
NAISTEN KOKEMUS JA SELVIYTYSMISKEINOT LÄÄKKEELLISESTÄ RASKAUDENKESKEYTYKSESTÄ



HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, 11.5.2011

Sarita Seilonen



Hoitotyö
Terveystenhoitotyö
Hämeenlinna, Lahdensivu

Työn nimi Naisten kokemus ja selviytymiskeinot lääkkeellisestä
raskaudenkeskeytyksestä

Tekijä Sarita Seilonen

Ohjaava opettaja Päivi Sanerma

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä

Hämeenlinna, Lahdensivu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä	Sarita Seilonen	Vuosi 2011
Työn nimi	Naisten kokemus ja selviytymiskeinot lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä	

TIIVISTELMÄ

Raskaudenkeskeytyksen saaminen ja tekeminen lääkkeellisesti on nykyään helppoa. Asenneilmapiiri on aikaisempaa hyväksyvämpi, mutta siitä ei puhuta avoimesti. Suhtautuminen raskaudenkeskeytykseen ja siitä selviytyminen on hyvin yksilöllistä.

Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa naisten kokemuksista lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä, ja kartoittaa kokemuksen työstämiseen käytettyjä selviytymiskeinoja. Aineistokeruumenetelmänä käytettiin teemakirjoittamista. Osallistujat vastasivat internet-ilmoitusten kautta lähettämällä kirjoituksensa sähköpostitse. Analyysissä käytettiin sekä aineistolähtöistä keskeytyskokemusten analysoitaessa että teorialähtöistä sisällönanalyysiä kartoittaessa selviytymiskeinoja Ayalonin (1995) Basic Ph -mallin mukaan.

Naisten kokemus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä oli samankaltainen kuin aiemmissa tutkimuksissa. Raskaaksi tuleminen oli yllätys ja päätöksenteko vaikeaa. Kipu koettiin lievänä. Mies vaikutti naisen päätöksentekoon ja kokemuksen muodostumiseen merkittävästi. Selviytymiskeinoista eniten käytettiin sosiaalista vuorovaikutusta ja tunteiden ilmaisua. Keskustelu läheisten, ammattilaisten ja vertaisten kanssa koettiin tärkeimmäksi selviytymiskeinoksi.

Raskaudenkeskeytyksen kehittämiseksi tulee lisätä keskustelutuen tarjoamista ja tiedonsaantia vaihtoehtoista keskeytykselle. Myös naisen kumppani tulisi saada keskeytysprosessiin mukaan. Vertaistuki edistää keskeytyksestä selviämistä, siksi esimerkiksi neuvoloihin tulisi tarvittaessa järjestää vertaistukiryhmiä.

Avainsanat Raskaudenkeskeytys, kokemukset, selviytyminen, Basic Ph.

Sivut 51 s, + liitteet 24 s

Hämeenlinna, Lahdensivu
Degree Programme of Nursing
Public Health Nursing

Author	Sarita Seilonen	Year 2011
Subject of Bachelor's thesis	Women's Experiences and Coping Strategies with the Medical Abortion.	

ABSTRACT

A medical abortion is applied and made easier today. The attitudinal atmosphere has become more approving, but it is still not discussed frankly. Attitudes towards and getting over the abortion are very individual.

The purpose of this qualitative thesis was to yield information from women's experiences of the medical abortion. The other research scheme was to find out about coping strategies used in surviving the experiences. The source material was collected by theme writing. The women answered to an announcement on the internet and sent their writings to the author by email. In the analysis both inductive and deductive reasonings were used. The coping strategies were analyzed according to Basic Ph of Ofra Ayalon (1995).

The women's experiences of the medical abortion were corresponded with the previous researches. A pregnancy was a surprise and making a decision was quite difficult. Pain of the medical abortion was considered mild. The partner influenced outstandingly to a woman's decision-making and the emergence of the experience. The coping strategies most used were social interaction and the expressions of the emotions. Talking with a next of kin, health care professionals and peers were experienced as the most important coping strategies.

The conclusions of the thesis is to offer more information and discussion support for the women. Also the partner has to come in on the abortion process. A peer group promotes surviving the abortions. Therefore the peer groups will be arranged when needed to for example maternity clinics.

Keywords Abortion, experiences, coping strategies, Basic Ph.

Pages 51 p + appendices 24 p

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	RASKAUDENKESKEYTYS	3
2.1	Raskaudenkeskeytyksen historiaa Suomessa	3
2.1.1	Ehkäisykeinot	4
2.1.2	Keskeytyskeinot	4
2.1.3	Laittomat raskaudenkeskeytykset.....	4
2.2	Lakia ja lukuja	5
2.3	Raskaudenkeskeytysmenetelmät	6
2.3.1	Kirurginen raskaudenkeskeytys.....	7
2.3.2	Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys	7
2.4	Raskaudenkeskeytyksen jälkeinen ehkäisyneuvonta	8
3	SUOMALAISIA TUTKIMUKSIA RASKAUDENKESKEYTYKSESTÄ.....	9
3.1	Raskauden keskeytykseen vaikuttavat seikat	9
3.2	Raskaudenkeskeytys toimenpiteenä	10
3.3	Raskaudenkeskeytyksen vaikutukset	11
4	SELVIITYMISEN TUKEMINEN	12
4.1	Selviytymiskeinot.....	13
4.2	Basic Ph –malli.....	13
4.2.1	Tutkimusesimerkkejä selviytymiskeinoista.....	15
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
6.1	Tutkimusaineiston hankinta	17
6.2	Analyysimenetelmä.....	18
7	TULOKSET	21
7.1	Kokemus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä	21
7.1.1	Raskaudenkeskeytysprosessi	21
7.1.2	Läheisten tuki raskaudenkeskeytyksessä.....	22
7.1.3	Hoitohenkilökunnan asenne ja käyttäytyminen.....	23
7.1.4	Keskeytyksen jälkeen	24
7.1.5	Yhteistä ja erilaista	24
7.2	Selviytymiskeinot Basic Ph –mallin mukaan.....	25
7.2.1	Yhteenvedo selviytymiskeinoista.....	28

8	POHDINTA.....	29
8.1	Raskauden keskeyttämisen eettiset ongelmat	29
8.2	Naisten kokemus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä tulosten mukaan ..	30
8.2.1	Miehen merkitys raskauden keskeyttämisessä	31
8.2.2	Raskauden keskeyttäminen	32
8.2.3	”Keskeytys ei koskaan unohdu”	33
8.3	Naisten selviytymiskeinot raskaudenkeskeytyksestä tulosten mukaan.....	34
8.3.1	Puhumisen tarve	34
8.3.2	Keskeytyksen herättämät tunteet	35
8.3.3	Internetistä tietoa elämän jatkamiseen.....	36
8.3.4	Fyysinen oireilu keskeytyksen jälkeen	36
8.3.5	Muut ulottuvuudet	36
9	KEHITTÄMISEHDOTUKSIA	37
9.1	Keskustelutuen tarjoaminen	37
9.2	Muiden vaihtoehtojen pohtiminen	37
9.3	Parisuhteen ja miehen huomiointi keskeytysprosessissa	38
9.4	Vertaistuen hyödyllisyys	39
9.5	Neuvolan roolin korostaminen	40
10	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS.....	40
10.1	Anonymiteetti ja luottamuksellisuus.....	41
10.2	Tiedonhankintamenetelmät	42
10.3	Lähdekirjallisuuden käyttö.....	42
	LÄHTEET	44

Liite 1	Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt raskaudenkeskeytyksestä
Liite 2	Ilmoitus keskustelupalstoille ja Ituprojektin vertaisryhmään
Liite 3	Esimerkki keskeytyskokemusten analysoinnista
Liite 4	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämissuunnitelma

1 JOHDANTO

Abortti eli raskaudenkeskeytys on suomalaisessa yhteiskunnassa edelleen tabu, vaikka suhtautumisen siihen on muuttunut aiempaa hyväksyvämmäksi lääkkeellisen menetelmän yleistymisen myötä (mm. Tiainen & Tuukkala 2009, 26, 32; Rainto 2004, 30, 32; Kiviluoto 1999; Poikajärvi 1998, 71, 88). Harva puhuu yhtä avoimesti tekemästään abortista kuin keskenmenosta. Suunnittelematonta, ei-toivottua raskautta pidetään omana epäonnistumisena (Rainto 2004, 33; Kiviluoto 1999; Poikajärvi 1998, 35). Abortti onkin yksi kiistellyimmistä eettisistä kysymyksistä juuri elämän alkamisen ja päättämisen sekä naisen valinnanvapauden suhteen (mm. Alajoki 2009, 32; Häyry & Häyry 1987, 27). Ristiriitaisen suhtautumisen näkee helposti esimerkiksi julkisessa keskustelussa, jossa aborttia harkitsevaa ja päätöksen kanssa painivaa naista joko haukutaan murhaajaksi tai tuetaan, jolloin tukijat ovat omakohtaisesti abortin kokeneita.

Suomalainen tutkimus raskaudenkeskeytyksistä on vähäistä (Sihvo 2003, 126). Hoitotieteellisesti painottuvissa tutkimuksissa on keskitytty keskeytysasiakkaiden kokemuksiin ja mielipiteisiin saamastaan hoidosta ja hoitokokemuksesta koko prosessin aikana palvelujärjestelmän kehittämiseksi (Rainto 2004, Poikajärvi 1998), hoitajien ja keskeytyspotilaiden asenteista (Salin 1995) ja päätöksenteosta ja siihen vaikuttavista asioista (Rainto 2004, Pietarinen 1998). Muissa tutkimuksissa raskaudenkeskeytystä sivuttiin esimerkiksi raskaushistorian vaikutuksesta lapsenhankintahalukkuuteen (Louhio 2005) ja sikiöindikaatiolla raskauden keskeyttäneiden äitien toimijuuden rakentumista (Koponen & Laaksonen 2009). Opinnäytetöissä kiinnostus kohdistui keskeytysasiakkaiden kokemuksiin terveydenhuollon yksiköiden palvelutasosta ja hoitopolun toimivuudesta (mm. Salonen & Torpo-Valkonen 2009; Holopainen & Reinikainen 2009). Lisäksi opinnäytetöiden tekijät pohtivat syitä korkeille keskeytyslukuille perusterveydenhuollon näkökulmasta (Tiainen & Tuukkala 2009) ja terveydenhoitajan antamaa psyykkistä tukea päätöksenteossa (mm. Turpeinen 2010; Nummela 2007).

