyllistänyt...”

Haastatteluun vastanneet naiset kokivat enemmän riittämätöntä tukea abortin jälkeen. He kokivat yksinäisyyden tunteita, ja olisivat toivoneet tukea ilman, että sitä piti erikseen pyytää. Kaksi naisista tunsivat toiminnan olleen enemmän liukuhihnatyötä ja menneensä kuin massan mukana. Yhdelle haastatelluista naisista tuli esille sellainen tunne, että häntä aivan kuin olisi syytetty.

”Mutta sellainen olo mulle kuitenkin tuli että vähän ku oot itse aiheuttanu tämän niin saat vähän niinku huonompaa palvelua...”

”Koin olevani potilas muiden joukossa ja huomasin, että hoitajat eivät tunnepuolella pahemmin ottaneet kantaa mihinkään, vaan suorittivat työtään...”

8.3 Toivottu tuki aborttiprosessin aikana

Haastattelujen pohjalta voitiin nostaa esille kaksi erilaista toivottua tuen muotoa aborttiprosessin aikana. Nämä olivat emotionaalinen tuki ja tiedollinen tuki. Lisäksi yksi nainen ei kokenut tarvitsevansa tukea tunteiden käsittelyyn ennen aborttipäätöstä eikä sen jälkeen.

8.3.1 Emotionaalinen tuki

Aborttiprosessin läpikäyneiden naisten kokemukset toivotusta emotionaalisesta tuesta olivat hyvin samansuuntaisia. Sekä ennen aborttia että sen jälkeen toivottiin terveydenhoitajalta enemmän empaattisuutta, sekä ymmärrystä omaa aborttipäätöstä kohtaan.

”Olisin kaivannu enempi ymmärrystä ja sanoja, jotka olis edes vähän lohduttanu...”

”Kyllä mä olisin halunnu enempi tukea ja turvaa...”

8.3.2 Tiedollinen tuki

Ennen aborttia toivottiin eri vaihtoehtojen kiireetöntä tarkastelua. Yhdelle naisista tuli terveydenhoitajan tapaamisessa ennen aborttia tunne, ettei tämä tiennyt asiasta mitään, ja näin ollen koki, ettei abortin jälkeenkään tohtinut ottaa neuvolaan yhteyttä. Negatiivisena tunteena koettu pelko johtui osin tiedon puutteesta. Tähän osa naisista olisi toivonut terveydenhoitajalta panostusta, koska naiset joutuivat itse etsimään tietoa abortista ja siihen liittyvistä mahdollisista komplikaatioista. Lähes kaikilla haastatteluun vastanneista naisista oli jonkinlaisia toiveita suuremmasta tuen ja tiedon määrästä sekä ennen aborttia että abortin jälkeen.

”Terkkari olis voinu antaa jotain vertaistukiryhmän tietoja tai itse toimia kuuntelijana...”

”Jäi jotenki sellanen tunne, että itte piti ottaa kauheesti selvää ja soitella...”

Lähes kaikki kokivat haluavansa enemmän tukea varsinkin toimenpiteen jälkeen. Myös vertaistuen tarve nousi abortin jälkeisessä tuen tarpeessa esille. Ainakin yhdellä naisista sosiaalinen tukiverkko oli heikko. Tähän nainen olisi kaivannut terveydenhoitajalta enemmän puuttumista, koska terveydenhoitaja oli ainoa kenen kanssa nainen abortistaan puhui.

”Terkkari olis voinu kertoa enempi mitä tapahtuu ja miten tämmönen on mahdollista ja miten kaikki etenee...”

”Henkiseen kipuun olis voinu antaa jotain konkreettisia esimerkkejä miten selviytyä eteenpäin ja kuinka jatkaa elämää ilman syyllisyyttä...”

8.3.3 Ei erillisen tuen tarvetta tunteisiin

Yksi haastatteluun vastanneista naisista oli sitä mieltä, että tarvetta ylimääräiseen tukeen abortin jälkeen ei ollut. Sairaalassaoloaikana nainen olisi kuitenkin toivonut, että joku olisi tullut kysymään voinnista, tai sanomaan, että kaikki meni hyvin. Nainen olisi toivonut itselleen inhimillisempää kohtelua.

"Mä en kamppaillu asian kanssa niin en mä siihen mitään sillä lailla tukea tarvinnu..."

"Kiva kun joku olis sanonu siinä vaiheessa sen jälkeen jotaki, että tullu vähän niinku et kaikki meni kivasti että ei muuta kun hyvää jatkoa..."

