



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Laura Annukka Laitinen & Anu Laura Maria Rautakangas

**KIRJALLISUUSKATSAUS:
RASKAUS, SYNNYTYS, RASKAUDEN-
KESKEYTYS JA ADOPTIO**

Sosiaali- ja terveysala
2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Laura Laitinen ja Anu Rautakangas
Opinnäytetyön nimi	Kirjallisuuskatsaus: Raskaus, synnytys, raskaudenkeskeytys ja adoptio
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	73
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Vaasan kaupungin perhesuunnitteluneuvolassa havaittiin tarve opaslehtiselle, jonka voisi antaa raskaudenkeskeytystä harkitsevalle naiselle. Perhesuunnitteluneuvolasta tilattiin Vaasan ammattikorkeakoululta aiheeseen liittyvä työ. Haaste otettiin vastaan, koska aihe on juuri sopiva terveydenhoitajaopiskelijoille. Pohjatyönä päätettiin tehdä kirjallisuuskatsaus, jossa käsitellään raskautta, synnytystä, raskaudenkeskeytystä ja adoptiota.

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on saada ajanmukaista tietoa ei-toivottuun raskauteen liittyvistä vaihtoehtoista. Tutkimustehtävänä on selvittää, mitä vaihtoehtoja naiselle on raskaaksi tullessaan. Tarkoituksena on antaa ajanmukaista ja laaja-alaista tietoa raskaudesta, synnytyksestä, raskaudenkeskeytyksestä ja adoptiosta.

Aineistoa etsittiin kirjastoista ja tietokannoista. Mukaan työhön otettiin myös aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia, koska kirjallisuuskatsauksen eli tutkimuskatsauksen tarkoituksena on näyttää toteen miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa olevaan materiaaliin.

Koska työ toteutettiin parityönä, sitä pystyttiin tarkastelemaan laajemmasta näkökulmasta, mikä lisää luotettavuutta. Tutkimuksen tavoitteissa pyrittiin mahdollisimman ajanmukaiseen tietoon. Lopulta tultiin siihen tulokseen, että tieto raskaudesta, synnytyksestä, raskaudenkeskeytyksestä ja adoptiosta on pääpiirteissään pysynyt samana. Työssä on otettu huomioon viime vuosina muuttunut tieto, kuten esimerkiksi lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen yleistyminen. Muuttuneiden tietojen kohdalla on käytetty lähteitä, jotka perustuvat uusimpaan tietoon.

Asiasanat

raskaus, synnytys, raskaudenkeskeytys, adoptio

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Authors	Laura Laitinen, Anu Rautakangas
Title	Literature Review: Pregnancy, Delivery, Abortion and Adoption
Year	2010
Language	Finnish
Pages	73
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

The personnel in the family planning centre in the city of Vaasa noticed that there is a need for a guide booklet for women who consider an abortion. This topic is very appropriate for future public health nurses. Background information for making the booklet was gathered with the help of literature review on the following topics; pregnancy, delivery, abortion and adoption.

The purpose of the literature review was to find current information on the alternatives related to an undesired pregnancy. The research task was to find out what the alternatives are for a woman, who has become pregnant. The aim is to give current and comprehensive information on pregnancy, delivery, abortion and adoption

The material was searched from libraries and databases. Previous research was also included since the purpose was to show how the current research is related to previous research done in the past.

Since the work was done as a pair work it was possible to view the work from a wider perspective, which increases the reliability. The goal of the research was to gain as updated information as possible. The conclusion was that the information about pregnancy, delivery, abortion and adoption has mainly stayed the same. The information that has changed in the past years has been included in this booklet, for example the use of medical abortion has become more common. The sources of the new information, that has changed over the past years, have been the latest researches and studies.

Key words Pregnancy, delivery, abortion, adoption

Sisältö

1 JOHDANTO	6
1.1 Työn tavoitteet.....	7
1.2 Tutkimusmenetelmät ja aineistot.....	8
2 RASKAUS	9
2.1. Hedelmöittyminen	9
2.2 Alkiorakkulan kehitys	10
2.3 Raskauden toteaminen ja lasketun ajan määrittäminen	10
2.4 Raskauden eteneminen	11
2.4.1 Ensimmäinen kolmannes eli ensimmäinen trimesteri.....	12
2.4.2 Toinen kolmannes eli toinen trimesteri.....	13
2.4.3 Kolmas kolmannes eli kolmas trimesteri	14
2.5 Raskausajan tutkimukset	15
2.5.1 Neuvolassa tehtävät tutkimukset	15
2.5.2 Äitiysneuvolan lääkärikäynnit	16
2.5.3 Ultraääni- eli kaikututkimus.....	17
2.5.4 Seerumiseulonta	19
2.5.5 Istukkanäytetutkimus.....	20
2.5.6 Lapsivesitutkimus eli amniosenteesi.....	21
2.6 Raskausajan häiriöitä ja ongelmia.....	21
2.6.1 Raskausajan vaivat	22
2.6.2 Keskenmeno eli abortti	23
2.6.3 Kohdunulkoinen raskaus eli graviditas extrauterina.....	26
2.6.4 Rypäleraskaus eli mola hydatidosa	27
2.6.5 Ennenaikainen synnytys eli partus praematurus.....	28
2.6.6 Yliaikainen raskaus eli postmaturitas.....	28
2.6.7 Raskaustoksemia eli pre-eklampsia	28
2.6.8 Raskaushepatoosi eli raskauskolestaasi.....	29
2.6.9 Raskausdiabetes eli gestatiidiabetes	29
3 SYNNYTYS ELI PARTUS	31
3.1 Synnytyksen käynnistyminen.....	31
3.2 Synnytystavat.....	32

3.2.1 Normaali alatiesynnytys.....	32
3.2.2 Toimenpidesyntytyks.....	33
3.2.3 Keisarileikkaus eli sektio eli sectio caesarea	33
3.2.4 Perätilan ulosautto.....	34
3.3 Synnytyksen vaiheet	34
3.3.1 Avautumisvaihe.....	34
3.3.2 Ponnistusvaihe	35
3.3.3 Jälkeisvaihe	36
3.4 Kivunlievitys	36
3.4.1 Lääkkeellinen kivunlievitys.....	36
3.4.2 Kivunlievitys ilman lääkkeitä	40
3.5. Synnytyksen ongelmat	41
4 RASKAUDENKESKEYTYS ELI ABORTUS ARTE PROVOCATUS	44
4.1 Raskauden keskeyttämisen perusteet Suomessa	44
4.1.1 Lainsäädäntö	45
4.1.2 Potilaan oikeudet raskauden keskeytyksessä	46
4.2 Raskaudenkeskeytysmenetelmät	47
4.2.1 Kirurginen raskaudenkeskeytys	48
4.2.2 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys	49
4.3 Hoitopolku.....	51
4.4 Jälkihoito	52
4.5 Raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutukset.....	53
4.6 Henkinen ja sosiaalinen tuki	54
5 ADOPTIO	56
5.1 Lainsäädäntö	56
5.2 Adoptioprosessi	58
6 AIHEESEEN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA	59
7 POHDINTA	64
7.1 Tutkimuksen tavoitteiden saavuttaminen	64
7.2 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus.....	64
7.3 Jatkotutkimusaiheita.....	65
7.4 Yhteenveto.....	66
LÄHTEET.....	68

1 JOHDANTO

”Monissa kulttuureissa äitiys on naisen ainoa mahdollisuus tulla yhteisön kunnioitetuksi jäseneksi. Meidän kulttuurissamme äitiys ei ole enää itsestäänselvyys saati arvostuksen ehto. Se on yhä useammin tietoinen valinta. Ehkäpä raskaus juuri siksi herättää monissa naisissa ristiriitaisia tunteita, vaikka lapsi olisi toivottu ja suunniteltu. Nainen epäröi haluaan tulla äidiksi, ja ilo lapsesta voi sekoittua huoleen vapauden menettämisestä ja vastuun kantamisesta. Raskausaika onkin usein koko elämän uudelleenarvioinnin aikaa. Siinä konkretisoituu yksi elämän perustotuiksista: pysyvää on vain muutos.” (Rautaparta 2003, 11.)

Naisen tullessa raskaaksi, oli raskaus ei-toivottu tai toivottu, lapsen saamisen aiheuttama muutos voi olla pelottava, ihana, järkyttävä, tunteita myllertävä kokemus. Tunteet voivat ailahtella vuoristoradan tavoin. Tällöin on tärkeää, että nainen ei jää yksin ajatustensa kanssa. Terveystieteiden ammattilaisen on osattava kohdata jokainen asiakas yksilöllisesti, annettava aikaa ja kuunneltava. Ajanmukaisen ja neutraalin tiedon välittäminen elämäänsä pohdiskelevalle asiakkaalle on ensiarvoisen tärkeää. Vaikka aihe on tunteita herättävä, on terveydenhuollon ammattilaisen kohdattava asiakas objektiivisesti, asiakkaan tarpeita ajatellen.

Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltäviä keskeisimpiä teemoja ovat raskaus, synnytys, raskaudenkeskeytys ja adoptio. Tähän työhön olemme koonneet tietoa niistä mahdollisuuksista, joita naisella on raskaaksi tultuaan. Työssämme tarkastellaan myös lähemmin viittä aiheeseen liittyvää tutkimusta.

Aihe oli mielestämme kiinnostava ja tärkeä, koska voimme käyttää työstämme saatua tietoa tulevassa ammatissamme terveydenhoitajina. Toivomme että työmme pohjalta tehtävä opaslehtinen on terveydenhoitajille hyödyllinen työväline.

1.1 Työn tavoitteet

Vaasan kaupungin perhesuunnitteluneuvolassa on havaittu tarve opaslehtiselle, jonka voisi antaa raskaudenkeskeytystä harkitsevalle naiselle. Perhesuunnitteluneuvolasta tilattiin Vaasan ammattikorkeakoululta aiheeseen liittyvä työ. Haaste otettiin vastaan, koska aihe on juuri sopiva terveydenhoitajaopiskelijoille. Pohjatyönä päätettiin tehdä kirjallisuuskatsaus, jossa käsitellään raskautta, synnytystä, raskaudenkeskeytystä ja adoptiota. Työtä pystytään hyödyntämään myös terveydenhoitajan työssä.

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on saada ajanmukaista tietoa ei-toivottuun raskauteen liittyvistä vaihtoehtoista, jotta kirjallisuuskatsaus olisi mahdollisimman hyvä pohja tilatulle jatkotyölle.

Koska työ tehdään kirjallisuuskatsauksena, tavoitteena on löytää mahdollisimman laaja-alaista, luotettavaa ja uutta lähdemateriaalia. Tällä tavoin työstä tulisi mahdollisimman luotettava.

Tutkimustehtävänä on selvittää, mitä vaihtoehtoja naiselle on raskaaksi tullessaan. Tarkoituksena on antaa ajanmukaista ja laaja-alaista tietoa raskaudesta, synnytyksestä, raskaudenkeskeytyksestä ja adoptiosta.

Tutkimuskysymykset:

Mitä vaihtoehtoja naisella on raskaaksi tullessaan?

- Miten raskaus ja synnytys etenevät?
- Mitä raskauden keskeytys tarkoittaa naiselle ja miten siinä voidaan tukea?
- Millainen on adoptioprosessi?

1.2 Tutkimusmenetelmät ja aineistot

Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa etsittiin kirjastoista ja tietokannoista, esimerkiksi Triasta. Pyrkimyksenä oli löytää aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia. Aineiston valintaan vaikuttivat julkaisuvuosi ja lähteen luotettavuus. Työ kirjoitettiin alusta loppuun yhteistyönä, jotta molemmille jää työstä kokonaisvaltainen kuva.

Kirjallisuuskatsauksen eli tutkimuskatsauksen tarkoituksena on näyttää toteen miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa olevaan materiaaliin. Samalla esitetään, miten aihetta on aiemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsausta tehdessä tekijän on tunnettava aihealue hyvin, jotta hän pystyy valitsemaan tutkimusongelmaan läheisimmin liittyvät tutkimukset materiaalin joukosta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121, 259.)

2 RASKAUS

Normaali raskaus kestää keskimäärin 280 vuorokautta eli 40 viikkoa. Mikäli kuukautiskierto on säännöllinen, raskauden kesto ja synnytyksen laskettu aika voidaan määrittää viimeisten kuukautisten alkamispäivästä. Normaaliin raskauteen liittyy monia fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia. (Tiitinen 2009a.)

2.1. Hedelmöittyminen

Hedelmöityksellä eli fertilisaatiolla tarkoitetaan munasolun ja siittiön yhtymistä. Hedelmöityksessä sulautuvat yhteen äidin ja isä perimät. (Hartikainen, Tuomivaara, Puustola & Lang 1995, 94; Eskola, Hytönen 2002a, 132.)

Ihmisen suurin solu on naisen sukusolu eli munasolu, se on läpimitaltaan noin 0,15 mm. Munasolu onkin noin 250 000 kertaa suurempi kuin siittiö. Jo tyttölapsen syntyessä ovat muodostuneet munarauhasissa eli munasarjoissa alkumunasolut, joiden kypsyminen käynnistyy hormonitoiminnan voimistuessa murrosiässä. Kypsyminen jatkuu vaihdevuosiin saakka. Miehen sukusolu eli siittiö taas on ihmisen pienin ja erikoistunein solu. Siittiöt kypsyvät kiveksissä 2-3 kuukautta, mutta tulevat liikuntakykyisiksi vasta lisäkiveksissä. (Hartikainen ym. 1995, 94-97; Eskola ym. 2002a, 132; Internetix opinnot 2009.)

Kuukautiskierron puolessavälissä munarakkula puhkeaa ja munasolu irtoaa eli tapahtuu ovulaatio. Naisen munasolu on hedelmöittymiskykyinen ovulaation aikana. Munasolu säilyy hedelmöittymiskelpoisena 24 tuntia irtoamisestaan. Ovulaation aikana kohdunkaulan lima on hormonaalisista vaikutuksesta muuttunut niin, että siittiöt voivat liikkua siinä helposti. Siemensyöksyssä siittiöitä vapautuu noin 250 miljoonaa, joista vain pieni osa selviytyy kohtuun ja muutama tuhat munanjohtimiin saakka, missä hedelmöitys tapahtuu. Siittiön päästä vapautuu entsyymejä, jotka liuottavat munasolua ympäröivään kalvoon aukon, josta siittiön pää imaistaan munasolun sisään. Siittiöstä irtoaa häntä ja pää paisuu. Yhden siittiön päästyä munasoluun, kalvo muuttuu muita siittiöitä läpäisemättömäksi. Tämän jälkeen sukusolujen tumat yhtyvät eli syntyy tsygootti. Hedelmöitys on tapahtunut ja uuden yksilön kehitys on alkanut. Jokaisen ihmissolun tumassa on 46 perintöte-

kijää eli kromosomia. (Rutanen 1992a, 14; Hartikainen ym 1995, 94; Eskola ym. 2002a, 132-133; Härkönen & Väänänen 2001, 17.)

Kun samaan aikaan kypsyy kaksi munasolua, jotka molemmat hedelmöittyvät saavat alkunsa erimunaiset kaksoset. Identtiset eli samanmunaiset kaksoset sen sijaan kehittyvät tsygootin kuroutuessa kahtia. Identtiset kaksoset ovat aina keskenään samaa sukupuolta ja perimät ovat samanlaiset. (Internetix opinnot 2009.)

2.2 Alkiorakkulan kehitys

Tsygootti alkaa jakautua tytär soluiksi heti hedelmöityksen jälkeen. Noin 40 tunnin kuluttua hedelmöityksestä tsygootista on kehittynyt nelisoluinen alkio. Matka kohtuun kestää 3-4 vuorokautta, minä aikana tapahtuu useita solujen jakautumisia, mutta ei varsinaista solujen kasvua. Kohtuun saapuessaan alkio on monisoluinen solupallo eli morula. Morulan keskelle alkaa neljäntenä päivänä ilmaantua nesteen täyttämä ontelo, joka suurentuessaan erottaa alkion solut kahteen osaan. Uloimmasta solukerroksesta eli trofoblastista muodostuvat istukka ja suonikalvo ja sisäsolukosta kehittyy sikiö, vesikalvo ja napanuora. Sitä kutsutaan blastokystiksi. (Hartikainen ym 1995, 96-97; Eskola ym 2002a, 132; Rutanen 1992a, 15.)

Kohtuonteloon saavuttuaan blastokysti on kohdun limakalvon erittämässä nestessä vapaana pari päivää, ennen kiinnittymistään kohdun limakalvoon. Implantaatio eli kiinnittyminen tapahtuu noin 6-7 vuorokauden kuluttua hedelmöityksestä. Implantaation jälkeen endometriumin eli kohdun sisäpinnan limakalvon rajapinta kohtuonteloon sulkeutuu blastokystin ympärillä ja raskaus alkaa. Trofoblastisolut erittävät koriogonadotropiinia eli hCG:ta, joka estää keltarauhasen surkastumisen. Keltarauhasen erittämät steroidit puolestaan estävät kuukautisvuodon, jolloin raskaus jatkuu. (Hartikainen ym 1995, 96-99; Eskola ym 2002a, 132; Rutanen 1992a, 15.)

2.3 Raskauden toteaminen ja lasketun ajan määrittäminen

Raskaus voidaan todeta virtsasta tai veren seerumista. Näistä määritetään koriogonadotropiini eli hCG pitoisuus. Trofoplastisolut alkavat erittää koriogonadotropiinia jo 6-8 päivää ovulaation jälkeen eli implantaation alkaessa. Seerumista

otettavan hCG–menetelmän avulla raskaus voidaan todeta heti implantaation jälkeen. Virtsasta otettavien raskaustestien herkkyys vaihtelee välillä 25-2000 KY/l. Herkimmillä testeillä raskaus voidaankin todeta jo ennen kuukautisten poisjäämistä. (Rutanen 1992a, 21; Hartikainen ym. 1995, 97-98.)

Raskaus alkaa yleensä noin kaksi viikkoa ennen poisjääviä kuukautisia. Raskaus kestää viimeisten kuukautisten ensimmäisestä päivästä laskien 280 vuorokautta eli 40 viikkoa. Raskauden keston biologinen vaihtelu on suuri, näin ollen vain osa synnytyksistä tapahtuu raskauden keitettyä 40 viikkoa. Laskettu aika määritetään ensimmäisen neuvolakäynnin yhteydessä. Käytännössä laskettu aika ja raskauden kulloinenkin kesto määritetään käyttämällä raskauskalenteria tai raskauskiekkoa, siitä nähdään suoraan laskettu aika naiselle, jonka kuukautiskierto on säännöllinen. Raskaus voidaan todeta myös sisätutkimuksella, joka antaa jokseenkin tarkan kuvan raskauden kestosta, jos se tehdään raskausviikoilla 8.-12. Alle 12. viikon raskauksissa lasketun ajan määrittämisessä käytetään kaikututkimuksella saatavaa sikiön pää-perämittaa. Infertiliteetin eli lapsettomuuden takia tutkituilla ja hoideutuilla naisilla on usein tiedossa tarkka hedelmöitymispäivä, jota voidaan käyttää lasketun ajan määrittämisessä. (Haukkamaa & Sariola 2001, 303; Hartikainen 1995, 45-46, 117-120.)

2.4 Raskauden eteneminen

Raskausaika jaetaan usein kolmeen trimesteriin eli raskauskolmannekseen. Ensimmäinen kolmannes käsittää raskausviikot 0.-12., toinen kolmannes 12.-28. ja kolmas kolmannes käsittää loppuraskauden (Hartikainen 1995, 106).

Lähdekirjallisuudessa määritellään alkio- ja sikiöviikot eri tavoin. Tässä työssä käytetään Eskola ym.(2002) määritelmää, jonka mukaan alkiosta eli embryosta puhutaan raskausviikolle 12. asti. Viikosta 13. eteenpäin käytetään sikiö- eli fetus-nimitystä. (Eskola ym.2002a, 133-134.)

Sikiönkehitys jaetaan alkionkehitykseen eli blastogeneesiin, eli raskausviikkoihin 1.-3. Tällöin alkio ei ole herkkä ulkoisille tekijöille, mutta vauriotuessaan alkio yleensä kuolee tai syntyy vaikeita (moni)epämuodostumia. Toinen vaihe on elinten muodostuminen eli organogeneesi, joka kattaa sikiöviikot 4.-8.. Tällöin alkio

on herkkä ulkoisille tekijöille ja koska kullakin elimellä on oma erityisen herkkä kehitysvaiheensa epämuodostumariski on tässä vaiheessa suuri. Fetogeneesi eli sikiönkehitys alkaa yhdeksänneltä sikiöviikolta ja jatkuu syntymään saakka. Fetogeneesi on kasvun ja kypsymisen aikaa, jolloin herkkyys ulkoisille tekijöille vähenee. Sikiön vaurioitessa saattaa esiintyä toiminnallisia häiriöitä ja/tai ulkonäköön liittyviä pikkupoikkeavuuksia eli dysmorfiaa. (Hartikainen 1995, 104-106; Ritvanen 2008, 27-29.)

2.4.1 Ensimmäinen kolmannes eli ensimmäinen trimesteri

Ensimmäinen raskauskolmannes katsotaan alkaneeksi viimeisten kuukautisten alkamisesta. Tämän trimesterin aikana tapahtuu hedelmöitys ja hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen kohtuun sekä alkion kudosten ja elinten nopea muotoutuminen ja kasvu. Tässä vaiheessa suuri osa raskauksista päättyy keskenmenoon, koska kehittyvä alkio on erittäin altis ympäristön erilaisille vaaratekijöille. Ensimmäisen kolmanneksen loppuun mennessä alkion eri elimet ovat kehittyneet valmiiksi ja tämän jälkeen tapahtuu pääasiassa vain kasvua ja kypsymistä. (Eskola & Hytönen 2002b, 95.)

Raskauden ensimmäisen kolmanneksen viikoilla 0.-4. alkion kasvu on nopeaa. Silloin muodostuu alkion alku eli alkiolevy, myös primitiivinen hermosto muodostuu tällöin. Alkion sydän kehittyy ja alkaa sykkiä. Alkiolle kehittyy myös raajojen silmut. (Hartikainen 1995, 104.)

Viikot 4.-8. ovat hyvin solujen jakautumisen aikaa. Tällöin muodostuvat pää ja kasvojen piirteet. Näiden viikkojen lopulla kaikki tärkeimmät elimet ovat muodostuneet, myös ulkoiset sukuelimet ovat kehittyneet, mutta sukupuoli ei ole vielä erotettavissa. Alkiolla on havaittavissa myös varhaisia liikkeitä. (Hartikainen 1995, 104.)

8.-12. viikkojen aikana kehittyvät silmäluomet. Munuaisten alkaessa toimia alkiolta alkaa erittyä myös virtsaa. Verenkierto alkaa toimia kunnolla ja imemis- ja nielemisrefleksit kehittyvät. Näillä viikoilla alkio liikkuu jo vapaasti ja sillä on joitain primitiivisiä refleksejä. Alkion sukupuoli on selvä. (Hartikainen 1995, 104.)

Ensimmäisten 12. viikon aikana kohdun koko kaksin-kolminkertaistuu. Kohdun kasvu johtuu tällöin lähinnä estrogeenin stimuloimasta lihassolujen lisääntymisestä. Sikiön pää-perämitta on 12. raskausviikolla 5,3 senttimetriä. (Haukkamaa ym.2001, 304.)

Sen lisäksi, että istukka on kaasujen, ravinteiden ja jätteiden kuljettaja, se on myös tärkeä hormoneja ja proteiineja tuottava elin. Istukassa syntyy sekä proteiini- että steroidi-hormoneja. hCG ylläpitää keltarauhasen progesteronieritystä. Tämän erityksen siirtyminen keltarauhasesta istukkaan tapahtuu viikoilla 7.-9.. Progesteronituotanto on täysin istukan varassa 11.-12. raskausviikoista eteenpäin. hCG-pitoisuus suurenee raskauden alussa ja saavuttaa huippunsa noin 10. raskausviikolla. (Rutanen 1992b, 22; Haukkamaa ym. 2001, 206-207.)

Suositusten mukaan ensimmäisen kolmanneksen aikana raskaana olevan naisen tulisi käydä kaksi kertaa neuvolassa. Ensimmäinen käynti tapahtuu 5-8 viikolla ja toinen käynti 10.-12. viikoilla, jolloin on terveydenhoitajan lisäksi myös lääkärin-tarkastus. (Ritvanen 2008.)

2.4.2 Toinen kolmannes eli toinen trimesteri

Toiselle raskauskolmannekselle on tyypillistä sikiön elinjärjestelmien kasvaminen ja kehittyminen. Toisen trimesterin lopulla sikiö saattaa selvitä hengissä, vaikka syntyisi ennenaikaisena. Tälle vaiheelle on tunnusomaista rauhallisuus ja naisen pyrkimys tasapainoon. Somaattiset oireet kuten esimerkiksi väsymys ja pahoinvointi ja psyykkiset oireet kuten tunteiden ailahtelu vähenevät. Raskauden ensimmäiset ulkoiset merkit tuovat uuden vastuun todellisena esille. (Eskola ym. 2002b, 96.)

Toisella kolmanneksella eli viikoilla 12.-28. nimitys vaihtuu alkioista sikiöksi. Viikot 12.-16. ovat nopean luuston kasvun aikaa, tällöin sikiölle ilmaantuu lanugo-karvoitusta sekä nenän väliseinä ja kitalaki muodostuvat. Tässä vaiheessa sikiöllä on mekoniumia eli lapsenpihkaa suolessa. (Hartikainen ym. 1995, 104.)

Viikkojen 16.-20. aikana ensisynnyttäjät tuntevat sikiön liikkeet, uudelleen synnyttäjät voivat tuntea jo aiemmin (Hartikainen 1995, 105). Liikkeiden tunteminen

vahvistaa äidille sikiön olemassaolon erillisinä olentona (Haukkamaa ym. 2001, 309). Auskultaatiossa kuuluvat sikiön sydänäänet. Tässä vaiheessa vernix caseosa eli lapsenkina ilmaantuu, sormien kynnet näkyvät sekä ihon solut alkavat uusiutua. (Hartikainen ym. 1995, 105.)

Useimmat elimet ovat toimintakykyisiä viikoilla 20.-24.. Tällöin sikiölle kehittyy myös uni- ja valverytmi ja se alkaa reagoimaan äänille. Iho on tässä kehitysiässä punainen ja ryppyinen. (Hartikainen ym. 1995, 105.)

24.-28. viikoilla sikiö voi jo jäädä henkiin synnyttyään. Sikiön silmäluomet avautuvat uudelleen ja sikiöllä on havaittavissa hengityслиikkeitä. (Hartikainen ym. 1995, 105.)

hCG-hormonin pitoisuus jatkaa laskuaan viikolle 18., minkä jälkeen pitoisuus pysyy vakiona raskauden loppuun (Haukkamaa ym. 2001, 307-308). Raskauden toisen kolmanneksen aikana suositusten mukaan äitiysneuvolassa tulisi käydä noin kolme kertaa, terveydenhoitajan vastaanotolla kerran raskausviikoilla 14.-18. ja kerran viikoilla 22.-26.. Noin viikolla 28. on raskausajan toinen lääkärintarkastus (Haukkamaa 1992a, 35).

2.4.3 Kolmas kolmannes eli kolmas trimesteri

Viimeinen raskauskolmannes on sikiölle kasvamisen ja kohdun ulkopuoliseen elämään kypsymisen aikaa. Tässä vaiheessa kiintyminen lapseen korostuu. Naisen elimistö ja sikiö mukautuvat tämän raskauskolmanneksen aikana tulevaan synnytykseen. Tyypillistä tälle kolmannekselle on naisen halukkuus keskustella lapsen syntymästä ja sen jälkeisestä ajasta. Näin synnytykseen ja lapsen kanssa käytävään vuorovaikutukseen liittyvät odotukset saavat realistisen luonteen. (Eskola ym. 2002b, 96-97.)

28.-32. viikoilla sikiö alkaa varastoida rasvaa ja rautaa, lanugo häviää kasvoilta ja iho vaalenee ja silenee. Poikasikiöillä kivekset laskeutuvat kivespusseihin. (Hartikainen ym. 1995, 105.)

Viikoilla 32.-36. sikiön vartalo pyöristyy lisääntyneen rasvan vuoksi. Tällöin myös lanugo häviää kokonaan vartalolta, sikiön hiukset pitenevät ja kynnet yltä-

vät sormenpäihin. Korvien on pehmeää ja jalkapohjien poimut ovat nähtävissä. (Hartikainen ym. 1995, 105.)

Kun hedelmöityksestä on kulunut 36.-40. viikkoa eli viimeisistä kuukautisista on 38.-42. viikkoa, laskettu aika on saavutettu. Näiden viikkojen aikana tapahtuu synnytys, sikiön piirteet lujittuvat ja kasvot pyöristyvät. (Hartikainen ym. 1995, 105.)

Viikolta 28. viikolle 34. terveydenhoitajan vastaanotolla käydään joka toinen viikko. Noin raskausviikolla 36. on viimeinen lääkärinvastaanotto ennen synnytystä. 38. viikolta eteenpäin terveydenhoitajan vastaanotolla käydään viikoittain synnytykseen saakka. (Haukkamaa 1992a, 35.)

2.5 Raskausajan tutkimukset

Äitiyshuollon ydintehtävänä on turvata odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheen paras mahdollinen terveys. Äitiyshuollossa tehtävän työn tulee perustua luotettavaan tietoon, koska sen pyrkimyksenä on raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisy, häiriöiden varhainen toteaminen ja sujuva hoitoon ohjaaminen, tehokas hoito ja kuntoutus, hyvä synnytyksen hoito ja vastasyntyneestä huolehtiminen, sekä perheen tukeminen sairauden tai vamman kohdatessa. (Stakes 1999, 9.)

Laajemmin tavoitteena on edistää tulevien vanhempien terveyttä ja hyvinvointia sekä auttaa heitä suhtautumaan myönteisesti perhe-elämään ja perheen asemaan yhteiskunnassa. Äitiyshuollolta odottavat vanhemmat edellyttävät terveydentilan seurannan ja hoidon lisäksi sosiaalista ja henkistä tukea ja apua uudessa elämäntilanteessa. (Stakes 1999, 9.)