Tutkimustulokset olivat kuitenkin samansuuntaisia ja yhteneväisiä hoitokokemusten, kohtelun ja palvelutarpeiden osalta. (Sihvo 2003, 130; Alhokoski, Kaasinen, Madetoja & Sillankorva 2008, 28–30; Sihvo & Kosunen 1998, 49.) Rutiininomainen kohtelu, tiedon saanti, toiminnan selkeys ja sujuvuus, ehkäisyneuvonta ja jälkitarkastuksen korostaminen nousivat hoidon kehittämiskohteiksi. Naiset toivoivat erityisesti keskustelumahdollisuutta, ja hoitajatkin olivat tietoisia ohjauksen ja tuen merkityksestä. Erilaisia tukijoita ja tukimuotoja oli kyllä, mutta naiset eivät niitä tutkimusten mukaan käyttäneet. Tuen hakeminen jäi entistä enemmän naisen omalle vastuulle (Halonen 2010, 22; Tiainen & Tuukkala 2009, 27; Koponen & Laaksonen 2009, 90).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, millaisia selviytymiskeinoja naiset itse käyttävät keskeytyskokemuksen läpikäymiseen. Samalla kuvataan lääke-

keellistä menetelmää käyttävän naisen kokemuksen muodostumista raskaudenkeskeytyksestä (vrt. Rainto 2004, 28, 47). Aborttiin suhtautuminen ja siitä selviytyminen oli hyvin yksilöllistä: osalle kokemus oli henkisesti raskas ja vaikea, toisille taas merkityksetön tapahtuma (Tiainen & Tuukkala 2009, 32; Rainto 2004, 30–31, 33). Selviytymiskeinoja raskaudenkeskeytyksestä ei ole tutkittu, vaikka Pietarinen (1998, 44–46, 55–56) käsitteli jonkin verran naisten selviytymistä suhteessa tehtyyn päätökseen. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, ettei naisten kokemus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä eroa merkittävästi aiempiin tutkimuksiin verrattuna. Selviytymiskeinoissa korostuivat mm. suru, miehen rooli sekä naiselliset tavat (Poijula 2002, 115) käsitellä kokemusta. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ymmärtämään naisen kokemusta raskaudenkeskeytyksestä ja kiinnittämään huomiota naisen selviytymisen tukemiseen.

Terveydenhoitajatutkintoon liittyvä kehittämistehtävänä on artikkelin kirjoittaminen ja julkaisu ammattilehdessä, jotta opinnäytetyön tuloksia ja kehittämisehdotuksia voitaisiin hyödyntää laajasti työelämässä.

2 RASKAUDENKESKEYTYS

Raskaudenkeskeytys eli indusoitu abortti (abortus arte provocatus, aap) on ihmisen toimenpitein käynnistetty raskauden päättyminen. Se ei täytä synnytyksen määritelmää eikä sikiön tiedetä kuolleen kohtuun ennen keskeyttämis-toimenpidettä. Raskaus päätetään keinotekoisesti yleensä ennen 20. raskausviikkoa. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastolta (Valvira) luvalla voidaan keskeyttää raskaus sikiön vaikean poikkeavuuden takia kuitenkin ennen 24. raskausviikkoa. (Käypä Hoito 2007).

WHO:n määritelmien mukaan turvallinen abortti tarkoittaa ammattihenkilön sairaalassa lääkkeellisesti tai kirurgisesti hygieenisissä olosuhteissa tehtyä toimenpidettä. Valtaosa tehdyistä aborteista on turvallisia, mutta silti maailmassa tehdään vuosittain lähes 20 miljoonaa vaarallista aborttia. Vaarallinen eli laiton abortti on itse aiheutettu tai ammattitaidottoman henkilön epähygieenisissä oloissa suorittama toimenpide, jossa usein käytetään vaarallisia aineita tai välineitä. Noin 97 % laittomista raskaudenkeskeytyksistä tehdään köyhissä, laillisen keskeytyksen kieltävissä maissa. Euroopassakin tehdään WHO:n arvion mukaan yli puoli miljoonaa laitonta aborttia. Arviolta 68 000 naista kuolee laittomaan aborttiin ja miljoonat vammautuvat komplikaatioiden vuoksi. Yleisimmät kuolinsyyt ovat verenvuoto, tulehdukset ja abortin tekoon käytettyjen aineiden aiheuttamat myrkytykset. (Hakkarainen 2009, 50–51, 53, 59; Singh, Wulf, Hussain, Bankole & Sedgh 2009, 5, 7, 17.)

2.1 Raskaudenkeskeytyksen historiaa Suomessa

Lapsiluvun rajoittamisen eli syntyvyyden säännöstelyn keinoja on tunnettu hyvin pitkän aikaa kaikkialla maailmassa, vaikka niiden merkitys onkin ollut vähäinen. Historia kuitenkin näyttää, ettei tehokkaita menetelmiä raskaudenkehäisyyden ole ollut kuin vasta vähän aikaa. (Singh ym. 2009, 9; Kiviluoto 1999, 6; Rimpelä 1993, 32.)

1800-luvulla suomalaisessa yhteiskunnassa vallitsi luonnollisen hedelmällisyyden aika. Lapsilukuun vaikuttivat lähinnä myöhäinen avioitumisikä ja lasten pitkä imettäminen. Kirkon oppeihin perustuva käsitys oli, että lapset olivat Jumalan lahja ja ettei lapsiluvun rajoittaminen ollut sallittua. Sivistyneistön parissa kuitenkin keskusteltiin 1800-luvun loppupuolella syntyvyyden säännöstelystä mm. väitöskirjojen ja muiden kirjoitelmien pohjalta. Varsinainen perhesuunnittelu alkoi kehittyä vuosien 1910–1964 aikana. Parit alkoivat asettaa tavoitteita perheen lapsiluvulle, ja lapsimäärät laskivat voimakkaasti kolmena ensimmäisenä vuosikymmenenä. Poikkeuksena toisen maailmansodan aika, jolloin hedelmällisyys nousi tilapäisesti tuoden yhteiskuntaamme niin kutsutun suuren ikäluokan. Nykyään lapsiluku on laskenut ja asettunut sille tasolle, joka ei enää riitä väestön uusiutumiseen. (Ritamies 2006, 117, 211, 213; Rimpelä 1993, 32, 41.)

2.1.1 Ehkäisykeinot

Yleisimpiä raskaudenehkäisykeinoja 1800-luvun loppupuolella 1960-luvulle asti olivat keskeytetty yhdyntä, pidättäytyminen, varmat päivät ja erilaiset yrttijuomat. Alkeelliset kondomit, pessaarit ja sienet kuuluivat vuosisadan vaihteessa lähinnä prostituution pariin. Kansanomaisempia keinoja raskaudenehkäisyssä olivat mm. mielialan ja halukkuuden taso ja juhlaruokien ja -juomien nauttiminen. Raskaudenkeskeytys oli tärkeä keino estää ei-toivottujen lasten syntyminen silloin, kun ehkäisyä ei käytetty tai se oli pettänyt. Ehkäisymenetelmien saatavuus on parantunut huomasti 1960-luvulta lähtien hormonaalisen ehkäisytablettien kehittämisen myötä. Naisilla on nykyään monenlaisia ehkäisymenetelmiä käytettävissään, mutta ei sovi unohtaa vanhojakaan ehkäisykeinoja. (Ritamies 2006, 119, 208, 297; Rimpelä 1993, 32, 42.)

2.1.2 Keskeytyskeinot

Raskauden ehkäisyn ja keskeytyksen raja oli melko hämärä. Kuukautisten pois jääminen 1800-luvulla saattoi johtua muistakin syistä, kuten aliravitsemuksesta tai sairaudesta, ja naiset puhuivat raskauden keskeyttämisestä kuukautisten aikaansaamisena. Yleensä naisilla ei ollut varaa käyttää kokenutta sikiönlähdettäjä, jolloin ”puoskareina” toimivat niin ompelijat, sotilaat, sepät kuin nainen itsekin. Tavallisimpia konsteja raskauden keskeyttämiseen 1800-luvun loppupuolella olivat esimerkiksi yrtti- ja rohdosuuhteista valmistettuja juomat tai raskas työnteko. Abortoivista lääkkeistä suosittuja 1900-luvun alkupuolella olivat kuume- ja ripulilääkkeet. Kiniiniä pidettiin myös tehokkaina, lisäksi apua etsittiin viinasta, lysolista, lipeäkivestä ja torajyvistä. Epätoivoiset naiset turvautuivat vaarallisiinkin keinoihin, kuten kuume- ja pakkasmittareiden elohopeaan tai neulepuikkoihin ja virkkuukoukkuihin usein tuhoisin seurauksin: nainen saattoi kuolla verenvuotoon, saada myrkytyksen, vammautua ja menettää kykynsä saada enää lapsia. (Ritamies 2006, 106, 185–186, 191; Meskus 2001, 291, 295; Häyry & Häyry 1987, 21.)

2.1.3 Laittomat raskaudenkeskeytykset

Laittomien raskaudenkeskeytysten määrä oli hyvin korkea ja ne olivat yleisiä myös naimisissa olevien naisten keskuudessa. Määrän arvellaan liikkuneen 1900-luvun alkupuolella vuosittain 25 000-30 000 välillä, josta enintään prosentti olisi tullut viranomaisien tietoon. Laillisia keskeytyksiä tehtiin aborttilain voimaantulon jälkeen enimmäkseen naimisissa oleville naisille, mutta suurin osa raskaudenkeskeytyksistä oli yhä naimattomille tehtyjä laittomia keskeytyksiä. Aborttikomitean arvion mukaan vuonna 1966 terveydelle haitallisia laittomia keskeytyksiä tehtiin lähes 19 000. Vielä vuonna 1990 sairaaloissa hoidettiin 36 laitton keskeytyksen komplikaatioiden takia hoitoon hakeutunutta naista. Raskaudenkeskeytyksen laillisesti sallivissa maissa kuolee nykyään vain alle yksi potilas sataa tuhatta toimenpidettä kohti. (Hakkarainen 2009, 53; Ritamies 2006, 198, 284–285; Meskus 2001, 290; Rimpelä 1993, 37–40.)

2.2 Lakia ja lukuja

Raskaudenkeskeytys laillistettiin Suomessa vuonna 1950. Tuolloin raskaudenkeskeytyksen sai vetoamalla terveydentilaan, vaikeisiin elinoloihin tai mahdollisesti periytyviin epäsuotuisiin taipumuksiin. Nykyinen laki raskauden keskeyttämisestä tuli voimaan vuonna 1970. Aluksi keskeytyksen aikarajana oli 16. raskausviikkoa, kunnes se vuoden 1978 lainmuutoksella laskettiin 12. viikkoon. Vuonna 1985 lakia muutettiin siten, että sikiöindikaatiolla tapahtuvan keskeytyksen aikarajaa jatkettiin 24. raskausviikkoon asti. (Ritamies 2006, 271–272; Toivonen 2004, 171; Eskola & Hytönen 2005, 85.)

Vuoden 1970 lainmuutoksen jälkeen raskaudenkeskeytysten määrä lisääntyi nopeasti ollen vuonna 1973 huipussaan, jolloin keskeytettiin 23 000 raskautta. Sen jälkeen keskeytysten määrä on laskenut ollen jo lähes parinkymmenen vuoden ajan alle 11 000. Vuonna 2008 tehtiin 10 423 raskaudenkeskeytystä. Naimattomien keskeytysten osuus ylitti 1970-luvun puolivälissä naimisissa oleville tehtyjen osuuden, ja vuonna 2008 naimattomien osuus oli 72 %. Eniten keskeytyksiä vuonna 2008 tehtiin Ahvenanmaan maakunnassa ja Lapin sairaanhoitopiirissä ja vähiten Etelä-Savon ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä. (Heino, Gissler & Soimula 2009; Ritamies 2006, 284–285.)

Laki raskauden keskeyttämisestä (239/1970) antaa naiselle mahdollisuuden keskeyttää raskaus omasta pyynnöstään lääketieteellisellä, sosiaalisella, eettisellä, synnyttäneisyydellä, iällä ja lapsenhoitokyvyn perusteella. Vuodesta 2001 lähtien tilastoihin on voitu merkitä useampi kuin yksi keskeytyksen peruste. Useimmiten yhdistelmänä oli sekä sosiaalinen että ikäperuste. Sosiaaliset syyt olivat ylivoimaisesti eniten (91 %) käytetty syy raskaudenkeskeytyksille vuonna 2008. (Heino ym. 2009; Ihme & Rainto 2008, 182.)