9 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Työstä saa luotettavan, kun osaa hyödyntää olemassa olevaa tietoa, koota ja analysoida uutta tietoa eri tiedonhankinta- ja analyysimenetelmin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176 – 184). Laadullisen tutkimuksen tarkoitus oli muodostaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta asiasta. Tutkimuksen luotettavuuden pohtimisessa kartoitettiin aineiston keräämiseen, analysointiin ja raportointiin liittyviä asioita. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää vahvistettavuutta, uskottavuutta, siirrettävyyttä ja refleksiivisyyttä. Jotta tutkimus olisi uskottava, tulokset täytyy kuvata selkeästi, ja on ymmärrettävä kuinka analyysi on tehty. Tutkimukseen osallistuvien näkökulman ymmärtäminen edellyttää tutkijalta aikaa ja kiinnostusta osallistujien omiin näkökulmiin. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129.)

Tutkimukseen osallistuneilla naisilla oli paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta lisäsi myös tutkimustulosten ja kerätyn aineiston yhteys, sekä se, että tutkimustulokset vastasivat asetettuja tutkimusongelmia. Tutkimuksessa oli tärkeää, että naiset luottivat tutkijoihin, ja näin ollen pystyivät antamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimuksen haastatteluihin osallistuneet naiset kertoivat omin sanoin totuudenmukaisesti omista näkemyksistään, ja vastasivat tutkimusongelmiin. Haastateltaville esitettiin muutamia tarkentavia kysymyksiä, jotta saatiin naisten oma näkökulma tutkittavasta asiasta. Haastattelussa ei missään vaiheessa johdateltu naisia heidän vastauksiinsa. Haastattelujen jälkeen saadut aineistot analysoitiin sisällönanalyysi menetelmää käyttäen (Liite 3). Opinnäytetyössä käytettiin haastateltavien suoria lainauksia, että saatiin havainnollistettua abortin tehneiden todellisia tunteita ja mieltä. Analysointivaiheessa kumpikin kävi aineiston itsenäisesti läpi, minkä jälkeen perehdyttiin aineistoon yhdessä, ja vertailtiin tulkintojen yhdenmukaisuutta.

Tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyivät tutkijaan, aineiston laatuun ja analyysiin, sekä tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tieto oli riippuvainen siitä, miten hyvin tutkittava ilmiö tavoitettiin, ja kuinka suhteet tiedonantajien kanssa oli pystytty luomaan. Aineiston laatu oli keskeinen laadullisessa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176 - 184.) Analyysistä teki luotettavan se, että tuotettu tieto vastasi jo olemassa olevaa tietoa.

Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa, ja sen selvityksessä tarkasteltiin, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksessa oli kyetty tuottamaan. Luotettavuuden arvioinnissa huomioitiin tutkimuksen kohde, eli mitä ollaan tutkimassa ja miksi. Merkityksellistä oli, millä menetelmällä aineistonkeruu tehtiin. Koska se tehtiin haastattelulla, haastattelumuodoksi valittiin teemahaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184 – 187.) Ennen haastatteluja nauhoitusvälineet testattiin, ja varmistettiin niiden toimivuus. Haastattelut toteutettiin naisten kotona, rauhallisessa ympäristössä ilman keskeytyksiä. Haastatteluihin oli varattu riittävästi aikaa. Tutkijat osallistuivat naisten haastatteluihin yhdessä, siten että toinen haastatteli, ja toinen teki havaintoja vieressä. Molemmat tutkijat haastattelivat kaksi naista. Toisen haastattellessa, toisella oli myös mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä tarvittaessa.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön eettisyys ilmeni tekijöiden omissa mielipiteissä, ja siinä kuinka tiettyihin asioihin suhtauduttiin, ja mitä opinnäytetyön eri vaiheessa kohdattiin. Eettisesti oikein toimittaessa tutkimusprosessissa, tarvittiin riittävästi taustatietoja. Ammattitaitoa ilmensi luotettavuus, rehellisyys, kriittisyys ja avoimuus sekä luovuus. Opinnäytetyötä ohjaavat tietyt periaatteet, mitä ovat muun muassa tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuoja. (Kylmä & Juvakka 2007, 149.) Opinnäytetyön aihe oli henkilökohtainen ja tunteita herättävä prosessi. Haastattelut tehtiin naisten kotona. Eettisyyden kanssa tuli näin ollen olla erityisen tarkka. Teoriaan tunteista ja tuesta perehdyttiin ja haastattelujen tekemiseen varattiin tarpeeksi aikaa, ja huomioitiin

naisten perheen tilanne. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimusongelmat, ja mihin tutkimuksella tuotettu tieto käytetään, sekä annettiin teema-haastattelurunko luettavaksi ennakkoon. Haastateltavien tuli tietää myös, miten nimettömyys, yksityisyys ja luottamuksellisuus taattiin, sekä haastattelun arvioitu kesto-aika ja menettelytavat.