2.5.1 Neuvolassa tehtävät tutkimukset

Naisen tullessa ensimmäiselle neuvolakäynnille, on varattava riittävästi aikaa esitietojen kyselyyn, koska tällä käynnillä saatujen tietojen perusteella voidaan jo alustavasti suunnitella seurannan tiivyyttä. Esitiedoissa kysyttäviä asioita ovat ammatti, siviilisääty ja sosiaalinen tilanne. Samalla kartoitetaan odottavien vanhempien aikaisemmat vaikeat ja krooniset sairaudet sekä suvussa esiintyvät perinnölliset sairaudet. Esitietolomakkeeseen täytetään myös lääkkeiden käyttöön liit-

tyvät asiat, sekä vanhempien terveyskäyttäytymistä, kuten esimerkiksi ravinto, työolot, tupakka ja alkoholi. Naiselle tehdään myös gynekologis- obstetrinen anamneesi, johon tulee tiedot aikaisempien raskauksien ja synnytyksien kulusta. Lasketun ajan määrittämiseksi odottavalta äidiltä kysytään kuukautisanamneesi, viimeisten kuukautisten alkamispäivä ja raskaustestien tekopäivämäärät, myös negatiiviset tulokset kirjataan. Myös naisen ikä, sekä ennen raskautta käytössä ollut ehkäisy menetelmä ovat tarpeellisia esitietolomakkeeseen. Esitietojen perusteella täytetään myös äitiyskorttia, jota äiti kuljettaa koko raskauden mukanaan. Äitiyskortin merkinnät muodostavat tärkeän linkin neuvola, äitiyspoliklinikan, synnytysosaston ja yksityislääkärin välille. (Hartikainen ym. 1995, 200-201; Hartikainen-Sorri 1990, 93.)

Ensimmäisellä käynnillä käypä hoitosuosituksen mukaan odottavan äidin yleistiilan selvittämiseksi tutkitaan hemoglobiini, veriryhmä, Rhesus-tekijä, veriryhmävasta-aineet, kuppa, b-hepatiitti, HIV ja pieni verenkuva(PVK). Nämä tutkimukset voidaan ottaa myös seuraavan terveystarkastuksen yhteydessä. (Tiitinen 2009b.)

Käypä hoitosuosituksen mukaan yleensä raskauden aikana terveydenhoitajakäyn-tejä on noin 10-15 ja lääkärikäyn-tejä kolme tai neljä. Jokaisella käynnillä tehtäviin tutkimuksiin kuuluu verenpaineen (RR) mittaus, virtsan valkuainen ja glukoosi, paino, kohdun tunnustelu sekä hemoglobiini. Käypä hoitosuosituksen mukaan sikiön sydänäänet mitataan dopplerlaitteella. (Tiitinen 2009b.)

2.5.2 Äitiysneuvolan lääkärikäynnit

Normaalisti sujuvan raskauden aikana lääkäritarkastuksia on kolme tai neljä. Lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyö on tärkeää neuvolatyössä. Ensimmäinen lääkärintarkastus tehdään 10.-15. viikolla. Tällöin naiselle tehdään gynekologinen tutkimus, jossa tutkitaan kohdun suun ja emättimen tilanne ja arvioidaan raskauden kesto tunnustelemalla kohdun kokoa. Myös mahdolliset tulehdukset tutkitaan. Raskauden kulkuun ja riskeihin vaikuttavat sairaudet, lääkitykset ja mahdollisten aiempien raskauksien kulku. Lääkäri keskustelee odottavan äidin kanssa myös

ravitsemuksesta, tupakoinnista, sekä alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä. (Tiitinen 2009b.)

Raskausviikolla (26.-)28.(30.) tehdään toinen lääkärintarkastus. Tällöin tavoitteena on tunnistaa mahdollinen ennenaikaisuuden uhka, kohdun kasvun häiriöt, soke-riaineenvaihdunnan häiriöt sekä varhaisvaiheen pre-eklampsia. Tutkimuksissa arvioidaan myös vatsan ja kohdun tunnustelulla kohdun ja sikiön kokoa sekä kohdunkaulan tilanne, myös lapsiveden määrää arvioidaan. Tässä vaiheessa on syytä reagoida viimeistään mahdolliseen synnytyspelkoon. (Tiitinen 2009b.)

Kolmas lääkärintarkastus tehdään raskausviikolla (35.-)36.(37.). Tällä käynnillä arvioidaan tulevaan synnytykseen liittyviä seikkoja, todetaan sikiön tarjonta, varmistetaan sikiön kasvu ja pyritään tunnistamaan ne äidit, jotka tarvitsevat synnytyksen suunnittelua äitiyspoliklinikalla. (Tiitinen 2009b.)

Viimeinen lääkärintarkastus on jälkitarkastus, joka tehdään yleensä 5- 12 viikon kuluttua synnytyksestä. Tällöin käydään yhdessä läpi äidin kokemukset raskaudesta ja synnytyksestä. Äidin mielialan ja jaksamisen arvioiminen on tärkeää, jotta suljetaan pois mahdolliset masennuksen merkit. Äidille tehdään gynekologinen tutkimus, missä arvioidaan emättimen limakalvojen tilanne, sekä varmistetaan, että mitään tulehdukseen viittaavaa oiretta tai löydöstä ei ole. Käynnin yhteydessä selvitetään myös, imetys normaalisti. (Tiitinen 2009b.)

2.5.3 Ultraääni- eli kaikututkimus

Kaikututkimus on raskausaikana tärkein kliinistä tutkimusta täydentävä tutkimusmenetelmä (Jouppila 2001, 332).

Valtioneuvosto on antanut kunnille asetuksen, jonka mukaan kuntien on järjestettävä raskaana oleville varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus, johon voidaan yhdistää myös NT- eli niskaturvotusmittaus sekä rakennepoikkeavuuksien ultraäänitutkimus. Yleinen kaikututkimus tehdään raskausviikolla 10.- 12. ja rakennepoikkeavuuksien ultraäänitutkimus tehdään joko viikolla 18.-21. tai viikon 24. jälkeen. Asetus on tullut voimaan vuoden 2006 lopulla. Ultraäänitutkimus voidaan tarvittaessa tehdä

missä raskauden vaiheessa tahansa. Suomessa ultraääniseulonta tehdään noin 95 prosentille odottavista äideistä. (Ihme & Rainto 2008, 103-104; Hermanson 2009.)

Kaikututkituksen saa suorittaa terveydenhuollon ammattilainen, jolla on käytynä kaksi koulutuskokonaisuutta, joihin sisältyy teoreettinen osa sekä kliininen harjoittelu. Jokaisen tutkijan mittaustuloksia on seurattava. (Hermanson 2009.)

Ultraäänellä voidaan diagnosoida niin yksisikiöinen kuin monisikiöinenkin raskaus jo viiden viikon kuluttua viimeisten kuukautisten alkamisesta. Tällöin voidaan nähdä kohtuontelossa sikiöpussi. Virtsarakon tulee olla tutkimushetkellä kohtalaisen täynnä, jotta syvällä pikkulantiossa oleva kohtu voitaisiin tavoittaa ultraäänellä vatsanpeitteiden läpi. Helpointa on todeta varhaisraskaus emättimen kautta tehtävällä ultraäänitutkimuksella, näin tehdään etenkin silloin kun äidin vatsanpeitteet ovat poikkeuksellisen paksut. Sikiön kaiut tulevat näkyviin sikiöpussin sisältä noin kuudennella raskausviikolla, tällöin pystytään toteamaan myös sikiön sydämen toiminta. Sikiön ensimmäiset vartalonnäkökyksen omaiset liikkeet pystytään havaitsemaan 8. raskausviikon paikkeilla. Alle 10. viikkoisen alkion kasvua pystytään tekemään päälaki- perämitan avulla. Noin 10. raskausviikolla sikiön kallo tulee näkyviin ultraäänitutkimuksessa selkeänä kaikukuviona. Raskauden puoliväliin saakka kallon koko antaa luotettavan kuvan sikiön kehitysvaiheesta. Biparietaalimitan eli pään lakimukuroiden välin määrittäminen on vanhimpia raskausajan ultraäänitutkimuksia. Raskausviikolta 12.- 13. lähtien lisätietoa saadaan mittaamalla biparietaalimitan ohella raajojen pitkien luiden, kuten reisiluun pituutta. Lapsiveden määrään kiinnitetään myös kaikututkimuksissa huomiota. (Eskola ym. 2002a, 174-175, 177.)

Sikiön ikä voidaan määrittää raskauden ensimmäisellä kolmanneksella vajaan viikon tarkkuudella. Tämän jälkeen ultraäänitutkimuksella saadut mitat eivät anna enää samaa varmuutta raskauden kestosta. (Eskola ym. 2002a, 176.)

Myös monia raskaushäiriöitä voidaan diagnosoida kaikututkimuksella. Raskauden alkuvaiheessa voidaan ultraäänellä saada osa niistä jo selville, tällöin poikkeavuutta ei muilla keinoilla vielä kyetä toteamaan. Myös uhkaava keskenmeno voidaan todeta ultraäänellä. Kohdun ulkoista raskautta epäiltäessä emättimen

kautta tehtävä ultraäänitutkimus on käyttökelpoinen. Ultraäänitutkimusta käytetään sikiön morfologian tarkistamiseksi, tutkimuksella voidaan sulkea pois kehityshäiriöitä, kuten aivottomuus (anencephalia), selkärankahalkio (spina bifida), vatsanpeitteiden sulkeutumishäiriöitä (omphalocele, gastrocisis), raaja- anomaloita sekä munuaispoikkeavuuksia. Jokaisen raskauden lopulla kaikututkimuksen yhteydessä tehdään bioprofiilitesti, jossa arvioidaan KTG- käyrän ohella sikiön hyvinvointia tutkimalla istukan rakennetta, lapsiveden määrää ja sikiön hengityseliikkeitä, liikkeitä sekä jänteveyttä. (Eskola ym. 2002a, 177; Hartikainen ym.1995, 131.)

Myös istukan paikka ja sen suhde kohdunsuuhun kyetään näkemään ultraäänen avulla. Rakennepoikkeavuuksien ja kromosomivioista johtuvien muutoksien toteaminen on mahdollista. Ultraääntä voidaan lisäksi käyttää myös muiden toimenpiteiden tukena, kuten lapsivesitutkimus tai kohdun sisäinen verensiirto. (Stakes 1999; Eskola ym. 2002a, 178.)

2.5.4 Seerumiseulonta

Seerumiseulonnalla haetaan riskiä saada Downin oireyhtymää, keskushermostoputken sulkeutumishäiriötä ja synnynnäistä nefroosia. Trisomiaseulonnan avulla voidaan siis tunnistaa riskiraskaudet eli niin sanotut seulontapositiiviset, joita on noin 5 prosenttia tutkituista. Trisomiaseulonta ei koskaan ole diagnostinen tutkimus, vaan sikiön trisomia voidaan osoittaa ainoastaan kromosomitutkimuksella istukka- tai lapsivesinäytteestä. (Salonen 2006, 294-306; Eskola ym. 2002a, 180.)

Seeruminäyte otetaan äidiltä tavallisimmin raskausviikolla 15.-16., mutta varhaisimmillaan se voidaan ottaa raskausviikolla 12.-13.. Seerumiseula tunnistaa raskauksista noin 5 prosentin riskiryhmän, kun äidin seerumin koriongonadotropiini (hCG) ja alfafetoproteiini (AFP) määritysten tulokset suhteutetaan äidin ikään ja raskauden keston. Jos sikiöllä todetaan seulontatutkimuksessa kohonnut riski Downin oireyhtymään, tarjotaan odottavalle äidille mahdollisuutta osallistua lapsivesitutkimukseen sikiön kromosomien tutkimiseksi. (Salonen 2006, 294-306; Stakes 1999.)

Vaikka seerumiseulonta löytää noin 60-70 prosenttia niistä raskauksista joissa sikiöllä on Downin oireyhtymä, on hyvä muistaa, että vaikka tutkimuksessa saisi negatiivisen tuloksen, sikiöllä voi siitä huolimatta olla etsitty kehityshäiriö. Tutkimuksesta voi saada myös positiivisen tuloksen, vaikka sikiöllä ei etsittyä kehityshäiriötä olisikaan. Seerumiseulonta kertoo vain kohonneesta kehityshäiriön todennäköisyydestä. Seulontoihin ja mahdollisesti tarjottaviin jatkotutkimuksiin osallistuminen on aina vapaaehtoista. (Salonen 2006, 294-306.)

Seerumiseulonnassa informaatio ja neuvonta ovat merkittävässä asemassa ja tässä työssä neuvoloilla on keskeinen asema. Äitien on saatava riittävästi tietoa seulonnan mahdollisuuksista ja rajoituksista, voidakseen itse ja vapaaehtoisesti päättää osallistumisestaan. (Eskola ym. 2002a, 181.)

2.5.5 Istukkanäytetutkimus

Istukka ja sikiö muodostuvat samasta hedelmöittyneestä munasolusta, joten sikiöstä saadaan tietoa tutkimalla istukkaa. Sikiön aineenvaihduntasairauksiin liittyviä entsyymejä voidaan suoraan eristää istukkanäytteestä. (Kirkinen ym. 2001, 361-362.)

Ennen istukkanäytteen ottoa tehdään aina kaikututkimus, jonka avulla varmistetaan raskauden kesto ja selvitetään istukan paikka. Yleensä näyte otetaan 11.-12. raskausviikolla. Näytteenotto tapahtuu vatsan ihon läpi ja on lähes kivuton. Tulos saadaan usein jo noin viikossa. Istukkanäytteestä voidaan tehdä kaikkien kromosomien tutkimuksen sijaan niin sanottu trisomia-PCR-tutkimus, joka kertoo tavallisimpia trisomioita aiheuttavien kromosomien 21, 18, 13 sekä sukukromosomien lukumäärän. (Salonen 2005.)

Istukkanäytteen otto lisää keskenmenoriskiä vajaan prosentin verran. Koska itseltään tapahtuvat keskenmenot ovat alkuraskaudessa tavallisia, ei aina ole selvitetävissä johtuiko istukkanäytteen jälkeinen keskenmeno juuri näytteenotosta. (Väestöliitto 2009.)

2.5.6 Lapsivesitutkimus eli amniosenteesi

Sikiö liikkuu lapsivedessä vapaasti ja harjoittelee raajojensa käyttöä. Lapsiveden tehtävinä on ylläpitää tasaista lämpötilaa sikiön ympärillä ja samalla se toimii suojana kohtuun kohdistuvissa kolhuissa. Lapsivesi kannattaa sikiötä sen liikkua, mutta se suuntaa kohdun seinämään jatkuvaa sisäistä painetta, jotta sikiöllä on tilaa kasvaa vapaasti. Lapsiveden ansiosta sikiöllä on mahdollisuus harjoitella nielemistä jo kohdussa ja samalla lapsivesi ottaa vastaan sikiön sinne erittämät aineet eli virtsan ja ulosteen ja imeyttää ne sieltä pois. Synnytyksen avautumisvaiheen aikana lapsivesi painaa kohdunsuuta ja edistää sen avautumista samalla kun suoja sikiötä kohdun puristukselta. (Eskola ym. 2002a, 140.)

Sikiöstä hilseilee lapsiveteen soluja virtsateistä, keuhkoista, iholta ja sikiökalvoista. Yleisimmin näiden solujen tutkimista varten tehtävä lapsivesipisto suoritetaan raskausviikolla 14. tai 15.. Vatsanpeitteiden, kohdun seinän ja kalvojen läpi punktoidaan ultraäänikontrollissa ohut neula, josta imetään 10-20 millilitraa lapsivesinäytettä. Tästä näytteestä samoin kuin istukkanäytteestä voidaan tutkia sikiön kromosomit, monia geenivirheitä ja mitata entsyymipitoisuuksia. Tutkimusten luotettavuus voi kärsiä esimerkiksi äidistä peräisin olevien kudosten aiheuttamasta kontaminaatiosta, mutta hyvä näytteenottotekniikka ja hyvä laboratoriotekninen käsittely parantavat luotettavuutta. Lapsivesitutkimuksen tulos valmistuu noin kahdessa viikossa. (Kirkinen, Ryyänen 2001, 361; Stakes 1999, 44.)

Lapsivesipisto lisää keskenmenoriskiä. Ilman toimenpiteitäkin keskenmenoriski on 12. raskausviikon paikkeilla alle 35-vuotiailla 1,5 prosenttia ja yli 35-vuotiailla 4,5 prosenttia. Lapsivesipisto lisää keskenmenoriskiä vielä noin 0,3 – 0,5 prosenttia. Tavallisimpia tutkimuksesta seuraavia komplikaatioita ovat verenvuoto, infektio ja sikiön mekaaninen vaurio. (Kirkinen ym. 2001, 361.)

2.6 Raskausajan häiriöitä ja ongelmia

Useimpiin raskauksiin liittyy usein kiusallisia mutta vaarattomia vaivoja ja elintapoihin liittyviä ongelmia. Tärkeää on potilaan informoiminen vaivan luonteesta ja sen yhteydestä raskauteen, koska joihinkin näistä vaivoista voi liittyä vaaroja raskauden kulun ja sikiön kannalta. (Rauramo 1992, 58.)

2.6.1 Raskausajan vaivat

Yksi kiusallisista vaivoista on närästys, joka vaivaa suurta osaa raskaana olevista jossain raskauden vaiheessa. Oireena on polttava rintakipu keskellä rintaa tai ylävatsan alueella. Perussyö närästykseen on pääosin hormonaalisista seikoista johdettu mahanlaukun tyhjenemisen hidastuminen. Närästystä voi koittaa välttää ruokailutottumuksia muuttamalla. (Rauramo 1992, 58.)

Raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana lievä pahoinvointi etenkin aamuisin on erittäin tavallista. Sitä voidaan pitää jopa fysiologisena raskausoireena. Pahoinvointi on yleensä voimakkainta mahan ollessa tyhjä ja siihen voi liittyä ajoittain oksentelua. Oireet helpottavat yleensä 16. raskausviikon jälkeen, kun sokeriaineenvaihdunta tasapainottuu. (Eskola ym. 2002a, 143.)

Tavallinen raskausajan vaiva on ummetus, joka saattaa lisääntyä raskauden edessä. Ummetuksen syynä on muun muassa kasvavan kohdun aiheuttaman puristuksen. Väärä ruokavalio tai rautalääkitys voivat edesauttaa ummetuksen syntyä. Ummetuksen hoidossa tärkeintä on kuitupitoisen ravinnon lisääminen, myös runsaasta juomisesta ja säännöllisestä liikunnasta on hyötyä. (Rauramo 1992, 58.)

Pica-oireilla tarkoitetaan hillitöntä halua syödä jotain, jota ei ole tarkoitettu syötäväksi. Pica-oireet häviävät synnytyksen jälkeen (Rauramo 1992, 59).

Alaraajojen laskimolaajentumat eli suonikohjut ovat tavallisia raskauden aikana, jolloin laskimot venyvät ja niiden tilavuus kasvaa 50 prosenttia. Tämän vuoksi laskimoissa virtaus hidastuu ja paine kasvaa. Nämä seikat yhdessä kasvavan kohdun kanssa edesauttavat suonikohjujen syntyä. Muita altistavia tekijöitä voivat olla pitkäaikainen yhtäjaksoinen istuminen tai seisominen. Jalkoja tulisi pyrkiä nostamaan kohoasentoon päivän mittaan. Useimmiten suonikohjut paranevat ainakin osittain synnytyksen jälkeen. (Rauramo 1992, 59.)

Kasvavan kohdun aiheuttama lisääntyvä paine aiheuttaa myös peräpukamia eli peräsuolen laskimoiden suonikohjuja. Peräpukamista aiheutuvat hankaluuden liittyvät yleensä synnytyksen jälkeiseen aikaan. Ummetusta välttämällä voi välttyä myös pukamavaivoilta. (Rauramo 1992, 59.)

Raskausaikana monet valittavat päänsärkyä. Säännöllisellä aterioinnilla on migreeniä ennaltaehkäisevä vaikutus. Päänsärkyä voi turvallisesti hoitaa parasetamolilla koko raskauden ajan. Raskauden loppupuolella päänsärky voi olla oire raskaustoksemiasta. Tällöin on syytä mitata verenpainetta ja tutkia virtsan valkuainen. (Rauramo 1992, 59.)

Raskauden aikana erityisen ongelmallista ovat alavatsalla ja kohdun seudulla tunnut kivut. Tyypillinen raskauteen liittyvä kipu on kohdun pyöreän kannattimen eli ligamentun rotundumin kipu, se on tavallisempi oikealla puolella ja laukeaa usein asentoa vaihtamalla. Tämä on tavallinen syy öisiin kipuihin. Vatsakipu raskauden aikana voi olla täysin vaaratonta, mutta vakavat syyt on kyettävä sulkemaan pois. Alkuraskaudessa alavatsakipujen syynä voi olla esimerkiksi keskenmeno, kohdunulkoinen raskaus tai munasarjan kiertymä. Loppuraskaudessa huolestuttava syy voi olla istukan enneaikainen irtoaminen. (Rauramo 1992, 60.)

Selkävivut ovat myös yleisiä raskausaikana. Yleisimmin ne esiintyvät ristiselässä ja niiden todennäköisyys kasvaa kohdun kasvun myötä. Raskaudenaikaisten selkävaivojen syynä on lantion nivelten hormoneista johtuva löystyminen ja kohdun kasvun aiheuttama lantiorangan kaarevuuden suureneminen. Liikunta ja riittävä lepo ennaltaehkäisevät selkävaivoja. (Rauramo 1992, 60.)

Raskausviikosta 20. lähtien voi esiintyä pieniä kivuttomia niin sanottuja Braxton-Hicksin supistuksia, jotka liittyvät normaaliin raskauden kulkuun. Aivan loppuraskaudessa ne saattavat olla kivuliaitakin. Supistusten tehtävänä on kehittää ja venyttää kohdun istmista osaa, toisaalta ne taas valmistavat kohdunkaulaa synnytystä varten. Tällaiset supistukset eivät kaipaa hoitoa missään raskauden vaiheessa mutta ongelmana on erottaa Braxton-Hicksin supistukset uhkaavaa enneaikaista synnytystä merkitsevistä supistuksista. Mikäli supistukset ovat kivuliaita, säännöllisiä ja niitä on usein ne viittaavat enneaikaisen synnytyksen uhkaan, kuten myös kohdunkaulan muutokset. (Rauramo 1992, 61.)

2.6.2 Keskenmeno eli abortti

Keskenmeno määritellään raskauden keskeytymisenä ennen kuin sikiö on elinkykyinen. Kansainvälisen tautiluokituksen ja suomalaisen tautinimistön mukaan

raskaus on tällöin kestänyt alle 22 täyttä raskausviikkoa viimeisten kuukautisten alkamispäivästä lukien tai sikiön paino on alle 500 grammaa. Raskaus voi keskeytyä itsestään (abortus spontaneus) tai se voidaan keskeyttää (abortus arte provocatus eli a.a.p.). (Hartikainen ym. 1995, 139.)

Keskenmenon yleisin syy on genetiikka ja suurimman osan keskenmenoista aiheuttavat kromosomipoikkeavuudet. Nämä häiriöt yleistyvät raskaana olevan naisen iän myötä ja 35 vuotta täyttäneiden naisten raskauksista keskeytyy jopa yli 50 prosenttia, kun luku alle 25-vuotiaiden naisten raskauksissa on noin 10 prosenttia. Häiriö voi olla peräisin joko munasolusta tai siittiöstä. Häiriö voi tapahtua myös hedelmöityksessä. (Eskola ym. 2002a, 163-164.)

Sukusolujen yhtymisen alkuvaiheessa tapahtuva kehityshäiriö aiheuttaa niin sanotun tuulimunan eli abortiivimunan (ovum abortivum). Tämä häiriö on satunnainen kehittyvässä munassa oleva virhe, joka ei johdu kummastakaan vanhemmasta. Tuulimunassa kehittyi istukka istukka ja sikiökalvot, mutta ei sikiötä. Tavallisesti tuulimunaraskaus keskeytyy itsestään raskausviikolla 8.-10. (Eskola ym. 2002a, 164.)

Äidistä johtuvia keskenmenoriskiä lisääviä syitä on useita, esimerkiksi synnytyselinten erilaiset häiriöt, kuten epämuodostumat tai kasvaimet, kaksiosainen kohtu, kiinnikasvanut-, taaksepäin kasvanut kohtu ja kohdunkaulan heikkous. Useimmat näistä häiriöistä voidaan hoitaa kirurgisesti. (Eskola ym. 2002a, 164.)

Jokin äidin sairastama perussairaus, kuten esimerkiksi diabetes, kohonnut verenpaine tai munuaistauti voi lisätä keskenmenoriskiä. Tällöin on hyvä tehostaa sairauden valvontaa. Kehittyvää sikiötä saattaa vaurioittaa myös raskauden alkuvaiheessa sairastettu virus- tai bakteeri-infektio, jolloin raskaus päättyy. Esimerkkejä tällaisista tartuntataudeista ovat muun muassa vihurirokko, klamydia ja herpes. Myös työperäiset tai muut jatkuvat myrkytystilat, esimerkiksi lyijy tai elohopea, voivat johtaa raskaudenkeskeytymisen lisäksi jopa lapsettomuuteen. (Eskola ym. 2002a, 164.)

Raskauden alussa kohtu on vielä hyvin suojassa lantion sisällä, joten ulkoiset traumat aiheuttavat keskenmenon erittäin harvoin. Psykkisten järkytysten on oletettu aiheuttavan raskauden keskeytymisiä, mutta varmoja tieteellisiä todisteita ei vielä ole. Tupakointi sekä huumeidenkäyttö vaikuttavat naisen hedelmällisyyteen ja lisäävät keskenmenoriskiä. Alkoholin ja keskenmenojen yhteydestä on ristiriitaista tietoa lähteistä riippuen. Tulppala (2001) kirjoittaa, että kohtuulliseen alkoholinkäyttöön (<2 annosta / viikko) ei liity lisääntynyttä keskenmenoriskiä. Halmesmäki (2005) taas toteaa, että alkuraskaudessa 1-2 päivittäistä alkoholiannosta kaksinkertaistaa ja kolme päivittäistä annosta kolminkertaistaa keskenmenoriskin. Eskola ym. (2002) toteavat, että alkoholin, tupakan, huumeiden ja AIDS:n vaikutusta keskenmenoihin ei ole vielä täysin pystytty todistamaan. (Tulppala 2001, 377; Eskola ym. 2002a, 164; Halmesmäki 2005, 8.)

Keskenmenoriskiä lisääviä hormonaalisia tekijöitä ovat odottavan äidin kelta-ruhasen vajaatoiminta, kilpirauhasen toimintahäiriöt ja diabetes (Tulppala 2001, 378).

Uhkaavan keskenmenon tavallisin oire on verenvuoto, johon liittyy kuukautiskiipua muistuttava kipu. Vuoto aiheutuu istukan osittaisesta irtautumisesta ja kivat kohdun supistuksista. Kohdunkaulan kanavan ollessa kiinni ja sikiökalvojen ollessa ehjät ja jos vuoto ei ole runsasta ja eivätkä kivut ole voimakkaita, on kyseessä uhkaava keskenmeno. Naisen hakeutuessa päivystyspoliklinikalle pyritään tilanteesta luomaan nopeasti kuva haastattelun ja tutkimusten perusteella. Raskauden alkuvaiheessa tapahtuva uhkaava keskenmeno hoidetaan ohjaamalla nainen lyhyelle sairauslomalle. Naiselle suositellaan myös lepoa sekä kevyttä ravintoa. Lisäksi häntä kehoitetaan hakeutumaan hoitoon, jos oireet uusiutuvat. Myöhäisvaiheen uhkaavassa keskenmenossa eli raskausviikoilla 13.- 22. turvaudutaan usein sairaalahoitoon. Tarvittaessa voidaan aloittaa kohdun supistuksia hillitsevä lääkitys eli tokolyyttinen lääkehoito. (Eskola ym. 2002a, 165-166.)

Myöhäisvaiheen keskenmenossa kuollut sikiö saattaa aiheuttaa äidin vereen fibrinogeenin puutetta, tällöin veren hyytymiskyky heikkenee. Toimenpiteet voivat aiheuttaa vaikeasti pysäytettävän verenvuodon, jonka vaaraa lisää tilaan liittyvä kohdun vähäinen supistusalttius. Sikiön kuoleman mahdollisimman varhainen

toteaminen laskee komplikaatoriskiä. Tapahtumasta puhutaan keskeytyneenä keskenmenona. (Eskola ym. 2002a, 167.)

Epätäydellisen keskenmenon (abortus incompletus) aikana kohdunsuu on avautunut ja osa kohdun sisällöstä on jo syntynyt tai syntymässä kohdunsuulla tai emättimessä. Kohdun kaavinta raskausviikolla 10.- 14. tehdään yleensä välittömästi verenvuodon lopettamiseksi, koska pitkään jatkuva vuoto lisää infektioalttiutta. Toisen kolmanneksen aikana tapahtuvissa epätäydellisissä keskenmenoissa kaavinta tehdään vasta sikiön synnyttyä, ellei runsas vuoto pakota toimenpiteeseen sitä ennen. (Rutanen 1992c, 259.)

2.6.3 Kohdunulkoinen raskaus eli graviditas extrauterina

Hedelmöitynyt munasolu kiinnittyy kohdun ulkopuolelle ja muodostaa sinne istukan, jos se ei tule kohtuun oikeaan aikaan. Kohdun ulkoisen raskauden yleisin sijaintipaikka on munatorvi (noin 95 %), harvemmin munasarja, kohdunkaula tai muu vatsaontelon alue. (Hartikainen 1995, 143.)