Lain mukaan raskaus tulee keskeyttää niin aikaisessa vaiheessa kuin mahdollista. Vuonna 2008 lähes 93 % keskeytyksistä tapahtui ennen 12. raskausviikkoa (Heino ym. 2009). Alle 12-viikkoisen raskauden keskeyttäminen etuna on komplikaatioiden vähäisyys kohdun pienen koon vuoksi. Myöhäinen keskeytys (12+1 – 20+0 viikkoa) tulee kysymykseen lähinnä sikiövaurioiden, naisen sairauden tai muun erityisen syyn takia ja silloin lupaa keskeytykseen on haettava Valviralta. (Ihme & Rainto 2008, 182; Eskola & Hytönen 2005, 86).

Yhden lääkärin päätöksellä alle 12-viikkoinen raskaus voidaan keskeyttää hakijan iän (vuonna 2008 n. 5 % alle 17-vuotiaita ja n. 4 % yli 40-vuotiaita) ja synnyttäneisyyden (2 % vuonna 2008) perusteella. Alaikäisen raskaudenkeskeytykseen ei tarvita vanhempien suostumusta. Kahden lääkärin päätöstä tarvitaan alle 12-viikkoisen raskauden keskeytyksessä silloin, kun hakuperusteena on lääketieteellinen, sosiaalinen tai eettinen syy tai kun toisen tai kummankin vanhemman lapsenhoitokyky on rajoittunut. (Heino ym. 2009; Eskola & Hytönen 2005, 86; Käypä Hoito 2007.)

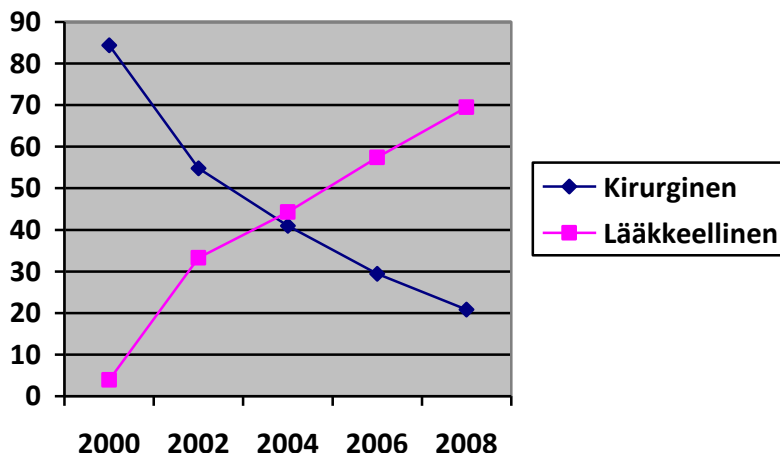
Raskaudenkeskeytyksen Käypä Hoito -suosituksen tavoitteena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä tehtävä lääketieteellisesti turvallinen raskaudenkeskeytys, jossa huomioidaan laki ja potilaan yksilölliset tarpeet. Tavoitteena on edistää myös raskaudenehkäisyyn liittyvää neuvontaa, jolla tuetaan toimivaa ja hyvää parisuhdetta. Suosituksella pyritään keskeytysten määrän vähentämiseen ja erityisesti toistuvien keskeytysten estämiseen. Tarkoituksena on, että yleiseen näyttöön perustuvan suosituksen pohjalta laaditaan alueelliset ohjeet hoitoketjujen toiminnasta. (Käypä Hoito 2007; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 108).

2.3 Raskaudenkeskeytysmenetelmät

Raskaudenkeskeytysmenetelminä Suomessa käytetään kirurgista ja lääkkeellistä menetelmää. Perusmenetelmänä on käytetty kohdunkaulan laajennusta ja imukaavintaa alle 12. raskausviikolla. Raskaudenkeskeytyksissä ollaan siirtymässä kirurgisesta lääkkeelliseen menetelmään viimeksi mainitun käyttöönoton suosion myötä. Lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen tulee aina liittyä riittävä tiedon antaminen ja valvonta. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 108.)

Ranskalaiset tutkijat kehittivät lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä käytettävän mifepristonin vuonna 1980. Ensimmäiset lääkkeelliset raskaudenkeskeytykset tehtiin vuonna 1982. Mifepristoni hyväksyttiin keskeytyksissä käytettäväksi ensimmäisenä Ranskassa vuonna 1988, Isossa Britanniassa vuonna 1991 ja Ruotsissa vuonna 1992. Poliittisten syiden takia rekisteröintiin tuli pitkä tauko, ja rekisteröinnin alettua jälleen hyväksyttiin mifepristoni useissa Euroopan maissa, kuten Suomessa vuonna 2000. (Ritamies 2006, 272.)

Misoprostolin ja mifepristonin käyttö on hyväksytty Suomessa sekä ensimmäisen että toisen raskauskolmanneksen aikaisissa keskeytyksissä. Lääkkeellisen menetelmän osuus on kasvanut nopeasti 2000-luvulla. Tilastojen mukaan lääkkeellistä menetelmää käytti vain 4 % keskeytysasiakkaista vuonna 2000, neljän vuoden kuluttua menetelmän valinneita oli jo 44 % ja vuonna 2008 keskeytyksistä lähes 70 % tehtiin lääkkeellisesti (kuvio 1). (Heino ym. 2009; Käypä Hoito 2007; Toivonen 2004, 173.)



Kuvio 1 Raskaudenkeskeytysmenetelmien suosituimmuuden muutos % (Heino ym. 2009)

2.3.1 Kirurginen raskaudenkeskeytys

Kirurginen raskaudenkeskeytys on nukutuksessa tai paraservikaalipuudutuksessa suoritettava imukaavinta päiväkirurgisena tai polikliinisena toimenpiteenä. Ennakolta voidaan emättimeen laittaa misoprostolitabletit, jotka pehmentävät kohdunsuuta ja ehkäisevät mahdollisia komplikaatioita. Toimenpiteessä kohdunkaula laajennetaan vähitellen ja kohdussa oleva raskausmateriaali poistetaan sähköimuun kytketyllä imukärjellä. Imukärjen koko (mm) määräytyy raskauden keston (rv.) mukaan. Lopuksi annetaan laskimoon kohtua supistavaa lääkettä. Ensimmäisen raskauskolmanneksen aikaisen misoprostolin käyttö voi olla yhteydessä joihinkin sikiövaurioihin ja sen takia keskeytyspotilaan on aina tiedostettava, että misoprostolin ottamisen jälkeen keskeytyspäätöstä ei voi perua. (Kirurginen raskaudenkeskeytys -potilasohje 2009; Ihme & Rainto 2008, 183; Käypä Hoito 2007; Toivonen 2004, 173–174; Erkkola 1993, 120–121.)

Kirurgisen menetelmän etuja ovat toimenpiteen nopeus, lyhyempi jälkivuoto ja anestesian mahdollisuus. Haittoina pidetään kajoavuutta, suurempaa tulehdusriskiä ja kohtuvaurion mahdollisuutta. Lisäksi synnyttämättömän naisen komplikaatioriski on jonkin verran isompi kuin synnyttäneen. (Ihme & Rainto 2008, 183; Käypä Hoito 2007; Toivonen 2004, 173; Erkkola 1993, 122.)

2.3.2 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys

Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä käytetään antiprogestiinin eli mifepristonin (Mifegyne®) ja prostaglandiinin eli misoprostolin (Cytotec®) yhdistelmää. Mifepristoni estää raskauden jatkumisen kannalta tärkeän kelta-ruuhashormonin normaalin toiminnan kohdun limakalvolla. Misoprostoli

puolestaan supistaa tehokkaasti kohtua ja pehmentää kohdunkaulaa. Suomessa 9. raskausviikko on määritelty lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen ylärajaksi. Yli 9-viikkoisen raskauden keskeytys on teholtaan hieman hitaampaa, minkä vuoksi keskeytysasiakasta pidetään osastolla raskauden keskeytymiseen asti tiheämmän lääkkeenannon ja vuotoriskin takia. (Ohje jälkitarkastuksesta keskeytyksen jälkeen terveydenhoitajille 2009; Ihme & Rainto 2008, 183, 188; Käypä Hoito 2007.)

Keskeytysasiakas saa poliklinikalla Mifegyne® -tabletin suun kautta ja mukaansa esimerkiksi kirjallisen potilasohjeen keskeytyksen etenemisestä, sairaslomatodistuksen, kipulääkereseptin ja Cytotec® -tabletit, jotka on laitettava kahden päivän kuluttua itse emättimeen. Jos keskeytys päätetään tehdä kotona ja asiakas täyttää tietyt ehdot siihen, on kotona oltava läsnä aikuinen tukihenkilö. Monissa sairaaloissa lääkkeellinen keskeytys hoidetaan kahden päivän kuluttua poliklinikalla tai osastolla siten, että toisella käynnillä asiakas saa misoprostolitabletit ja on seurannassa muutaman tunnin. Noin kolmen viikon kuluttua keskeytyksestä on käytävä laboratoriossa raskaushormonipitoisuuden mittaamisessa. Jälkitarkastusta ei yleensä tarvita keskeytyksen sujussa komplikaatioita, mutta se on hyvä sopia perusterveydenhuoltoon noin kuukauden kuluttua keskeytyksestä. Jälkitarkastuksen suorittaa terveydenhoitaja. Ehkäisytabletit asiakas on usein saanut jo lausunnonantajalääkäriltä, kuitenkin viimeistään suorittajalääkärin vastaanotolla ja käytön voi aloittaa heti seuraavana päivänä misoprostolin ottamisen jälkeen. (Jorvin sairaala 2010, Raskaudenkeskeytys; Tampereen opiskelijaterveydenhuolto 2010, Raskaudenkeskeytys; Vaasan keskussairaala 2010, Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys; Seinäjoen keskussairaala 2010, Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys sairaalassa; Ohje jälkitarkastuksesta keskeytyksen jälkeen terveydenhoitajille 2009; Kanta-Hämeen keskussairaala 2003, Raskauden ehkäisy ja raskaudenkeskeytykset.)

Lääkkeellisen keskeytysmenetelmän etuina on kajoamattomuus, luonnollisuus ja yksityisyys. Haittoina pidetään menetelmän hitautta ja pidempää jälkivuotoa. (Ihme & Rainto 2008, 184; Toivonen 2004, 173.) Yli 90% koki lääkkeellisen keskeytyksen kivuliaaksi, kun raskausviikkoja on alle yhdeksän, ja yli puolet heistä tarvitsi kipulääkitystä. Muita komplikaatioita olivat mm. oksentelu ja ripuli, runsas verenvuoto ja tulehdukset. (Käypä Hoito 2007; Rainto 2004, 34.)

2.4 Raskaudenkeskeytyksen jälkeinen ehkäisyneuvonta

Laki ja suositukset velvoittavat antamaan ehkäisyneuvontaa raskaudenkeskeytysasiakkaille. Tavoitteena on keskeytysten, erityisesti toistuvien, määrän vähentäminen. Päävastuu ehkäisyneuvonnasta tulisi olla perusterveydenhuollolla. Hyvin hoidettu ehkäisyneuvonta vähentää raskaudenkeskeytyksiä ja niistä aiheutuvia komplikaatioita. (Käypä Hoito 2007; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 23, 108; Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970.)