Työn lähtökohtana oli hyödyllisyys. Tutkimukseen osallistuvat naiset eivät itse niinkään hyödy tutkimuksesta, mutta tutkimustuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa, ja mahdolliset tulokset voidaan kohdentaa oikeaan asian tukemiseen. Aihe oli hyvin henkilökohtainen, ja asian käsittely saattoi herättää tutkimukseen osallistuvissa negatiivisiakin tunteita

Haastatteluihin osallistuneet naiset antoivat vapaaehtoisen suostumuksensa haastatteluihin, sekä niiden käyttöön. He tulivat myös tietoisiksi, että haastatteluaineisto tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua, eivätkä haastateltavien nimet tule julki missään vaiheessa tutkimusta. Koska tutkimuksen aihe on arka ja tunteita herättävä, kerrottiin naisille siitä, että he voivat keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa vain, mikäli näkevät tai kokevat siihen tarvetta. Osallistuminen opinnäytetyön haastatteluihin oli vapaaehtoista. Haastateltaville kerrottiin myös opinnäytetyön julkaisuajankohdasta. Tutkimustulokset raportoitiin mahdollisimman avoimesti, neutraalisti ja rehellisesti.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

10.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ennen aborttipäätöstä naiset tunsivat yksinäisyyttä, epätoivoa ja negatiivisia tunteita raskautta kohtaan, ja kokivat, että päätös oli vaikea. Poikajärven (1998) mukaan hormonaaliset muutokset voivat sekoittaa naisen mielialaa, ja täten vaikuttaa aborttipäätöksen syntymiseen. Epätodellinen olo on yleinen reaktio.

Aborttipäätöksen tekeminen nosti pintaan paljon sekavia tunteita, olettamuksia ja painetta siitä, onko tekemässä oikein vai väärin. Tunteet olivat kaikilla haastateltavilla samansuuntaisia. Kaurasen (2011) mukaan on tavallista, että mieli menee vuoristorataa, ja käsitys raskauden toivottomuudesta vaihtelee. Ratkaisun etsiminen on tasapainoilua tunteiden ja järjen välillä.

Ennen aborttia osa naisista koki terveydenhoitajan antaman tuen olleen riittävää. Terveydenhoitaja oli mukava ja empaattinen, aborttia toimenpiteenä käytiin läpi yhdessä, ja terveydenhoitaja suhtautui siihen ymmärtävästi. Kaurasen verkkoartikkelin (2012) mukaan terveydenhoitaja viestittää käytöksellään tahtomattaankin omia asenteitaan, joten tukeakseen aborttia harkitsevaa, on työstettävä omia tunteitaan ja ajatuksiaan abortista. Poikajärven (1998) mukaan hoitajalta vaaditaan herkkyyttä toimia siten, että syyllistämistä vältetään. Etenkin silloin, kun nainen kokee olevansa ”vähillä voimavaroilla”, on tärkeää, että terveydenhoitaja saa prosessin sujumaan ilman ylimääräistä stressiä.

Ennen aborttia osalle naisista jäi terveydenhoitajan tapaamisesta negatiivinen kuva ja saatu tuki oli riittämätöntä. Naiset olisivat halunneet terveydenhoitajalta enemmän tietoa toimenpiteestä ja empaattisempaa työtettä. Kaurasen (2011) mukaan hoitajan velvollisuus on pyrkiä olemaan tietoinen omista tunteistaan, ajatuksistaan ja näkemyksistään, ja pyrkiä pitämään niiden vaikutus niin vähäisenä kuin mahdollista. Terveydenhoitajalla on oikeus tunteisiinsa, mutta hänellä ei ole oikeutta vaatia asiakkaana olevaa naista ajattelemaan samoin. Jokaisen asiak-

kaan tulisi saada ilmaista omat henkilökohtaiset toiveensa, huolensa ja tarpeensa kannustavassa ja empaattisessa ilmapiirissä. Likis ja Simmonds (2004) kirjoittavat artikkelissaan, että jokainen asiakas tulee kohdata yksilöllisesti ilman ennakkotasenteita sekä varmistaa, että nainen saa tukea ilman, että nainen tuntee syrjintää tai tuomitsemista aborttipäätöksensä vuoksi.

Aborttitoimenpiteen jälkeen naiset tunsivat helpotusta siitä, että toimenpide oli helppo, kivuton ja ohi. Pietarisen (1998) tutkimukseen vastanneista naisista osa koki toimenpiteen kivuliaana. Kaurasen (2011) mukaan monella abortin läpikäyneellä ensimmäinen tunne on helpotus. Kriisi on ratkaistu, toimenpiteestä on selvitty ja elämä jatkuu. On yksilöllistä, miltä abortti jälkeenpäin tuntuu. Se voi olla voimaannuttava kokemus, mikä vahvistaa näkemystä siitä, että omilla valinnoillaan pystyy vaikuttamaan elämäänsä.