Tärkeimpiä gynekologisia päivystysaikaisia ongelmia ovat kohdun ulkoisen raskauden repeämisen aiheuttamat verenvuoto ja siitä johtuva kipu. Oireet alkavat usein äkillisesti ja vatsaontelon sisäinen verenvuoto saattaa aiheuttaa nopeasti hengenvaarallisen tilan. Suomessa on erittäin harvinaista, että odottava äiti kuolee tähän raskauskomplikaatioon, koska diagnoosi- ja hoitomenetelmät ovat parantuneet. (Hartikainen 1995, 144.)

Kohdunulkoisten raskauksien syitä saattavat olla esimerkiksi munatorvitulehdukset, kuten klamydia, lantion alueen leikkaukset, kohdunsisäinen kierukka, häiriö hedelmöittyneen munasolun kulkeutumisessa kohtuun tai alkiooperäiset syyt. (Hartikainen 1995, 144; Mäkinen 2001, 383.)

Kaikkiaan noin 30 prosentilla naisilla, joilla todetaan kohdun ulkoinen raskaus, esiintyy yleisiä raskausoireita, kuten pahoinvointia ja rintojen arkuutta. Kipu alkaa tyypillisesti raskausviikolla 7.-9. mutta se voi alkaa jo ennen kuukautisten poisjäämistä. Kaikilla potilailla kuukautiset eivät kuitenkaan jää pois. Koska oireet voivat vaihdella eri potilailla, fertiili-ikäisen naisen alavatsakipu ja ylimääräinen

vuoto ovat aina aihe kohdunulkoisen raskaudenepäilyyn, riippumatta ehkäisyta-
vasta. Raskaustesti tulee tehdä mieluiten seeruminäytteestä, koska virtsasta tehty
hCG-määritys voi antaa väärän, negatiivisen tuloksen. Kaikki hCG-positiiviset
potilaat, joilla ei todeta kohdunsisäistä raskautta on syytä lähettää lisätutkimuksiin
yksikköön, jossa on mahdollista tehdä kaikututkimus ja laparoskopia. Laparosko-
pialla voidaan varmistaa diagnoosi ja paikallistaa raskauden sijainti. Mikäli oireet
eivät ole voimakkaita, seurataan tilanteen luonnollista etenemistä, sillä kohdunul-
koinen raskaus voi päättyä itsestään vaatimatta erityistoimenpiteitä. Tämä edellyt-
tää toistuvia kaikututkimuksia ja verinäytteitä, joiden avulla tarkkaillaan hCG-
eritystä. Jos istukkahormoni arvot laskevat, tämä osoittaa raskauden päättyvän
itsestään. Tällöin ultraääni-tutkimuksessa todetaan munan imeytyvän eli resorboi-
tuvan pois. (Eskola ym. 2002a, 170; Mäkinen 2001, 385.)

Jos kohdunulkoinen raskaus on edennyt niin pitkälle, että vaarana on munanjoh-
timen repeäminen, voidaan laparoskopian avulla poistaa muna ja istukka. Mikäli
munanjohdin on jo ehtinyt potilaan saapuessa revetä, tilanne on kriittinen. Poti-
laalla on kovia kipuja ja runsas vatsaonteloon suuntautuva verenvuoto johtaa sok-
kiin. Tällöin munanjohdin poistetaan useimmiten vuodon lopettamiseksi. (Eskola
ym. 2002a, 171.)

2.6.4 Rypäleraskaus eli mola hydatidosa

Rypäleraskaudessa alkio ja sikiö eivät kehity, istukkasolukko kasvaa voimakkaas-
ti ja istukka muuttuu nukkalisäkkeiden laajenemisen seurauksena nesteen täyttä-
miksi rakkuloiksi, nämä johtuvat epänormaalista hedelmöitymisestä. Rypäleras-
kaus voi olla täydellinen tai osittainen. Täydellisessä molassa yleisin oire on ve-
renvuoto raskauden alussa. Raskauden keston nähden kohtu on kookas. Pahoin-
vointi voi olla normaalia voimakkaampaa ja pre-eklampsian vaara on jo varhai-
sessa raskaudessa. Epätäydellinen mola ei yleensä oireile, vaan ilmenee kesken-
menona. Diagnoosi perustuu veren koriongonadotropiinin määrittämiseen yhdessä
ultraäänitutkimuksen kanssa. Rypäleraskaudessa seerumin koriongonadotropiini
pitoisuudet ovat moninkertaiset vastaavanikäiseen normaaliraskauteen verrattuna.
(Hartikainen 1995, 148.)

Suosittelavin hoitomuoto on imukaavinta. Mikäli nainen ei halua enää lapsia kohdunpoistoakin voidaan harkita. Rypäleraskauksista osa voi osoittautua pahanlaatuisiksi, tällöin potilaalta otetaan myös keuhkojen röntgenkuva mahdollisten etäpesäkkeiden toteamiseksi. (Hartikainen 1995, 148.)

Rypäleraskauden hoidon jälkeen tarkka seuranta on tärkeää mahdollisten jälkiseurusten toteamiseksi ja hoitamiseksi. Seuranta perustuu veren koriongonadotropiinin määrityksiin, joita tehdään lyhyin välein kunnes niiden tulokset muuttuvat negatiiviseksi. Yleensä sairauden seuranta-aika on yhteensä noin kaksi vuotta. (Hartikainen 1995, 148.)

2.6.5 Ennenaikainen synnytys eli partus praematurus

Ennenaikaiseksi synnytykseksi määritellään synnytyksen käynnistyminen raskausviikolla 23.-26. Tällöin sikiölle on vaarana ennenaikaisuudesta johtuva kypsymättömyys ja pienuus. Ennenaikaisen synnytyksen syyt ovat hyvin moninaisia, esimerkiksi äidin sairastama pre-eklampsia, diabetes tai äkillinen infektio saattavat käynnistää synnytyksen. Altistavia tekijöitä ovat muun muassa lisäksi fyysinen tai psyykinen liikarasittuneisuus, runsas tupakointi ja sikiön kehityshäiriö. Jos äidillä on ennenaikaisen synnytyksen riski, hänet ohjataan hakeutumaan äitiyspoliklinikalle tarkempaa seurantaa varten heti oireiden ilmaantuessa. (Eskola ym. 2002a, 262-264.)

2.6.6 Yliaikainen raskaus eli postmaturitas

Kyseessä on yliaikaisuus silloin, kun raskaus on kestänyt 14 vuorokautta yli lasketun ajan eli yli 42. raskausviikkoa. Yliaikaiset raskaudet ovat harvinaisia. Raskauden jatkuessa yliaikaisena istukan toimintaa seurataan, koska se alkaa rappeutua. Myös sikiön ja äidin vointia tarkkaillaan, tarpeen vaatiessa osastohoidossa. Tarvittaessa synnytys käynnistetään. Tilanteissa, joissa synnytys ei yrityksistä huolimatta käynnisty, turvaudutaan keisarileikkaukseen. (Eskola ym. 2002a, 266-267.)

2.6.7 Raskaustoksemia eli pre-eklampsia

Raskaustoksemia on 20. raskausviikon jälkeen alkava sairaus, jonka keskeisimpänä oireena on kohonnut verenpaine. Verenpaineen kohoamiseen liittyy myös tur-

votusta. Virtsatutkimuksissa todetaan valkuaisen erittymistä eli proteinuriaa. Pre-eklampsia jaotellaan lievään ja vaikeaan. Pre-eklampsia pyritään toteamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jonka vuoksi äitiysneuvolassa tarkkaillaan verenpainetta jokaisella käyntikerralla. Pre-eklampsiaan liittyvä istukan vajaatoiminta haittaa sikiön kasvua ja hyvinvointia, joten tehostettu seuranta on tarpeen. Oireiden perusteella harkitaan joudutaanko synnytys käynnistämään. Päätökseen vaikuttavat sikiön voinnista kertovat tutkimustulokset. Synnytyksen jälkeen äidin oireet yleensä korjaantuvat. (Eskola ym. 2002a, 267-270.)

2.6.8 Raskaushepatoosi eli raskauskolestaasi

Raskaushepatoosi on viimeisen raskauskolmanneksen aikana ilmaantuva maksan toiminnan häiriö, joka uusii usein seuraavissa raskauksissa. Äidille tämä häiriö on täysin vaaraton, mutta sikiöllä on hieman suurentunut kohdun sisäisen kuoleman riski varsinkin raskauden loppuviikkoina. Raskauskolestaasin syy on edelleen selvittämättä, mutta sen epäillään johtuvan sikiön ja istukan erittämistä suurista steroidimääristä. Raskaushepatoosin ensimmäinen ja usein ainoa oire on kutina, joka tuntuu kaikkialla ihossa, varsinkin kämmenissä ja jalkapohjissa. Kutina jatkuu raskauden loppuun. Keskeistä hoidossa on vähärasvainen ruokavalio ja lepo. Toistaiseksi raskaushepatoosin hoitoon ei ole parantavaa hoitomuotoa. Oireet häviävät synnytyksen jälkeen nopeasti. (Eskola ym. 2002a, 271-272.)

2.6.9 Raskausdiabetes eli gestaatiidiabetes

Äidin veren glukoosipitoisuus voi suurentua liikaa, jos insuliinin erityis haimasta ei lisäännä normaalisti tai jos insuliiniresistenssi on tavallista suurempi. Insuliiniresistenssi on usein normaalia suurempi varsinkin ylipainoisilla odottavilla äideillä. Raskauden aikainen diabetes ilmaantuu raskauden aikana ja häviää tavallisesti synnytyksen tapahduttua, mutta voi myös myöhemmin puhjeta tyypin 2 diabetekseksi. Taudin keston ja vaikeusasteen perusteella raskaana olevat diabeetikot luokitellaan Whiten mukaan. Tämä luokitus on käytössä yleisesti maailmassa. Gestaatiidiabetes kuuluu luokkaan A tai A/B. A-luokan diabeteksessä hoidoksi riittää ruokavalio, mutta A/B- luokan diabeteksen hoitona käytetään ruokavalion lisäksi myös insuliinia. (Hartikainen ym. 1995, 182-183; Teramo, Leinonen 2001, 510.)

Gestaatiidiabeteksen diagnoosi tehdään kaksi tuntia kestäväällä glukoosirasituskokeella. Rasituskoe suositellaan tehtäväksi 24.- 28. raskausviikolla äideille, joilla on gestaatiidiabeteksen riskitekijöitä eli noin 30 prosentille suomalaisista synnyttäjäistä. Synnyttäjä kuuluu raskausdiabeteksen riskiryhmään, jos glukosuriaa havaitaan aamuvirtsassa, synnyttäjä on ylipainoinen (BMI yli 25), on aikaisemmin synnyttänyt yli 4500g painavan lapsen, on yli 39-vuotias synnyttäjä, sikiö on makrosominen eli suurikokoinen tai aikaisemman raskauden aikana on todettu diabetes.(Teramo ym. 2001, 510-511.)

Jokaisella neuvolakäynnillä tutkitaan virtsan glukoosipitoisuus. Jos edellisessä raskaudessa todettiin raskausdiabetes tai jos alkuraskaudessa todetaan toistuva glukosuria, tehdään sokerirasituskoe jo alkuraskauden aikana. Koe uusitaan 26.-28. raskausviikolla, vaikka tulos olisi normaali. Jos ilmaantuu riskitekijöitä 28. raskausviikon jälkeen, testi on syytä tehdä mahdollisimman pian.(Teramo ym. 2001, 511.)

Ruokavaliohoitoisilla raskausdiabeetikoilla synnytyksen käynnistämisen hyödyistä ei ole selvää osoitusta. Sen sijaan insuliinihoitoisten gestaatiidiabeetikoiden synnytys käynnistetään usein ennenaikaisesti. Jos sikiö on makrosominen, hartiat voivat olla alatiesynnytyksissä olla erittäin vaikeasti ulosautettavissa (hartiadystokia). Jos lapsi on arvioitu yli 4, 5kg painoiseksi, on syytä harkita keisarinleikkausta. (Teramo ym. 2001, 511-512.)

3 SYNNYTYS ELI PARTUS

Partuksella tarkoitetaan kohdunsuun avautumista ja sikiön, istukan ja kalvojen poistumista kohtuontelosta ulkopuoliseen ympäristöön. Kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa, kyseessä on kansainvälisen tautiluokituksen mukaan synnytys. Ennen tätä puhutaan keskenmenosta. Täysiaikainen synnytys voi tapahtua viiden viikon aikana 38.- 42. raskausviikkojen välillä, mikä osoittaa suurta biologista vaihtelua. (Haukkamaa 1992b, 64; Haukkamaa, Sariola 2001, 310.)

Normaalin synnytyksen pääpiirteitä ovat, että synnytys tapahtuu lasketussa ajassa (+- 2 viikkoa lasketusta päivästä), synnytys käynnistyy itsestään, synnytyksen kesto on normaali (4-24 tuntia), syntyy yksi lapsi yläosa etisenä ja takaraivo tarjoutuvana, synnytyksessä ei tarvita imukuppia tai pihtejä, istukka ja kalvot syntyvät ilman toimenpiteitä ja synnytykseen ei liity ylimääräistä verenvuotoa (yli 500g). Synnytys jaetaan kolmeen eri vaiheeseen eli avautumisvaiheeseen, ponnistusvaiheeseen ja jälkeisvaiheeseen. (Hartikainen 1995, 226; Eskola ym. 2002a, 307; Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad, Toverud 2007, 428.)

3.1 Synnytyksen käynnistyminen

Tarkkaa synnytyksen käynnistysmekanismia ei tunneta. Kuitenkin tiedetään useita osatekijöitä jotka vaikuttavat siihen. Näitä ovat esimerkiksi hormonipitoisuuksien muutokset, kohdun lihassäikeiden supistukset, istukan vanhenemismuutokset, lapsiveden meno, voimakkaat emotionaaliset tilat ja eräät satunnaiset tekijät, kuten ripuli, fyysinen rasitus ja yhdyntä. Osaltaan käynnistymiseen vaikuttaa myös sikiö hormonaalisesti sekä mekaanisella venytyksellään. (Hartikainen 1995, 226.)

Säännöllisinä tulevia eli vähintään kymmenen minuutin välein tulevia supistuksia kutsutaan varsinaisiksi synnytyssupistuksiksi. Nämä supistukset tuntuvat enemmän tai vähemmän kivuliailta. Tässä vaiheessa kohdunsuu on yleensä jo yksikolme senttimetriä auki. Ennen kuin synnytys käynnistyy, kohdun kaula kypsyy vähitellen muutaman viikon tai päivän aikana. Ennen varsinaista synnytyksen käynnistymistä kohdunkaula lyhenee tai häviää kokonaan. Kohdunkaulan kypsymiseen liittyvää limaista vuotoa kutsutaan myös limatulpan irtoamiseksi. Limaa

erittyy kohdunkaulan kypsyessä sen rauhasista, vuoto muuttuu synnytyksen alkassa vereslimaiseksi. (Haukkamaa ym. 2001, 310-311.)

Sikiökalvojen puhkeamisella eli lapsiveden menolla voi synnytys myös käynnistyä. 6- 19 prosentissa synnytyksistä tämä tapahtuu ilman edeltävää supistelua, 69 prosenttia naisista synnyttää 24 tunnin kuluessa lapsiveden menosta. Kalvojen puhjettua kohtutulehduksen riski kasvaa, koska emättimen ja kohtuontelon välillä on suora yhteys. Jos supistukset eivät käynnisty veden menon jälkeen ja kyseessä on täysiaikainen raskaus, tulee synnytys käynnistää. Käynnistysmenetelmän valintaan vaikuttaa kohdunkaulan kypsyys. Okstitosiini-infuusiota käytetään jos kohdunkaula on hävinnyt ja kohdunsuu on auki ainakin yhdelle sormelle. Jos kohdunkaula on epäkypsä voidaan sitä kypsyttää emättimen pohjukkaan laitettavalla prostaglandiinijohdoksella. Sikiökalvojen puhkeamisen jälkeen seurataan äidin lämpöä ja leukosyyttejä sekä CRP- arvoa yksi- kaksi kertaa vuorokaudessa, jotta mahdollinen alkava tulehdus voitaisiin todeta. (Haukkamaa ym. 2001, 311-312.)

Synnytyksen varma käynnistyminen todetaan usein vasta muutaman tunnin seurannassa. Jokaisesta synnyttäjistä sairaalaan tullessa otetaan niin sanottu tuloikäyrä, joka tarkoittaa noin kahdenkymmenen minuutin ulkoista kardiokardiografiakäyrää (KTG), josta voidaan todeta sikiön vointi. Jos sikiön sydämen sykekäyrä on moitteeton, voidaan äiti valmistaa synnytykseen rauhassa. Tällöin sikiön jatkuva valvonta ei ole tässä vaiheessa välttämätöntä. (Haukkamaa 1992b, 66.)

3.2 Synnytystavat

Normaalin alatiesynnytyksen ohessa voidaan lapsi auttaa maailmaan myös toimenpidesyntytyksellä ja keisarileikkauksella.

3.2.1 Normaali alatiesynnytys

Luonnollisin ja vastasyntyneen kannalta paras synnytystapa on normaali alatiesynnytys. Synnytyksen aikana lapsi erittää stressihormoneja, jotka valmistavat kohdun ulkoiseen maailmaan. Stressihormonit auttavat esimerkiksi hengityksen käynnistymisessä. Alatiesynnytyksen etuna on myös se, että lapsi saa normaalin bakteerikirjon eli hänen suolistonsa kulkeutuu normaalistikin suolistossa esiinty-

viä bakteereita. Suurin osa synnytyksistä sujuu normaalisti alateitse. (Ikaalisten äitiysneuvola.)

3.2.2 Toimenpidesynnytytys

Toimenpidesynnytyksellä tarkoitetaan imukuppi- tai pihtisynnytystä. Tällöin lasta joudutaan auttamaan ponnistusvaiheessa ulos. Toimenpidesynnytystä voidaan kutsua myös päästäväksi alatieoperaatioksi, jolloin sikiötä autetaan liikkumaan synnytyskanavassa joko imukuppia tai pihtejä apuna käyttäen. Ponnistusvaiheen pysähtyminen tai hidastuminen, äidin uupuminen tai sikiön hapenpuute voivat esimerkiksi johtaa imukuppi- tai pihtisynnytykseen. Yleensä toimenpidesynnytyksissä joudutaan tekemään välilihan leikkaus eli episiotomia. Imukuppia käytetään synnytyksissä useammin kuin pihtejä. (Hartikainen ym.1995, 265-266; Ikaalisten äitiysneuvola.)

3.2.3 Keisarileikkaus eli sektio eli sectio caesarea

Keisarileikkauksessa sikiö autetaan ulos kohdusta vatsanpeitteiden ja kohdun seinämän läpi. Keksimäärin 15 prosenttia kaikista synnytyksistä hoidetaan keisarileikkauksella. Keisarileikkauksen jälkeen tulehdusvaara on kymmenkertainen alatiesynnytykseen verrattuna. Myös vuotovaara on suurempi ja toipuminen synnytyksestä on hitaampaa. Keisarileikkaukseen johtavat syyt ovat joko äidistä, sikiöstä tai molemmista johtuvia. Suunniteltu eli elektiivinen keisarileikkaus tarkoittaa sitä, että keisarileikkaus on sovittu synnytystavaksi jo raskauden aikana. Elektiiviseen sektioon johtavia syitä ovat esimerkiksi virhetarjonnat, aiempi keisarileikkaus, epäsuhta, synnytyspelko tai muut syyt, kuten monisikiöraskaus. Kiireelliseen sektioon päädytään synnytyksen ollessa jo käynnissä jos synnytys on pysähtynyt tai viitteitä sikiön tai äidin voimien huononemisesta. Hätäkeisarileikkaus puolestaan tarkoittaa tilannetta, jossa sikiön tai äidin pelastamiseksi leikkauksen on tapahduttava 15 minuutin kuluessa. Tällaisia tilanteita saattavat olla istukan irtoaminen tai sikiön äkillinen hapenpuute. Elektiiviset keisarileikkaukset tehdään pääasiassa epiduraali- tai spinaalipuudutuksessa. Tämä koskee myös useita kiireellisiä keisarileikkauksia. Puudutusten etuna on se, että äiti näkee lapsen heti syntymän jälkeen. Hätäkeisarileikkaus tehdään poikkeuksetta yleisanestesiassa. Noin puolet keisarileikkauksista on elektiivisiä, joissa isä voi halutessaan olla

mukana. (Hartikainen ym. 1995, 270; Eskola ym. 2002a, 339-340; Tuimala 2001, 473.)

3.2.4 Perätilan ulosautto

Suurin osa perätarjonnoista kääntyy takaraivotarjontaa itsestään ennen 34. raskausviikkoa. Mikäli sikiö on perätarjonnassa vielä 36. viikolla, voidaan tarjonnan muuttamiseksi suorittaa ulkokäännös. Ulkokäännöksen haittavaikutukset ovat harvinaisia, mutta se onnistuu vain 40 prosentilla ensisynnyttäjistä ja noin 60 prosentilla uudelleensynnyttäjistä. Perätilasynnytyksessä avautumisvaihe sujuu pitkälti samoin periaattein kuin normaalissa synnytyksessä. Perätilassa syntyvän sikiön pää voi kuitenkin vaurioitua, koska se syntyy viimeisenä ilman, että se on voinut muovautua kuten normaalissa raivotarjonnassa. Perätilassa olevan sikiön edellytykset harkitaan tarkoin jo ennen synnytystä. Synnytyksen toisessa vaiheessa perän painaessa välilihaa, tehdään riittävän laaja episiotomia. Sikiö saa syntyä spontaanisti niin pitkälle kuin mahdollista. Sikiön lapaluiden asennosta voidaan päätellä käsien asento ja tämän jälkeen vapautetaan hartiat. Pään vapauttamiseen käytetään Mauriceaun otetta. Häätätilanteessa voidaan joutua sikiön ulosvetoon, joka on osaavan henkilökunnan tekemänä nopea vaihtoehto keisarileikkaukselle. Valtaosa perätarjonnassa olevista sikiöistä synnytetään keisarileikkauksella. (Kuismanen, Uotila & Kirkinen, 2004, 153-159; Tuimala 2001, 468-471.)

3.3 Synnytyksen vaiheet

Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe.

3.3.1 Avautumisvaihe

Synnytyksen avautumisvaiheen katsotaan alkavan, kun kohtu supistelee säännöllisesti vähintään kymmenen minuutin välein ja kohdunsuu alkaa avautua. Ensisynnyttäjillä avautumisvaihe kestää keskimäärin 10- 14 tuntia ja uudelleen synnyttäjillä 6- 10 tuntia. Avautumisvaihe on synnytyksen pisin vaihe. Ensimmäinen vaihe päättyy, kun kohdunsuu on kymmenen senttimetriä, eli täysin auki ja sikiön tarjoutuva osa on lantion pohjalla. Sikiö työntyy synnytyskanavassa alaspäin supistusten avulla. Synnytyksen alussa sikiön pää on asettunut lantion yläaukeamaan

niin, että kasvot ovat äidin kylkeen päin. Valtaosa sikiöistä kuitenkin asettuu siten, että selkä on äidin vasemmalla ja raajat oikealla puolella. (Hartikainen ym. 1995, 236; Eskola ym. 2002a, 307; Haukkamaa ym. 2001, 312-313.)

Ensimmäisen vaiheen aikana synnytyksen edistymistä seurataan 2-4 tunnin välein. Kohdunsuun aukeamisvauhdiksi riittää ensisynnyttäjillä keskimäärin yksi senttimetri tunnissa. Uudelleensynnyttäjillä kohdunsuun aukeaminen on nopeampaa. Partogrammiin merkitään synnytyksen edistyminen ja synnytyksen aikaiset toimenpiteet. Supistusten tiheys, voima ja kesto vaikuttaa oleellisesti avautumisvaiheen sujumiseen. Oksitosiinilla voidaan parantaa heikkoja tai harvoja supistuksia, näitä saattaa voimistaa myös sikiökalvojen puhkaiseminen. Tämä toimenpide lisää paikallista prostaglandiinihormonin muodostumista ja vahvistaa supistelua. Aina kalvoja puhkaistaessa on tutkittava tarjonta, kohdunsuun avautumisaste ja tarjoutuvan osan korkeus. Myös lapsiveden väriä on tarkkailtava. (Haukkamaa ym. 2001, 312-314.)

3.3.2 Ponnistusvaihe

Ponnistusvaihe kestää avautumisvaiheen päättymisestä aina lapsen syntymään saakka. Ponnistusvaiheen aikana synnyttäjä työntää aktiivisesti supistuksen aikana sikiön ulos synnytyskanavan läpi. ponnistusvaiheen keston vaikuttaa sikiön koko sekä se, onko ensi- vai uudelleensynnyttäjä. Ensisynnyttäjällä vaihe kestää keskimäärin puoli tuntia ja uudelleen synnyttäjällä 15- 30 minuuttia. (Eskola ym. 2002a, 307.)

Sikiön sykekäyrään ilmestyy ponnistusvaiheen aikana lähes aina syviä supistuksen aikaisia, mutta pian palautuvia hidastumisia. Tilanne on ponnistusvaiheessa normaali, mutta sikiön hapensaanti voi vaarantua, jos se pitkittyy. Tällöin synnytystä tulee nopeuttaa imukupilla tai pihdeillä. Lapsen nenä, suu ja nielu on imettävä puhtaaksi jo ennen hartioiden ulosauttoa jos lapsivesi on vihreää ja etenkin jos se on vihreää puuroa. Tämä toimenpide ehkäisee mekoniumaspiraatiota. (Haukkamaa ym. 2001, 314-315.)

3.3.3 Jälkeisvaihe

Tämä vaihe kestää lapsen syntymästä jälkeisten eli istukan napanuoran ja kalvojen syntymään. Jälkeisvaiheen pituus on keskimäärin 10- 20 minuuttia. Kohtu supistuu nopeasti lapsen synnyttyä ja istukka irtoaa supistuksen myötä. Nopea supistuminen ehkäisee verenvuotoa. Yleensä istukka poistetaan vatsan päältä painaen ja samalla kevyesti napanuorasta vetäen. Joskus istukka ei irtoa tällä toimenpiteellä ja se joudutaan irrottamaan käsin anestesiassa. Jälkeisvaiheen aikana kohdusta vuotaa noin 500 millilitraa verta. Tämä ei aiheuta ongelmia, sillä äidin elimistö on varautunut tähän raskauden aikana kasvaneena verivolyymina. (Haukkamaa ym. 2001, 315; Eskola ym. 2002a, 307.)

3.4 Kivunlievitys

Synnytyskipu on peräisin kohdusta, emättimestä, lantionpohjasta ja välilihasta. Voimakkaimmillaan kipu on avautumisvaiheen loppupuolella jolloin kohdunsuu ja kohdun alasegmentti venyvät voimakkaasti. Kohtua kiinnittävät ligamentit venyvät supistuksen aikana ja aiheuttavat kipua. Emätintä ympäröivien kudosten venyminen ja sikiön pään aiheuttama paine esimerkiksi välilihaan aiheuttavat kipua ponnistusvaiheessa. Synnytyskipu on aina yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus. Kaikille yhteisiä kivun tunnusmerkkejä ovat pulssitason nousu, verenpaineen kohoaminen, hengityksen tiheneminen, lihaksien jännittyminen ja ihon muuttuminen kalpeaksi ja hikiseksi. (Liukkonen, Heiskanen, Lahti, Saarikoski 1998, 27; Eskola ym. 2002a, 324-325.)

3.4.1 Lääkkeellinen kivunlievitys

Lääkkeellisessä kivunhoidossa on otettava huomioon, että kaikkeen lääkehoitoon liittyy aina riskejä ja vaikutukset kohdistuvat kahteen yksilöön, äitiin ja lapseen. Yli 70 prosenttia synnyttäjistä tarvitsee kipujen lievitykseen lääkehoitoa suomen syntymärekisterin mukaan. Synnytykseen liittyy usein pelkoja, ahdistuneisuutta ja turvattomuuden tunnetta ja nämä lisäävät kivun aistimisen herkkyyttä. Kivunhoidon menetelmät voidaan jaotella koko kehoon vaikuttaviksi (ilokaasu ja vahvat kipulääkkeet) ja vain osaan kehoa vaikuttaviin (erilaiset puudutukset). (Saarikoski 1998, 129; Sarvela, Toivonen, Viitanen 2007, 2)

Käytetyimpiin kivunlievitysmenetelmiin kuuluva ilokaasu on turvallinen, sitä on yksinkertaista annostella ja se on halpaa. Ilokaasua hengitetään jaksoittain ennen supistuksen alkua naamarin avulla. Ilokaasua käytetään hapen lisänä (50% / 50%). Seos ei ole haitallista sikiölle. Äidin on opeteltava ennakoimaan supistus, sillä kaasun vaikutus alkaa vasta runsaan puolen minuutin kuluttua hengittämisen aloittamisesta. Vaikutus häviää muutaman minuutin jälkeen, mutta aiheuttaa usein lyhytkestoista huimausta ja sekavuutta, joskus myös pahoinvointiakin. Ilokaasu on usein ainoa käytettävissä oleva kivunlievitysmenetelmä tilanteissa, joissa synnytys on edennyt niin nopeasti ettei puudutusta ehditä laittaa. Kuitenkaan monet synnyttäjät eivät koe kaasun kivunlievitystehoa riittävänä. (Sarvela ym. 2007, 2.)

Vahvoista morfiinin kaltaisista kipulääkkeistä eli opioideista käytetyimpiä ovat petidiini, oksikodoni ja tramadoli. Ne annetaan lihaksen sisäisinä ruiskeina tai peräpuikkoina. Kivunlievityksen ohella ne aiheuttavat myös raukeutta ja sopivat siten äideille, jotka kaipaavat lepoa synnytyksen alkuvaiheessa. Opioidien sivuvaikutuksena voi ilmetä pahoinvointia. Jos petidiiniä annetaan 1-4 tuntia ennen syntymää, voi se vaikuttaa myös vastasyntyneeseen ja hidastaa imetyksen käynnistymistä. Kaikkia mainittuja opioideja voidaan käyttää jos lapsen sydänäänikäyrä on hyvä. Synnytyksen edistyessä voidaan käyttää myös lyhytvaikutteisempia opioideja, kuten fentanyyliä ja remifentaniilia. Näitä käytetään silloin kun puudutukset ovat vasta-aiheisia, mutta ainoastaan sellaisissa synnytysyksiköissä, joissa on valmius tämän kivunlievitysmenetelmän toteuttamiseen. Niiden käyttö vaatii synnyttäjän ja vastasyntyneen tarkkaa seurantaa. (Sarvela ym. 2007, 3.)