Raskaudenkeskeytystilaston mukaan vuonna 2008 raskauden alkaessa 62,9 % naisista käytti jonkinlaista ehkäisyä ja 38 % ei ollut mitään ehkäisyä käytössään (Heino ym. 2009; Käypä Hoito 2007). Usein raskaudenkeskeytysten syynä oli ehkäisyn laiminlyönti, johon johtavia tekijöitä oli mm. hidas pääsy ehkäisypalveluihin ja ehkäisyvalmisteiden korkea hinta (Salonen & Torpo-Valkonen 2009, 30; Tiainen & Tuukkala 2009, 31–33; Kiviluoto 1999, 7; Sihvo & Kosunen 1998, 53.) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma (2007, 109) suosittaa, että kaikille keskeytyspotilaille annettaisiin ilmainen ehkäisyvalmistepakkaus, jotta keskeytyksen jälkeinen ehkäisyn aloittaminen varmistuisi. Raskaudenkeskeytyksen jälkeen suunnitellusta ehkäisymenetelmästä yleisin oli ehkäisypilleri lähes puolella keskeyttäneistä, kun taas joka kymmenennellä sadasta keskeytyspotilaasta ei ollut suunniteltua ehkäisyä tai tietoa siitä keskeytyksen jälkeen. (Halonen 2010, 22; Heino ym. 2009.)

3 SUOMALAISIA TUTKIMUKSIA RASKAUDENKESKEYTYKSESTÄ

Suomalainen tutkimus raskaudenkeskeytyksistä on vähäistä (Rainto 2004, 13; Sihvo 2003, 126). Tuomaala totesi, ettei raskaudenkeskeytyksiä ole tutkittu naisten kertomuksista käsin, vaan jonkin verran muiden teemojen yhteydessä. (Tuomaala 2008, 48.) On huomattava, että raskaudenkeskeytysaiheiset tutkimukset ennen 2000-lukua keskittyivät kirurgisen keskeytyksen tehneisiin naisiin. Lääkkeellisestä raskaudenkeskeytysmenetelmän kokemuksista on julkaistu vielä hyvin vähän menetelmän tuoreen käyttöönoton takia. Tutkimustulokset olivat kuitenkin hyvin samansuuntaisia ja yhteneväisiä keskeytyskokemusten ja palvelutarpeiden osalta. (Sihvo 2003, 130; Alhokoski, Kaasinen, Madetoja & Sillankorva 2008, 28–30.)

Ammattikorkeakouluissa valtaosa raskaudenkeskeytysaiheisista opinnäytetöistä on tehty 2000-luvulla. Suurin osa niitä keskittyi kuitenkin pohtimaan raskaudenkeskeytystä kättilötyön kannalta, vain kaksi oli terveydenhoitotyön lopputöitä. Teoreettisen tietoperustan luomisessa ja ymmärtämisessä käytetyt opinnäytetyöt tuloksineen ovat opinnäytetyön liitteenä (Liite 1).

Varhaisimpia suomalaisia raskaudenkeskeytysaiheisiä tutkimuksia olivat Niemelän (1982) kättilöiden mielipiteitä koskenut tutkimus ja Ryyränen-Heijan (1992) tutkimus raskaudenkeskeytykseen tulevien potilaiden tietoja ehkäisymenetelmistä ja itse toimenpiteestä sekä ennen poliklinikalla saatua ohjausta että sen jälkeen. (Salin 1995, 38.)

3.1 Raskauden keskeytykseen vaikuttavat seikat

Naisen eletty elämänhistoria vaikutti raskaudenkeskeytykseen ja siihen päättymiseen. Tutkimuksissa on löydetty viisi erilaista päätöksentekotyyppiä, joita ovat kypsyminen harkinnan myötä, päätyminen heti tai eri vaihtoehtojen tar-

kastelujen jälkeen tai epäröiden keskeytykseen ja päätyminen ennalta valmistautuen keskeytykseen. (Pietarinen 1998, 44–46, 51–52.) Päätöksentekoprosessi alkoi heti raskauden tultua ilmi ja sen helppous tai vaikeus oli yhteydessä hoitokokemukseen. Keskeistä oli epävarmuus, sillä päätös saattoi vaihtua monta kertaa päivässä. Aika päätöksen tekemiseen koettiin liian lyhyenä, vaikka toisaalta aika tuntui pysähtyneen. (Rainto 2004, 31–32.)

Suhtautuminen raskaudenkeskeytykseen on muuttunut aikaisempaa hyväksyvämmäksi (Kiviluoto 1999; Tiainen & Tuukkala 2009, 26, 32). Niin hoitajilla kuin keskeytysasiakkailta todettiin olevan keskimääräisestä myönteisempi asenne raskaudenkeskeytystä kohtaan. Neutraalisti keskeytykseen suhtautuvia oli potilaista 18 % ja hoitajista 23 % ja myönteisesti suhtautuvia potilaista 74 % ja hoitajista 77 %. (Salin 1995, 81, 85.) Omakohtaiset kokemukset raskaudenkeskeytyksestä näyttivät olevan yhteydessä myös vapaamielisempään asenteeseen (Notkola 1993, 95). Salin totesi, että myönteinen mielipide raskaudenkeskeytyksestä vaikutti myönteiseen kokemukseen hoitotyön palvelun laadusta (Salin 1995, 81, 85.)

Naisen sosiaalisen ympäristön todettiin olevan sekä voimavaroja tukeva että heikentävä tekijä. Naiset harkitsivat tarkoin, kenelle he kertoivat aikeistaan: luottamuksen arvoiset, useimmiten oma äiti tai sisar, valittiin sen perusteella, kuinka ymmärtäväisesti naiset uskoivat heidän suhtautuvan keskeytykseen. (Rainto 2004, 30, 47; Pietarinen 1998, 35, 53, 56; Sihvo & Kosunen 1998, 52–53.)

3.2 Raskaudenkeskeytys toimenpiteenä

Peräkkäiset ja samanlaiset tutkimukset eri paikoissa, samojen asioiden kerääminen eri ihmisten kanssa sekä jatkuva odottaminen todettiin olevan asiakkaista epämiellyttävää. Raskaudenkeskeytysprosessia pidettiin monimutkaisena ja hitaana. Myös tiedon antaminen raskaudenkeskeytyksestä ja jatkotoimenpiteistä kuvailtiin vähäiseksi ja ristiriitaiseksi – monet naiset eivät edes tienneet, minne hakeutuisivat käynnistääkseen raskaudenkeskeytysprosessin. Naiset kuitenkin odottivat tietynlaista rutiininomaisuutta, selkeyttä ja sujuvuutta käytäntöihin. (Koponen & Laaksonen 2009, 84; Salonen & Torpo-Valkonen 2009, 25, 31; Rainto 2004, 35–36; Poikajärvi 1998, 46, 64–65, 83, 90–91; Sihvo & Kosunen 1998, 54, 58, 61.)

Sekä hoitajien kuin asiakkaiden mielestä puutteelliset tilaratkaisut olivat este intimitteettisuojan ja vuorovaikutussuhteen hyvälle toteutumiselle (Alajoki 2009, 67; Rainto 2004, 36–37; Salin 1995, 64). Intimiteettisuoja oli asiakkaille erittäin tärkeää koko prosessin ajan, sillä tutkimuksissa ei-toivottu raskaus koettiin omana epäonnistumisena (Rainto 2004, 34; Poikajärvi 1998, 35, 50, 91).

Hoitohenkilökunnan käyttäytyminen ja asennoituminen oli merkittävä tekijä naisen muodostamassa hoitokokemuksessa. Henkilökunnan merkitys korostui

paitsi suorittajana myös naisen tukijana ja päätöksentekijänä. Keskeytysasiakkaat aistivat ja seurasivat hyvin herkästi henkilökunnan toimintaa ja heistä huokuvaa asennetta. Henkilökunnan käyttäytymistä kuvailtiin asialliseksi ja ystävälliseksi, vaikka keskeytysasiakkaat moittivat joidenkin lääkäreiden ala-arvoista ja moralisoivaa käytöstä. 1990-luvun tutkimuksissa keskeytysasiakkaan kohtaaminen näyttäytyi rutiininomaisena, tehtäväkeskeisenä, persoonattomana ja jopa syyllistävänä. Rainto (2004, 38) muistutti, että negatiivisena koettu hoidon osa-alue voi vaikuttaa naisen myöhempää selviytymistä arasta ja vaikeasta kokemuksesta. (Koponen & Laaksonen 2009, 82; Salonen & Torpo-Valkonen 2009, 28; Tuomaala 2008, 50, 55; Rainto 2004, 37–38, 47; Poikajärvi 1998, 81; Pietarinen 1998, 56–57; Sihvo & Kosunen 1998, 54, 57–58.)

Lääkkeellistä keskeytysmenetelmää oli Rainnon tutkimuksessa kuvattu niin kivuliaaksi, että saatu kivunlievitys koettiin riittämättömäksi. Kuitenkin lääkkeellisen keskeytysmenetelmän valinneet kokivat sen hyväksi, koska nuku- tusta ei tarvittu ja nainen oli koko ajan tietoinen tapahtumasta. Toisaalta alkion synnyttämisen läpikäyminen saattoi olla traumaattinen kokemus, jolloin tuen saaminen oli erittäin tärkeää. (Rainto 2004, 34, 37, 47.)

3.3 Raskaudenkeskeytyksen vaikutukset

Henkinen tukeminen ja jälkihoitoon ohjaaminen kuului hyvään hoitoon. Tutkimusten mukaan naiset halusivat keskustella ammatti-ihmisen kanssa raskauden merkityksestä ja keskeytykseen liittyvistä tunteista prosessin jokaisessa vaiheessa, sillä se helpotti keskeytyksestä selviytymistä, vähensi asiakkaan ahdistusta ja selvensi tilannetta asiakkaalle itselleen. Elämänkumppanilta saatu tuki koettiin merkittävänä vähentäen naisen välittömästi keskeytyksen jälkeen tuntamaa ahdistusta. Terveystuella haettu sosiaalinen ja psyykinen tukeminen oli kuitenkin puutteellisesta. Tuen puuttuminen tai se, että sitä piti itse etsiä ja hakea, vaikeuttivat raskauden keskeyttämisestä toipumista. Keskeytysasiakkaat toivoivat, että tukea tarjottaisiin automaattisesti. (Koponen & Laaksonen 2009, 72, 85, 90; Tuomaala 2008, 55; Vuorjoki 2001, 212–214; Vuento 2000, 1480; Pietarinen 1998, 52–54; Poikajärvi 1998, 64, 68–69, 73–75, 92–93; Sihvo & Kosunen 1998, 55–56, 61; Virkkunen 1984, 83–84.)

Sillä, kuinka raskaus koettiin, oli merkitystä sille, millaiseksi keskeytyskokemus muodostuu. Ei-toivottu raskaus oli aina yllätys naiselle. Naisen elämänhistoria, mielikuva omasta äidistä ja äitiydestä, yhteiskunnan arvot, eettisyys ja parisuhde johtivat raskauden keskeyttämiseen, ja samat syyt vaikuttivat myös siitä selviytymiseen. Sikiöindikaatiolla raskauden keskeyttäneet naiset kuvasivat itseään toimenpiteen jälkeen voimattomaksi, väsyneeksi ja toimintakyvyttömäksi. Naiset kertoivat keskeytyskokemuksen muuttaneen heitä ja suhtautumistaan elämään. Heistä tuli päättäväisempiä ja rohkeampia, he alkoivat arvostaa elämää kaikkine ulottuvuuksineen ja kokivat omanarvontuntonsa kasvaneen – toisaalta joitakin naisia kokemus katkeroitti. Ne naiset, jotka kokivat selviytymisen hankalana, kokivat surun tunteita ja vaikeutta luo-

pua raskaudesta. Osa ilmaisi tunteneensa epämääräistä haikeutta, masennusta, syyllisyyttä, vihaa ja keskeytyksen häiritsevää mielessä oloa. (Koponen & Laaksonen 2009, 71–73; Salonen & Torpo-Valkonen 2009, 18; Rainto 2004, 31, 33–34, 38–39; Vuento 2000, 1480; Pietarinen 1998, 44–45, 52, 55, 57; Sihvo & Kosunen 1998, 59–60.)