Abortin jälkeen naiset tunsivat fyysistä kipua, turhautumista, surua sekä häpeän, syyllisyyden ja epätoivon tunteita ja miettivät abortin eettisyyttä. Abortista toipuminen vaati pahimmillaan kahdeksan viikkoa komplikaatioiden vuoksi. Kaurasen (2011) mukaan abortin jälkeinen masennus on tyypillinen traumaattisen kokemuksen jälkeinen reaktio. Tunteet voivat purkautua fyysisenä tai psyykkisenä oireiluna tai kipuina. Niitä ei pitäisi pelätä, toipumisen kannalta olisi tärkeää oivaltaa, että ei ole vaarallista tuntea. Tuntemisesta ei mene rikki ja niitä läpi elämällä, niistä voi pikkuhiljaa irrottautua, päästää irti, ja lakata kantamasta taakkaa. Normaalin suru-prosessin läpikäyminen voi olla vaikeaa, koska menetyksen myöntäminen nostaa esille kysymyksiä mikä on oikein ja mikä on väärin.

Abortin jälkeen naiset eivät kokeneet positiivisia tunteita. Vielä noin viisi vuotta abortin jälkeen koettiin syyllisyyttä ja surua tapahtuneesta. Poikajärven (1998) mukaan kaikilla aborttiin ei liity mitään suurempia psyykkisiä myllerryksiä ennen tai jälkeen toimenpiteen, ja tunteet voivat olla positiivisiakin. Toiset toipuvat suunnilleen samalla aikataululla fyysisen toipumisen kanssa, ja osalla asian työstäminen vie kuukausia tai jopa vuosia. Joskus käy myös niin, että oma suhtautuminen muuttuu ajan mittaan. Joskus ratkaisu voi tuntua tapahtumahetkellä ylitsepäsemättömältä, mutta jälkikäteen varmistua oikeaksi ratkaisuksi.

Abortin jälkeen osa naisista koki hoitajalta saadun tuen tunteiden käsittelyyn riittäväenä. Naiset arvostivat hoitajan empaattista työtapaa sekä sitä, ettei heitä syyllistetty. Pietarinen (1998) ja Salin (1995) kirjoittavat, että terveyden- ja sairaanhoitajan rooli abortin tehneen tukijana on suuri. Näissä kontakteissa korostuu asiallinen kohtaaminen, luottamuksellisuus ja hienotunteisuus. Hoitajan tulisi erilaisilla hoitotyön auttamiskeinoilla auttaa abortin tehnyttä psyykkisten ja sosiaalisten vaikutusten käsittelyssä, neuvoa avun saamisessa ja tukea naista hänen päätöksessään.

Abortin jälkeen naiset kokivat riittämätöntä tukea hoitajalta. Toiminta oli enemmän liukuhihnatyötä, ja naiset kokivat, että heitä syyllistettiin. Poikajärven (1998) mukaan abortin tehneet voivat olla ajoittain niin väsyneitä ja masentuneita tilanteeseensa, että he kokevat pienenkin terveydenhuollon ammattilaiselta saadun avun helpotuksena. Poikajärven ja Mäkelän (1998) laatimassa Stakesin raportissa abortin tehneet kokivat negatiivisena toiminnan rutiininomaisuuden. Terveydenhuollon ammattilaisten syyllistävä käytös ja moralisointi koettiin ahdistavana.

Terveydenhoitajalta toivottiin enemmän empaattisuutta ja ymmärrystä aborttipäätöstä kohtaan, naisilla oli myös toiveita suuremmasta tiedon määrästä sekä ennen aborttia että sen jälkeen. Naiset toivoivat eri vaihtoehtojen kiireetöntä tarkastelua. Negatiivisena tunteena koettu pelko johtui osin tiedonpuutteesta. Naisilla oli tunne, että he joutuivat itse etsimään tietoa abortista, ja siihen mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista. Salinin (1995) tutkimuksessa abortin tehneet naiset toivoivat huomion kiinnittyvän heidän tunnetilaansa, vaikka tunteet eivät olisikaan kovin näkyviä. Hoitajien toivottiin kiinnittävän huomiota psyykkisen tuen tarpeen huomiointiin ja tuen antamiseen abortin jälkeen. Naiset toivoivat lisää keskustelumahdollisuuksia hoitajan kanssa ja, että heidät huomioitaisiin kokonaisvaltaisesti. He toivovat enemmän tietoa siitä, mistä saisivat apua psyykkisissä ongelmissaan ja miten mahdollista jälkimasennusta voitaisiin hoitaa. (Salin 1995, 66 - 68.) Poikajärven ja Mäkelän (1998) raportissa nousi esille asiakkaiden tarve saada riittävästi tietoa aborttiprosessin aikana, joka koetaan monimutkaisena ja hitaana. Osa naisista toivoi saavansa tukea keskusteluryhmien ja vertaistukiryhmien kautta.