Vaativimpia, mutta myös tehokkaimpia synnytyskipun lievitysmenetelmiä ovat epiduraali-, spinaali- ja yhdistetty spinaali-epiduraalipuudutukset. Puudutuksien tarkoituksena on puuduttaa ne hermot, jotka välittävät kipua kohdusta ja synnytyskanavan alueelta. puudutuksen laittaa aina anestesia- ja kivunlääkäri, jonka välitön saatavuus ympäri vuorokauden ei aina ole mahdollista, näin ollen selkäpuudutuksia käytetään muiden kivunhoitojen täydentäjinä. Selkäpuudutuksien etuja ovat kivunlievityksen myötä sikiön hapensaannin paraneminen, puudutuksen haitattomuus vastasyntyneelle ja joissain tapauksissa tehottoman ponnistustyön parane-

minen. Puudutus myös vähentää stressihormonien erityistä, josta on erityisesti apua esimerkiksi pre-eklampsiaassa. (Sarvela ym. 2007, 3.)

Puudutusta ei voida antaa, jos äidillä on iho tulehtunut alaselässä tai hän syö verenhyytymismekanismiin vaikuttavia lääkkeitä kuten esimerkiksi hepariinia tai varfariinia. myös eräät harvinaiset hermosto- ja selkäsairaudet ovat vasta-aiheita puudutuksille. Yleensä alaselän tatuointi ei estä puudutusta, vaikka pistoa ei voidakkaan tehdä suoraan tatuointivärin kohdalle. (Sarvela ym. 2007, 4.)

Epiduraalipuudutus annetaan kun synnytys on varmasti käynnistynyt. Epiduraalitala ympäröi selkäydin tilaa ja joskus katetria tai puudutusta laitettaessa saattaa tuntua lyhytkestoinen sähköiskumainen tuntemus tai särähdys jommassakummasa jalassa. Katetri poistetaan vasta synnytyksen jälkeen. Puudutus aine imeytyy selkäydin tasolle ja vaikuttaa kohtua hermottaviin hermojuuriin. Kivunlievitys alkaa noin 5-15 minuutin kuluessa. Puudutuseos annostellaan joko kerta-annoksina tai jatkuvana annosteluna aina ponnistusvaiheeseen saakka. kerta-annosteltu puudutus vaikuttaa yleensä noin kaksi tuntia. (Sarvela ym. 2007, 4.)

Uusin puudutusmenetelmä synnytyskivun lievityksessä on spinaalipuudutus. Se vaikuttaa epiduraalia nopeammin ja tehoaa paremmin myös ponnistusvaiheen kipuun, mutta sen kesto on rajallinen ja selvästi epiduraalipuudutusta lyhyempi. Spinaalipuudutuksessa anestesia- ja kipulääke- seoksen spinaali- eli selkäydinestetilaa. Lääkemäärät ovat huomattavasti pienempiä kuin epiduraalipuudutuksissa. Synnyttäjällä voi tuntea alkuvaiheessa melko pian ohimenevää puutumisen tunnetta alaraajoissa, tällöin myös ponnistusvoima voi alentua. Tämä tunne häviää kuitenkin nopeasti. Epiduraalilinjaa läpi voidaan asettaa synnyttäjälle spinaalipuudutus ja sen jälkeen samalla pistolla epiduraalikatetri epiduraalitalaan (yhdistetty spinaali-epiduraalipuudutus). Tällä tavoin puudutusta voidaan tarvittaessa jatkaa epiduraalikatetria käyttäen ilman lisäpistoja. (Sarvela ym. 2007, 5.)

Selkäpuudutukset voivat aiheuttaa sivuvaikutuksia ja niiden käytössä on riskejä. Lievemmat sivuvaikutukset ovat melko tavallisia, mutta vakavammat komplikaatiot ovat hyvin harvinaisia. Alaraajoihin kohdistuva puudutusvaikutus on yksilöl-

listä, siksi on tärkeää, että ennen liikkeelle lähtöä varmistetaan riittävä lihasvoima. Kuitenkin nykyaikaisilla laimeilla puudute- opioidi- seoksilla on mahdollista vai- kuttaa pääasiassa kohdusta kipua välittäviin hermoihin niin, että lihasten toiminta säilyy. Tällöin synnyttäjä voi yleensä nousta jalkeille, kun on kulunut 30 minuut- tia injektioista. (Sarvela ym. 2007, 5.)

Puudutus voi lisätä tärinää ja lievää ihon kutinaa, jota esiintyy useammin spinaali- puudutuksen yhteydessä kuin epiduraalipuudutuksessa. Virtsaamisvaikeudet voi- vat myös aiheutua puudutuksista. Ponnistuksen tarve ja ponnistusvaiheen kesto voivat muuttua epiduraalipuudutuksen vaikutuksesta. Nykyisillä laimeilla puudu- te- kipulääkeseoksilla synnytys etenee suurella todennäköisyydellä normaalisti. Joissain tapauksissa kivunlievitys jää vajaaksi tai on toispuoleinen, tällöin tilan- netta voidaan korjata epiduraalikatetrin syvyyttä muuttamalla tai lääkeannosta lisäämällä. Harvoin joudutaan asettamaan kokonaan uusi katetri. (Sarvela ym. 2007, 6.)

Puudutuksen aikana on seurattava synnyttäjän ja sikiön verenpainetta, koska jos- kus nopea kivunlievitys saattaa aiheuttaa hetkellisen sikiön sykkeen hidastumisen. Puudutuksen yhteydessä äidille asetetaan käteen suonensisäinen nesteyhteys eli tippa. (Sarvela ym. 2007, 6.)

Selkäsärky, päänsärky ja lämmönnousu ovat myös mahdollisia selkäpuudutusten yhteydessä. Alle yhdellä prosentilla synnyttäjistä selkäydinkalvon puhkaisu aihe- uttaa pystyasennossa pahenevan päänsärryn eli postspinaalipäänsärryn. Päänsäryn ollessa hankala, sitä voidaan hoitaa anestesiaalääkärin asettamalla niin sanotulla veripaikalla. Lievissä tapauksissa reiän annetaan sulkeutua itsestään ajan myötä. Lämmönnousua saattaa aiheuttaa pidempikestoinen epiduraalipuudutus. (Sarvela ym. 2007, 6-7.)

Sikiö painaa päällään synnytyksen aikana synnytyskanavan kohdalla kulkevia hermoja ja tästä voi joskus aiheutua ohimeneviä tuntopuutoksia alaraajoissa ja lantion alueella, jopa yhdelle sadasta synnyttäjistä. Puudutuksilla ei yleensä ole yhteyttä näihin tuntopuutoksiin. Hermovauriot ovat erittäin harvinaisia, koko Suomessa näitä voidaan arvioida esiintyvän harvemmin kuin kerran vuodessa.

Myös epiduraalipuudutuksen yhteydessä tapahtuva haitaton lääkeseoksen joutuminen verisuoneen tai selkäydinnesteeseen on harvinaista ja pääsääntöisesti hyvin hoidettavissa. Tällöin saattaa esiintyä yliannostuksen oireita, kuten huimausta, sydämentykytystä tai liiallista puutumisen tunnetta jaloissa. (Sarvela ym. 2007, 7.)

Paraservikaalipuudutuksen eli kohdunkaulan puudutuksen tekee synnytyslääkäri. Paraservikaalipuudutuksella voidaan lievittää avautumisvaiheen kipuja synnytyksen loppuvaiheessa. Tämän puudutuksen vaikutus alkaa nopeasti mutta kivunlievityksen kesto on lyhyempi kuin epiduraalin. Parhaiten paraservikaalipuudutus sopii uudelleen synnyttäjille, joilla raskaus on täysiaikainen ja sikiö hyväkuntoinen. (Sarvela ym. 2007, 7.)

Pudendaalipuudutusta käytetään ponnistusvaiheessa, koska tällä puudutuksella pystytään poistamaan synnytyskanavan alaosan ja ulkosynnyttimien alueen kipuja. Äidin ja sikiön riskit ovat vähäiset ja ponnistusvaihe sekä episiotomian ompelu saadaan usein melko kivuttomiksi. Pudendaalipuudutusta käytetään yleensä lisänä muille puudutuksille. (Sarvela ym. 2007, 7.)

3.4.2 Kivunlievitys ilman lääkkeitä

Synnytyksen alkuvaiheessa kipua voidaan lievittää aqua-rakkuloilla eli niin sanotuilla papuloilla. Tässä menetelmässä kätilö ruiskuttaa ihoon esimerkiksi neljä pientä aqua-rakkulaa synnyttäjän ristiselkään. Ihon kiristyminen rakkulaa laitettaessa aiheuttaa kipua ja ikään kuin siirtää supistuskivun selkään. Synnytyskipu häviää noin 1-2 tunniksi enemmistöllä synnyttäjistä. Tämä hoito voidaan aloittaa missä synnytyksen vaiheessa tahansa ja sen voi tarvittaessa uusua. Aqua-rakkuloilla aktivoidaan synnyttäjän omaa endorfiini-tuotantoa, joka vähentää kivun tuntemusta. Tällä menetelmällä ei ole todettu olevan sivuvaikutuksia. (Haukkaa ym. 2001, 317; Eskola ym. 2002a, 328.)

Oikea, tilanteeseen sopiva hengitystapa vähentää kipua esimerkiksi rentouttamalla synnyttäjää. Syntyvä lapsi on myös täysin riippuvainen äidin kohtuun tuottamasta hapestasta, joten oikea hengitystapa varmistaa, että sikiö vointi pysyy hyvänä. Ensimmäisiä kätilön antamia kivunlievitys apuja on ohjaaminen oikeaan hengitys-

tekniikkaan, sillä oikea hengitystapa vähentää lihasjännitystä. (Liukkonen ym. 1998, 48-55.)

Synnytyksen aikana kannattaa etsiä asentoja, joissa on mahdollisimman hyvä olla. Avautumisvaiheen aikana suositellaan liikkeelläoloa. Pystyasennossa äidin vartalo ja luinen synnytyskanava vaikuttavat samaan suuntaan kuin painovoima. Kätilö neuvoo ja opastaa äitiä asentojen valinnassa. (Liukkonen ym. 1998, 73-82.)

Lämpimällä vedellä katsotaan olevan monia myönteisiä vaikutuksia synnyttäjän elimistöön. Vesi esimerkiksi rentouttaa ihon pieniä lihaksia, lisää paikallista verenkiertoa ja nostaa kipukynnystä. Vedenlämpöä voidaan käyttää synnytyksessä kivunlievityksenä varsinkin avautumisvaiheessa. Lämmin suihku alaselkään ja vatsalle lievittää kipua välittömästi. (Liukkonen ym. 1998, 88-94.)

3.5. Synnytyksen ongelmat

Dystokisessa synnytyksessä synnytyksen eteneminen hidastuu tai pysähtyy kokonaan. Tämä voi johtua esimerkiksi toiminnallisista synnytyshäiriöistä, sikiön ja lantion välisestä epäsuhdasta tai sikiön tarjontavirheestä. Toiminnallisiin synnytyshäiriöihin kuuluvat supistusheikkous (inertia) ja kohdun jäykkyys (rigiditeetti). Hoitona voidaan käyttää kalvojen puhkaisua joka tehostaa supistustoimintaa. Ok-sitosiini-infuusiolla voidaan lisätä supistuksia lääkkein. Spasmolyyteillä ja sormi-laajentamalla voidaan hoitaa jäykkää kohdun suuta. Myös kivunlievitykseen käytetyistä puudutuksista voi olla hyötyä. Sikiön ja lantion välisessä epäsuhdassa päädytään keisarileikkaukseen. Otsatarjonnassa tai poikkitilassa syntyvän sikiön kohdalla päädytään keisarileikkaukseen, kasvotarjonnassa oleva sikiö taas voi syntyä normaalisti alateitse. Avonaisessa tarjonnassa eli kun sikiön kasvot kiertyvät syntyessä ylöspäin ponnistusvaihe saattaa pitkittyä ja synnytystä joudutaan usein auttamaan imukupilla. Pitkittyneissä synnytyksissä kohdunsuun turvonnut etureuna saattaa kiilautua pään ja häpyluun väliin, mikä pysäyttää synnytyksen. Kohdunsuun etureuna työnnetään supistusten välillä lapsen pään yli. (Hartikainen ym. 1995, 272-275.)

Hartiadystokia eli vaikea lapsen hartioiden synnyttäminen on tilanne, jonka syynä on tavallisesti suurikokoinen lapsi. Hartiadystokian komplikaatioita ovat

hapenpuutteen lisäksi solisluu murtumat ja hartian hermopunoksen vauriot. Mikäli hartioiden synnyttäminen pitkittyy, on lapsen nenä ja nielu puhdistettava. Tällaisissa synnytyksissä on mukana oltava sekä synnytys- että lastenlääkäri. Koska ongelma keskittyy makrosomisiin lapsiin, tulisi jo neuvolassa huomio kiinnittää suurikokoisiin sikiöihin ja ohjata nämä äidit sikiön painon ja lantion tilavuuden arviota varten äitiyspoliklinikalle. . (Hartikainen ym. 1995, 275-276.)

Sikiön hapenpuutteen eli asfyksian diagnostiikassa on KTG- rekisteröinti avainasemassa. Sikiön syketason romahtaessa kyseessä on tavallisemmin napanuoran puristuminen tai esiinluiskahdus tai istukan irtoaminen. Synnyttäjän vaihtaessa asentoa puristuneesta napanuorasta aiheutunut syketason romahdus voi laueta. Sisätutkimus on tehtävä heti ja jos emättimestä tulee verta, on kyseessä ilmeisemmin istukan irtoaminen. Mikäli taas emättimessä tuntuu napanuoran lenkkejä, kyseessä on napanuoraprolapsi. Tällöin synnytyspöydästä on laskettava pääpuoli alas tai synnyttäjän mentävä konttausasentoon painaen päänsä alas. Ellei tilanne ole hoidettavissa nopeasti pihdeillä tai imukupilla, suoritetaan hätäsektio. Ponnistusvaiheen aikana varhaiset hidastumiset ovat normaaleja sikiön sydänkäyrässä, mutta ne eivät yleensä viittaa hapenpuutteeseen. Myöhäiset hidastumiset sen sijaan tulee aina selvittää mikroverinäytteestä, koska ne voivat olla merkki hapenpuutteesta. Tilanne on hoidettava viivyttämättä, mikäli KTG-käyrä on vakavasti poikkeava tai mikroverinäytteen arvot viittaavat hapenpuutteeseen. Synnytys päätetään tilanteen mukaan. (Hartikainen ym. 1995, 276-278.)

Verenvuoto synnytyksen aikana voi johtua esimerkiksi istukan enneaikaisesta irtoamisesta, etisen istukan eri muodoista tai istukan repeämästä. Lisäksi verenvuodon syitä voivat olla kohdunkaulan repeämä tai kohdun repeämä. Verenvuototapauksissa nopea synnyttäminen on usein sekä äidin, että sikiön kannalta välttämätöntä. Mikäli vuoto ei ilmene aivan synnytyksen loppuvaiheessa, joudutaan yleensä joko kiireelliseen, tai hätäkeisarileikkaukseen. (Hartikainen ym. 1995, 278.)

Epänormaaliin synnytyksen kolmanteen vaiheeseen liittyy kohdun supistumattomuus eli atonia ja verenvuoto, joka saattaa olla hengenvaarallisen runsas. Lapsen syntymän jälkeen annettu kohtua supistava lääke on yleensä oksitosiinia. Velt-

toa kohtua voidaan tukea myös puristamalla. Prostaglandiinit ovat niin tehokkaita kohdun supistajia, että enää harvoin joudutaan kohdunpoistoon atonisen vuodon vuoksi. (Hartikainen ym. 1995, 278-279.)

Jälkeisten sisäänjänti tarkoittaa sitä, että istukka kalvoineen tai osia niistä jää kohtuun. Mikäli istukka kalvoineen ei ole poistunut viimeistään tunnin kuluessa, on ryhdyttävä istukan käsin irrottamiseen. Osittainenkin jälkeisten kohtuun jääminen saattaa aiheuttaa runsaasn verenvuodon. Hoitamattomaan tilanteeseen liittyy usein myös infektio. Kohtuontelo tyhjennetään kaavinnalla. (Hartikainen ym. 1995, 279.)

4 RASKAUDENKESKEYTYS ELI ABORTUS ARTE PROVO-CATUS

Ennen raskausviikkoa 20. tehtyä raskauden keinotekoista päättämistä sanotaan raskaudenkeskeytykseksi. Raskaudenkeskeytys voidaan tehdä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) luvalla myös ennen 24. raskausviikkoa, jos sikiöllä on vaikea poikkeavuus. Suomen keskeytysmäärä on noin 10 000 raskautta vuodessa. Noin 90 prosenttia niistä on kestänyt vähemmän kuin 12 viikkoa. Suomen keskeytysluvut ovat kansainvälisessä vertailussa hedelmällisessä iässä olevien naisten määrään suhteutettuna pieniä. Saman vertailun mukaan teini-ikäiselle tehtyjä raskaudenkeskeytyksiä on vähän. 20-29- vuotiaille tehdään eniten keskeytyksiä. (Ala- Fossi & Aho 2004.)

4.1 Raskauden keskeyttämisen perusteet Suomessa

Valtion, kunnan tai kuntainliiton palveluksessa oleva virkalääkäri tai lääkäri, joka on hakenut luvan lausunnon antoa varten Valviralta, voi antaa luvan raskauden keskeytykseen. Raskaudenkeskeytystä voi hakea omasta terveyskeskuksesta, jossa lääkäri selvittää tarvittavat esitiedot ja täyttää vaadittavan lomakkeen. Samalla lääkäri kertoo eri keskeytysvaihtoehdoista. Jos tutkimukset tehdään perusterveydenhuollossa, tarvitaan keskeytykseen vain yksi sairaalakäynti. Jos tutkimus taas tehdään sairaalassa, varsinainen toimenpide suoritetaan toisella käynnillä. Toimenpidettä ennen potilaalle on tehtävä gynekologinen tutkimus, jolla varmistetaan raskauden kesto ja synnyttelinten mahdolliset infektiot ja rakenneviat sekä täydennetään tarvittaessa keskeytyslausuntoa. Ennen toimenpidettä päätetään myös keskeytyspaikka ja tapa sekä sovitaan jälkitarkastuspaikka. (Ala- Fossi ym. 2004.)

Raskauden keskeyttäminen on harvalle naiselle selvä päätös alusta lähtien. Erityisesti hyvin nuoret tai masennuksesta kärsineet naiset tilanne altistaa psyykkisille häiriöille. Joskus myös taloudellinen tilanne, huonot asunto-olot tai kumppanin painostus saattavat johtaa aborttiin. Nämä keskeytyspotilaat tarvitsevat tukea muita enemmän. Puolueettoman ammattilaisen kanssa keskustelu, esimerkiksi terveydenhoitajan, sosiaalihoitajan tai psykologin, on usein tarpeen. (Ala- Fossi ym. 2004.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus (STAKES) tilastoi raskauden keskeytykset. 58 prosenttia keskeytyksistä tehtiin lääkkeellisesti. Tämä keskeytysmenetelmä onkin lisääntynyt nopeasti, sillä vuonna 2000 osuus oli vain 4 prosenttia. 89 prosenttia keskeytyksistä tehdään sosiaalisin perustein. mahdollisen tai todetun sikiövaurion vuoksi tehdään 2, 7 prosenttia kaikista keskeytyksistä. Keskeytyspotilaista lähes puolet on synnyttänyt aiemmin. Vähiten keskeytyksiä tehdään Keski- Pohjanmaalla ja eniten Helsingissä ja Länsi- Pohjan sairaanhoitopiirissä. (Heikinheimo, Hellbom, Martikainen, Mervaala, Rekonen, Ritamo, Suhonen & Venhola 2007, 1-11)

4.1.1 Lainsäädäntö

Raskaudenkeskeytyksen edellytykset on Suomessa säädetty laissa 239/70 ja asetuksessa 359/70. Tarkoituksena on ollut saada raskaudenkeskeytyksiin liittyvät palvelut kattavasti koko maahan kohtuullisin kustannuksin. Perhesuunnittelun kannalta, raskaudenkeskeytysten lisäksi keskeisiä kysymyksiä ovat ehkäisyneuvonnan antaminen ja ehkäisyvälineiden vaivattoman saannin turvaaminen. (Eskola, Hytönen 2002b, 85.)

Suomessa raskauden keskeyttämistä pidettiin rikoksena ennen vuotta 1950, jolloin säädettiin ensimmäinen laki raskauden keskeyttämisestä. Laittomia raskauden keskeytyksiä tehtiin paljon ja niiden aiheuttamat haitat naisten terveydelle olivat huomattavat. Laki raskauden keskeyttämisestä tuli voimaan vuonna 1970. Tämän jälkeen siihen on tehty kaksi merkittävää muutosta, toinen vuonna 1978, jolloin säädettiin 12. raskausviikon rajasta ja toinen vuonna 1985, jolloin sikiöindikaatiolla tapahtuvan keskeytyksen aikarajaa jatkettiin 24. raskausviikkoon. (Eskola ym. 2002b, 86; Toivonen 2001, 164.)

Laki raskaudenkeskeyttämisestä on annettu 24.3.1970. Lain mukaan raskaus voidaan keskeyttää naisen pyynnöstä, kun raskauden jatkaminen tai lapsen synnytys naisen sairauden, ruumiinvian, heikkouden vuoksi vaarantaisi hänen henkensä tai terveytensä. Tässä tapauksessa puhutaan lääketieteellisestä perusteesta. Raskaus voidaan myös keskeyttää naisen pyynnöstä, kun naisen tai hänen perheensä elämäntilanne tai -olot huomioon ottaen lapsen synnyttäminen tai hoito olisi huomattavasti haitallista.

tava rasitus. Tällöin puhutaan sosiaalisista perusteista. Raiskauksen seurauksena alkanut raskaus voidaan myös keskeyttää naisen pyynnöstä. Tällöin puhutaan eettisistä perusteista. Edellä mainituissa kohdissa tarvitaan kahden lääkärin lupapäätös. Jos nainen raskaaksi tullessaan ei ole täyttänyt 17 vuotta tai jos hän on täyttänyt 40 vuotta tai jos hän on jo synnyttänyt 4 lasta, voidaan raskaus keskeyttää lain mukaan. Tällöin puhutaan ikä- ja lapsilukuperusteista, joiden perusteella raskauden keskeytykseen tarvitaan vain yhden keskeytyksen suorittavan lääkärin lupapäätös. Jos on syytä otaksua, että lapsi olisi vajaamielinen tai että lapselle olisi tai lapselle kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika (eugeeninen peruste), voidaan raskaus keskeyttää naisen pyynnöstä. Tällöin tarvitaan Valviran päätös. Jos kummankin tai jommankumman vanhemman sairaus, tai häiriytynyt sieluntoiminta tai muu niihin verrattava syy rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta, voidaan raskaus myös keskeyttää kahden lääkärin lupapäätöksellä. (Toivonen 2001, 164; L239/1970.)

Voimassa olevan lain mukaan keskeytys tulee suorittaa ennen 12. raskausviikon päättymistä. Tässä poikkeuksina ovat lääketieteelliset perusteet, joissa aikarajaa ei ole sekä sikiöindikaatiot, joissa aikaraja on 24. viikkoa. Lisäksi Valvira voi myöntää luvan alle 17-vuotiaille tai muille muun erityisen syyn (yleisin on sosiaaliset syyt) nojalla 20. raskausviikkoon saakka. (Toivonen 2001, 164-165; L239/1970.)

Jotta raskaus voidaan keskeyttää, on täytettävä lomake, joka sisältää lääkärinlausunnon, hakemuksen ja päätöksen (AB 1). Jos keskeytystä haetaan sosiaalisin perustein, voidaan tarvittaessa liittää mukaan erillinen selvitys naisen ja hänen perheensä elämänoloista ja muista olosuhteista (AB 2). Sikiöperustein haettavan keskeytysluvan hakemuksen liitteenä on aina oltava tarkempi selvitys (AB 3). (Toivonen 2001, 164-165; L239/1970.)

4.1.2 Potilaan oikeudet raskauden keskeytyksessä

Martti Linqvistin (1991) mukaan raskaudenkeskeytystä harkitsevan naisen oikeudet voidaan jakaa juridisiin ja eettisiin oikeuksiin. Naisella on oikeus saada tietoa aborttiin liittyvistä lääketieteellisistä ja juridisista seikoista sekä oikeus saada tarvitsemansa hoito. Naisen on saatava tehdä oma päätöksensä lain määrittelemissä

rajoissa. Eettisistä oikeuksista keskeisimpiä ovat oikeus saada inhimillistä tukea ja hyväksyntää, oikeus tulla kuulluksi ja oikeus välttyä hylkäämiseltä. Nainen on usein yksin tekemässä päätöstä raskauden keskeytyksestä tai jatkumisesta. Parisuhteessa päätös saattaa olla yhteinen, mutta tilanne on vaikea jos nainen ja mies ovat erimieltä ratkaisusta. (Eskola ym. 2002b, 88.)

Koska aika raskauden toteamisesta keskeytyksen lainmukaiseen suorittamiseen on lyhyt, jää naiselle vain vähän harkinta-aikaa. Kuitenkin on todettu, että mitä oma-kohtaisempi ja harkitumpi keskeytyspäätös on, sitä vähemmän esiintyy fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia toimenpiteen jälkeen. Naista ohjataan käymään mielessään systemaattisesti läpi, sekä raskauden jatkamista, että keskeyttämistä puoltavat seikat ja tunnustelemaan omia tunteitaan. Naiselle esitellään myös raskauden jatkamiseen liittyvät vaihtoehdot. Käytyään ongelmaansa läpi, sekä tiedon että tunteiden tasolla, nainen on valmiimpi tekemään harkitun ratkaisun. (Eskola ym. 2002b, 88.)

4.2 Raskaudenkeskeytysmenetelmät

Raskaudenkeskeytysmenetelmiä on kaksi, kirurginen ja lääkkeellinen. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys voidaan tehdä 1.- 12. raskausviikolla. Tämä on poliklininen toimenpide ja se voidaan toteuttaa osin myös kotona. Toimenpide ei vaadi anestesiaa. Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä on usein alavatsatuntemuksia ja kipulääkitys on tarpeellista. Jälkivuotoa esiintyy 10-14 vuorokautta, joskus jopa neljä viikkoa. Lääkkeellisistä raskaudenkeskeytyksistä noin 5 prosenttia joudutaan kaapimaan vuodon tai epätäydellisen keskeytymisen takia. Raskaudenkeskeytyksen jälkeen nainen saa 1-3 vuorokautta sairauslomaa. (Heikinheimo ym. 2007, 6.)

Kirurginen raskaudenkeskeytys voidaan tehdä enintään 12. raskausviikolla. Keskeytys tehdään päiväkirurgisena toimenpiteenä yleisanestesiassa. Toimenpide tehdään imukaavinnalla. Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen jälkivuoto on niukkaa. Potilaista noin kolme prosenttia joutuu uusintakaavintaan epätäydellisen keskeytymisen takia. Potilas saa sairauslomaa yleensä 1-3 vuorokautta. (Heikinheimo ym. 2007, 6.)

Molempien raskaudenkeskeytysmenetelmien kohdalla hormoniehkäisy voidaan aloittaa heti keskeytyksen yhteydessä. Kierukka voidaan asentaa kirurgisessa keskeytyksessä. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen kierukka asennetaan jälkitarkastuksessa tai ensimmäisten kuukautisten yhteydessä. Potilaalle tehdään jälkitarkastus ja varmistetaan ehkäisy 2-3 viikon kuluttua keskeytyksestä. (Heikinheimo ym. 2007, 6.)

4.2.1 Kirurginen raskaudenkeskeytys

Toimenpide tehdään imukaavintana joka suoritetaan nukutuksessa. Tällöin kohdunkaula laajennetaan Hegarin laajentimilla, minkä jälkeen kohtuontelo tyhjenetään, raskausmateriaali poistetaan imukyretillä, ja lopuksi kohdun tyhjeneminen tarkastetaan kyretillä. Kohtua supistavana ja vuotoa vähentävänä lääkkeenä raskaudenkeskeytyksen yhteydessä käytettävän metyyliergometriinimaleaatin tehosta ei ole tutkimusnäyttöä. Kohdun kaulaa pehmenetään prostaglandiineilla, mikä helpottaa kirurgista keskeytystä. Pehmennuksen seurauksena kohdun suun repeämisen, kohdun seinämän puhkeamisen ja verenhukan riskit vähenevät. Pehmennyslääkkeistä hyötyvät erityisesti naiset, joilla ei ole ollut aiempia alatiesynnytyksiä ja joilla raskaudenkesto on yli 10 viikkoa, sekä kaikki alle 18-vuotiaat. Nykyään pehennyslääkitykseen käytetään misoprostolia suun tai emättimen kautta tai kielen alle annosteltuna. Lääke annetaan 3-4 tuntia ennen toimenpidettä. Ensimmäisen raskauskolmanneksen aikainen misoprostolin käyttö on ilmeisesti yhteydessä eräisiin sikiövaurioihin kuten raajadefekteihin ja aivohermopareeseihin. Tämän vuoksi potilaan on tiedettävä, että misoprostolin oton jälkeen keskeytyspäätöstä ei voi perua. (Heikinheimo ym. 2007, 7; Toivonen 2001, 166.)

Imukaavinnassa useimmiten kohdunkaulan kanavaa laajennetaan yhden millimetrin väljemmäksi kuin käytettävä imukärki on. Tällöin toimenpide on turvallisempi. Imukärjen koko määritellään raskauden keston mukaan ja se on yhtä monen millimetrin paksuinen kuin raskauden kesto on viikoissa. Kärjellä suoritetaan kohtuontelon kaavinta kytkettynä sähkömuun. Imupulloon kertynyt saalis tarkistetaan toimenpiteen päätyttyä. (Toivonen 2001, 166.)

Kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen liittyvät komplikaatiot voidaan jakaa välittömiin ja myöhempiin. Komplikaatioiden esiintyvyys lisääntyy raskauden edetessä. Merkittävä komplikaation riski on 0,3 prosentti raskausviikolla 7.-8., kun se taas viikolla 11.-12. on 0,8 prosenttia. Välittömiä komplikaatioita ovat esimerkiksi runsas verine vuoto, kohdun puhkaiseminen eli perforaatio tai kohdunkaulan vaurio. Tavallisin näistä on runsas vuoto, mutta verensiirtoihin joudutaan harvoin. Kohdun puhkeaman esiintyvyydeksi on ilmoitettu 0,2-1,7 sataa keskeytystä kohden. Perforaatio saattaa johtaa verenvuotoon tai vatsaontelon elinten vaurioitumiseen, jolloin joudutaan leikkaushoitoon. Näin vakavaan komplikaatioon johtavat puhkeamat ovat harvinaisia. Myös anestesiaan liittyvät komplikaatiot ovat harvinaisia. Kirurgiseen keskeytyksen liittyvät myöhemmät komplikaatiot ovat kohdun epätäydellinen tyhjeneminen eli residua ja infektiot. Mikäli raskausmateriaalia jää kohtuun, aiheuttaa se pitkittynyttä veristä vuotoa, alavatsakipua ja kuumetta. Tällöin toimenpide joudutaan uusimaan. Uusintakaavintaan joutuu 2-3 prosenttia potilaista. Kohdun tulehduksia tai antibioottihoidon vaatineita tulehdusepäilyjä esiintyy noin 4- 9 prosentilla potilaista. (Heikinheimo ym. 2007, 9.)

Sekä kirurgisen- että lääkkeellisen keskeytyksen jälkeen on mahdollista, että kohdunsisäinen raskaus edelleen jatkuu. Näin käy alle 1 prosentissa tapauksista. Jos alkuraskauden keskeytys epäonnistuu ja se todetaan raskauden ollessa jo yli 12. viikkoa, tulee lupa uuteen keskeytykseen hakea Valviralta. (Heikinheimo ym. 2007, 9.)

Myöhäisseurauksina molempien raskaudenkeskeytysmenetelmien jälkeen tulee huomioida mahdolliset potilaan psyykkiset ongelmat. Psyykkisissä vaikutuksissa on erotettava oireet ja tunteet varsinaisesta psykiatrisesta sairaudesta. Merkittävät psyykkiset seuraukset ovat raskaudenkeskeytyksen jälkeen harvinaisia, eikä näissä todeta menetelmien välillä eroja. (Toivonen 2001, 168.)

4.2.2 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys

Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä käytetään antiprogestiinin (mifepristonin) ja prostaglandiinin (misoprostolin) yhdistelmää. Kuitenkin raskaus on mahdollista keskeyttää myös muilla lääkevalmisteilla. Antiprogestiini sitoutuu proge-

steronireseptoreihin estäen progesteronin normaalit vaikutukset kohtulihaksessa ja kohdun limakalvolla. Se myös herkistää raskaana olevan naisen kohtulihaksen prostaglandiinien aiheuttamille supistuksille ja pehmentää kohdun kaulaa. Kun prostaglandiinia annetaan 36- 48 tuntia antiprogestiinin jälkeen, saadaan aikaan tehokkain supistusvaikutus. Vuoto alkaa puolella keskeytyspotilaista jo antiprogestiinin annon jälkeen. Aiemmat keskeytykset ja synnytykset saattavat heikentää lääkkeellisen keskeytyksen onnistumista. Lääkkeellistä keskeytystä ei voida toteuttaa, jos epäillään kohdun ulkoista raskautta, potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on kommunikaatiovaikeuksia, potilaalla on vaikeaoireinen astma tai systeeminen kortisonihoito tai potilaalla on poikkeava verenvuototaipumus tai sepelvaltimotauti. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen etuna on kohtuun kohdistuvan toimenpiteen ja nukutuksen välttäminen. Tämän lisäksi se sitoo henkilökuntaa vähemmän ja on kustannuksiltaan halvempi. Toisaalta haittana voidaan pitää jonkin verran runsaampaa ja pitempää veristä vuotoa kuin kirurgisessa menetelmässä. (Eskola ym. 2002b, 90; Heikinheimo ym. 2007, 5-8.)

Myöhäinen lääkkeellinen keskeytys raskausviikolla 12.-20. voidaan tehdä vain Valviran päätöksellä. Lääkitys aloitetaan kuten lääkkeellisessä varhaisessa keskeytyksessäkin (1.-12. raskausviikkoa), mutta sitä jatketaan kunnes raskaus keskeytyy. Osastohoito aika voi olla 1-3 vuorokautta. Lääkityksen lisäksi voidaan joutua tekemään kaavinta. (Heikinheimo ym. 2007, 5-8.)

Lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen liittyviä komplikaatioita voivat olla esimerkiksi kipu, runsas verenvuoto, infektiot, oksentelu ja ripuli. Lisäksi raskaudenkeskeytykseen liittyy myös kuolleisuutta. Potilaista yli 90 prosenttia kokee keskeytyksen kivuliaaksi kun raskausviikkoja on alle 9 ja yli puolet tarvitsee kipulääkityksen. Kivunhoitoon sopivia lääkkeitä ovat parasetamoli, tulehduskipulääkkeet ja opioidit. Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä runsas verenvuoto komplisoi alle yhtä prosenttia potilaista. Tällöin saatetaan joutua verensiirtoihin tai kaavintaan. Antibioottihoitoa vaativaa infektiota tai epäilyä siitä esiintyy 3-6 prosentilla tapauksista. (Heikinheimo ym. 2007, 9.)

4.3 Hoitopolku

Kun raskaus on todettu, aborttia harkitseva varaa ajan terveystieteisestä tai yksityislääkäriltä. Esimerkiksi laboratoriokokeella voidaan vielä varmistaa raskauden alkaminen. Käynnin yhteydessä selvitetään naisen yleistila samoin kuin gynekologinen tilanne. Joitain laboratoriotutkimuksia voidaan vielä ottaa, kuten pieni verenkuva, veriryhmämääritys ja klamydianäyte. Keskustelun aikana lääkäri täyttää niin kutsutun lausunnonantajalääkärin lähetelomakkeen (AB 1) toimenpidettä varten. Lääkärin ja hoitajan tehtävänä on selvittää potilaalle hoitoon liittyvät käytännön toimenpiteet ja keskustella hänen mieltään askarruttavista kysymyksistä, toiveista ja peloista. Potilaalle annetaan vielä kirjallinen ohje toimenpiteestä, jälkihoidosta ja ehkäisystä. (Eskola ym. 2002b, 89.)

Potilaan käytyä yleislääkärin vastaanotolla, missä lääkäri on kirjoittanut potilaalle AB 1-lomakkeen, ohjataan hänet Naistentautien poliklinikalle. Ensin potilaan kanssa keskustellaan ja häntä informoidaan. Samalla voidaan suunnitella jatkoehkäisy. Potilaalle tehdään kliininen tutkimus, jolloin kohdunsisäinen raskaus todetaan ja kesto varmistetaan. Lisäksi suljetaan pois vasta-aiheet. AB 1-lomake tarkastetaan ja allekirjoitetaan. Mikäli kyseessä on alkuraskauden lääkkeellinen keskeytys, potilas saa suun kautta sairaalassa Mifepristonia 200 mg henkilökunnan läsnä ollessa, lisäksi hän saa kotiin mukaan kipulääkereseptin. Mifepristoni aloittaa raskauden keskeytymisen. 2-4 vuorokauden kuluttua potilas ottaa Misoprostolia 0,2 mg kaksi tablettia (7. raskausviikkoon asti) tai 2-4 tablettia emättimeen. Lääkeannos voidaan ottaa joko kotona tai sairaalassa, missä potilasta seurataan noin 4 tuntia, jona aikana raskauskudos useimmiten syntyy. Samalla voidaan aloittaa hormoniehkäisy. Potilas ohjataan jälkitarkastukseen 2-3 viikon kuluttua keskeytyksestä, jolloin voidaan asentaa myös kierukka. (Eskola ym. 2002b, 90; Heikinheimo ym. 2007, 6-7.)

Mikäli raskaudenkeskeytys menetelmänä käytetään kohdun kaavintaa, tehdään se anestesiassa, jolloin potilaan tulee olla ravinnotta. Potilas saapuu Naistentautien poliklinikalle yleensä toimenpidepäivän aamuna ja hänen kanssaan keskustellaan ja häntä informoidaan kuten lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessäkin. Toimenpide on nopea, sen kesto on noin 5-10 minuuttia. Hormoniehkäisy voidaan

aloittaa keskeytyksen yhteydessä ja usein kierukka voidaan asentaa samalla. Osastolla toipuminen on yksilöllistä, mutta yleensä sairaalassaoloaika toimenpiteen jälkeen on muutaman tunnin. Yleensä kotona kivunhoidoksi riittävät ilman reseptiä saatavat kipulääkkeet. Lääkärin mahdollisesti määräämät kipulääkkeet otetaan ohjeen mukaan. Sairauslomaa potilas saa 1-3 vuorokautta, jonka aikana tulee välttää raskaita töitä. Jälkitarkastus sovitaan erikseen noin 2-3 viikon päähän toimenpiteestä ja samalla varmistetaan ehkäisy. (Eskola ym. 2002b, 89; Käkelä 2009.)

Käyntien määrä ja keskeyttämistapa määräävät raskaudenkeskeytyksen potilaalle aiheuttamat kustannukset. Rahan puute ei ole este hoidon saamiselle. Tarvittaessa sairaalan sosiaalityöntekijä voi auttaa raha-asioiden selvittämisessä, mikäli potilas on huolissaan raskaudenkeskeytyksen maksamisesta. (Väestöliitto 2009.)

4.4 Jälkihoito

Raskauden keskeytyksen jälkeen potilaalle tulee antaa suulliset ja kirjalliset ohjeet ottaa yhteyttä keskeytyssairaalaan, jos ongelmia ilmenee. Mikäli raskauden keskeytyks on sujunut komplikaatioita, ensimmäinen kuukautisvuoto tulee yleensä 4-7 viikon kuluessa. Ehkäisyn aloituksesta on syytä huolehtia heti keskeytyksen jälkeen. Yhdistelmäehkäisy esimerkiksi ehkäisytabletit, tai progestiiniehkäisy esimerkiksi minipillerit voidaan aloittaa heti keskeytyksen jälkeen. Kierukka voidaan asentaa ensimmäisten kuukautisten yhteydessä. Kirurgisen menetelmän yhteydessä voidaan kierukka asentaa samassa anestesiassa, jos kohdun riittämätön supistuminen tai runsas vuoto eivät ole esteenä. Mikäli raskaus keskeytetään toisen kolmanneksen aikana, potilaat hyötyvät maidoneritystä ehkäisevästä lääkityksestä. Mikäli keskeytetty raskaus on ollut toivottu, vanhemmat saattavat haluta sikiön tuhkaamista tai hautaamista. Alle 22. viikkoisen sikiön hautaamista tai tuhkaamista varten tarvitaan vapaamuotoinen lääkärin kirjoittama todistus, ettei toimenpiteelle ole estettä. Surutyöhön vanhemmat voivat tarvittaessa saada tukea keskeytyssairaalan moniammatilliselta työryhmältä. (Heikinheimo ym. 2007, 9-10.)

Jälkitarkastuksessa arvioidaan raskauden keskeytyminen, ehkäisyn aloitus ja sosiaalisen tai psyykkisen tuen tarve. On suositeltavaa, että alkuraskauden keskey-

tyksen jälkeen, jälkitarkastus tehdään ennen 12. raskausviikkoa. Tällöin raskaus voidaan keskeyttää ilman Valviran lupaa, mikäli ensimmäinen keskeytys on epäonnistunut. Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen ja toisen raskauskolmanneksen aikana tehdyn keskeytyksen jälkitarkastus suositellaan tehtäväksi 2-4 viikon kuluessa. Jälkitarkastus voidaan tehdä avoterveydenhuollossa ja sen voi tehdä terveydenhoitaja, mikäli keskeytys on ollut ongelmaton. Rutiininomaista kliinistä tutkimusta ei tarvita. Varmin tapa tarkistaa kohdun riittävä tyhjeneminen lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen on seerumin hCG-pitoisuuden määrittäminen. Onnistuneen keskeytyksen jälkeen seerumin hCG-pitoisuus pienenee kahdessa viikossa alle arvon 500 IU/l, kun taas raskauden jatkuessa hCG-pitoisuus on yli 10 000 IU/l. Molemmilla menetelmillä tehdyn keskeytyksen jälkitarkastuksessa voidaan käyttää seerumin hCG-pitoisuuden määrittäystä. On tärkeää, että naiselle kerrotaan jälkitarkastuksen tärkeydestä ja ohjeistus annetaan myös kirjallisena. Suurin osa naisista käy jälkitarkastuksissa. Osa jättää tulematta jälkitarkastukseen, esimerkiksi koska heillä ei ole ollut tietoa sen tarpeellisuudesta tai heillä ei ole ollut mitään oireita. (Sihvo, Kosunen 1998, 55; Heikinheimo ym. 2007, 10.)

4.5 Raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutukset

Raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutuksia kirurgisen keskeytyksen jälkeen on tutkittu. Sen sijaan lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutuksista ei ole julkaistuja tutkimuksia. Kun raskaudenkeskeytys on sujunut ilman komplikaatioita, se ei heikennä tulevaa hedelmällisyyttä eikä lisää spontaanin keskenmenon tai kohdunulkoisen raskauden riskiä. Joidenkin tutkimusten mukaan raskaudenkeskeytys on lisännyt etisen istukan ja ennenaikaisen synnytyksen riskiä, joissain aineistoissa taas ennenaikaisen synnytyksen riski on lisääntynyt, jos keskeytyksiä on ollut useita. Seurantatutkimuksissa ei ole havaittu lisääntyntä somaattisten sairauksien riskiä, eikä raskaudenkeskeytys ole myöskään rintasyövän riskitekijä. (Heikinheimo ym. 2007, 10.)

Raskaudenkeskeytyksen jälkeistä psyykkistä toipumista auttaa, jos ei-toivotusta raskaudesta ja keskeytysaikeista on voinut keskustella jo ennen toimenpidettä. Usein raskaudenkeskeytys ja ei-toivottu raskaus ovat osa ongelmallista elämäntilannetta. Englantilaisen tutkimuksen mukaan depression esiintyvyydeksi raskau-

denkeskeytyksen jälkeen arvioidaan 13-41 prosenttia ja psykooseja ilmenee 0,3 tuhatta keskeytystä kohden. Naisten itsemurhariski on suomalaisen rekisteritutkimuksen mukaan raskaudenkeskeytyksen jälkeen jopa kolminkertainen. Naisilla joille keskeytyspäättös on ollut alusta lähtien selvä, esiintyy vähemmän kielteisiä psyykkisiä seurauksia, muilla psykiatrinen sairastuvuus keskeytyksen jälkeen on lisääntynyt. (Heikinheimo ym. 2007, 10.)

4.6 Henkinen ja sosiaalinen tuki

Abortin läpikäyneen naisen hoitokokemukseen ovat yhteydessä fysiologiset oireet, sosiaalinen ympäristö, raskaudenkeskeytyksestä päättäminen ja koettu hoitotyö. Naiset myös pohtivat raskaudenkeskeytyksen merkitystä tulevaisuuteen esimerkiksi sen vaikutusta mahdolliseen lapsettomuuteen. Sosiaalisella ympäristöllä tarkoitetaan sosiaalista elämäntilannetta, sosiaalisia paineita, sosiaalisen tuen tarvetta sekä raskaudenkeskeytyksen syyn ja oikeutuksen pohdintaa. (Ihme ym. 2008, 185.)

Raskaudenkeskeytysmenetelmän valikoiminen on hyvin yksilöllistä. Nainen tekee usein päätöksen yksin. Monet eri tekijät vaikuttavat päätöksentekoon, kuten eettiset ja moraaliset kysymykset sekä naisen henkilökohtaiset voimavarat. Päätöstä voi leimata epävarmuus päätöksen oikeellisuudesta sekä päätöksentekoon tarvittava aika voi tuntua lyhyeltä. (Ihme ym. 2008, 185-186.)

Hoitotyön näkökulmasta raskaudenkeskeytyksissä on erityispiirteitä, jotka vaikuttavat hoitohenkilökunnan työhön. Raskaudenkeskeytykseen hakeutuneet ovat eri ikäisiä nuoria tyttöjä, aikuisuuden kynnyksellä olevia naisia sekä varttuneempia naisia. Hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti asiakkaan elämäntilanne. Yksilöllisesti kerätyn tiedon ja havaintojen pohjalta määritetään hoidon tarve ja tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa. Raskauden keskeytystä harkitsevalle naiselle kerrotaan myös raskauden keskeytyksen hoitovaihtoehtoista sekä annetaan asiallista tietoa päätöksenteon tueksi. (Ihme ym. 2008, 186.)

Asiallinen kohtaaminen, hienotunteisuus ja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen korostuvat raskaudenkeskeytyksissä. Raskaudenkeskeytys on usein hyvin henkilökohtainen ja vaiettu asia. Raskaudenkeskeytystä harkitseva nainen voi ko-

kea olevansa epäonnistunut, olla häpeissään ja peloissaan. Hoitotyön lähtökohtana ovat naisen tilanteen ymmärtäminen ja asiakaslähtöisen psyykkisen tuen tarjoaminen. On otettava huomioon myös erityistukea tarvitsevat naiset. (Ihme ym. 2008, 187.)

Eettinen ja moraalinen pohdinta ovat vahvasti esillä raskauden keskeytystä koskevissa keskusteluissa. Henkilökunta viestittää omia asenteitaan käytöksellään. Tämän tiedostaminen on tärkeää, jotta hoitaja voi tukea raskaudenkeskeytysasiakasta. Tämän vuoksi hoitajan on työstettävä omat mahdolliset tunteensa ja ajatuksensa, joita raskauden keskeytys hänessä herättää. Myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista tuodaan esille potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun hoitotyön asiakkaana. (Ihme ym. 2008, 187; L785/1992.)

Raskaudenkeskeytysasiakkaat tarvitsevat erityisesti biologis-fysiologista tietoa Keräsen (2006) mukaan. Kokonaisvaltainen asiakkaan huomioiminen kiireettömässä ja hyväksyvässä ilmapiirissä auttavat asiakasta. Hoitotyön periaatteet ohjaavat hoidon toteutusta. Hoidossa korostuvat läsnäolo, tukeminen ja ohjaus. Kotiutusvaiheessa ohjauksessa huomioidaan naisen tiedontarve liittyen raskaudenkeskeytyksen jälkihoitoon: naista neuvotaan tarkkailemaan vuodon laatua ja määrää, kipua sekä infektion merkkejä. Hoitotyötä tulee arvioida jatkuvasti hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. raskaudenkeskeytysasiakas arvioi myös saamaansa hoitoa omasta kokemuksellisesta näkökulmastaan. Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitotyötä kehitettäessä asiakaspalaute on tärkeää. (Ihme ym. 2008, 187.)

5 ADOPTIO

Suomalainen lainsäädäntö säätelee lastensuojelutoimintaa, jonka yksi osa adoptio on. Kansainvälisten adoptioiden osalta myös lapsen syntymämaan laki sekä YK:n lastenoikeuksien sopimus ja niin sanottu Haagin sopimus säätelevät adoptiota. Lainsäädännön tarkoituksena on varmistaa, että adoptiossa tavoitellaan aina lapsen etua. Tämä tarkoittaa sitä, että kansainvälinen adoptio tulee kyseeseen vasta kun lasta ja hänen biologista perhettään on yritetty auttaa muilla keinoilla. Vuosittain Suomessa syntyneitä lapsia adoptoidaan noin 50. Vielä 1970-luvun alussa Suomesta myös adoptoitiin ulkomaille, lähinnä muihin pohjoismaihin. Nykyään maailmanlaajuisesti lapsia adoptoidaan valtioiden välisesti vuosittain 40 000. (Adoptiperheet Ry 2006.)

5.1 Lainsäädäntö

Suomessa ottolasten asema on ollut epäselvä aina itsenäistymiseen saakka. Vuonna 1925 säädettiin ottolapsilaki, jonka toivottiin parantavan myös aviottomien lasten asemaa. Laki perustuu niin sanottuun heikkoon adoptioon, mikä tarkoittaa sitä, että lapsen perintöoikeus biologisten vanhempien omaisuuteen säilyy ja ottolapsisuhde voitiin purkaa tuomioistuimen päätöksellä. Vuonna 1979 annetussa uudessa laissa lapseksi ottamisesta toteutettiin niin sanottu vahvan adoption periaate, jonka mukaan lapsen kaikki siteet vanhaan perheeseen katkeavat. Samalla hän saa kaikki samat oikeudet kuin biologinen lapsikin. Suomessa on edelleen käytössä pienessä mittakaavassa niin sanottu avoin adoptio, tällöin lapsen sosiaaliset suhteet biologiseen perheeseen voivat säilyä perheiden sopimalla tavalla. Nykyään adoptoidaan vuosittain alle 200 lasta. Näistä adoptioista valtaosa on perheen sisäisiä adoptioita. Adoptoitavaksi annetaan vain muutama kymmenen lasta vuosittain. Vähintään 12-vuotiasta lasta ei saa adoptoida ilman hänen suostumustaan. (Adoptiperheet Ry 2006; Lindgren 2000, 22.)

Laki lapseksiottamisesta on tärkein adoptiota säätelevä laki Suomessa. Sen 9§:ssä säädetään, että alaikäisen lapseksiottamista ei voida vahvistaa, elleivät hänen vanhempansa ole antaneet tähän suostumusta. Kuitenkin lapseksiottaminen voidaan erittäin painavista syistä vahvistaa vaikka vanhemmat tai toinen heistä eivät ole

antaneet suostumustaan, jos harkitaan että lapseksiottaminen on ilmeisen ratkaisevasti lapsen edun mukaista. Lapseksiottaminen voidaan vahvistaa myös silloin edellä mainittujen perusteiden mukaan, kun vanhempi sairautensa tai vammaisuutensa takia ei voi pätevästi ilmaista tahtoaan tai vanhemman olinpaikka on tuntematon. (L 153/1985.)

Vanhempien annettua suostumuksensa lapseksiottamiseen on suostumus annettava kunnan määräämälle sosiaalihuollon toimielimelle tai ottolapsitoimistolle, joka on saanut Sosiaali- ja terveysministeriön luvan harjoittaa ottolapsitoimintaa. Ennen suostumuksen antamista on lapsen vanhemman kanssa järjestettävä neuvottelu, jossa selvitetään lapseksiottamisen tarkoitus ja sen edellytykset sekä oikeusvaikutukset. Tämän lisäksi vanhemmalle on selvitettävä kaikki ne sosiaalipalvelut sekä taloudelliset tukitoimenpiteet, jotka ovat hänen ja lapsen käytettävissä. Lain mukaan lapsen äidin suostumusta ei saa ottaa vastaan ennen kuin äiti on riittävän toipunut synnytyksestä, eikä aikaisemmin kuin 8 viikon kuluttua lapsen syntymästä. Kun vanhemmat ovat antaneet suostumuksensa lapseksiottamiseen, on suostumuksesta tehtävä asiakirja, joka on päivättävä ja jonka allekirjoittaa suostumuksen antaja. (L 153/1985.)

Lapseksiottamisen oikeusvaikutuksia ovat muun muassa se, kun ottolapsisuhde on vahvistettu, vapautuvat lapsen aikaisemmat vanhemmat velvollisuudesta vastata lapsen elatuksesta. Tällöin ottolasta on pidettävä ottovanhempien eikä aikaisempien vanhempien lapsena, sovellettaessa mitä sukulaisuuden ja lankouden oikeudellisesta vaikutuksesta on voimassa, jollei muuta säädetä tai ottolapsisuhteen luonteesta muuta johdu. Mikäli lapsen aikaisempi vanhempi on sitoutunut tai velvoitettu ennen lapseksiottamista suorittamaan elatusapua lapselle, hän vapautuu lapseksiottamisen jälkeen elatusavun maksamisesta. Ottolapsen ja ottovanhemman solmiessa keskenään avioliiton lapseksiottamisen oikeudelliset vaikutukset lakkaavat. Ottolapsisuhteen lakkaaminen ei perusta oikeudellista suhdetta ottolapsen ja hänen aikaisempien vanhempien välille. (L 153/1985.)

Adoptiovanhemmat eivät ole oikeutettuja yhtä pitkiin perhevapaisiin kuin biologiset vanhemmat. Tästä muodostaa poikkeuksen isyysvapaa, joka on yhtä pitkä kaikille isille. Ulkomailta syntyneiden kansalaisten oikeuksia koskevia säännöksiä on

pyrityt korjaamaan, mutta esimerkiksi Suomen presidenttiä ei kansainvälisesti adoptoidusta voi syntyperänsä vuoksi tulla. (Adoptioerheet Ry 2006.)

5.2 Adoptioprosessi

Adoptioprosessi alkaa adoptioeuvonnalla. Adoptioeuvontaa annetaan sekä adoptiovalle perheelle, että adoptioon antoa harkitsevalle. Neuvontaa antavat kuntien sosiaalityöntekijät sekä Pelastakaa lapset Ry:n aluetoimistot. Neuvonnan kesto on yksilöllinen perheestä riippuen, mutta tavallisesti se kestää noin vuoden. Tänä aikana sosiaalityöntekijä kirjoittaa hakijasta tai hakijoista kotiselvityksen. Adoptioeuvonta on pakollista ja saajalle ilmaista. Selvityksen valmistuttua kotimaisissa adoptioissa lapsitietoa odotetaan noin 2-5 vuotta. Nykyisin odotusaika kansainvälisissä adoptioissa on lähes yhtä pitkä. (Adoptioerheet Ry 2006.)

Saatuun tiedon lapsesta perhe lähtee hakemaan häntä. Kun lapsi on kotiutunut, adoptioeuvonta jatkuu eli sosiaalityöntekijä vierailee perheessä uudelleen ja kirjoittaa raporteja lapsen elämästä perheessä. (Adoptioerheet Ry 2006.)

Laki lapseksiottamisesta edellyttää, että adoption hakija on 25-vuotta täyttänyt. Adoptoida voi joko yksin tai yhdessä aviopuolison kanssa. Yläikäerona pidetään lapsen ja iäkkäämmän puolison välillä noin 45-vuotta. On myös toivottavaa, että elämäntilanne johon lapsi saapuu, on mahdollisimman vakaa. (Adoptioerheet Ry 2006.)

Kansainväliset sopimukset ja Suomen lainsäädäntö kieltävät jyrkästi rahanvaihdon adoptiotilanteessa. Adoptioprosessista kuitenkin aiheutuu monenlaisia kuluja, esimerkiksi lääkäriä, kääntäjää ja lakimiestä. Matkakustannukset ovat merkittävä osa kansainvälisen adoption kuluja. Kokonaiskustannukset voivat nousta noin 5 000 eurosta aina 18 000 euroon saakka. Kela maksaa adoptiotukea 1900 – 4500 euroa riippuen lapsen syntymämaasta, loput perhe maksaa itse. Adoptiotukea ei anneta kotimaisiin adoptioihin, sillä niistä koituu vain vähäisiä kuluja. (Adoptioerheet Ry 2006.)

6 AIHEESEEN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA

Mukaan työhön otettiin myös aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia, koska kirjallisuuskatsauksen eli tutkimuskatsauksen tarkoituksena on näyttää toteen miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa olevaan materiaaliin.

Kelhän väitöskirjassa (2009) tarkasteltiin niitä ristiriitoja, joita on normitetun elämänkulun mukaisen äitiyden ja omien valintojensa ja mahdolluuksiensa kautta elämänsä rakentavan äidin ja hänen äitiytensä välillä. Tutkimuksessa analysoitiin ja tulkittiin hyvin nuorena eli alle 20-vuotiaana sekä varttuneemmalla iällä eli noin 40-vuotiaana äideiksi ensikertaa tulleiden naisten äitiyttä. Väitöskirja koostui viidestä artikkelista ja yhteenveto-osasta. Tutkimus tehtiin haastattelututkimuksena 24:lle eri-ikäiselle äideille. (Kelhä 2009, 4.)

Haastatteluaineistossa erilaiset äitiyteen liittyvät asiat järjestäytyivät naisten iän ja heidän yhteiskunnallisen taustansa perusteella. Yhteiskuntaluokka tuli näkyväksi haastateltujen naisten suhteessa ydinperheeseen, asiantuntijatietoon sekä rahaan ja toimeentuloon. Analyttisesti oli osittain mahdotonta erottaa sitä, mikä erikäisten äitien kokemuksista olivat yhteydessä yhteiskunta luokkaan ja mitkä ikään. Nuorten naisten äitiys näyttäytyi pääosin myönteisenä, vaikka lapsen saaminen ei ollut usein suunniteltua. Hyvän äitiyden ehtoina pidettiin asioita, jotka eivät ole riippuvaisia elintasosta. Noin 40-vuotiaiden äitien puheessa äitiys kytkeytyi opintojen jälkeiseen elämään, palkkatyösuhteeseen ja ydinperheeseen. (Kelhä 2009, 5.)

Markkasen (2009) pro gradu –tutkielma käsittelee kotimaisia adoptioita. Koska kotimaisia lapsia adoptoidaan vuosittain hyvin vähän, on aiheesta erittäin vähän tutkimustietoa. Adoptiotutkimus on keskittynyt tutkimaan kansainvälisiä adoptioita, joita tehdään moninkertaisesti enemmän. Tutkielman tavoitteena oli selvittää niitä syitä, joiden takia suomalaiset äidit ovat päätyneet antamaan lapsensa adoptoitavaksi. Tutkimuksessa esitellään myös adoptioiden ja adoptiolainsäädännön kehitysvaiheita. (Markkanen 2009, 4.)