Raskaudenkeskeytyksen jälkeen ehkäisystä huolehtiminen korostui. Myös keskeytyksen merkitys tulevaisuuteen mietitytti naisia suhteessa suunniteltuun lapsenhankintaan. (Rainto 2004, 39; Pietarinen 1998, 45, 54; Poikajärvi 1998, 62; Sihvo & Kosunen 1998, 55.) Esimerkiksi Louhion tutkimuksessa (2005, 52) yhden raskaudenkeskeytyksen tehneistä 21 % ilmoitti hankkivansa lapsen ja 40 % vastasi kielteisesti. Kahden keskeytyksen tehneistä 14 % aikoi hankkia lapsen ja 37 % ei aikonut. Kun keskeytyksiä oli useampi ja nainen oli iältään 25–39-vuotias, halukkuus hankkia lapsi oli laskenut. Tilastollisesti raskaudenkeskeytykset eivät kuitenkaan olleet merkittäviä lapsenhankintahalukkuuden kanssa.

4 SELVIITYMISEN TUKEMINEN

Naisen elämään kuuluu tiettyjä vaiheita, joka vaikuttavat syvästi naiseuteen. Tällaisia identiteettiä muokkaavia elämänvaiheita eli kehityskriisejä ovat mm. murrosikä, raskaus, synnytys ja äitiys, vaihdevuodet sekä läheisten kuolemat. Oman seksuaalisuuden hyväksyminen on merkittävä osa aikuiseksi naiseksi kasvamista. Hyväksymistä osoittaa se, että nainen alkaa huolehtia itsestään ja raskaudenehkäisystään. Raskaudenkeskeytyksen kokeneen naisen minäkuva muuttuu, jolloin itsensä hyväksyminen keskeytyksen tehneenä naisena voi olla haasteellista. Naiseuteen kuitenkin kuuluu, että joitakin ratkaisuja joutuu tekemään yksin. Luopumis- ja suruprosessi on olennainen osa keskeytyksen tehneiden elämässä ja vaikuttaa siihen, miten nainen selviää keskeytykskokemuksestaan. Kokemuksen läpikäymiseen ja selviytymiseen vaikuttaa myös naisen elämänhistoria, voimavarat ja selviytymiskeinot sekä keskeytykskokemuksen voimakkuus ja laajuus. Kokemuksen työstäminen on säännönmukaista ja tunnistettavissa kaikilta, vaikka yksilöllisiä eroja on reaktiovaiheiden kokemisessa, kestossa, tunteiden voimakkuudessa ja selviytymisen nopeudessa. (Alhokoski ym. 2008, 28–29; Saari 2008, 41, 68; Maikkula, Heikkinen & Södersvall, 2007, 110; Pietarinen 1998, 45–46; Aalto 1993, 185–186.)

Lääkkeellisen menetelmän yleistymisen myötä raskaudenkeskeytys on muuttunut lyhytoitoiseksi polikliiniseksi toiminnaksi eli asiakkaan psykososiaalisen hoidon suunnittelu painottuu entistä enemmän perusterveydenhuoltoon. Keskeytysasiakkaalle tulee aktiivisesti tarjota mahdollisuutta keskusteluun prosessin jokaisessa vaiheessa. Jälkitarkastuksen yhteydessä on selvitettävä myös psyykinen toipuminen ja tarvittaessa osattava ohjata asiakas erilaisten tukipalvelujen pariin. Henkinen tukeminen ja jälkihoitoon ohjaaminen kuuluu hyvään hoitoon. Kuitenkin usein puhuttaessa keskeytysasiakkaan psyykkisen tuen tarpeesta, sekoitetaan keskustelun tarve koko prosessin aikana sekä erityispalvelut, eli keskustelumahdollisuus psykologin, sosiaalityöntekijän tai

sairaalapastorin kanssa. Hoitohenkilökunnan tulisi arvioida ja kartoittaa ne asiakkaat, jotka voisivat näistä erityispalveluista hyötyä. Henkilökohtaisen keskustelun lisäksi kirjallinen neuvonta on tärkeää. Potilasohjeiden liitteiksi suositellaan ajantasaiset tiedot tuki- ja auttamispisteistä yhteystietoineen. (Halonen 2010, 22; Koponen & Laaksonen 2009, 90; Käypä Hoito 2007; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 108–109; Rainto 2004, 35–36, 42; Poikajärvi 1998, 78, 93–94; Sihvo & Kosunen 1998, 61.)

4.1 Selviytymiskeinot

Elämässä tapahtuvat asiat ja valinnat haastavat ihmistä sopeutumaan päivittäin. Yleensä elämänhallintaan vaikutetaan tutuilla ja jossain määrin tiedostamattomilla hallinta- ja selviytymiskeinoilla. Kun elämäntapahtuma käy ylivoimaiseksi ihmisen voimavaroille, elämänhallinnan saavuttaminen eli

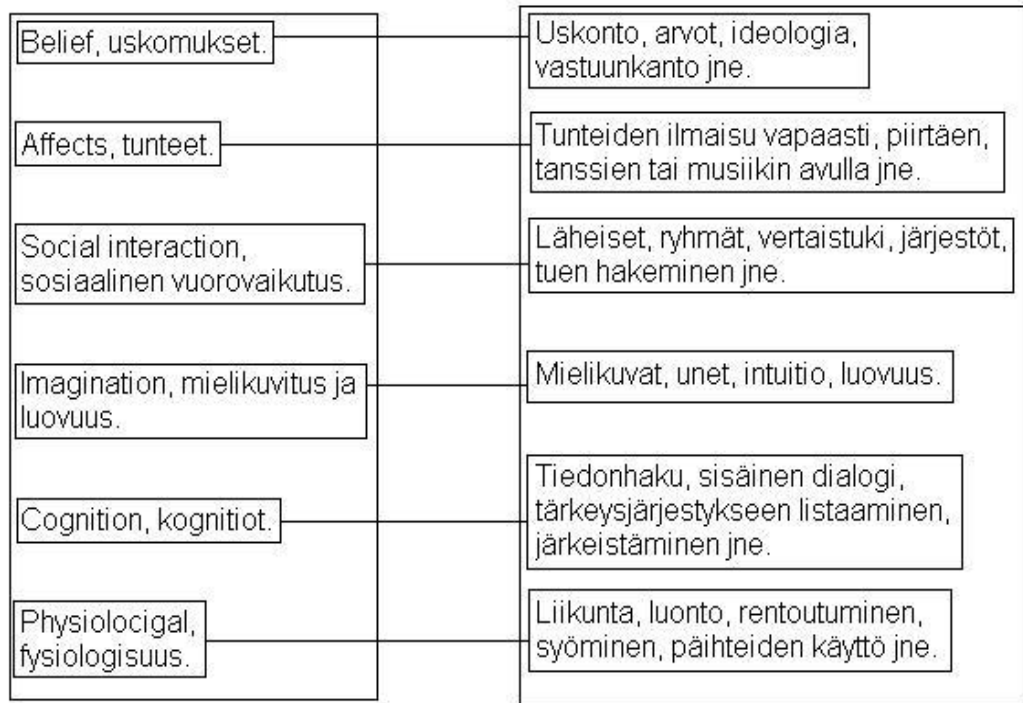
selviytyminen vaatii ihmiseltä niin fyysisten kuin henkistenkin voimavarojen käyttöönottoa ja tukiverkoston tehokasta hyödyntämistä. Voimavaroiksi ymmärretään kaikki se, mitä ihminen tekee tai sanoo itselleen vähentääkseen kokemaansa stressiä sekä esimerkiksi asenteet, erilaiset harrastukset, ystävät, läheiset ja ammattilaiset laajana tukiverkostonä. (Halonen 2010, 22; Saari 2008, 41; Matikka 2006; Rainto 2004, 4–6; Ayalon 1995, 12, 14, 28.)

Hallinta- ja selviytymiskeinoilla niin stressistä, traumasta kuin kriisistäkin tarkoitetaan ihmisen pyrkimystä hallita ulkoisia tai sisäisiä vaatimuksia ja riskitilanteita, jotka koetaan voimavarat ylittäviksi tai kuormittaviksi. Hallintakeinoja voidaan käyttää yksin tai muiden ihmisten kanssa. Ne jaetaan karkeasti aktiivisiin ja passiivisiin keinoihin selviytymistavoitteiden mukaan. Ongelmanratkaisuun pyrkiviä eli aktiivisia selviytymiskeinoja ovat pohdinta, avun ja tuen hakeminen, keskustelu läheisten tai ystävien kanssa, harrastukset, ulkoilu ja liikunta. Kaikki reagointimallit ja selviytymiskeinot eivät ole vaikea kokemuksen käsittelyä edistäviä tai tehostavia. Passiiviset hallintakeinot ovat tilannetta vältteleviä, joilla ei aktiivisesti pyritä lievittämään tai poistamaan stressitekijöitä. Tällaisia keinoja ovat mm. itseensä käpertyminen ja hiljaa kärsiminen, ongelmien peittäminen ja epäterveelliset elämäntavat, kuten päihteiden käyttö tai epäterveellisten herkkujen syöminen. Kokemuksen torjuminen ja aktiivinen unohtaminen eivät koskaan ole kehittäviä keinoja, sillä myöhemmässä vaiheessa torjuttu kokemus nousee ajankohtaiseksi. Keskeytyskokemuksen työstämättä jättäminen voi ilmetä esimerkiksi ahdistuksena, masennuksena, syyllisyyden ja häpeän tunteina perheen perustamisen yhteydessä. (Halonen 2010, 22; Alhokoski ym. 2008, 29–30; Saari 2008, 41; Ek, Laitinen, Tammelin, Remes, Raatikka & Kujala 2003, 7–8; Härmä, Sallinen & Kandolin 2000, 32–33; Ayalon 1995, 12.)

4.2 Basic Ph –malli

Israelilaisen kriisiterapeutti Ofra Ayalonin (1995, 25) luomassa kokonaisvaltaisessa selviytymismallissa eli Basic Ph –mallissa on yhdistelty keskeisten

psykologisten koulukuntien teorit kuuteen ulottuvuuteen. Jokainen ulottuvuus kuvaa yhtä tapaa, jonka kautta ihminen suuntautuu sekä sisäiseen että ulkoiseen maailmaan. Aiemmin mainitut aktiiviset ja passiiviset hallintakeinot sisältyvät näihin ulottuvuuksiin, jotka jaotellaan uskomuksiin ja arvoihin, tunteisiin, sosiaaliseen vuorovaikutukseen, mielikuvitukseen, kognitioihin ja fysiologiseen ulottuvuuteen. Ulottuvuuksien englanninkielisten nimien alkukirjaimista muodostuu sana Basic Ph. Kuvioon 2. on tiivistetty tämän mallin ulottuvuudet ja niiden yleisimmin käytännössä ilmenevät selviytymiskeinot.



Kuvio 2 Basic Ph –mallin kuusi ulottuvuutta käytännön esimerkkeineen (Matikka 2006; Ayalon 1995, 28).