10.2 Pohdinta

Idea opinnäytetyön aiheeseen saatiin erinäisten vaiheiden kautta. Aihetta valittiin mielenkiinnon ja kiinnostuksen, sekä aiheen jatkuvan pinnalla olon mukaan. Abortti kiinnosti aiheena ja tutkimuksen myötä toivottiin uutta tietoa ja näkökulmaa tutkitavasta aiheesta. Aiheen toivottiin myös tukevan ja kehittävän omaa ammattitaitoa tulevana terveydenhoitajana. Luotettavan haastattelun saamiseksi oli saatava useampi haastateltava, ja aluksi oli epävarmaa, suostuvatko naiset antamaan haastatteluita. Haastateltavien löytämisestä vaikeutti aiheen arkaluontoisuus, mutta kaikki mietityt henkilöt osallistuivat kuitenkin haastateltavaksi.

Tutkimuksen perusteella naisten tunteet ja kokemukset tuen saannista vaihtelivat aborttiprosessin eri vaiheissa. Ennen aborttipäätöstä enemmistö haastateltavista puntaroi eri vaihtoehtojen välillä, kokien ristiriitaisia tuntemuksia. Yhdelle naisista päätös oli selkeä, eikä hän kamppailut omien tunteiden kanssa. Tutkimuksen perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että vaikka tunnereaktiot olivat kaksijakoiset, niin yksi tunne yhdisti kaikki naisia, negatiiviset ajatukset. Aborttipäätöksen jälkeisiä tuntemuksia naiset kuvasivat sekaviksi, ja tietämättömyys oli kaikilla päällimmäisenä. Vaikka päätös abortista oli tehty, oli kuitenkin vielä paljon epäselviä asioita itse toimenpiteestä, jälkihoidosta ja selviytymisestä omien tunteiden kanssa. Vertaistukea tai muuta konkreettista ei ollut tässä vaiheessa tarjottu avuksi kenellekään naisista. Osa naisista ei ymmärtänyt tunteiden myllerryksen keskellä pyytää itsellensä tukea.

Tuen saanti jakautui monilta osin eri tavoin. Kaikki naiset kokivat jossain aborttiprosessin vaiheessa saaneensa hyvääkin kohtelua ja tukea terveydenhoitajalta. Pääosin tuki kuitenkin koettiin heikoksi, mikä ei kannatellut aborttiprosessin läpi. Isoimpana negatiivisena asiana kaikki naiset kokivat tiedon riittämättömyyden. Tiedon riittämättömyys lisäsi pelkoa, mikä puolestaan sai naiset hämmentyneiksi ja tuntemaan ristiriitaisia tunteita. Tietoa abortista olisi siis kaivattu jo ennen aborttipäätöstä, ja vielä sen jälkeenkin.

Tutkimus kertoo pienen ryhmän kokemuksista ja näkemyksistä, joten yleistyksiä vastausten perusteella ei voida muodostaa. Tutkimus antaa kuitenkin tärkeää ja ajankohtaista tietoa aborttiasiakkaan hoitotyöstä sekä tuen merkityksestä. Tutkimuksessa naiset kokivat terveydenhoitajan tuen olevan osin riittämätöntä ja empatian kyky puuttui, mikä ihmetytti. Terveydenhoitajan työssä tulee olla valmiudet kohdata erilaisia asiakkaita erilaisine vaivoineen ja ongelmineen. Toiset ihmiset tarvitsevat enemmän tukea ja ohjausta. Tuen tarjoaminen jokaiselle oli haastattelvienkin mielestä erityisen tärkeää ja tarpeellista.

10.3 Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys

Opinnäytetyön tekeminen oli kokonaisuudessaan mielenkiintoinen ja haastava prosessi. Erityisesti opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen laatiminen oli haastavaa. Sopivien lähteiden hakemisen ja löytämisen koettiin haastavaksi. Tietoa haettiin kotimaisista ja englanninkielisistä artikkelitietokannoista. Lisäksi tutustuttiin aborttia käsittelevään kirjallisuuteen, hoito-ohjelmiin ja –suosituksiin. Opittiin käyttämään eri tiedonhakuprosesseja, ja kiinnittämään huomiota lähteiden luotettavuuteen. Parityöskentely kehitti yhteistyötaitoja ja toi haasteita ajankäytön suunnitteluun. Koko prosessin ajan pohdimme kriittisesti omaa osaamista ja näin kehitystä tapahtui myös itsearviointissa. Haastattelujen pitäminen oli uusi asia, ja tutkimusprosessin aikana syvennyttiin teemahaastatteluun ja sen toteutukseen. Haastattelutilanteet olivat opettavaisia, ja niissä tuli onnistumisen kokemuksia. Haastattelujen kautta opittiin teemahaastattelun ja suunnittelemisen toteutusta. Analysointivaihe osoittautui työlääksi. Haastattelujen pelkistäminen ja aineiston jäsentäminen oli haastavaa. Tämä opetti taitoa löytää aineistosta olennainen tieto, ja muodostaa siitä luotettavia johtopäätöksiä.