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla ja tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto koostui seitsemän sosiaalityöntekijän haastatte-

luista ja sen analyysimenetelmänä on käytetty teemoittelua. Tutkimustulosten mukaan päätökseen lapsen luovuttamisesta adoptioon vaikuttavat useat erilaiset osatekijät, kuten esimerkiksi taloudelliset ja yhteiskunnalliset seikat, pärjääminen lapsen kanssa ja suhde lapsen isään. Nykyään taloudellisilla seikoilla ja yhteiskunnan ilmapiirillä ei ole niin ratkaisevaa osaa kuin aiemmin. Varsinkin sosiaali- poliittiset tukimuodot helpottavat aiempia vuosikymmeniä enemmän yksinhuoltajien mahdollisuutta kasvattaa lapsi. Nykyään adoptiopäätösten syissä korostuu enemmän biologisen äidin oma kypsyys, ja näkemys omasta pärjäämisestä. Suuri osuus adoptiopäätökseen päätyemisessä on biologisen äidin omilla käyttäytymismalleilla, eikä päätökselle ole löydettävissä välttämättä yhtä tiettyä syytä. (Markkanen 2009, 4.)

Kauliomäen pro gradu –tutkielman (2009) tarkoituksena oli kuvata miten terveydenhoitaja ja kätilö tunnistavat synnytystä pelkävän naisen ja miten he tukevat synnytystä pelkävää raskaana olevaa naista. Tarkoituksena oli myös selvittää, millaista yhteistyö äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan välillä on. (Kauliomäki 2009, 3.)

Tutkimukseen, jonka aineisto kerättiin temahaastattelulla, osallistui neljätoista äitiysneuvolassa työskentelevää terveydenhoitajaa ja kätilöä. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysi menetelmää. Haastatellut eivät kokeneet synnytyspelon tunnistamista vaikeaksi. Pelko voitiin tunnistaa asiakkaan voinnin ja käytöksen perusteella tai se saattoi tulla ilmi keskusteluissa. Jotkut asiakkaat kertoivat itse pelostaan tai se tuli ilmi terveydenhoitajan tai kätilön kysytyä aiheesta. (Kauliomäki 2009, 3.)

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että synnytyspelon tunnistamisessa ja pelkävän äidin tukemisessa äitiysneuvolan rooli on tärkeä. Äitiyspoliklinikan rooli synnytystä pelkävän naisen tukemisessa koettiin tärkeänä niillä naisilla, joilla on voimakas synnytyspelko. (Kauliomäki 2009, 3.)

Uiton pro gradu -tutkielman (2007) tarkoituksena oli kuvata äitien ja isien kokemuksia sikiöseulonnoista ja saadusta neuvonnasta. Tutkimuksessa kuvattiin myös äitien ja isien ehdotuksia sikiöseulontojen kehittämiseksi. Tutkimusta varten haas-

tateltiin 10 äitiä joiden raskauden kasto oli 28. -33. raskausviikkoa ja jotka olivat osallistuneet alkuraskauden sikiöseulontoihin. Erikseen haastateltiin 7 isää. Lähestymistavaltaan tutkimus on laadullinen ja haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna. Aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysiä. (Uitto 2007, 3.)

Tutkimustuloksista nähdään, miten moniulotteisia äitien ja isien kokemukset ovat seulontojen aikana. Seulonnat koettiin myönteisinä silloin, kun palvelu terveydenhuollossa oli hyvää ja tulokset olivat normaalit. Tämä asettaa monia kehittämissaasteita hoitotyölle. Hoitotyön ammattilaisen tulee huomioida perhe yksilöllisesti sikiöseulontojen kaikissa vaiheissa ja pystyä herkästi vastaamaan perheen tarpeisiin. Ultraäänitutkimus oli isille tärkeä, sillä se konkretisoi raskauden. Jos seulontatulokset olivat positiiviset, aiheutti se molemmille vanhemmille sokin. Jatkotutkimukset ja niistä päättäminen aiheuttivat epävarmuutta ja pelkoja, normaalit tulokset taas olivat perheelle suuri helpotus. (Uitto 2007, 3.)

Haastateltujen kokemukset neuvonnasta poikkesivat toisistaan. Hyvä neuvonta oli yksilöllistä ja riittävää seulontojen kaikissa vaiheissa. Osa äideistä taas ei ollut saanut suullista neuvontaa laisinkaan. Vanhemmat toivoivat enemmän tietoa seulontojen kaikissa vaiheissa. Tiedon tulisi olla neutraalia ja se tulisi saada kiireettömästi heti alussa. Myös yksilöllisyyttä korostettiin. Äidit ja isät kehittäisivät sikiöseulontojen tarjoamista niin, että seulonnat ja raskauden seuranta olisivat omina erillisinä tutkimuksinaan. (Uitto 2007, 4.)

Keräsen pro gradu -tutkielman (2006) tarkoituksena oli kuvata tiedon tarvetta ja toteutunutta tiedon saantia raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen näkökulmasta. Tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitatiivinen. Se rajoittui koskemaan ainoastaan erikoissairaanhoidon tutkimusta. Tutkimus oli kaksivaiheinen ja ensimmäiseen vaiheeseen osallistui 62 raskaudenkeskeytykseen tulevaa naista. Toiseen vaiheeseen, joka toteutettiin 5–14 päivää keskeytyksen jälkeen, osallistui 17 potilasta. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Aineisto kuvattiin frekvenssi-prosentti jakaumin. (Keränen 2006, 4.)

Tulokset osoittivat, että raskaudenkeskeytspotilailla on kohtalainen tiedontarve. Tärkeimpänä potilaat pitivät tietoa siitä, mikä oli heidän omavastuunsa toimenpiteen onnistumiseksi sekä miten he itse pystyivät vaikuttamaan raskaudenkeskeytyksen aiheuttamiin oireisiin ja miten toimenpide mahdollisesti vaikutti heidän normaaliin päivittäiseen toimintaansa. Potilaat kokivat tarvitsevansa vähiten tietoa sosiaalis-yhteisöllisistä asioista. Tutkimustulokset osoittavat, että raskaudenkeskeytys potilaat tarvitsevat erityisesti tietoa toiminnalliselta ja biologis-fysiologiselta alueelta. Tulosten perusteella voidaan kehittää raskaudenkeskeytykseen tulevien naisten potilasohjausta vastaamaan heidän tiedontarpeitaan ja tukemaan selviytymistään raskaudenkeskeytyksessä ja sen jälkeen. (Keränen 2006, 5.)

Taulukko tutkimuksista

TEKIJÄ	AINEISTO	MITÄ TUTKITTU?	TÄRKEIMMÄT TULOKSET
Kelhä, Minna 2009	Haastattelututkimus 24:lle eri-ikäiselle äidille, media-aineisto	Ikä ja äitiyden yhteiskunnalliset ehdot	Nuorten naisten äitiys näyttyi pääosin myönteisenä, vaikka lapsen saaminen ei ollut usein suunniteltua. Hyvän äitiyden ehtoina pidettiin asioita, jotka eivät ole riippuvaisia elintasosta. N. 40 vuotiaiden äitien puheessa äitiys kytkeytyi opintojen jälkeiseen elämään, palkkatyösuhteeseen ja ydinperheeseen.
Uitto, Sirke 2009	Teemahaastattelu 10 äitiä, jotka olivat raskausviikoilla 28-33 ja 7 isää	Äitien ja isien kokemuksia sikiöseulonnoista ja saadusta neuvonnasta	Useimmat äidit osallistuvat sikiöseulontoihin neuvolan viitekehyksen mukaan, pääsääntöisesti varmistaakseen raskauden ja nähdäkseen elävän sikiön. Sikiöselontojen neuvonta koettiin hyvänä tai vähäisenä. Jos selonnoista löytyi poikkeava tulos vanhemmat toivoivat lisäinformaatiota.
Kauliomäki, Kirsi 2009	Teemahaastattelu, jonka tekivät 14 terveydenhoitajaa	Miten terveydenhoitaja ja kättilö tunnistavat synnytystä pelkäävän naisen ja miten he tukevat häntä	Äitiysneuvolan rooli tärkeää tukemisessa. Tukena olivat keskustelut, kuunteleminen ja tiedon välittäminen. Pelon syiden selvittely tärkeää. Osan mielestä äitiyspoliklinikan ja äitiysneuvolan yhteistyö oli hyvää ja toisten mielestä vähäistä.
Markkanen, Milja 2009	Teemahaastattelu. Haastateltu 7 sosiaalityöntekijää.	Sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä lapsen adoptioon luovuttamisen syistä.	Päätös koostuu useista syistä, kuten taloudellisista ja yhteiskunnallisista. Suhde lapsen isään ja pärjääminen lapsen kanssa vaikuttaa myös päätöksentekoon. Äidin omilla käyttäytymismalleilla on suuri osuus adoptiopäätökseen päätymisessä.
Keränen, Katja 2006	Kaksivaiheinen tutkimus, stukturoitu kyselylomake, 62 + 17 naista osallistui	Kuvailta tiedon tarvetta ja toteutunutta tiedonsaantia raskaudenkeskeutukseen tulevan naisen näkökulmasta	Raskaudenkeskeytyspotilailla on kohtalainen tiedon tarve. Tärkeimpänä pidettiin toiminnallista tietoa, toiseksi tärkeimpänä biologis-fysiologista tietoa, vähiten potilaat kokivat tarvitsevansa sosiaalis-yhteisöllistä tietoa.

7 POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli saada ajanmukaista tietoa ei-toivottuun raskauteen liittyvistä vaihtoehtoista. Vaihtoehtoja ovat synnytys, raskaudenkeskeytys ja adoptio. Jotta työ olisi johdonmukainen, kirjallisuuskatsaus käsittää myös raskauden. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehdään opaslehtinen Vaasan kaupungin perhesuunnitteluneuvolaan.

7.1 Tutkimuksen tavoitteiden saavuttaminen

Hyvän tutkimuksen alku on hyvä tutkimusaihe (Hirsjärvi Remes & Sajavaara 2007, 66). Valitsimme aiheen, koska opaslehtiselle oli tilaus ja aihe on näin ollen mielestämme ajankohtainen ja tarpeellinen. Lisäksi uskomme, että tästä työstä on hyötyä tulevassa ammatissamme terveydenhoitajina. Tutkimuksen aihe myös täytti kaikki Hirsjärven ym. (2009, 77-80) hyvän aiheen kriteerit.

Olemme kiinnittäneet huomiota työn ulkoasuun ja tekstin sujuvuuteen. Olemme käyttäneet apunamme Vaasan ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjetta.

7.2 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Tutkimuseettisten periaatteiden, joita on käytetty tiedonhankinnassa ja julkistamisessa, on oltava yleisesti hyväksytyjä. Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on se, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.)

Kaikissa tutkimuksen osavaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä, esimerkiksi toisten tutkijoiden vähättelyä ja plagiointia. Raportointi ei saa myöskään olla harhaanjohtavaa tai puutteellista, jotta työ olisi mahdollisimman luotettava. (Hirsjärvi ym. 2007, 26-27.) Olemme merkinneet asianmukaisesti kaikki työssämme käytetyt lähteet sekä viitteisiin, että lähdeluetteloon. Olemme työskennelleet koko tutkimuksen ajan parina. Olemme reflektoineet näkemyksiämme ja päätyneet tasapainoiseen lopputulokseen. Koska työn tekijöitä oli kaksi, pystyimme tarkastelemaan työn näkökulmaa laajemmin, mikä lisää luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta taas saattoi vähentää se, että teimme molemmat ensimmäistä kertaa tutkimusta.

Pyrimme jo tutkimuksen tavoitteissa mahdollisimman ajanmukaiseen tietoon. Tulimme kuitenkin siihen tulokseen, että tieto raskaudesta, synnytyksestä, raskaudenkeskeytyksestä ja adoptiosta on pääpiirteissään pysynyt samana. Olemme ottaneet huomioon viime vuosina muuttuneen tiedon, kuten esimerkiksi lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen yleistymisen. Muuttuneiden tietojen kohdalla olemme käyttäneet lähteitä, jotka perustuvat uusimpaan tietoon.

Valitsimme työhön mukaan viisi tutkimusta, joita tarkastelimme tarkemmin. Valitsimme tutkimukset tukemaan omaa aiheitamme. Tutkimukset ovat vuosilta 2006-2009, joten ne edustavat uusinta tutkimustietoa aiheista. Kelhän (2009) tutkimuksen valitsimme mukaan, koska tutkimuksessa tulee ilmi niitä konkreettisia asioita, joiden perusteella naiset saattavat päätyä raskaudenkeskeytykseen. Markkasen (2009) tutkimus oli ainoa kotimaista adoptioita käsittelevä tutkimus, minkä löysimme. Kauliomäen (2009) tutkimuksessa otettiin kantaa neuvolan ja äitiyspoliklinikan yhteistyön toimivuuteen, minkä vuoksi tutkimus oli tarpeellista esitellä työssämme. Koska käsitelimme sikiöseulontaa melko laajasti työssämme, päättimme ottaa työhömmekä mukaan Uiton (2007) tutkimuksen. Tutkimuksessa käsiteltiin vanhempien kokemuksia sikiöseulonnoista. Valmistumme tulevaisuudessa terveydenhoitajiksi ja haluamme hyödyntää työmme tulevassa ammatissamme, joten otimme mukaan Keräsen (2006) tutkimuksen, joka käsittelee raskaudenkeskeytykseen liittyvää tiedottamisen ja ohjauksen tarvetta.

7.3 Jatkotutkimusaiheita

Tutkimuksen jatkona voitaisiin järjestää info-tilaisuuksia esimerkiksi yläkoulu- tai lukioikäisille nuorille. Olisi myös mielenkiintoista järjestää vertailuryhmäasetelma, jossa toisen koulun oppilaille annettaisiin informaatiota kyseisestä aiheesta ja toisen koulun oppilaille ei. Tällöin voisi vertailla informaatiosta saatua hyötyä tai sen puutetta.

Tämän työn pohjalta jatkotyönä tehdään opaslehtinen raskaudenkeskeytyksestä Vaasan kaupungin perhesuunnitteluneuvolaan. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään laajasti niitä vaihtoehtoja, joita raskaana olevilla naisilla on. Tämän vuoksi muita tutkimuksesta saatavia jatkotyönaiheita voisivat olla esimerkiksi opaslehti-

nen adoptiosta, raskaudesta tai synnytyksestä. Eräs mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla tutkia terveydenhoitajien asenteita raskaudenkeskeytystä, ja sitä harkitsevia naisia kohtaan.

Koska Markkasen tutkimuksen (2009) mukaan kotimaisia adoptioita on tutkittu vähän, voisi yksi mielenkiintoinen ja hyödyllinen tutkimusaihe olla kotimaista adoptioprosessia kuvaava tutkimus.

7.4 Yhteenveto

Työssä on yksi päätutkimuskysymys ja kolme alakysymystä: Mitä vaihtoehtoja naisella on raskaaksi tullessaan? Miten raskaus ja synnytys etenevät? Mitä raskauden keskeytys tarkoittaa naiselle ja miten siinä voidaan tukea? Millainen on adoptioprosessi? Olemme mielestämme onnistuneet vastaamaan näihin kysymyksiin ja rajaamaan aiheen niiden mukaan.

Koko kirjallisuuskatsaus keskittyy käsittelemään niitä vaihtoehtoja, joita naisella on raskaaksi tullessaan. Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat raskaus, synnytys, raskaudenkeskeytys ja adoptio.

Raskauden katsotaan alkaneen, kun hedelmöityksen eli siittiön ja munasolun yhteensulautumisen tuloksena muodostuu tsygootti eli hedelmöittynyt munasolu. Normaalisti ihmisen raskaus kestää noin 270 vuorokautta munasolun hedelmöitymisestä laskettuna. Mikäli raskauden kesto lasketaan viimeisten kuukautisten alkamispäivästä, niin se on noin 284 vuorokautta. (Bjälle ym. 1999, 421, 426-427.)

Raskaudenkeskeytyksellä tarkoitetaan joko spontaania tai tarkoituksella aiheutettua raskauden keskeytymistä ennen kuin sikiö on kehittynyt riittävästi pystyäkseen kohdun ulkopuoliseen elämään. (Bjälle ym. 1999, 425.)

Kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa, on kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä synnytys. Synnytys alkaa supistuksilla tai lapsiveden menolla ja normaali täysiaikainen synnytys tapahtuu 38.-42. raskausviikolla. (Tiitinen & Hovatta 2004, 325.)

Lapsen adoptioon antamisella tarkoitetaan biologisten vanhempien ja lapsen välisen juridisten siteiden katkeamista. Tuomioistuin vahvistaa lapseksiottamisen pätekkösellään. Laki lapseksiottamisesta ja siitä annettu asetus (154/85) säätelevät Suomessa lapsen adoptiota. Adoptioprosessin tarkoitus on valvoa lapsen etua. (Tiitinen ym. 2004, 193; L153/1985.)

Yllä olevien määrittelyjen avulla olemme kirjoittaneet jokaisesta vaihtoehdosta erilliset osuudet. Näin olemme vastanneet tutkimuskysymykseen naisen eri vaihtoehdoista raskaaksi tullessaan. Olemme sisällyttäneet keskenmenon raskauden alle.

Olemme ottaneet mukaan kirjallisuuskatsaukseen aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia. Nämä olemme valinneet julkaisuvuoden ja aiheen mukaan. Olemme liittäneet ne osaksi omaa kirjallisuuskatsaustamme, tukemaan ja tuomaan lisää tietoa muuhun työhön. Tutkimukset tuovat työhön tietoa myös hoitohenkilökunnan ja asiakkaan näkökulmista.

LÄHTEET

Adoptioperheet Ry 2006. [Viitattu 25.11.2009] Saatavana www-muodossa: <URL:http://www.adoptioperheet.fi/tietoa_adoptiosta.html>

Ala-Fossi, Sirkka-Liisa & Aho, Tellervo 2004. Raskaudenkeskeytys. Käyvänhoidon potilasversio. Päivitetty 2.11.2004. [Viitattu 22.10.2009] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00025>>

Bjälje, Jan G.; Haug, Egil; Sand, Olav; Sjaastad; Oystein V. & Toverud, Kari C. 2007. Ihminen: fysiologia ja anatomia. 1.-4. p. WSOY.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002a. Naisen elämä ja hoitotyö. 1.-3. p. Porvoo. WSOY.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002b. Nainen hoitotyön asiakkaana. 2002. 1 p. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Halmesmäki, Erja 2005. Alkoholi ja keskenmeno. Teoksessa Niemi-Turkama, Kaija (toim.), Alkoholi ja raskaus, 8. 3 p. F.G. Lönnberg.

Hartikainen, Anna-Liisa; Tuomivaara, Leena; Puistola, Ulla & Lang, Leena 1995. Koko Nainen. Porvoo. WSOY.

Hartikainen, Anna-Liisa 1997. Normaali raskaus, sikiön seuranta ja raskauskomplikaatioiden ehkäisy. Teoksessa Simell, Olli (toim.), Neuvolakirja, 45-46. 5 p. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy.

Hartikainen-Sorri, Anna-Liisa 1990. Suosituksia äitiyskortin merkintätavoiksi. Teoksessa Vienonen, Mikko (toim.), 93-102. Helsinki. Valtion painatuskeskus.

Haukkamaa, Maija 1992a. Normaali raskaus ja sen seuranta neuvolassa. Teoksessa Haukkamaa, Maija; Hupli, Kirsti; Saarinen, Päivi & Vala, Ursula (toim.), Obstetriikka, 34-44. Kouvola. Recallmed Oy.

Haukkamaa, Maija 1992b. Normaali synnytys. Teoksessa Haukkamaa, Maija; Hupli, Kirsti; Saarinen, Päivi & Vala, Ursula (toim.), *Obstetriikka*, 64-87. Kouvolaa. Recallmed Oy.

Haukkamaa, Maija & Sariola, Anna 2001. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), *Naistentaudit ja synnytykset*, 310-320. Vammala, Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Heikinheimo, Oskari; Hellbom, Eira; Martikainen, Hannu; Mervaala; Eero; Rekonen, Sirpa; Ritamo, Maija; Suhonen, Satu & Venhola, Mia 2007. Raskaudenkeskeytys. Käypä hoito. Päivitetty 4.9.2007. [Viitattu 22.10.2009] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.kaypahoito.fixmedia/extra/hoi/hoi27050.pdf>>

Hermansson, Terhi; Virtanen, Terhi; Heinonen, Seppo; Laitinen, Päivi; Ritvanen, Annukka; Tekay, Aydin; Aitokallio-Tallberg, Ansa; Karlström, Johanna; Orden, Maija-Riitta; Salonen-Kajander, Riitta; Virtanen, Heikki S. & Leipälä, Jaana 2009. Sikiön poikkeavuuksien seulonta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:1. [Viitattu 20.10.2009] Saatavana www-muodossa: <URL:http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1374906>

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13 p. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15 p. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy.

Härkönen, Pirkko & Väänänen, Kalervo 2001. Alkion varhaisvaiheet ja naisen sukupuolielinten kehitys. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), *Naistentaudit ja synnytykset*, 16-29. Vammala, Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Ihme, Anu & Rainto, Satu 2008. *Naisen terveys*. Helsinki. Edita

Ikaalisten äitiysneuvola 2009. [Viitattu 22.10.2009.] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.ikaalinen.fi/mp/dp/file_library/x/IMG/17597/file/SYNNYTYSTIETOPAKETTI.pdf>

Internetix opinnot 2009. Hedelmöitys ja alkionkehitys. [Viitattu 19.10.2009] Saatavana [www-muodossa:](http://www.muodossa:)

<URL:http://opinnot.internetix.fi/fi/materiaalit/bi/bi4/4_lisaantymisen_ja_yksilon
kehi-
tys/04_hedelmoyitys_ja_alkionkehitys?C:D=gAut.gAsL&m:selres=gAut.gAsL>

Jouppila, Pentti 2001. Obstetrin tutkimuksen apuvälineet. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), Naistentaudit ja synnytykset, 330-348. Vammala, Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Kauliomäki, Kirsi 2009. Synnytystä pelkäävän naisen tunnistaminen ja tukeminen sekä äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan yhteistyö – terveydenhoitajan ja kättilön näkökulma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Kelhä, Minna 2009. Vääränikäisiä äitejä?: Ikä ja äitiyden yhteiskunnalliset ehdot. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Sosiologian laitos. Väitöskirja.

Keränen, Katja 2006. Raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen tiedontarve ja toteutunut tiedonsaanti. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Kirkinen, Pertti & Ryyänen, Markku 2001. Prenataali diagnostiikka. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), Naistentaudit ja synnytykset, 359-373. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Kuismanen, Kirsi; Uotila, Jukka & Kirkinen, Pertti 2004. Mitä kerron synnyttäjälle, jonka sikiö on perätilassa?. Duodecim. Vol. 120, nro 2, 153-159.

L239/1970. Laki raskauden keskeyttämisestä. 24.3.1970.

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992.

Lindgren, Klaus 2000. Lapsikronikka. Oy Edita Ab.

Liukkonen, Anja; Heiskanen, Päivi; Lahti, Anneli & Saarikoski, Seppo 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Markkanen, Milja 2009. ”Se haluaa sille paremmat elinolosuhteet, kun mitä hän pystyy antaa” Sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä lapsen adoptioon luovuttamisen syistä. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Mäkinen, Juha 2001. Kohdunulkoinen raskaus. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), Naistentaudit ja synnytykset, 383-391. Vammala, Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Rauramo, Ilkka 1992. Oireita ja ongelmia. Teoksessa Haukkamaa, Maija; Hupli, Kirsti; Saarinen, Päivi & Vala, Ursula (toim.), Obstetriikka, 58-63. Kouvola. Recallmed Oy.

Rautaparta, Malla 2003. Kantamisen kausi – aika raskaudesta sylihoitoon. Hämeenlinna. Tammi.

Ritvanen, Annukka 2008. Synnynnäiset kromosomi- ja rakennepoikkeavuudet. [online]. Stakes. Päivitetty 11.3.2008. [viitattu 19.10.2009]. Saatavana www-muodossa:

<URL:http://finohta.stakes.fi/.../Koulutuspaketti_Synnynnaiset_kromosomi_ja_rakennepoikkeavuudet_2008.ppt>

Rutanen, Eeva-Marja 1992a. Raskauden alkaminen. Teoksessa Haukkamaa, Maija; Hupli, Kirsti; Saarinen, Päivi & Vala, Ursula (toim.), Obstetriikka, 14-21. Kouvola. Recallmed Oy.

Rutanen, Eeva-Marja 1992b. Raskaudenajan fysiologiaa. Teoksessa Haukkamaa, Maija; Hupli, Kirsti; Saarinen, Päivi & Vala, Ursula (toim.), Obstetriikka, 22-32. Kouvola. Recallmed Oy.

Rutanen, Eeva-Marja 1992c. Alkuraskauden häiriöt. Teoksessa Haukkamaa, Maija; Hupli, Kirsti; Saarinen, Päivi & Vala, Ursula (toim.), Obstetriikka, 256-267. Kouvola. Recallmed Oy.

Saarikoski, Seppo 1998. Synnytyskivun lievittäminen lääkkein. Teoksessa Liukonen, Anja; Heiskanen, Päivi; Lahti, Anneli & Saarikoski, Seppo, Synnytyskivun lievittäminen, 129-138. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Salonen, Riitta 2005. Sikiötutkimukset. [Viitattu 20.10.2009] Saatavana www-muodossa:

<URL:<http://www.vaestoliitto.fi/perinnollisyys/perinnollisyysneuvonta/sikiotutkimukset/sikiotutkimukset/>>

Salonen, Riitta 2006. Sikiödiagnostiikka. Teoksessa Aula, Pertti; Kääriäinen, Helena & Palotie, Aarno (toim.), Perinnöllisyyslääketiede, 294-306. Helsinki. Duodecim.

Sariola, Anna; Haukkamaa, Maija 2001. Synnytysopilliset perustiedot ja taidot. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), Naistentaudit ja synnytykset, 303-357. 3 p. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy.

Sarvela, Johanna; Toivonen, Hannu & Viitanen, Hanna 2007. Synnytyskivun lääkkeellinen lievitys. Päivitetty 20.9.2008. [Viitattu 21.10.2009] Saatavana www-muodossa: <URL:http://www.say.fi/liitteet/synnyskipu_julkaisuversio.pdf>

Sihvo, Sinikka; Kosunen, Elise 1998. Naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksistä. Teoksessa Koponen, Päivikki & Sihvo, Sinikka (toim.), Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen, palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet, 49-63. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy.

Stakes 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset. Viisainen, Kirsi (toim.). [Viitattu 25.11.2009] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.stakes.fi/verkko/julkaisut/muut/op34_1999.pdf>

Teramo, Kari & Leinonen, Pekka 2001. Diabetes ja raskaus. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), Naistentaudit ja synnytykset, 509-517. Vammala, Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Tiitinen, Aila 2009a. Päivitetty 18.10.2009. [Viitattu 21.9.2010] Saatavana www-muodossa:

<URL://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159>

Tiitinen, Aila 2009b. Äitiysneuvolaseuranta. Päivitetty 18.10.2009. [Viitattu 20.10.2009] Saatavana www-muodossa:

<URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00186 >

Tiitinen, Aila & Hovatta, Outi 2004. Lapsettomuus. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.). Naistentaudit ja synnytykset, 176-193. 4p. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Toivonen, Juhani 2001. Raskaudenkeskeytys. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.). Naistentaudit ja synnytykset, 164-185. Vammala, Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Tuimala, Risto 2001. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), Naistentaudit ja synnytykset, 468-473. Vammala, Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Tulppala, Maija 2001. Keskenmeno. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), Naistentaudit ja synnytykset, 374-382. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Uitto, Sirke 2007. Äitien ja isien kokemuksia sikiöseulonnoista ja saadusta neuvonnasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Väestöliitto 2009. Päivitetty 2.4.2009. [Viitattu 26.10.2009] Saatavana www-muodossa:

<URL:http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/seksuaaliterveysklinikan_nettipa/nuoret/tietopankit/raskaus/abortti/>



Laura Annukka Laitinen & Anu Laura Maria Rautakangas
OPAS RASKAUDENKESKEYTYKSESTÄ

2011

Sisällys

1 JOHDANTO	76
2 POTILASOHJE JA –OHJAUS.....	77
2.1 Millainen on hyvä potilasohje?	77
2.2 Näin syntyy toimiva opas	78
2.4 Terveystenhoitaja tiedonjakajana	80
3 RASKAUDENKESKEYTYYS.....	81
3.1 Raskauden keskeyttämisen perusteet Suomessa	81
3.1.1 Lainsäädäntö	81
3.1.2 Potilaan oikeudet raskauden keskeytyksessä	82
3.2 Raskaudenkeskeytysmenetelmät	83
3.2.1 Kirurginen raskaudenkeskeytys	83
3.2.2 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys	85
3.3 Hoitopolku.....	85
3.4 Jälkihoito	86
3.5 Raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutukset.....	87
3.6 Henkinen ja sosiaalinen tuki	88
4 OPPAAN VALMISTUMINEN.....	90
5 POHDINTA.....	91
LÄHTEET.....	92

1 JOHDANTO

Vaasan kaupungin perhesuunnitteluneuvolassa havaittiin tarve opaslehtiselle, jonka voisi antaa raskaudenkeskeytystä harkitsevalle naiselle. He tilasivat Vaasan ammattikorkeakoululta aiheeseen liittyvän työn. Otimme haasteen vastaan, koska aihe on juuri sopiva terveydenhoitajaopiskelijoille. Työn konkreettisuus vaikutti myös aiheemme valintaan positiivisesti.

Oppaan suunnittelu lähti käyntiin keväällä 2009, jolloin saimme opinnäytetyömme aiheen. Päätimme toteuttaa työn kahdessa osassa. Ensimmäisessä vaiheessa keräsimme oppaaseen pohjamateriaalin kirjallisuuskatsauksen muodossa. Kirjallisuuskatsaus valmistui vuoden 2009 lopussa.