Henkistä selviytymiskeinoa käyttävä turvautuu siihen, että uskonto, arvojärjestelmä, ideologia tai vastuunkanto antaa tukea ja merkitystä elämälle (Matikka 2006; Ayalon 1995, 28). Menetyksen ja surun hallinnassa voi aluksi auttaa mm. palkkatyö, harrastukset tai vapaaehtoistyö. Etenkin naisille tukea ja lohtua tuo arkinen työskentely ja käytännön asioiden hoitaminen. Työ nimittäin antaa jatkuvuuden tunnetta ja normalisoi elämää. Usko ja uskonto puolestaan nousevat varsinkin menetyksen aikana joillakin ihmisillä keskeiseen osaan toipumisen yhteydessä. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 57–59, 63.)

Emotionaalisesti suuntautunut käyttää emotionaalista selviytymiskeinoa ilmaisemalla tunteensa itkien, nauraen, kertoen, piirtäen, tanssien tai musiikin avulla (Matikka 2006; Ayalon 1995, 28). Niin kapinointi, esteetön itkeminen, huutaminen kuin rauhoittuminen ja huumori ovat selviytymiskeinoja kokemuksen työstämisessä. Voimakkuudeltaan tunteet voivat vaihdella laidasta laitaan. Tunteiden ilmaisu auttaa jatkamaan eteenpäin shokkivaiheen loputtua. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 60.)

Sosiaalista vuorovaikutusta selviytymiskeinona käyttävä ihminen hakeutuu ihmisten, varsinkin läheistensä luo tai ottaa vastaan tehtäviä ryhmässä tai järjestössä ja vastaanottaa ja antaa tukea (Matikka 2006; Ayalon 1995, 28). Esimerkiksi muiden auttaminen antaa mahdollisuuden astua jonkun toisen asemaan, jolloin keskittyminen omaan menetykseen laimenee (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 63).

Luovassa selviytymiskeinossa käytetään mielikuvitusta joko välttääkseen epämiellyttäviä tosiasioita tai löytääkseen ratkaisuja ongelmiinsa käyttämällä mielikuvia, unia tai intuitiota (Ayalon 1995, 28). Esimerkiksi personoimalla esineitä, säädellään sisäistä tasapainoa ulkopuolisen ympäristön avulla. Erityisen merkityksen saaneet esineet ovat sijaistodellisuutta, jotka tuovat lohtua ja auttaa säilyttämään suhteen menetettyyn. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 55; Poijula 2002, 101–102.) Unien tehtävä selviytymiskeinona on rauhoittaa ja vähentää paha oloa. Jos kokemus jää työstämättä, esimerkiksi unihäiriöt ja painajaiset voivat jatkua pitkään. Raskaudenkeskeytyksen tehneiden naisten unet ovat hyvin samankaltaisia muiden lapsensa menettäneiden vanhempien kanssa. Unissa koetaan syyllisyyttä ja syyttämistä, surua puuttuvasta vauvasta tai surua lapsen tulevaisuuden menettämisestä. Toisaalta menetetyistä lapsesta voidaan nähdä myös lohduttavia unia. (Pojula 2002, 103–106, 109–110.)

Kognitiivista selviytymiskeinoa käyttävä valitsee strategioita, joihin kuuluu tiedon keruu, ongelman ratkaisu, oman suunnan etsiminen, sisäinen keskustelu tai toimenpiteiden tai toiveiden tärkeysjärjestyksen listaaminen (Matikka 2006; Ayalon 1995, 28). Varsinkin suomalaisessa kulttuurissa hiljaa kärsimistä ja itsehallintaa pidetään hyväksyttävänä surun hallintakeinona. Selviytymiskeinona esimerkiksi entisen elämäntyylin jatkaminen antaa tuttuuden ja turvallisuuden tunnetta ja edistää jonkin aikaa menetyksestä selviytymistä. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 61, 64.)

Fysiologista selviytymiskeinoa käyttävä henkilö reagoi kriisiin pääasiassa toimimalla fyysisesti. Kriisin shokki- ja reaktiovaiheessa voi ilmetä jopa fyysisiä ja psykosomaattisia oireita elimistön kapinoidessa menetystä vastaan. Selviytymismenetelmät voivat olla rentoutumista, liikunnallisia harrastuksia ja toimintaa, syömistä ja nukkumista tai jopa lääkkeiden ja päihteiden käyttöä. Esimerkiksi päihdeaineita ja lääkkeitä käytetään turruttamaan surua ja rauhoittamaan itseään. (Matikka 2006; Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 43, 56; Ayalon 1995, 28.)

4.2.1 Tutkimusesimerkkejä selviytymiskeinoista

Sikiövaurion takia raskauden keskeyttäneiden naisten kertomuksissa kokemuksen työstämistä tukevat tekijät jaoteltiin neljään ryhmään. Konkreettisen surutyön mahdollistavia tekijöitä oli pienokaisen siunaustilaisuuteen osallistuminen ja lapsen muisteleminen esimerkiksi valokuvien avulla. Lääkäriltä saatu konkreettinen tuki oli sairaaloman tarjoamista, voinnin tukemista kriisin yli esimerkiksi masennuslääkkeillä ja terapiaan ohjaamista. Keskustelutuen tarjoaminen oli myös erittäin tärkeää sikiöindikaatiolla raskauden keskeyttä-

neiden naisten mielestä sekä päätöstä pohtiessa että keskeytyksen jälkeen. Keskustelukumppaneina olivat terveydenhuollon ammattilaiset, perhe ja ystävät sekä vertaistukiryhmät. Myös uusi raskaus tai aiemmat lapset edistivät kokemuksesta selviytymistä. (Koponen & Laaksonen 2009, 72–73, 90–91.)

Myös australialaisten Abboudin ja Liamputtongin (2005, 7-8, 14) tutkimuksessa keskenmenon kokeneilla naisilla ja miehillä oli samankaltaisia selviytymiskeinoja. Naisten selviytymiskeinoihin kuului mm. lepääminen, työskentely, uusi raskaus tai vanhemmista lapsista huolehtiminen. Miesten rooliksi nousi kumppanin rohkaisu ja tukeminen keskenmenon jälkeen, mikä oli naisten mielestä tärkeää. Miesten selviytymistä auttoi se, ettei tapahtunutta suurennettu ja ettei keskenmenolle voinut konkreettisesti tehdä mitään. Miehillä tyypillisin selviytymiskeino oli puuhastelu ja normaaliin arkeen palaaminen sekä huumorintaju.

Läheiset sukulaiset, erityisesti äidit ja siskot koettiin rohkaisevaksi tueksi menetyksen jälkeen. Myös miehet kokivat naispuoliset sukulaiset merkittäväksi tueksi. Ystävien läsnäolo ja konkreettinen auttaminen ja huomioiminen koettiin myös hyväksi selviytymistä tukeväksi tekijäksi. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen ja tuki keskenmenossa vaikutti pariskuntien kokemuksesta selviytymiseen joko auttavasti tai negatiivisesti. (Abboud & Liamputtong 2005, 9, 11–13.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Lääkkeellisen keskeytysmenetelmän myötä keskeytyksen saaminen ja tekeminen on helppoa. Asenteet keskeytystä kohtaan ovat muuttuneet vapaamielisemmiksi, mutta se on yhä vaiettu ja henkilökohtainen asia. Keskeytykseen suhtautuminen ja siitä selviytyminen on hyvin yksilöllistä: osalle kokemus on henkisesti raskas ja vaikea, kun taas toisille se on merkityksetön tapahtuma. Supporttiiviseen eli tukea antavaan keskusteluun ei ole aikaa lyhyiden vastaanottoaikojen takia oikeastaan missään vaiheessa raskaudenkeskeytysprosessia, vaikka ohjaus ja tuki tiedostetaan tärkeäksi elementiksi psyykkisessä tukemisessa. Asiakkaat kaipasivat keskustelumahdollisuutta ja paljastivat, että jatkohoidon ja tuen hankkiminen jäi naisen omalle vastuulle. (vrt. Holopainen & Reinikainen 2009, 7, 26–27; Koponen & Laaksonen 2009, 72–73, 90; Tiainen & Tuukkala 2009, 23; Salonen & Torpo-Valkonen 2009, 28; Alhokoski ym. 2008, 16, 21; Pietarinen 1998, 52–56; Poikajärvi 1998, 68, 75.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaiseksi muodostuu naisten kokemus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä (vrt. Rainto 2004, 28, 47). Lisäksi työn tarkoituksena on kartoittaa, millaisia selviytymiskeinoja heillä itsellään on keskeytyskokemuksen läpikäymiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa naisten kokemuksista ja selviytymiskeinosta ja auttaa terveydenhuoltoa kehittämään raskaudenkeskeytyksen ohjausta ja neuvontaa naisen voimavaroja huomioivaksi ja tukeväksi.

Opinnäytetyön tutkimustehtäviksi muodostuvat seuraavat kysymykset:

1. Millainen on naisten kokemus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä?
2. Millaisia Basic Ph -mallin mukaisia selviytymiskeinoja nainen käyttää keskeytyskokemuksesta selvitäkseen?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tutkittava ilmiö määrittää ja asettaa vaatimuksia sopiville tutkimusmenetelmille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 12). Opinnäytetyön aiheena ovat naisten raskaudenkeskeytyskokemukset ja selviytymiskeinot, jota parhaiten voidaan tutkia kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä.

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella kuvataan todellista elämää ja lisätään ymmärtämystä tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimusaiheet ovat vähän tutkittuja tai arkoja aiheita, ja niistä pyritään tällöin löytämään tai paljastamaan tosiasioita uudesta näkökulmasta. Tyypillistä on, että tutkimustehtävä muuttuu tutkimuksen edessä. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan ihmistä tiedonkeruun välineenä, jolloin tarkoituksen mukaisesti valittujen tutkittavien näkökulmat ja oma ääni pääsevät tutkimuksessa esiin. Tapauksia käsitellään uniikkeina ja analyysin lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 27; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 160; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50, 57.)

6.1 Tutkimusaineiston hankinta

Laadullisen tutkimuksen myötä ovat yleistyneet sellaiset tiedonkeruutavat, joilla pyritään ymmärtämään tutkittavia heidän itsensä tuottamien asiakirjojen avulla. Aineistona voi olla esimerkiksi omaelämäkerrat, päiväkirjat ja kirjeet. Näiden avulla tutkittavia voidaan tietoisesti ohjata muistelemaan joitakin tapahtumia kuvaamalla niitä kirjallisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 212; Tuomi & Sarajärvi 2003, 86.)

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä oli teemakirjoittamisen. Teemakirjoitusaineisto pohjautuu tavallisten ihmisen kokemuksiin ja kerrontaan syntyen tutkijan ja kertojien yhteistyön tuloksena. Aineiston kiinnostavuus tutkijan kannalta on se, että ihmisen ilmaisevat omia käsityksiään ja tulkintojaan tutkimuskohteesta. Faktanäkökulmaa soveltava tutkija olettaa aineistojen sisältävän tosiasioita tutkimusaiheesta, ellei mikään ilmiselvä syy puhu niitä vastaan. Ihmisen toiminnan, ajattelun ja ilmaisun välistä suhdetta pidetään suorana ja yksinkertaisena: kirjoitettu on joko totta tai ei. Yleensä kirjoittajat sitoutuvatkin realistiseen tyyliin haluten kertoa totuuden, muistelun itselleen merkityksellisiä asioita ja rakentaen samalla omaa minuuttaan.

Parhaimmillaan teemakirjoittaminen tuottaa monipuolisen yleiskuvan, jossa kertojat tarinoineen kietoutuvat osaksi laajempaa näkemystä. (Helsti 2005, 149–153.)