10.4 Jatkotutkimusaiheet

Tulevina terveydenhoitajina tulee olla oikeat valmiudet kohdata aborttia miettivä nainen ja osata tukea naista aborttipäätöksessään. Tutkimuksessa löydettiin aborttiprosessin heikkoudet ja vahvuudet, minkä kautta ohjauksen ja tuen laatua voitai-

siin parantaa. Jatkotutkimusaiheeksi sopisi tutkimus, missä kartoitetaan terveydenhoitajan koulutusvalmiuksia ja asenteita toimia seksuaaliterveyden asiantuntijana. Lisäksi voisi selvittää terveydenhoitajien omia kokemuksia kuinka kohdata asiakas, joka miettii aborttia.

Tutkimusprosessin aikana ei tullut lainkaan esiin sellaista tietoa, missä käsiteltiin myöhäisillä raskausviikoilla raskautensa keskeyttäneiden naisten kokemuksia ja tuen tarvetta. Myöhäisillä raskausviikoilla tarkoitetaan suunnilleen raskausviikkoja 15 – 24. Tähän ajankohtaan ajoittuu varmasti enemmän psyykkistä tunnekuormitusta, koska toimenpide on vaikeampi ja sikiö joudutaan abortoimaan synnyttämällä.

LÄHTEET

- Alex, L. & Hammarström, A. 2004. Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scand J. Caring Sci* 18, 160 – 168.
- Ala-Fossi, S-L. & Aho, T. 2004. Raskaudenkeskeytys. Käypä hoito –suositus. [Verkkosivu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 3.12.2011]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00025>
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelut: Opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin*. Juva:WS Bookwell Oy.
- Harris, A. 2004. Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Journal of midwifery and women's health*. 49 (2): 105 - 112.
- Heikinheimo, O., Suhonen, S. & Gissler, M. 2007. Voidaanko raskaudenkeskeytyksiä vähentää? *Suomen Lääkärilehti*. 39, 3503.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2009. *Mieli ja terveys*. Helsinki: Edita prima.
- Helsti, H. 2005. Hedelmällisen tiedon jäljillä – teemakirjoitukset tutkimuksen lähteenä. Teoksessa Korkiakangas, P., Olsson, P. & Ruotsala, H. (toim.) *Polkuja etnologian menetelmiin*. Helsinki: Ethnos ry.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. *Tutkimushaastattelu; Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Helsinki University Press.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kauranen, V. 2012. *Abortti ja psyykinen hyvinvointi*. 2012. [Verkkosivu]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 1.11.2012.] Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01050
- Kauranen, V. 2011. *Abortti ja siitä selviytyminen*. Tallinna: Art House.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki. WSOY.

- Kun ei-toivottu raskaus yllättää 2012. Perhesuunnittelun kotisivut. [Verkkosivu]. Jyväskylä: Jyväskylän kaupunki. [Viitattu 1.11.2012]. Saatavana: <http://www.jkl.fi/sote/terveys/neuvolat/perhesuunnittelu/keskeytys>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- L 30.12.2010/1326 Terveystieteiden laaki
- L 24.3.1970/239 Laki raskauden keskeyttämisestä.
- Likis, F, E. & Simmonds, K, E. 2004: Providing options counseling for women with unintended pregnancies. *Journal of obstetrics, gynaecologic and neonatal nursing*. 34(3): 373 – 379
- Metsämuuronen, J. 2006: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.
- Pietarinen, R. 1998. Raskaudenkeskeytys naisen kokemana. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto, terveystieteiden opettajan koulutus, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Poikajärvi, K. 1998. Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. Lisensiaattityö.
- Poikajärvi, K. & Mäkelä, M. 1998. Seksuaaliterveyspalvelut puntarissa – onko neuvolajärjestelmää uudistettava? *Stakes* 32/998. Helsinki: Stakesin monistamo. 29 – 30, 48.
- Rainto, S. 2004. Raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoitokokemuksia. Pro gradu – tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Raskauden keskeyttäminen 2012. Valvira. [Verkkosivusto]. Helsinki: [Viitattu 2.1.2012]. Saatavana: http://www.valvira.fi/luvut/raskauden_keskeyttaminen
- Raskaudenkeskeytykset 2011. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkosivu]. Helsinki: [Viitattu 14.11.2012]. Saatavana: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr32_11.pdf
- Raskaudenkeskeytykset 2012. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkosivusto]. Helsinki: [Viitattu 14.11.2011]. Saatavana: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantymisen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>
- Raskaudenkeskeytys 2012. [Verkkosivu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 23.1.2012]. Saatavana: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article

_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dl
 ehtiha-
 ku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuart
 ikke-
 li%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus
 =duo92556&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnu
 mero#s11

Salin, S. 1995: Hoitajien ja raskaudenkeskeytyksen kokoneiden potilaiden abort-
 tiasenteet ja niiden vaikutus kokemuksiin hoitotyön palvelun laadusta. Pro gra-
 du -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007. Sosiaali- ja
 terveysministeriö. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 16.10.2012]. Saatavana:
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-
 3584.pdf&title=Seksuaali__ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali__ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf)

Suhonen, S. & Heikinheimo, O. 2008. Kun raskauden ehkäisy epäonnistuu. Duo-
 decim. 124(4), 457 - 461.