Ennen raskausviikkoa 20. tehtyä raskauden keinotekoista päättämistä sanotaan raskaudenkeskeytykseksi. Suomessa raskaudenkeskeyttäminen perustuu lakiin raskaudenkeskeyttämisestä (239/1970). Laki tuli voimaan vuonna 1970, mutta myöhemmin lakia on uudistettu, lähinnä keskeytyksen aikarajojen osalta. Nykylainsäädännön mukaan raskaus voidaan keskeyttää raskausviikkoon 12. saakka. Lisäksi raskaus on mahdollista keskeyttää erityisen syyn vuoksi raskausviikkoon 20. asti. Vuonna 1985 tuli voimaan sikiövaurioperusteisia keskeytyksiä koskeva 24. raskausviikon aikaraja. Tämän lakimuutoksen taustalla on se, että eräät vaikeat sikiön epämuodostumat voidaan todeta luotettavasti vasta 20. raskausviikon jälkeen. Myös lisätutkimukseen tarvitaan usein aikaa ja samalla vanhemmilla on tilaisuus harkita päätöstään pidempään. (Ala-Fossi & Aho 2004; Koponen, Laaksonen 2009, 18.)

Raskaudenkeskeytyspäätöksen tekee aina asiakas itse, joten hänen on myös annettava itse siihen lupaa. Raskausviikkoon 12. asti raskaus on mahdollista keskeyttää lääkärin lupapäätöksellä. Tämän jälkeen raskaudenkeskeyttämiseen anotaan lupaa Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselta. (Koponen ym. 2009, 18.)

2 POTILASOHJE JA –OHJAUS

Potilaat huomioonottava ja ymmärrettävä kirjallinen ohjaus on tullut tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Tarpeen kasvuun on useita syitä. Potilailta odotetaan entistä parempia itsehoitovalmiuksia ja he haluavat myös itse tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidosta. Hoitoajat ovat myös lyhentyneet muuttuneiden hoitokäytäntöjen myötä, niinpä aikaa suulliseen ja henkilökohtaiseen potilasohjaukseen on entistä vähemmän. Tällöin voidaan suullista ohjausta täydentää kirjallisella ohjeella. Tämä ei toki ole ainoa syy tehdä kirjallisia potilasohjeita, kirjalliset ohjeet ovat tarpeen suullisen ohjauksen tukena silloinkin, kun aikaa on riittävästi henkilökohtaiseen ohjaukseen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7.)

2.1 Millainen on hyvä potilasohje?

Kulttuuriset ja yhteiskunnalliset muutokset ovat lisänneet potilaiden valmiuksia ja halua omaan hoitoonsa. Potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten väliset suhteet ovat muuttumassa hierarkkisesta auktoriteettisuhteesta kumppanuussuhteeksi, jossa korostuvat potilaiden itsenäisyys ja itsemääräämisoikeus. Vähäinen tiedonsaanti on ollut yksi tyytymättömyyden ”kestosyistä” potilastyytyväisyystutkimuksissa. Potilasoikeuslaki (1993) korostaa paitsi potilaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, myös potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilas tarvitsee päätöksensä tueksi tietoa, jotta hän voisi todella itse päättää hoidostaan. Kirjallisten ohjeiden kirjoittaminen on haastava tehtävä. Potilaat huomioonottava ja kunnollinen kirjallinen ohjeisto ei synny käden käänteessä, muun hoitotyön ohessa, vaan työhön tarvitaan sekä koulutusta että aikaa. (Torkkola ym. 2002, 8-10.)

Potilasohjeet eivät ole vain tiedon siirtoa terveydenhuollon ammattilaisilta potilaille ja asiakkaille, vaikka kirjalliset potilasohjeet näyttävät helposti pelkiltä viestinviejiltä. Potilaan oma osallistuminen ohjaustilanteeseen vähenee, koska potilasohjeita pidetään vain ohjeiden jakamisen apuvälineenä. Hyvin valmistetulla kirjallisella ohjausmateriaalilla pystytään tiedonvälittämisen lisäksi vaikuttamaan myös potilaan kokemuksiin ja motivaatioon. Hyvässä oppaassa otetaan huomioon se, kenelle opas on tarkoitettu, miten siinä olevat asiat on esitetty ja miltä opas näyttää. Informaation ja neuvojen lisäksi potilasohjeet sisältävät muun muassa käsityksen potilaan paikasta terveydenhuollon järjestelmässä ja määrittävät yleensä käsityksiä terveydestä ja sairaudesta. Potilasohjeissa ei olekaan olennaista se, mitä sanotaan, vaan myös se, miten sanotaan. Potilasohjeiden sisältöjä on tähän mennessä eritelty hyvin vähän, vaikka potilaita opastavia ja neuvovia kirjallisia ohjeita tehdään ja käytetään yhä enemmän. (Hyvärinen, Riitta 2005, 1769; Salanterä, Sanna; Virtanen, Heli; Johansson, Kirsi; Elomaa, Leena; Salmela, Marjo; Ahonen, Pia; Lehtikunnas, Tuija; Moisander, Marja-Liisa; Pulkkinen, Marja-Leena & Leino-Kilpi, Helena 2005, 217-218; Torkkola ym. 2002, 11)

Potilasohje on hyvä vasta silloin, kun ohjeen lukija ymmärtää ohjeet. Koska ohjeiden ymmärrettävyys todella punnitaan vasta käytännössä, niin sitä voi testata ennen käyttöönottoa. Vaikka potilasohjeiden tiedot olisivat paikkansapitäviä ja ymmärrettäviä, se ei

automaattisesti tee ohjeesta toimivaa. Potilasohjetta arvioitaessa onkin pureuduttava pintaa syvemmälle ja pohdittava millaisia merkityksiä ohje kantaa mukanaan ja miten potilas ohjeessa asemoidaan. Asemaa ei ohjetekstissä rakenneta ainoastaan kielellisillä valinnoilla, vaan myös ohjeen asiajärjestys rakentaa merkityksiä ja asemoi potilasta suhteessa terveydenhuoltojärjestelmään. Ensisijainen tarkoitus potilasohjeilla on vastata potilaan kysymyksiin. Potilaan kannalta vähäpätöiset asiat voi jopa jättää kokonaan pois kuten esimerkiksi laitoksen toimintaan liittyvät asiat. (Torkkola ym. 2002, 14-16.)

Ohjeen tulkintaa ohjaavat lukijoiden yksilölliset tulkintakoodit, konteksti ja kulttuuri. Potilasohjeen odotetaan olevan selkeästi kirjoitettu, asiallinen ja sisältävän tarpeellisia neuvoja. Kontekstin rikkomista voi kuitenkin käyttää potilasohjeen tehokeinona. Kodin rauhassa luetaan ohjeita eri tavalla kun sairaalan hälinässä. Sairaalassa selviltä vaikuttavat hoito-ohjeet voivat kotona herättää kummastusta ja herättää kysymyksiä, joita sairaalassa ei edes tullut ajatelleeksi. Näin ollen olisikin ihanteellista, jos potilailla olisi mahdollisuus saada vastauksia jälkeenpäin syntyneisiin kysymyksiin. (Torkkola ym. 2002, 17-19.)

2.2 Näin syntyy toimiva opas

Potilasohjeen kirjoittamista helpottaa, jos työn lähtökohtana on valmis ohjepohja. Jokaisen ohjeentekijän ei silloin tarvitse erikseen miettiä, miten yhteystiedot ilmoitetaan vai merkitäänkö ohjeeseen kirjoittaja- ja päivitystiedot. Myös yhteiset sopimukset esimerkiksi potilaiden puhuttelusta ja lääketieteellisten termien ja lääkkeiden kauppanimien käytöstä helpottavat ohjeen kirjoittamista. Sitä itsenäisempi potilas voi olla, mitä enemmän hän tietää hoitoonsa liittyvistä asioista, kuten esimerkiksi lääkkeiden kauppanimen ja vaikuttavan aineen. (Torkkola ym. 2002, 34-35.)

Ohjeen kirjoittamisen lähtökohta on käytännön hoitotyön tarpeet ja ongelmat. Kirjoittamien alkaakin pohdinnalla, kenelle ohje ensisijaisesti kirjoitetaan ja kuka ohjeen lukee. Otsikon lisäksi ohjeen ensimmäisestä virkkeestä tulee ilmetä, mistä on kysymys, kuten esimerkiksi ohje voi alkaa toivottamalla potilas tervetulleeksi toimenpiteeseen. Passiivissa kirjoitettu teksti ei puhuttele suoraan, eikä herätä asiakasta huomaamaan, että tämä teksti on tarkoitettu juuri hänelle. Näin ollen onkin parempi teititellä tai sinutella. Toisaalta taas käskymuodot saavat lukijan tuntemaan itsensä mitään ymmärtämättömäksi typeryukseksi, mikä ei edistä hyvää ja luottamuksellista hoitosuhdetta. Suositelluille toimintaohjeille esitettävät kunnon perustelut antavat potilaalle mahdollisuuden toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan. Tällöin potilas ei joudu sokeasti seuraamaan saamia ohjeita vaan tietää myös itse, miksi niin kannattaa tehdä. (Torkkola ym. 2002, 36-38.)

Potilasohje kannattaa aloittaa tärkeimmällä asialla. Tällöin myös vain alun lukeneet saavat tietoonsa kaikkein olennaisimman, kuten toimenpideajan. Jos tekstin aloittaa yleisellä jutustelulla, voi tekstin tulkita jatkuvan loppuun saakka samankaltaisena. Tärkeimmällä asialla aloittaminen kertoo myös tekstin tekijän arvostavan lukijaa. Huomioionottava teksti on omiaan herättämään kiinnostusta. (Torkkola ym. 2002, 39.)

Luettavuuden kannalta ohjeen tärkeimmät osat ovat otsikko ja väliotsikot. Hyvä otsikko kertoo ohjeen aiheen, mutta parhaimmillaankin se on vain kelpo alku, joka herättää lukijan mielenkiinnon. Väliotsikot taas jakavat tekstin sopiviin lukupaloihin ja kertovat alakohdan olennaisimman asian. Väliotsikot auttavat lukijaa lukemaan tekstin loppuun asti. Ohjeen kolmanneksi tärkeimmät osat ovat kuvat. Hyvä kuvitus sekä herättää mielenkiintoa, että auttaa ymmärtämään. Tekstiä täydentävät, selittävät ja hyvin valitut kuvat ja piirroksot lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvia ei tulisi jättää tekstittämättä, sillä kuvatekstit ohjaavat niiden tulkintaa. Monissa ohjeissa kuvat ovat lähes välttämättömiä. Kuvituskuvien käyttö sen sijaan on ongelmallisempaa. Ohje on parempi jättää kokonaan kuvittamatta, kuin käyttää mitä tahansa kätehen sattuvia kauniilta näyttäviä tilanjakajia. Esimerkiksi taudista kertovaa ohjetta kuvittamassa oleva kukka voi yhden mielestä olla vain mukava piriste, kun taas toinen voi tulkita sen onnittelukukaksi ja ihmetellä mitä onnittelemista sairastamisessa oikein on. (Torkkola ym. 2002, 40-41.)

Ohjeen varsinainen teksti eli leipäteksti tulee vasta otsikoiden ja kuvien jälkeen. Ymmärrettävän ohjeen kirjoittamisen yksinkertainen neuvo on kirjoittaa havainnollisella yleiskielellä. Tekstin rakenne riippuu luonnollisesti ohjeen aiheesta. Asiat voidaan esittää aikajärjestyksessä, tällainen esitystapa sopii esimerkiksi toimenpiteiden valmistautumisohjeisiin. Tautienhoidosta kertovien ohjeiden rakentamisessa voi käyttää apuna uutisen kirjoittamisen kysymysrunkoa: mitä, miten, missä, milloin, millä seurauksella ja kuka. Ohjeen ymmärrettävyyttä lisää loogisen esitysjärjestyksen ohella selkeä kappalejako. (Torkkola ym. 2002, 42-43.)

Viimeisenä ohjeessa ovat yhteystiedot, tiedot ohjeen tekijöistä sekä liitteet lisätietoihin. Yhteystiedot ovat näistä tiedoista tärkeimpiä. Kaikissa ohjeissa, kuten tautien hoidosta yleisesti kertovissa ohjeissa, niitä ei tarvita. Kymmenenkään ohjetta ei pysty vastaamaan kaikkiin mahdollisiin kysymyksiin, siksi ohjeessa voisikin olla mukana vinkkejä lisätiedoista. Asiakkaan ohjaaminen uudelle tiedonlähteelle on hyväksi, vaikka asiakas sen seurauksena kyselisikin entistä enemmän. Tietolähteitä voivat olla esimerkiksi maallikoille kirjoitetut kirjat, hoito- ja lääketieteelliset artikkelit, aikakauslehtien artikkelit ja www-sivut. (Torkkola ym. 2002, 44-45.)

Ulkoasu on yksi kirjallisen ohjausmateriaalin arviointikriteereistä. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulisi olla painoasultaan siisti ja sisällön selkeästi esillä. Tekstityypin pitäisi olla selkeä ja yksinkertainen. Hyvä tekstikoko on vähintään 12 ja mielellään 14.

Otsikointi, kappaleenjako ja tehosteet voivat selkeyttää aineiston sisältöä ja helpottaa sen hahmottamista. Jotta teksti olisi helppo lukea, tulisi tekstin ja taustan kontrastin olla hyvä. Taustaväri olisi hyvä olla yksivärinen ja valkoinen ja tekstin musta, tummanvihreä tai –sininen. Oppaan kuvituksella voidaan vaikuttaa kiinnostavuuteen, mutta sen merkitys on usein vähäisempää kuin luettavuuden. (Salanterä ym. 2005, 219; Hyvärinen 2005, 1770-1771.)

2.4 Terveydenhoitaja tiedonjakajana

Terveydenhoitaja tekee työtään terveyden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Keskeinen tehtävä on tukea ja vahvistaa asiakkaan omien voimavarojen käyttöä ja elämässä selviytymistä. Terveydenhoitajan työkenttä on laaja ja lähellä ihmistä, esimerkiksi perhesuunnittelu-, äitiys- ja lastenneuvoloissa, kouluissa ja sairaanhoitajan vastaanotolla. Näkökulma terveydenhoitajan työssä on preventiivinen ja promotiivinen. Tällä tarkoitetaan terveyttä rakentavaa ja terveyden edellytyksiä luovaa ja tukevaa toimintaa. Työ on kokonaisvaltaista hoitoa, joka vaikuttaa yksilölliseen, yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen hyvinvointiin. (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry 2010.)

Käytännössä terveydenedistämistyötä voi toteuttaa erilaisista lähestymistavoista, joita ovat muun muassa kasvatuksellinen, preventiivinen, voimavarakeskeinen ja asiantuntijakeskeinen lähestymistapa. Sairauksien ehkäisy ja riskien välttäminen neuvonnan ja ohjauksen avulla painottuvat preventiivisessä lähestymistavassa. Kasvatuksellisessa lähestymistavassa taas painottuu asiakkaan oikeus saada tietoa, sekä vapaus ja vastuu tehdä itsenäisiä valintoja saadun tiedon perusteella. Terveydenhoitajien pyrkimys tukea asiakkaita tekemään tietoisia päätöksiä omaan terveyteensä liittyen ohjaa toimintaa. Asiantuntijakeskeisessä lähestymistavassa korostuu tiedottaminen, opetus, ohjeiden antaminen ja seuraaminen. Oleellista terveyden edistämisessä on, että ihminen tulee tietoiseksi voimavaroistaan, mahdollisuuksistaan ja vaihtoehtoisista toimintatavoista. (Haarala & Mellin 2008, 57-59.)

Työtä tulee tehdä terveyttä edistävällä tavalla. Terveyttä edistävässä työotteessa keskittään ennen kaikkea terveyteen, mahdollistetaan asiakkaan osallistuminen ja voimavarojen käyttö sekä otetaan huomioon terveyden moniulotteisuus ja terveyteen vaikuttavat yksilön ulkopuoliset tekijät. Sisältö ja menetelmät vaihtelevat kohteen mukaan. (Haarala ym. 2008, 57-59.)

3 RASKAUDENKESKEYTYS

Ennen raskausviikkoa 20. tehtyä raskauden keinotekoista päättämistä sanotaan raskaudenkeskeytykseksi. Raskaudenkeskeytys voidaan tehdä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) luvalla myös ennen 24. raskausviikkoa, jos sikiöllä on vaikea poikkeavuus. Suomen keskeytysmäärä on noin 10 000 raskautta vuodessa. Noin 90 prosenttia niistä on kestänyt vähemmän kuin 12 viikkoa. Suomen keskeytysluvut ovat kansainvälisessä vertailussa hedelmällisessä iässä olevien naisten määrään suhteutettuna pieniä. Saman vertailun mukaan teini-ikäiselle tehtyjä raskaudenkeskeytyksiä on vähän. 20-29-vuotiaille tehdään eniten keskeytyksiä. (Ala- Fossi & Aho 2004.)

3.1 Raskauden keskeyttämisen perusteet Suomessa

Valtion, kunnan tai kuntainliiton palveluksessa oleva virkalääkäri tai lääkäri, joka on hakenut luvan lausunnon antoa varten Valviralta, voi antaa luvan raskauden keskeytykseen. Raskaudenkeskeytystä voi hakea omasta terveyskeskuksesta, jossa lääkäri selvittää tarvittavat esitiedot ja täyttää vaadittavan lomakkeen. Samalla lääkäri kertoo eri keskeytysvaihtoehdoista. Jos tutkimukset tehdään perusterveydenhuollossa, tarvitaan keskeytykseen vain yksi sairaalakäynti. Jos tutkimus taas tehdään sairaalassa, varsinainen toimenpide suoritetaan toisella käynnillä. Toimenpidettä ennen potilaalle on tehtävä gynekologinen tutkimus, jolla varmistetaan raskauden kesto ja synnyttimelinten mahdolliset infektiot ja rakenneviat sekä täydennetään tarvittaessa keskeytyslausuntoa. Ennen toimenpidettä päätetään myös keskeytyspaikka ja tapa sekä sovitaan jälkitarkastuspaikka. (Ala- Fossi ym. 2004.)

Raskauden keskeyttäminen on harvalle naiselle selvä päätös alusta lähtien. Erityisesti hyvin nuoret tai masennuksesta kärsineet naiset tilanne altistaa psyykkisille häiriöille. Joskus myös taloudellinen tilanne, huonot asunto-olot tai kumppanin painostus saattavat johtaa aborttiin. Nämä keskeytyspotilaat tarvitsevat tukea muita enemmän. Puolueettoman ammattilaisen kanssa keskustelu, esimerkiksi terveydenhoitajan, sosiaalihoitajan tai psykologin, on usein tarpeen. (Ala- Fossi ym. 2004.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus (STAKES) tilastoi raskauden keskeytykset. 58 prosenttia keskeytyksistä tehtiin lääkkeellisesti. Tämä keskeytysmenetelmä onkin lisääntynyt nopeasti, sillä vuonna 2000 osuus oli vain 4 prosenttia. 89 prosenttia keskeytyksistä tehdään sosiaalisin perustein. mahdollisen tai todetun sikiövaurion vuoksi tehdään 2, 7 prosenttia kaikista keskeytyksistä. Keskeytyspotilaista lähes puolet on synnyttänyt aiemmin. Vähiten keskeytyksiä tehdään Keski- Pohjanmaalla ja eniten Helsingissä ja Länsi- Pohjan sairaanhoitopiirissä. (Heikinheimo, Hellbom, Martikainen, Mervaa- la, Rekonen, Ritamo, Suhonen & Venhola 2007, 1-11)

3.1.1 Lainsäädäntö

Raskaudenkeskeytyksen edellytykset on Suomessa säädetty laissa 239/70 ja asetuksessa 359/70. Tarkoituksena on ollut saada raskaudenkeskeytyksiin liittyvät palvelut kattavasti koko maahan kohtuullisin kustannuksin. Perhesuunnittelun kannalta, raskaudenkeskey-

tysten lisäksi keskeisiä kysymyksiä ovat ehkäisyneuvonnan antaminen ja ehkäisyvälineiden vaivattoman saannin turvaaminen. (Eskola, Hytönen 2002, 85.0)

Suomessa raskauden keskeyttämistä pidettiin rikoksena ennen vuotta 1950, jolloin säädettiin ensimmäinen laki raskauden keskeyttämisestä. Laittomia raskauden keskeytyksiä tehtiin paljon ja niiden aiheuttamat haitat naisten terveydelle olivat huomattavat. Laki raskauden keskeyttämisestä tuli voimaan vuonna 1970. Tämän jälkeen siihen on tehty kaksi merkittävää muutosta, toinen vuonna 1978, jolloin säädettiin 12. raskausviikon rajasta ja toinen vuonna 1985, jolloin sikiöindikaatiolla tapahtuvan keskeytyksen aikarajaa jatkettiin 24. raskausviikkoon. (Eskola ym. 2002, 86; Toivonen 2001, 164.)

Laki raskaudenkeskeyttämisestä on annettu 24.3.1970. Lain mukaan raskaus voidaan keskeyttää naisen pyynnöstä, kun raskauden jatkaminen tai lapsen synnytys naisen sairauden, ruumiinvian, heikkouden vuoksi vaarantaisi hänen henkensä tai terveytensä. Tässä tapauksessa puhutaan lääketieteellisestä perusteesta. Raskaus voidaan myös keskeyttää naisen pyynnöstä, kun naisen tai hänen perheensä elämäntilanne tai -olot huomioon ottaen lapsen synnyttäminen tai hoito olisi huomattava rasitus. Tällöin puhutaan sosiaalisista perusteista. Raiskauksen seurauksena alkanut raskaus voidaan myös keskeyttää naisen pyynnöstä. Tällöin puhutaan eettisistä perusteista. Edellä mainituissa kohdissa tarvitaan kahden lääkärin lupapäätös. Jos nainen raskaaksi tullessaan ei ole täyttänyt 17 vuotta tai jos hän on täyttänyt 40 vuotta tai jos hän on jo synnyttänyt 4 lasta, voidaan raskaus keskeyttää lain mukaan. Tällöin puhutaan ikä- ja lapsilukuperusteista, joiden perusteella raskauden keskeytykseen tarvitaan vain yhden keskeytyksen suorittavan lääkärin lupapäätös. Jos on syytä otaksua, että lapsi olisi vajaamielinen tai että lapselle olisi tai lapselle kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika (eugeeninen peruste), voidaan raskaus keskeyttää naisen pyynnöstä. Tällöin tarvitaan Valviran päätös. Jos kummankin tai jommankumman vanhemman sairaus, tai häiriytynyt sieluntoiminta tai muu niihin verrattava syy rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta, voidaan raskaus myös keskeyttää kahden lääkärin lupapäätöksellä. (Toivonen 2001, 164; L239/1970.)

Voimassa olevan lain mukaan keskeytys tulee suorittaa ennen 12. raskausviikon päättymistä. Tässä poikkeuksina ovat lääketieteelliset perusteet, joissa aikarajaa ei ole sekä sikiöindikaatiot, joissa aikaraja on 24. viikkoa. Lisäksi Valvira voi myöntää luvan alle 17-vuotiaille tai muille muun erityisen syyn (yleisin on sosiaaliset syyt) nojalla 20. raskausviikkoon saakka. (Toivonen 2001, 164-165; L239/1970.)

Jotta raskaus voidaan keskeyttää, on täytettävä lomake, joka sisältää lääkärinlausunnon, hakemuksen ja päätöksen (AB 1). Jos keskeytystä haetaan sosiaalisiin perusteisiin, voidaan tarvittaessa liittää mukaan erillinen selvitys naisen ja hänen perheensä elämänoloista ja muista olosuhteista (AB 2). Sikiöperusteisiin haettavan keskeytyslupien hakemuksen liitteenä on aina oltava tarkempi selvitys (AB 3). (Toivonen 2001, 164-165; L239/1970.)

3.1.2 Potilaan oikeudet raskauden keskeytyksessä

Martti Linqvistin (1991) mukaan raskaudenkeskeytystä harkitsevan naisen oikeudet voidaan jakaa juridisiin ja eettisiin oikeuksiin. Naisella on oikeus saada tietoa aborttiin liitty-

vistä lääketieteellisistä ja juridisista seikoista sekä oikeus saada tarvitsemansa hoito. Naisen on saatava tehdä oma päätöksensä lain määrittelemissä rajoissa. Eettisistä oikeuksista keskeisimpiä ovat oikeus saada inhimillistä tukea ja hyväksyntää, oikeus tulla kuulluksi ja oikeus välttyä hylkäämiseltä. Nainen on usein yksin tekemässä päätöstä raskauden keskeytyksestä tai jatkumisesta. Parisuhteessa päätös saattaa olla yhteinen, mutta tilanne on vaikea jos nainen ja mies ovat erimieltä ratkaisusta. (Eskola ym. 2002, 88.)

Koska aika raskauden toteutamisesta keskeytyksen lainmukaiseen suorittamiseen on lyhyt, jää naiselle vain vähän harkinta-aikaa. Kuitenkin on todettu, että mitä omakohtaisempi ja harkitumpi keskeytyspäätös on, sitä vähemmän esiintyy fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia toimenpiteen jälkeen. Naista ohjataan käymään mielessään systemaattisesti läpi, sekä raskauden jatkamista, että keskeyttämistä puoltavat seikat ja tunnustelemaan omia tunteitaan. Naiselle esitellään myös raskauden jatkamiseen liittyvät vaihtoehdot. Käytyään ongelmaansa läpi, sekä tiedon että tunteen tasolla, nainen on valmiimpi tekemään harkitun ratkaisun. (Eskola ym. 2002, 88.)

3.2 Raskaudenkeskeytysmenetelmät

Raskaudenkeskeytysmenetelmiä on kaksi, kirurginen ja lääkkeellinen. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys voidaan tehdä 1.- 12. raskausviikolla. Tämä on polikliininen toimenpide ja se voidaan toteuttaa osin myös kotona. Toimenpide ei vaadi anestesiaa. Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä on usein alavatsatuntemuksia ja kipulääkitys on tarpeellista. Jälkivuotoa esiintyy 10-14 vuorokautta, joskus jopa neljä viikkoa. Lääkkeellisistä raskaudenkeskeytyksistä noin 5 prosenttia joudutaan kaapimaan vuodon tai epätäydellisen keskeytymisen takia. Raskaudenkeskeytyksen jälkeen nainen saa 1-3 vuorokautta sairauslomaa. (Heikinheimo ym. 2007, 6.)

Kirurginen raskaudenkeskeytys voidaan tehdä enintään 12. raskausviikolla. Keskeytys tehdään päiväkirurgisena toimenpiteenä yleisanestesiassa. Toimenpide tehdään imukaavinnalla. Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen jälkivuoto on niukkaa. Potilaista noin kolme prosenttia joutuu uusintakaavintaan epätäydellisen keskeytymisen takia. Potilas saa sairauslomaa yleensä 1-3 vuorokautta. (Heikinheimo ym. 2007, 6.)

Molempien raskaudenkeskeytysmenetelmien kohdalla hormoniehkäisy voidaan aloittaa heti keskeytyksen yhteydessä. Kierukka voidaan asentaa kirurgisessa keskeytyksessä. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen kierukka asennetaan jälkitarkastuksessa tai ensimmäisten kuukautisten yhteydessä. Potilaalle tehdään jälkitarkastus ja varmistetaan ehkäisy 2-3 viikon kuluttua keskeytyksestä. (Heikinheimo ym. 2007, 6.)

3.2.1 Kirurginen raskaudenkeskeytys

Toimenpide tehdään imukaavintana joka suoritetaan nukutuksessa. Tällöin kohdunkaula laajennetaan Hegarin laajentimilla, minkä jälkeen kohtuontelo tyhjenetään, raskausmateriaali poistetaan imukyretillä, ja lopuksi kohdun tyhjeneminen tarkastetaan kyretillä. Kohtua supistavana ja vuotoa vähentävänä lääkkeenä raskaudenkeskeytyksen yhteydessä käytettävän metyyliergometriinimaleaatin tehosta ei ole tutkimusnäyttöä. Kohdun

kaulaa pehmenetään prostaglandiineilla, mikä helpottaa kirurgista keskeytystä. Pehmennuksen seurauksena kohdun suun repeämisen, kohdun seinämän puhkeamisen ja verenhukan riskit vähenevät. Pehmennushoidosta hyötyvät erityisesti naiset, joilla ei ole ollut aiempia alatiesynnytyksiä ja joilla raskauden kesto on yli 10 viikkoa, sekä kaikki alle 18-vuotiaat. Nykyään pehennushoitoon käytetään misoprostolia suun tai emättimen kautta tai kielen alle annosteltuna. Lääke annetaan 3-4 tuntia ennen toimenpidettä. Ensimmäisen raskauskolmanneksen aikainen misoprostolin käyttö on ilmeisesti yhteydessä eräisiin sikiövaurioihin kuten raajadefekteihin ja aivohermopareeseihin. Tämän vuoksi potilaan on tiedettävä, että misoprostolin oton jälkeen keskeytyspäätöstä ei voi perua. (Heikinheimo ym. 2007, 7; Toivonen 2001, 166.)

Imukaavinnassa useimmiten kohdunkaulan kanavaa laajennetaan yhden millimetrin väljemmäksi kuin käytettävä imukärki on. Tällöin toimenpide on turvallisempi. Imukärjen koko määritellään raskauden keston mukaan ja se on yhtä monen millimetrin paksuinen kuin raskauden kesto on viikoissa. Kärjellä suoritetaan kohtuontelon kaavinta kytkettynä sähköimuun. Imupulloon kertynyt saalis tarkistetaan toimenpiteen päätyttyä. (Toivonen 2001, 166.)

Kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen liittyvät komplikaatiot voidaan jakaa välittömiin ja myöhempisiin. Komplikaatioiden esiintyvyys lisääntyy raskauden edetessä. Merkittävä komplikaation riski on 0,3 prosentti raskausviikolla 7.-8., kun se taas viikolla 11.-12. on 0,8 prosenttia. Välittömiä komplikaatioita ovat esimerkiksi runsas verine vuoto, kohdun puhkaiseminen eli perforaatio tai kohdunkaulan vaurio. Tavallisin näistä on runsas vuoto, mutta verensiirtoihin joudutaan harvoin. Kohdun puhkeaman esiintyvyydeksi on ilmoitettu 0,2-1,7 sataa keskeytystä kohden. Perforaatio saattaa johtaa verenvuotoon tai vatsaontelon elinten vaurioitumiseen, jolloin joudutaan leikkaushoitoon. Näin vakavaan komplikaatioon johtavat puhkeamat ovat harvinaisia. Myös anestesiaan liittyvät komplikaatiot ovat harvinaisia. Kirurgiseen keskeytykseen liittyvät myöhemmät komplikaatiot ovat kohdun epätäydellinen tyhjeneminen eli residua ja infektiot. Mikäli raskausmateriaalia jää kohtuun, aiheuttaa se pitkittynyttä veristä vuotoa, alavatsakipua ja kuumetta. Tällöin toimenpide joudutaan uusimaan. Uusintakaavintaan joutuu 2-3 prosenttia potilaista. Kohdun tulehduksia tai antibioottihoidon vaatineita tulehdusepäilyjä esiintyy noin 4-9 prosentilla potilaista. (Heikinheimo ym. 2007, 9.)

Sekä kirurgisen- että lääkkeellisen keskeytyksen jälkeen on mahdollista, että kohdun sisäinen raskaus edelleen jatkuu. Näin käy alle 1 prosentissa tapauksista. Jos alkuraskauden keskeytys epäonnistuu ja se todetaan raskauden ollessa jo yli 12. viikkoa, tulee lupa uuteen keskeytykseen hakea Valviralta. (Heikinheimo ym. 2007, 9.)

Myöhäis seurauksina molempien raskaudenkeskeytysmenetelmien jälkeen tulee huomioida mahdolliset potilaan psyykkiset ongelmat. Psyykkisissä vaikutuksissa on erotettava oireet ja tunteet varsinaisesta psykiatrisesta sairaudesta. Merkittävät psyykkiset seuraukset ovat raskaudenkeskeytyksen jälkeen harvinaisia, eikä näissä todeta menetelmien välillä eroja. (Toivonen 2001, 168.)

3.2.2 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys

Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä käytetään antiprogestiinin (mifepristonin) ja prostaglandiinin (misoprostolin) yhdistelmää. Kuitenkin raskaus on mahdollista keskeyttää myös muilla lääkevalmisteilla. Antiprogestiini sitoutuu progesteronireseptoreihin estäen progesteronin normaalit vaikutukset kohtulihaksessa ja kohdun limakalvolla. Se myös herkistää raskaana olevan naisen kohtulihaksen prostaglandiinin aiheuttamille supistuksille ja pehmentää kohdun kaulaa. Kun prostaglandiinia annetaan 36- 48 tuntia antiprogestiinin jälkeen, saadaan aikaan tehokkain supistusvaikutus. Vuoto alkaa puolella keskeytyspotilaista jo antiprogestiinin annon jälkeen. Aiemmat keskeytykset ja synnytykset saattavat heikentää lääkkeellisen keskeytyksen onnistumista. Lääkkeellistä keskeytystä ei voida toteuttaa, jos epäillään kohdun ulkoista raskautta, potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on kommunikaatiovaikeuksia, potilaalla on vaikeaoireinen astma tai systeeminen kortisonihoito tai potilaalla on poikkeava verenvuototaipumus tai sepelvaltimotauti. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen etuna on kohtuun kohdistuvan toimenpiteen ja nukutuksen välttäminen. Tämän lisäksi se sitoo henkilökuntaa vähemmän ja on kustannuksiltaan halvempi. Toisaalta haittana voidaan pitää jonkin verran runsaampaa ja pitempää veristä vuotoa kuin kirurgisessa menetelmässä. (Eskola ym. 2002, 90; Heikinheimo ym. 2007, 5-8.)

Myöhäinen lääkkeellinen keskeytys raskausviikolla 12.-20. voidaan tehdä vain Valviran päätöksellä. Lääkitys aloitetaan kuten lääkkeellisessä varhaisessa keskeytyksessäkin (1.-12. raskausviikkoa), mutta sitä jatketaan kunnes raskaus keskeytyy. Osastohoito aika voi olla 1-3 vuorokautta. Lääkityksen lisäksi voidaan joutua tekemään kaavinta. (Heikinheimo ym. 2007, 5-8.)

Lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen liittyviä komplikaatioita voivat olla esimerkiksi kipu, runsas verenvuoto, infektiot, oksentelu ja ripuli. Lisäksi raskaudenkeskeytykseen liittyy myös kuolleisuutta. Potilaista yli 90 prosenttia kokee keskeytyksen kivuliaaksi kun raskausviikkoja on alle 9 ja yli puolet tarvitsee kipulääkityksen. Kivunhoitoon sopivia lääkkeitä ovat parasetamoli, tulehduskipulääkkeet ja opioidit. Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä runsas verenvuoto komplisoii alle yhtä prosenttia potilaista. Tällöin saatetaan joutua verensiirtoihin tai kaavintaan. Antibioottihoitoa vaativaa infektiota tai epäilyä siitä esiintyy 3-6 prosentilla tapauksista. (Heikinheimo ym. 2007, 9.)

3.3 Hoitopolku

Kun raskaus on todettu, aborttia harkitseva varaa ajan terveyskeskuksesta tai yksityislääkäriltä. Esimerkiksi laboratorionkokeella voidaan vielä varmistaa raskauden alkaminen. Käynnin yhteydessä selvitetään naisen yleistila samoin kuin gynekologinen tilanne. Joitain laboratoriotutkimuksia voidaan vielä ottaa, kuten pieni verenkuva, veriryhmämääritys ja klamydianäyte. Keskustelun aikana lääkäri täyttää niin kutsutun lausunnonantajalääkärin lähetelemakkeen (AB 1) toimenpidettä varten. Lääkärin ja hoitajan tehtävänä on selvittää potilaalle hoitoon liittyvät käytännön toimenpiteet ja keskustella hänen mieltään askarruttavista kysymyksistä, toiveista ja peloista. Potilaalle annetaan vielä kirjallinen ohje toimenpiteestä, jälkihoidosta ja ehkäisystä. (Eskola ym. 2002, 89.)

Potilaan käytyä yleislääkärin vastaanotolla, missä lääkäri on kirjoittanut potilaalle AB 1-lomakkeen, ohjataan hänet Naistentautien poliklinikalle. Ensin potilaan kanssa keskustellaan ja häntä informoidaan. Samalla voidaan suunnitella jatkoehkäisy. Potilaalle tehdään kliininen tutkimus, jolloin kohdunsisäinen raskaus todetaan ja kesto varmistetaan. Lisäksi suljetaan pois vasta-aiheet. AB 1-lomake tarkastetaan ja allekirjoitetaan. Mikäli kyseessä on alkuraskauden lääkkeellinen keskeytys, potilas saa suun kautta sairaalassa Mifepristonia 200 mg henkilökunnan läsnä ollessa, lisäksi hän saa kotiin mukaan kipulääkeresepin. Mifepristoni aloittaa raskauden keskeytymisen. 2-4 vuorokauden kuluttua potilas ottaa Misoprostolia 0,2 mg kaksi tablettia (7. raskausviikkoon asti) tai 2-4 tablettia emättimeen. Lääkeannos voidaan ottaa joko kotona tai sairaalassa, missä potilasta seurataan noin 4 tuntia, jona aikana raskauskudos useimmiten syntyy. Samalla voidaan aloittaa hormoniehkäisy. Potilas ohjataan jälkitarkastukseen 2-3 viikon kuluttua keskeytyksestä, jolloin voidaan asentaa myös kierukka. (Eskola ym. 2002, 90; Heikinheimo ym. 2007, 6-7.)

Mikäli raskaudenkeskeytys menetelmänä käytetään kohdun kaavintaa, tehdään se anestesiasa, jolloin potilaan tulee olla ravinnotta. Potilas saapuu Naistentautien poliklinikalle yleensä toimenpidepäivän aamuna ja hänen kanssaan keskustellaan ja häntä informoidaan kuten lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessäkin. Toimenpide on nopea, sen kesto on noin 5-10 minuuttia. Hormoniehkäisy voidaan aloittaa keskeytyksen yhteydessä ja usein kierukka voidaan asentaa samalla. Osastolla toipuminen on yksilöllistä, mutta yleensä sairaalassaoloaika toimenpiteen jälkeen on muutaman tunnin. Yleensä kotona kivunhoidoksi riittävät ilman reseptiä saatavat kipulääkkeet. Lääkärin mahdollisesti määräämät kipulääkkeet otetaan ohjeen mukaan. Sairauslomaa potilas saa 1-3 vuorokautta, jonka aikana tulee välttää raskaita töitä. Jälkitarkastus sovitaan erikseen noin 2-3 viikon päähän toimenpiteestä ja samalla varmistetaan ehkäisy. (Eskola ym. 2002, 89.)

Käyntien määrä ja keskeyttämistapa määräävät raskaudenkeskeytyksen potilaalle aiheuttamat kustannukset. Rahan puute ei ole este hoidon saamiselle. Tarvittaessa sairaalan sosiaalityöntekijä voi auttaa raha-asioiden selvittämisessä, mikäli potilas on huolissaan raskaudenkeskeytyksen maksamisesta. (Väestöliitto 2009.)

3.4 Jälkihoito

Raskauden keskeytyksen jälkeen potilaalle tulee antaa suulliset ja kirjalliset ohjeet ottaa yhteyttä keskeytyssairaalaan, jos ongelmia ilmenee. Mikäli raskauden keskeytys on sujunut komplikaatioitta, ensimmäinen kuukautisvuoto tulee yleensä 4-7 viikon kuluessa. Ehkäisyn aloituksesta on syytä huolehtia heti keskeytyksen jälkeen. Yhdistelmäehkäisy esimerkiksi ehkäisytabletit, tai progestiiniehkäisy esimerkiksi minipillerit voidaan aloittaa heti keskeytyksen jälkeen. Kierukka voidaan asentaa ensimmäisten kuukautisten yhteydessä. Kirurgisen menetelmän yhteydessä voidaan kierukka asentaa samassa anestesiassa, jos kohdun riittämätön supistuminen tai runsas vuoto eivät ole esteenä. Mikäli raskaus keskeytetään toisen kolmanneksen aikana, potilaat hyötyvät maidoneritystä ehkäisevästä lääkityksestä. Mikäli keskeytetty raskaus on ollut toivottu, vanhemmat saattavat haluta sikiön tuhkaamista tai hautaamista. Alle 22. viikkoisen sikiön hautaamista tai tuh-

kaamista varten tarvitaan vapaamuotoinen lääkärin kirjoittama todistus, ettei toimenpiteelle ole estettä. Surutyöhön vanhemmat voivat tarvittaessa saada tukea keskeytysai-
raalan moniammatilliselta työryhmältä. (Heikinheimo ym. 2007, 9-10.)

Jälkitarkastuksessa arvioidaan raskauden keskeytyminen, ehkäisyn aloitus ja sosiaalisen tai psyykkisen tuen tarve. On suositeltavaa, että alkuraskauden keskeytyksen jälkeen, jälkitarkastus tehdään ennen 12. raskausviikkoa. Tällöin raskaus voidaan keskeyttää ilman Valviran lupaa, mikäli ensimmäinen keskeytys on epäonnistunut. Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen ja toisen raskauskolmanneksen aikana tehdyn keskeytyksen jälkitarkastus suositellaan tehtäväksi 2-4 viikon kuluttua. Jälkitarkastus voidaan tehdä avoterveydenhuollossa ja sen voi tehdä terveydenhoitaja, mikäli keskeytys on ollut ongelmaton. Rutiininomaista kliinistä tutkimusta ei tarvita. Varmin tapa tarkistaa kohdun riittävä tyhjeneminen lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen on seerumin hCG-pitoisuuden määrittäminen. Onnistuneen keskeytyksen jälkeen seerumin hCG-pitoisuus pienee kahdessa viikossa alle arvon 500 IU/l, kun taas raskauden jatkuessa hCG-pitoisuus on yli 10 000 IU/l. Molemmilla menetelmillä tehdyn keskeytyksen jälkitarkastuksessa voidaan käyttää seerumin hCG-pitoisuuden määrittäystä. On tärkeää, että naiselle kerrotaan jälkitarkastuksen tärkeydestä ja ohjeistus annetaan myös kirjallisena. Suurin osa naisista käy jälkitarkastuksissa. Osa jättää tulematta jälkitarkastukseen, esimerkiksi koska heillä ei ole ollut tietoa sen tarpeellisuudesta tai heillä ei ole ollut mitään oireita. (Sihvo, Kosunen 1998, 55; Heikinheimo ym. 2007, 10.)

3.5 Raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutukset

Raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutuksia kirurgisen keskeytyksen jälkeen on tutkittu. Sen sijaan lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutuksista ei ole julkaistuja tutkimuksia. Kun raskaudenkeskeytys on sujunut ilman komplikaatioita, se ei heikennä tulevaa hedelmällisyyttä eikä lisää spontaanin keskenmenon tai kohdunulkaisen raskauden riskiä. Joidenkin tutkimusten mukaan raskaudenkeskeytys on lisännyt etisen istukan ja ennenaikaisen synnytyksen riskiä, joissain aineistoissa taas ennenaikaisen synnytyksen riski on lisääntynyt, jos keskeytyksiä on ollut useita. Seurantatutkimuksissa ei ole havaittu lisääntyneitä somaattisten sairauksien riskiä, eikä raskaudenkeskeytys ole myöskään rintasyövän riskitekijä. (Heikinheimo ym. 2007, 10.)

Raskaudenkeskeytyksen jälkeistä psyykkistä toipumista auttaa, jos ei-toivotusta raskaudesta ja keskeytysaikeista on voinut keskustella jo ennen toimenpidettä. Usein raskaudenkeskeytys ja ei-toivottu raskaus ovat osa ongelmallista elämäntilannetta. Englantilaisen tutkimuksen mukaan depression esiintyvyydeksi raskaudenkeskeytyksen jälkeen arvioidaan 13-41 prosenttia ja psykooseja ilmenee 0,3 tuhatta keskeytystä kohden. Naisten itsemurhariski on suomalaisen rekisteritutkimuksen mukaan raskaudenkeskeytyksen jälkeen jopa kolminkertainen. Naisilla joille keskeytyspäätös on ollut alusta lähtien selvä, esiintyy vähemmän kielteisiä psyykkisiä seurauksia, muilla psykiatrinen sairastuvuus keskeytyksen jälkeen on lisääntynyt. (Heikinheimo ym. 2007, 10.)

3.6 Henkinen ja sosiaalinen tuki

Abortin läpikäyneen naisen hoitokokemukseen ovat yhteydessä fysiologiset oireet, sosiaalinen ympäristö, raskaudenkeskeytyksestä päättäminen ja koettu hoitotyö. Naiset myös pohtivat raskaudenkeskeytyksen merkitystä tulevaisuuteen esimerkiksi sen vaikutusta mahdolliseen lapsettomuuteen. Sosiaalisella ympäristöllä tarkoitetaan sosiaalista elämäntilannetta, sosiaalisia paineita, sosiaalisen tuen tarvetta sekä raskaudenkeskeytyksen syyn ja oikeutuksen pohdintaa. (Ihme ym. 2008, 185.)

Raskaudenkeskeytysmenetelmän valikoiminen on hyvin yksilöllistä. Nainen tekee usein päätöksen yksin. Monet eri tekijät vaikuttavat päätöksentekoon, kuten eettiset ja moraaliset kysymykset sekä naisen henkilökohtaiset voimavarat. Päätöstä voi leimata epävarmuus päätöksen oikeellisuudesta sekä päätöksentekoon tarvittava aika voi tuntua lyhyeltä. (Ihme ym. 2008, 185-186.)

Hoitotyön näkökulmasta raskaudenkeskeytyksissä on erityispiirteitä, jotka vaikuttavat hoitohenkilökunnan työhön. Raskaudenkeskeytykseen hakeutuneet ovat eri ikäisiä nuoria tyttöjä, aikuisuuden kynnyksellä olevia naisia sekä varttuneempia naisia. Hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti asiakkaan elämäntilanne. Yksilöllisesti kerätyn tiedon ja havaintojen pohjalta määritetään hoidon tarve ja tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa. Raskauden keskeytystä harkitsevalle naiselle kerrotaan myös raskauden keskeytyksen hoitovaihtoehtoista sekä annetaan asiallista tietoa päätöksenteon tueksi. (Ihme ym. 2008, 186.)

Asiallinen kohtaaminen, hienotunteisuus ja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen korostuvat raskaudenkeskeytyksissä. Raskaudenkeskeytys on usein hyvin henkilökohtainen ja vaiettu asia. Raskaudenkeskeytystä harkitseva nainen voi kokea olevansa epäonnistunut, olla häpeissään ja peloissaan. Hoitotyön lähtökohtana ovat naisen tilanteen ymmärtäminen ja asiakaslähtöisen psyykkisen tuen tarjoaminen. On otettava huomioon myös erityistukea tarvitsevat naiset. (Ihme ym. 2008, 187.)

Eettinen ja moraalinen pohdinta ovat vahvasti esillä raskauden keskeytystä koskevissa keskusteluissa. Henkilökunta viestittää omia asenteitaan käytöksellään. Tämän tiedostaminen on tärkeää, jotta hoitaja voi tukea raskaudenkeskeytysasiakasta. Tämän vuoksi hoitajan on työstettävä omat mahdolliset tunteensa ja ajatuksensa, joita raskauden keskeytys hänessä herättää. Myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista tuodaan esille potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun hoitotyön asiakkaana. (Ihme ym. 2008, 187; L785/1992.)

Raskaudenkeskeytysasiakkaat tarvitsevat erityisesti biologis-fysiologista tietoa Keräsen (2006) mukaan. Kokonaisvaltainen asiakkaan huomioiminen kiireettömässä ja hyväksyvässä ilmapiirissä auttavat asiakasta. Hoitotyön periaatteet ohjaavat hoidon toteutusta. Hoidossa korostuvat läsnäolo, tukeminen ja ohjaus. Kotiutusvaiheessa ohjauksessa huomioidaan naisen tiedontarve liittyen raskaudenkeskeytyksen jälkihoitoon: naista neuvotaan tarkkailemaan vuodon laatua ja määrää, kipua sekä infektion merkkejä. Hoitotyötä tulee arvioida jatkuvasti hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Raskaudenkeskeytysasiakas arvioi myös saamaansa hoitoa omasta kokemuksellisesta näkökulmastaan.

Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitotyötä kehitettäessä asiakaspalaute on tärkeää. (Ihme ym. 2008, 187.)

4 OPPAAN VALMISTUMINEN

Ennen oppaantekoprosessia kävimme kartoittamassa perhesuunnitteluneuvolan henkilökunnan mielteitä siitä, millainen opas palvelisi heidän tarpeitaan parhaiten. Oppaan tekemiseen henkilökunta antoi ”vapaat kädet”, tärkeää oli vain muistaa, että kohderyhmä on melko laaja. Ulkoasulta he toivoivat yksinkertaisuutta, koska resurssit ovat vähäiset. Opasta tulisi pystyä kopioimaan heidän yksikössään. Vaasan perhesuunnitteluneuvolassa ei ole ollut juuri raskaudenkeskeytystä koskevaa opaslehtistä.

Otimme huomioon opasta suunnitellessamme kohderyhmän. Kiinnitimme erityisesti huomiota kohderyhmän laajaan ikähaarukkaan. Pyrimme pitämään tekstin helposti ymmärrettävänä ja neutraalina. Valitsimme fontin ja tekstikoon hyvän oppaan kriteerien mukaan, eli käytimme selkeää fonttia (Calibri) ja tekstikooksi valitsimme koon 10. Suunnittelimme oppaan siten, että tausta on valkoinen ja teksti on musta, jolloin kontrasti on hyvä. Käytimme väliotsikoita ja kappalejakoja, jotta oppaasta tulisi luettavuudeltaan selkeä. Käytimme oppaassa yleiskieltä, koska kohderyhmänä on perhesuunnitteluneuvolan asiakkaat. Kuvia käytimme harkitusti oppaassa, koska niiden merkitys on vähäisempää kuin luettavuuden. Opas etenee mielestämme loogisessa järjestyksessä, jotta lukijan mielenkiinto säilyy.

Oppaan arviointi suunniteltiin tapahtuvan perhesuunnitteluneuvolan henkilökunnan taholta. Tiukan aikataulun vuoksi henkilökunnan arviointi jää tästä raportista puuttumaan.

5 POHDINTA

Saimme opinnäytetyömme aiheen Vaasan perhesuunnitteluneuvolasta. Opinnäytteemme alussa lähdimme kartoittamaan oppaan tarvetta käymällä juttelemassa perhesuunnitteluneuvolan henkilökunnan kanssa. Tuli ilmi, että neuvolassa ei ole käytössä mitään raskaudenkeskeytykseen liittyvää opasta. Henkilökunnan asettamat vaatimukset oppaalle olivat melko vähäisiä, joten pystyimme ottamaan ne hyvin huomioon opasta tehdesämme.

Teorian oppaaseen saimme varsinaisesta laajemmasta opinnäytteestämme, jonka olimme koonneet ajatellen tätä työtä. Oppaan aihe pohjautuu melko vaikeaselkoiseen lakitekstiin, mutta saimme mielestämme oppaasta kuitenkin selkokielisen ja koko laajaa kohderyhmää palvelevan.

Opinnäytetyöprosessi eteni hyvin. Keskityimme siihen, että saimme rajattua oppaaseen kaikista oleellisimman tiedon jo valmiina olevasta aineistosta. Työskentelimme kausiluontoisesti ja olimme laatineet itsellemme melko väljän aikataulun, mutta loppua kohden jouduimme kiristämään työskentelytahtia. Opasta tehdesämme pyrimme mahdollisimman hyvin ottamaan huomioon perhesuunnitteluneuvolan toiveet. Prosessin aikana olisi kenties pitänyt olla enemmän yhteydessä työelämän ohjaajiin. Aikaa oppaan laatimiseen jäi vähän. Mietimme, että onko perhesuunnitteluneuvolan henkilökunta yhtä tyytyväinen oppaaseen kuin me olemme ja vastaako lopputulos heidän tarpeitaan parhaalla mahdollisella tavalla. Ajan myötä näemme toimiiko opas käytännössä niin hyvin kuin toivomme ja hyötyvätkö perhesuunnitteluneuvolan asiakkaat siitä.

Opinnäytteen teko oli erittäin opettavainen ja mielenkiintoinen prosessi. Terveystenhoitaja ohjaa työssään asiakkaita päivittäin. Vaikka suullista ja henkilökohtaista ohjausta ei voi koskaan korvata kirjallisella materiaalilla, on toimiva opas hyvä työväline terveydenhoitajan työssä. Opinnäytetyöaiheemme lisäsi tietoaamme juuri tästä osa-alueesta, jota voimme tulevaisuudessa hyödyntää työssämme terveydenhoitajina.

LÄHTEET

Ala-Fossi, Sirkka-Liisa; Aho, Tellervo 2004. Raskaudenkeskeytys. Käyvänhoidon potilas-versio. Päivitetty 2.11.2004. [Viitattu 22.10.2009] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00025>

Eskola, Kaarina; Hytönen, Eeva 2002. Naisen elämä ja hoitotyö. 1.-3. p. Porvoo. WSOY.

Haarala, Päivi; Mellin, Oili-Katriina 2008. Terveystenhoitaja terveydenedistäjänä. Teoksessa Haarala, Päivi; Honkanen, Hilka; Mellin, Oili-Katriina; Tervaskanto-Mäentausta, Tiina. Terveystenhoitajan osaaminen, 41-78. Edita Prima. Helsinki.

Heikinheimo, Oskari; Hellbom, Eira; Martikainen, Hannu; Mervaala; Eero; Rekonen, Sirpa; Ritamo, Maija; Suhonen, Satu; Venhola, Mia 2007. Raskaudenkeskeytys. Käypä hoito. Päivitetty 4.9.2007. [Viitattu 22.10.2009] Saatavilla www-muodossa: URL:http://www.kaypahoito.fixmedia/extra/hoi/hoi27050.pdf

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim 121, 1769-1773.

Ihme, Anu; Rainto, Satu 2008. Naisen terveys. Helsinki. Edita

Koponen, Katriina; Laaksonen, Kaisa. 2009. Sikiötutkimukset ja raskaudenkeskeytys. Toimijuuden rakentuminen äitien kertomuksissa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Erityispedagogiikka. Pro-gradu-tutkielma.

L239/1970. Laki raskauden keskeyttämisestä. 24.3.1970.

Salanterä, Sanna; Virtanen, Heli; Johansson, Kirsi; Elomaa, Leena; Salmela, Marjo; Ahonen, Pia; Lehtikunnas, Tuija; Moisander, Marja-Liisa; Pulkkinen, Marja-Leena & Leino-Kilpi, Helena 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 4, 217-228.

Sihvo, Sinikka; Kosunen, Elise 1998. Naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksistä. Teoksessa Koponen, Päivikki; Sihvo, Sinikka (toim.), Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen, palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet, 49-63. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy.

Suomen Terveystenhoitajaliitto 2010. [Viitattu 13.9.2010] Saatavana www-muodossa: <URL:http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/sthl/terveydenhoitaja>

Toivonen, Juhani 2001. Raskaudenkeskeytys. Teoksessa Ylikorkala, Olavi; Kauppila, Antti (toim.). Naistentaudit ja synnytykset, 164-185. Vammala, Vammalan kirjapaino Oy (Duodecim).

Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena; Tiainen, Sirkka. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas Potilasohjeiden tekijöille. Tampere. Tammer-paino Oy.

Väestöliitto 2009. Päivitetty 2.4.2009. [Viitattu 26.10.2009] Saatavana www-muodossa:
<URL:http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/seksuaaliterveysklinikan_nettipa/nuoret/tietopankit/raskaus/abortti/>

Tietoa
raskaudenkeskeytyksestä



Tekijät:

Anu Rautakangas, Laura Laitinen

Raskaudenkeskeytys

Ennen raskausviikkoa 20. tehtyä raskauden keinotekoista päättämistä sanotaan raskaudenkeskeytykseksi.

Keskeytysmenetelmät

Raskaus keskeytyy lääkkeillä noin 98 prosentissa keskeytyksistä. Menetelmää käytettäessä sinulle annetaan kahta eri lääkeainetta 1-3 päivän välein

Raskaudenkeskeytystä varten tarvitaan lääkäriltä lähete, joka lähetetään naistentautien poliklinikalle, mistä postitetaan käyntikutsu kotiin. Poliklinikalla tehdään gynekologinen tutkimus ja raskauden kesto varmistetaan ultraääni tutkimuksella. Tarvittaessa otetaan myös verikoe veriryhmän määrittämiseksi. Lääkärin tutkimuksen jälkeen annetaan suun kautta lääketabletti, joka alkaa vaikuttaa raskauden keskeytymiseen, minkä jälkeen voi lähteä kotiin.

Verenvuoto voi alkaa kotona, missä raskaus voi jo keskeytyäkin, ei kuitenkaan aina. Verenvuoto on runsasta raskausmateriaalin poistuessa kohdusta.

Kahden päivän kuluttua lääketabletin ottamisesta on käynti naistentautien osastolla A5. Osastolla annetaan tabletteja joko suun kautta tai emättimeen. Niiden vaikutuksesta raskausmateriaali poistuu kohdusta. Asiakkaan vointia seurataan osastolla 5-6 tuntia. Oksentelua, pahoinvointia ja ripulia voi esiintyä.

Sinun on mahdollista saada keskeytyksen aikana kipulääkitystä. Joskus kohtu ei tyhjene kunnolla, jolloin joudutaan kohdun kaavintaan.

Kaavinta. Kohdun kaavinta tehdään nukutuksessa, toimenpiteen jälkeen sinua seurataan muutama tunti sairaalassa. Toimenpide tehdään päiväkirurgisesti. Kaavinnan jälkeen niukkaa vuotoa voi esiintyä n. viikon ajan, jolloin on hyvä välttää uintia, ammekylpyä, yhdyntää ja tamponin käyttöä. Seuraavat kuukautiset tulevat yleensä n. 4-6 viikon kuluessa. Muutamat seuraavat kuukautiset voivat olla erilaiset vuodon määrän tai kipujen suhteen.

Toimenpiteen jälkeen

Komplikaatiot. Jos esiintyy tulehdusoireita (kuumetta, kovaa vatsakipua, pahanhajuista vuotoa) tai runsasta vuotoa ja hyttymiä, tulee ottaa yhteyttä omaan terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon.

Jälkihoito. Raskaudenkeskeytyksen jälkeen vuoto kestää noin 2 viikkoa, joskus pidempäänkin. 5 viikon kuluttua keskeytyksestä laboratoriotutkimuksella varmistetaan raskauden keskeytyminen. Tulosta voi kysyä naistentautien poliklinikalta.

Kaavinnan jälkeen jälkitarkastus sovitaan erikseen, jolloin se voi olla naistentautien poliklinikalla, omassa terveyskeskuksessa tai lähettävän lääkärin luona. Sairausloma 1-3 päivää.

Raskaudenehkäisy voidaan aloittaa heti keskeytystä seuraavana päivänä. Kierukka voidaan asentaa kaavinnan yhteydessä, jälkitarkastuksessa tai keskeytystä seuraavien kuukautisten aikana. Keskeytyksen jälkeen on mahdollista saada maksutta 5 vuoden kuparikierukka tai 3 kk hormonaalinen ehkäisy.

Keskeytys ei vaikuta tulevaan hedelmällisyyteen, jos se on sujunut ilman jälkisairauksia.

Kustannukset

Poliklinikka maksu 27.40 € (VKS 7.9.2010)

Hoitopäivä 32,50 €/vrk (VKS 7.9.2010)

Yhteystietoja

Naistentautien pkl arkisin klo 14-15 puh. 06-3232012

Naistentautien osasto A5 muuna aikana puh. 06-3232092

Päiväkirurginen yksikkö A2 arkisin klo 07-17 puh. 06-3231552