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on saada tieteellinen, laadukas ja teoreettisesti yleistettävä aineisto. Tutkimuksen tarkoitus määrittää otoksen kokoa. Yleensä otokset ovat pieniä, sillä osallistujien määrän sijasta painotetaan laatua. Näin tutkittavien valintaperusteina ovat sellaiset henkilöt, jotka omaavat paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja jotka ovat halukkaita kertomaan kokemuksistaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83; Hirsjärvi ym. 2007, 176; Tuomi & Sarajärvi 2003, 88.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, jolloin tietyt tapahtumat, osallistujat ja osiot valitaan tietoisesti opinnäytetyön aineistoksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85; Tuomi & Sarajärvi 2003, 88). Tiedonantajiksi valikoitui lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen tehneet naiset, joiden kokemuksia tutkittiin teemakirjoittamisen avulla. Osallistujia oli neljä naista, joiden raskaudenkeskeytyksestä oli kulunut aikaa muutamia vuosia.

Internetissä julkaistiin ilmoitus opinnäytetyöstä kolmella keskustelupalstalla (Liite 2.): suomi24-sivuston Abortti-palstalla, Kaksplussan Äidit 20-30v.-palstalla sekä Vauva-lehden Osallistu tutkimukseen -palstalla. Kahteen viimeksi mainittuun otettiin ensin yhteyttä sivuston moderaattoreihin ja päätoimittajiin, joiden myöntämällä luvalla ilmoitus julkaistiin sivustoilla. Lisäksi otettiin yhteyttä Tampereen NNKY:n johtamaan Ituprojektiin, jossa toimii mm. abortin kokeneiden vertaistukiryhmiä. Toiminnanjohtaja välitti ilmoitusta eteenpäin vertaistukiryhmiin osallistuneille. Vapaaehtoisesti ilmoitukseeni vastanneet tiedonantajat lähettivät materiaalin sähköpostitse tekstitiedostona. Tässä on etuna se, että aineisto on jo kirjallisessa muodossa, joskin hankaluutena se, ettei osallistujiin saa henkilökohtaista kontaktia (Kylmä & Juvakka 2007, 59, 104; Kuula 2006, 174–175).

6.2 Analyysimenetelmä

Tutkimuksen tarkoitus luonnollisesti ohjaa analyysin kulkua. Tulokset syntyvät aineistosta tutkijan ajatustyön tuotteina. On järjesteltävä ja eriteltävä aineistoa, suhteutettava osia kokonaisuuksiin ja etsittävä merkityksiä kuvauksia tulkitsemalla, jäsentämällä ja käsitteellistämällä: tällaista on laadullisen sisällönanalyysin tekeminen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23–24; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 157–158.)

Sisällönanalyysi on laadullisen hoitotieteellisen tutkimusaineiston perusanalyysimenetelmä, jonka avulla analysoidaan ja kuvataan erilaisia aineistoja. Tavoitteena on ilmiön laaja, mutta kuitenkin tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsitelmalleja. Tekniikalla tuotetaan yksinkertaistettuja kuvauksia tavoittamalla aineistosta nousevia merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisäl-

lönalyysin käytön haasteeksi kuvataan sen joustavuutta, säännöttömyyttä ja tutkijan omien rajojen löytämistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–135; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21, 23.)

Keskeytyskokemusten analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa tutkimusaineiston pelkistämisestä, jossa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Prosessi jatkuu analyysiyksiköiden ryhmittelyllä, jolloin aineistosta etsitään ilmaisujen samanlaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut kootaan samaksi luokaksi, jonka jälkeen samansisältöisiä luokkia yhdistellään yläluokiksi. Opinnäytetyössä yläluokat järjestettiin paitsi tutkimuskysymyksen mukaan myös kronologiseen järjestykseen raskauden toteamisesta keskeytyksen jälkeisiin ajatuksiin (Liite 3.). Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuudet laajan teemakysymyksen vuoksi. (Helsti 2005, 155–156; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24–29; Tuomi & Sarajärvi 2003, 108–113.)

Keskeytyskokemuksen selviytymiskeinojen analysoinnissa käytettiin deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Teorialähtöinen analyysimalli nojaa johonkin tiettyyn teoriaan tai malliin: tässä työssä selviytymiskeinojen analysoinnin taustalla oleva teoria oli Ayalonin Basic Ph -malli. Mallin mukaisia ajatuskokonaisuuksia tiivistettiin ja ryhmiteltiin strukturoidun analyysirungon mukaisiin luokkiin (ks. luku 3.; taulukko 1.). Selviytymiskeinot merkattiin tulostettujen tekstien marginaaleihin Basic Ph -mallin mukaisilla kirjaimilla. Kirjaimia ja analyysiyksiköitä toisiinsa vertailemalla muodostettiin yläluokkien alle kuvaavat alaluokat. Selviytymiskeinojen yhteydessä tarkasteltiin myös passiivisten hallintakeinoja esiintymisjärjestystä suhteessa Basic Ph -malliin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 30–32; Tuomi & Sarajärvi 2003, 99–100, 116.)

Taulukko 1 Esimerkki selviytymiskeinojen analysoinnista Basic Ph –mallin mukaan.

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaisu
Uskomukset	<i>Koin työn parhaana terapiana. Liityin Käpy ry:n jäseneksi. Odotan lasta syntyväksi.</i>
Tunteet	<i>Olin todella kiukkuinen, itkin vain. Työstin ryhmän aikana varmasti eniten syyllisyyttä ja häpeää teoistani. Äitiyslomalle jäädessäni huomasin olevani tavallista masentuneempi.</i>
Sosiaalinen vuorovaikutus	<i>Ilmoittauduin Ituprojektin vertaistukiryhmään. Ainoan henkireiän tarjosi netin vertaistukifoorumi, jossa kävin päivittäin. Kävin läpi erilaisia terapiota. Keväällä hakeuduin terveyskeskuspsykologille. Sairaalapastori, jonka kanssa keskustelin kahden tunnin ajan keskeytyksen jälkeen. Kerroin miehelle suoraan miltä tuntuu ja että välillä ei vain enää jaksaisi olla asian kanssa yksin.</i>
Mielikuvitus	<i>Lisäksi kannan ikuista muistoa enkelivauvastani tatuointina selässäni. Ilmapallot, joihin saimme kirjoittaa viestin lapsillemme ja päästimme ne leijumaan taivasta kohden kirkon ulkopuolella. Itse valitsin esineeksi pienen enkelikorun.</i>
Kognitiot	<i>Toipumiseen auttoi ehkä eniten elämän jatkaminen. Etsin kuitenkin jo silloin googlesta, onko olemassa vertaistukiryhmiä abortin tehneille naisille. Tapaamiskerroilla saimme kotiin yleensä pieniä tehtäviä, joita meidän tuli miettiä seuraavaa kertaa varten.</i>
Fysiologisuus	<i>Meneillä oleva talonrakennuskin piti kiireisenä työn jälkeen. Hain lohtua kodin ulkopuolelta. Olin saanut nukahtamislääkkeitä lääkäriltä ja nukuin niiden avulla. Onnittelin vaisusti ja aloin kärsiä mielettömästä päänsärystä. Nukuin huonosti.</i>

7 TULOKSET

7.1 Kokemus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä

Tässä luvussa kuvaillaan naisten kokemuksia lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä opinnäytetyön tutkimustehtävien ja kysymysteemojen mukaan (ks. Liite 2.). Keskeytyskokemusta käydään läpi kronologisessa järjestyksessä. Lopuksi nostetaan esille naisten kertomuksista nousevia yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia.

7.1.1 Raskaudenkeskeytysprosessi

Aineistossa suurin osa naisista käytti ehkäisyä, ja heille raskaaksi tuleminen oli suuri yllätys, suorastaan shokki. Ehkäisyn pettäminen oli myös yksi yllättävä tekijä raskauden toteamisen yhteydessä. Naiset eivät maininneet, mitä ehkäisyvälinettä he raskauden ehkäisyssään käyttivät. Yhdelle vastaajista raskaus oli toivottu ja se oli päätetty pitää salassa ensimmäiseen ultraäänitutkimukseen saakka (H2). Eräällä vastaajalla oli takanaan kaksi raskaudenkeskeytystä saman kumppanin kanssa, mutta molemmat raskaudet olivat ei-toivottuja (H4).

Päätös siitä, pitääkö lapsi vai keskeyttääkö raskaus oli vastaajille vaikeaa. Päätöksentekoon saattoi kulua aikaa jopa toista kuukautta (H3). Yhdellä vastaajista sikiöindikaatiolla tapahtuneen keskeytyksen päätöksen pitkittyminen johtui näytteidenoton vastausten viivästymisestä usealla viikolla luvutusta (H2). Puolet vastanneista harkitsi silti lapsen pitämistä, vaikka olivat kuitenkin raskaudenkeskeytyksen kannalla. Keskeytystä puoltavia syitä naisten kertomusten mukaan olivat esimerkiksi opintojen keskeneräisyys, yksinhuoltajuuden pelko, sen hetkisen elämäntilanteen epävarmuus, parisuhteen vaikea tila sekä sikiöindikaatiolla keskeyttäneellä se, ettei hän halunnut lapsen kärsivän lyhyttä elinaikaansa.

Yksi vastaajista kuvasi olleensa sekavassa mielentilassa tunteiden velloessa ja eläneensä päätöksentekoaajan kuin sumussa. Hän oli itkuinen ja jopa niin stressaantunut, että elimistö reagoi siihen pahalla ihottumalla (H3). Kaksi keskeytystä tehnyt vastaaja kertoi ensimmäisen keskeytyksen päätöksentekoaikana tunteneensa syyllisyyttä ja katumusta (H4). *Oli kuin jokainen paikka, mihin menin, olisi ollut täynnä odottavia äitejä*, vastaaja kuvasi (H4). Toisella kertaa hän pohti, tulisiko koskaan olemaan äiti ja pelkäsi, pystyisikö koskaan saamaan lapsia tämän jälkeen (H4).

Keskeytyksen hakeminen ja prosessin eteneminen mainittiin muutamilla sanoilla vastaajien kertomuksissa, mutta lyhyet maininnat osoittavat, että naisille etukäteen annettava tieto prosessin etenemisestä oli riittävän selkeää.

Kertomuksissa oli yksi maininta ensimmäisestä yhteydenottoapaikasta lähetettävä varten, joka oli terveystieteiden lääkäri. Kahdessa kertomuksessa mainittiin ultraäänitutkimus: toisessa tarkoitettiin naistentautien poliklinikan suorittajalääkärin tekemää tutkimusta ja toisessa oli kyseessä ensimmäinen raskaudenajan ultraäänitutkimus. Pari vastaajaa mainitsi tarkasti lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen keston:

Menin sairaalaan kahdeksalta ja tarkoitus oli päästä pois puolen päivän aikoihin (H1).

Jouduin olemaan sairaalassa aamusta iltapäivä kahteen (H3).

Kaksi keskeytystä tehnyt vastaaja kuvasi lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen olleen helpompi kuin kaavinta: *Se on minun mielestäni jotenkin vähemmän pelottava ja lempeämpi (H4)*. Hän huomautti myös, että pienempi ja rauhallisempi tila osastolla helpotti tilannetta. Yksi vastaajista kertoi varsinaisen keskeytyspäivän menneen kuin sumussa, mutta olleensa *yllättäen rauhallinen enkä itkenyt koko päivänä (H3)*.