Tiitinen, A. 2012. Raskauden keskeytys. [Verkkosivu]. Helsinki: Kustannus Oy
 Duodecim. [Viitattu 1.11.2012.] Saatavana:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00166

Tuomaala, S. 2008. Naisten kokemukset kriittisenä tietona abortista. So-
 siaalilääketieteellinen aikakauslehti 45(1), 48 - 58.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki:
 Tammi.

LIITTEET

LIITE 1 Raskauden keskeyttämisen perusteet Suomessa

Päätöksen Perusteet tekijä

¹Väkisinmakaamisesta tulee olla tehty poliisille rikosilmoitus, josta liitetään kopio AB 1-lomakkeeseen.

Yksi lääkäri Raskauden kesto enintään 12 + 0 viikkoa ja hakija raskauden alkaessa

- alle 17-vuotias
- täyttänyt 40 vuotta tai
- synnyttänyt neljä lasta

Kaksi lääkäriä

1. Raskauden kesto enintään 12 + 0 viikkoa ja
 - lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat hakijalle huomattava rasitus
 - raskaus on alkanut väkisinmakaamisesta¹, tai
 - äidin tai isän sairaus tms. rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta.
2. Raskauden kestosta riippumatta, jos raskauden jatkuminen aiheuttaisi hakijan hengelle tai terveydelle vaaran.

Valvira

1. Kun lääkärin päätös on kielteinen
2. Aina kun on syytä epäillä sikiön vaikeaa sairautta tai vammaa raskauden keston ollessa enintään 20 + 0 viikkoa.
3. Kun luotettavalla tutkimuksella on todettu vaikea sikiön sairaus tai vamma raskauden keston ollessa enintään 24 + 0 viikkoa.
4. Raskauden keston ollessa 12 + 1 – 20 + 0 viikkoa ja
 - lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat hakijalle huomattava rasitus
 - raskaus on alkanut väkisinmakaamisesta
 - äidin tai isän sairaus tms. rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta
 - hakija on alle 17-vuotias raskauden alkaessa
 - hakija on täyttänyt 40 vuotta raskauden alkaessa tai
 - hakija on synnyttänyt neljä lasta

¹Väkisinmakaamisesta tulee olla tehty poliisille rikosilmoitus, josta liitetään kopio AB 1-lomakkeeseen.

LIITE 2 Teemahaastattelurunko

TAUSTATIETOJA

- Ikä
- Millaisissa olosuhteissa tulit raskaaksi?
- Todetut raskausviikot aborttia tehdessä
- Kuinka kauan abortista on kulunut aikaa?

TUNTEET ABORTTI PROSESSIN AIKANA

- Millaisia tunteita raskaus herätti?
- Oliko Abortti ajatus ainut vaihtoehto?
- Millaisena koit aborttipäätöksen? Oliko helppo/ vaikea?
- Millaiset tunteet olivat aborttipäätöksen jälkeen? Koitko olon helpottuneeksi?
- Millaisia tunteita herätti itse abortti päivä? Aborttiin meno?
- Millaiset tunteet olivat abortin jälkeen?
- Minkälainen kokemus abortti oli henkisellä ja fyysisellä tasolla?

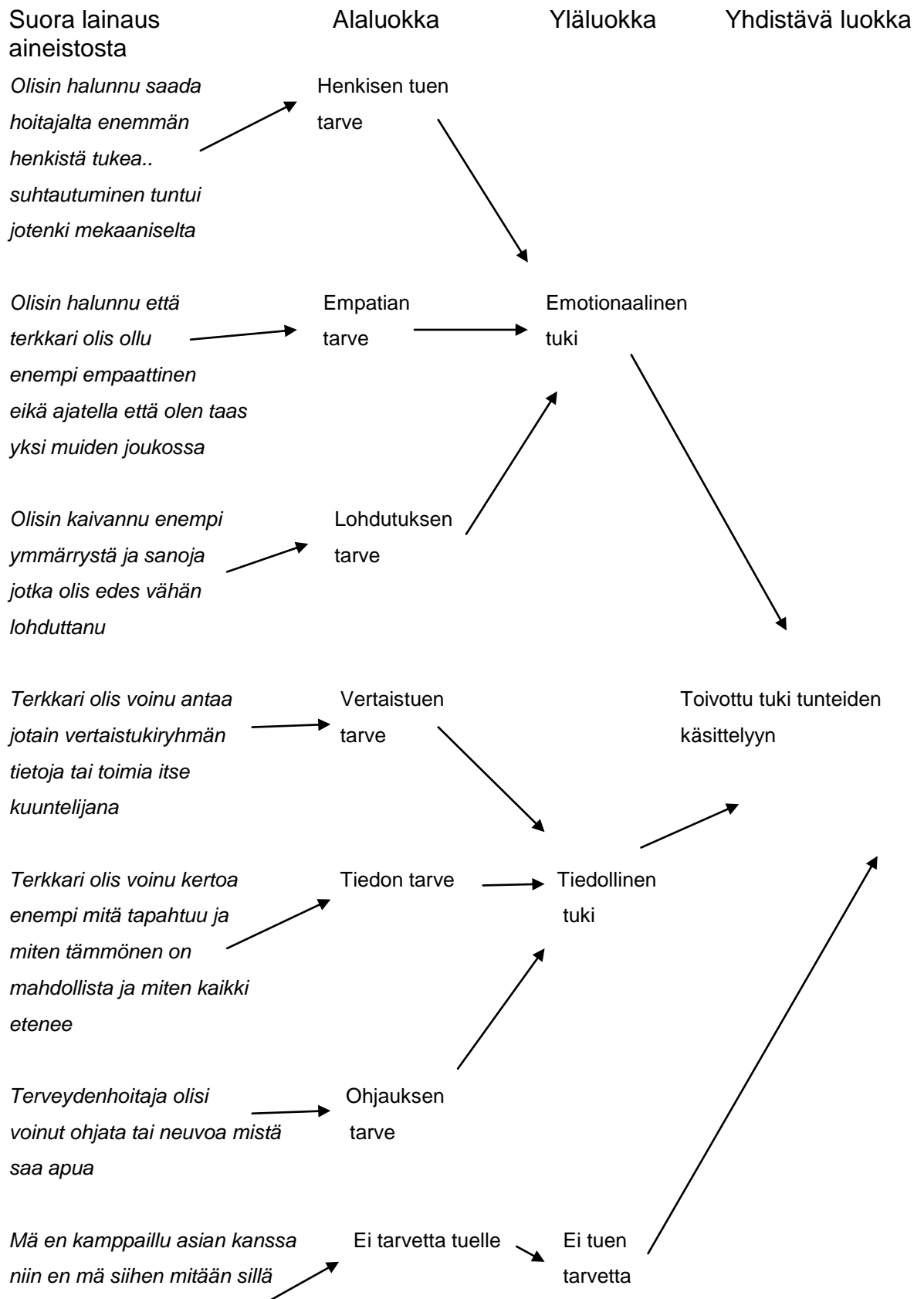
TUKI TERVEYDENHOITAJALTA

- Millaista tukea sait terveydenhoitajalta tunteiden käsittelyyn ennen aborttipäätöstä?
- Millaista tukea sait terveydenhoitajalta tunteiden käsittelyyn aborttipäätöksen jälkeen?
- Millaisena koit tunteiden käsittelyn abortin jälkeen, saitko tarvitseman tuen terveydenhoitajalta?
- Ilmenikö ennen aborttipäätöstä, sen jälkeen ja abortin jälkeen fyysistä kipua ja kuinka se ilmeni? Millaista tukea sait tähän terveydenhoitajalta?
- Millaiset tuntemukset ja kokemukset sinulla jäi terveydenhoitajan kohtaamisesta?

TUKI TUNTEIDEN KÄSITTELYYN ABORTIN JÄLKEEN

- Millaista tukea olisit toivonut saavasi terveydenhoitajalta tunteiden käsittelyyn ennen aborttipäätöstä? Entä aborttipäätöksen jälkeen?
- Millaista terveydenhoitajan tuki olisi pitänyt olla abortin jälkeen, saitko tarvitsemasi tuen tunteiden käsittelyyn?
- Millaista tukea olisit toivonut saavasi mahdolliseen henkiseen ja fyysiseen kiipuun?
- Millaista tukea olisit halunnut saada abortin jälkeen, liittyen tunteisiin ja selviytymiseen arkielämässä/tulevaisuudessa?
- Kerro konkreettisin esimerkein, millaiset asiat tai keinot ovat auttaneet abortista selviytymistä eli sen työstämistä? Millaista tukea olisit halunnut saada abortista selviytymiseen ja työstämiseen?
- Olisitko halunnut keskustella jostakin asiasta enemmän/ saada enemmän tukea abortin eri vaiheissa? Ennen, aikana ja jälkeen?

LIITE 3 Esimerkki tutkimuksen aineiston analyysistä



lailla tukea tarvinnu