Puolet vastaajista kertoi lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen kivun olleen lievää ja vähäistä. Yksi vastaajista sai kivunlievittäjäksi lääkettä, jolle hän oli allerginen ja joka näin ollen aiheutti huimausta ja pahoinvointia. Erehdyksen selvittyä, vastaaja sai kaksi kipupiikkiä auttamaan oloa (H1).

7.1.2 Läheisten tuki raskaudenkeskeytyksessä

Kaikki vastanneet naiset olivat raskauden toteamisen aikaan parisuhteessa ja kertoivat raskaudesta miehelle. Miehen rooli korostui naisten kertomuksissa, sillä miehen mielipide ja tuki vaikuttivat suuresti päätöksentekoon ja keskeytysprosessin kulkuun. Suurella osalla vastaajista parisuhteen tila oli epävarma, riitaisa tai kriisissä raskauden alkaessa. Yksi vastaajista kertoi miehen olleen heti abortin kannalla pystymättä harkitsemaan edes muita vaihtoehtoja (H1). Toisen vastaajan kumppani painosti naista aborttiin vihjailemalla naisen olleen uskoton, mutta toisaalta mies pohti tulevan lapsen elinoloja: *Hän ei omien sanojensa mukaan tiennyt, pystysikö rakastamaan lasta kuin omaansa, koska syntyisi tällaiseen tilanteeseen. - - Hän halusi lapselle "ehjän" perheen, jossa isä ja äiti ovat yhdessä (H3)*. Erään vastaajan kumppani lupasi olla naisen tukena päätöksenteossa ja keskeytyksessä, mutta kertomuksesta kuului naisen pettymys miehen tukeen: *No, tuki ja tuki... kuinka sen kukin mieltää (H4)*.

Kaikista kertomuksesta ilmeni myös se, että mies vetäytyi emotionaalisesti juuri sillä hetkellä, kun keskeytyksen tehnyt nainen toivoi eniten tukea. Erään vastaajan mies ei pystynyt lähtemään töistä hakemaan naista sairaalasta lähettämällä hakijaksi veljensä. Sama mies pysytteli koko päivän poissa, pyörähtäen illalla kotona ja lähtien juomaan (H1). Sikiöindikaatiolla keskeyttäneen

vastaajan mies ei kyennyt osallistumaan enää tutkimuksiin ja keskeytykseen osastolla (H2). Toisen vastaajan mies *kertoi olevansa helpottunut, ja sanoi lapsen olevan nyt paremmassa paikassa...* (H3).

Ehkä miehiä asia ei ”vaivaa” niin paljon kuin naisia tai sitten he ehkä eivät vain näytä tunteitaan (H4).

Naiset kertoivat raskaudesta ja keskeytysaikeistaan paitsi kumppaneilleen myös omille vanhemmilleen ja parhaille ystävilleen. Erään vastaajan vanhemmat suhtautuivat hänen mukaansa ihanasti raskauteen olleen valmiita auttamaan lapsen kasvattamisessa (H3). Ystävien tuki oli tärkeää, yhden vastanneen tukihenkilönä sairaalassa oli hänen paras ystävä (H3). Sikiöindikaatiolla raskauden keskeyttänyt pariskunta kertoi keskeytysaikeista parhaille ystävilleen tukea kaivaten, mutta vanhemmilleen raskaudesta ja keskeytyksestä vasta keskeytyksen jälkeen: *Perheet saivat tietää vasta jälkeensä, omalle äidillekin soitin sairaalasta vauvan synnyttyä (H2).*

7.1.3 Hoitohenkilökunnan asenne ja käyttäytyminen

Sikiöindikaatiolla raskauden keskeyttänyt vastaaja oli harmistunut ultraääni-tutkimusten tehneiden lääkärin ristiriitaisuuteen. Hän kertoo ensimmäisen lääkärin kuvanneen sikiössä olevien muutosten olevan niin pahoja, että sikiö tuskin selviää, toisen lääkärin kommentti ”kyllähän se tosiaan sairastuvuutta hieman lisää” jäi vastaajan mieleen katkerana (H2). *Hän siis mitä ilmeisimmin oli päätöksestämme eri mieltä (H2)*, vastaaja totesi. Toinen vastaaja kertoi naistentautien poliklinikan työntekijöiden vastuullisuudesta: *Poliklinikalla oli tarjottu ensimmäinen lääke, jolla keskeytys alkaisi. Lääkäri ja hoitajat eivät suostuneet antamaan sitä minulle, koska olin niin sekavassa mielentilassa ja selkeästi epävarma päätöksestäni (H3)*. Poliklinikan lääkäri oli myös antanut tietoa pelokkaalle asiakkaalle mahdollisuudesta saada sekä rauhoittavia lääkkeitä että tehokkaita kipulääkkeitä (H3).

Suurin osa vastanneista naiset kuvaili sairaalan henkilökuntaa ihanaksi, asialliseksi ja ymmärtäväiseksi. Vain yksi vastaaja oli pettynyt henkilökunnan käyttäytymiseen: *Hoitaja oli tympeä ja käyttäytyi minua kohtaan kylmästi koko ajan (H1).*

Keskeytyksen jälkeen henkilökunnan henkinen tukeminen jäi kahden vastanneen mielestä vähäiseksi. *Kun lähdin sairaalasta, kättilö kysyi vain ”miltä susta nyt tuntuu” (H3)*. Hän kertoo, ettei henkisen tuen tarpeesta ja siitä, mistä sitä voisi hakea, ei puhuttu ollenkaan (H3). Sikiöindikaatiolla keskeyttänyt nainen kertoi osaston tarjonneen sairauslomaa, mutta vastaaja oli pyytänyt vain keskeytyspäivälle sairauslomaa (H2). Ilmoittaessaan neuvolaan, ettei *enää aikoja tule tarvitsemaan, oli puhelimesta terveydenhoitaja kovin huolissaan jaksamisestani (H2)*, vastaaja kertoi.

7.1.4 Keskeytyksen jälkeen

Raskaudenkeskeytys ei koskaan unohdu vastaajien mielestä. Eräs vastaaja pohtii yhä usein, oliko ratkaisu oikea tietäen samalla, että päätös oli lopulta kuitenkin oikea, vaikka *välillä kadun ja jossittelen* (H1). Keskeytys käy muutamien vastaajien mielessä lähes päivittäin. Vertaistukiryhmässään kokemusta työstänyt vastaaja kertoo miettivänsä, miltä lapsi näyttäisi tänä päivänä ja kuinka vanha hän nyt olisi (H3).

Vastaajat tunsivat surua, joka aikaa myöten ja asiasta puhuttaessa aina hieman helpottaa: *Eihän se koskaan mene pois, mutta sen kanssa eläminen helpottuu* (H1); *Joka kerta kertoessamme, kuristava suru hellittää otettaan hieman* (H2). Muuan vastaajista kuitenkin kuvaili, ettei *osaa surra eikä minulla ole siihen oikeutta, koska olin itse valinnut keskeytyksen* (H3). Vertaistukiryhmässä hän sai käsitellä erilaisia tunteita.

Aloin surra sitä, että olen menettänyt lapsen. Annoin ikään kuin itselleni anteeksi sen, mitä olin tehnyt. Vaikka täydelliseen anteeksiantoon tuskin tulen koskaan pystymään (H3).

Osa vastaajista kertoi muistelevansa merkkipäiviä. Äitienpäivä ja odotettu laskettu aika ovat arkoja aikoja. Sikiöindikaatiolla keskeyttänyt nainen kertoo käyvänsä yhteishaudalla keskeytyspäivänä ja vauvan laskettuna syntymäpäivänä (H2).

Vastaajista kaksi tuli raskaaksi saman kumppanin kanssa keskeytyksen jälkeen, toinen kaksi vuotta ja toinen puoli vuotta myöhemmin. Toinen vastanaisista naisista kertoo biologisen kellonsa alkavan jo tikittää ja pelkää olevansa liian vanha ensisynnyttäjäksi. Tehdyt keskeytykset saivat hänet pelkäämään ja pohtimaan raskaaksi tulemisen mahdollisuuksia, äitiyttä ja sitoutumista lapseen (H4).

7.1.5 Yhteistä ja erilaista

Kaikissa kertomuksissa nousi esiin päätöksen teon vaikeus, kumppanin vaikutus päätöksenteon helppouteen tai vaikeuteen ja vellovat, vaihtelevat tunteet. Koko ajan kertomusten taustalla paistoi yksinäisyys, se, että nainen oli henkisesti yksin keskeytysprosessissa raskauden toteutamisesta alkaen. Ei ole mikään ihme, että keskeytys on naisten mielessä vuosia sen jälkeenkin.

Naisten kertomuksista löytyi myös muutamia eroavaisuuksia. Eräs vastaaja kertoi järkensä sanoneen heti abortin olevan oikea vaihtoehto positiivisen raskaustestin jälkeen. *Samalla kuitenkin jonkinlainen side lapseen alkoi hiljalleen muodostua. Aloin mm. Miettimään työpaikan vaihtoa, koska työpaikkani ei ollut turvallinen lasta odottavalle* (H3), nainen kirjoitti. Miettiessään lopullista päätöstään, sama vastaaja kertoi pelänneensä lääkkeellistä keskeytystä paljon.

Hän luki internetin aiheeseen liittyviä keskustelupalstoja, ja pelkoni vain kasvoi. Keskusteluissa puhuttiin verisistä sikiöistä vessanpöntössä ja kuukautisteistä, järkyttävistä kivuista, verenvuodosta, lapsettomuudesta... Luulin, etten tule kestämaan tilannetta, ja että pääni sekoaa (H3). Loppujen lopuksi hänen kokemuksensa keskeytyksestä oli keskustelupalstojen kuvailua lievempi vähisillä kivuilla ja keskeytyksen sujuessa melko nopeasti käynnistyttyään.

Kaksi kertaa raskauden saman kumppanin kanssa keskeyttänyt nainen kertoi miehensä suhtautumisen häneen muuttuneen viimeisimmän keskeytyksen jälkeen: *seksielämämme niin sanotusti kiihtui ja kuoli toisen keskeytyksen jälkeen* (H4). Hän kuitenkin kertoi heidän pystyvän puhumaan monista asioista kohtuullisen avoimesti pariterapiakäyntien jälkeen, mutta *vain muutama asia, joita emme käsittele, on seksi ja lapset. Ne ovat tabuja* (H4).

7.2 Selviytymiskeinot Basic Ph –mallin mukaan

Keskeytyksen jälkeen naiset kokivat jäävänsä henkisesti yksin eivätkä puhuneet tapahtuneesta kenellekään. Passiivisia selviytymiskeinoja käytettiin kertomusten mukaan puolesta vuodesta jopa kahteen, kolmeen vuoteen. Jossain vaiheessa kuitenkin kaiken pahan olon sisällä pitäminen oli mahdotonta ja tämän rajan tultua vastaan, naiset alkoivat käyttää aktiivisia selviytymiskeinoja työstääkseen kokemustaan.

Luettelo passiivisista selviytymiskeinoista (ks. luku 3.1):

- *En kyennyt puhumaan asiasta (H1).*
- *Yritin olla reipas ja näyttämättä paha oloa kenellekään (H1).*
- *Kupillinen kahvia ja naamion sai taas päälle (H2).*
- *Vakuutin pärjääväni (H2).*
- *Olin todella ahdistunut, ja välillä oli mielessä itsetuhoisiakin ajatuksia (H3).*
- *Olin todella kiukkuinen, nukuin huonosti ja itkin vain (H3).*
- *En kertonut juuri kenellekään keskeytyksestä ja kärsin ajatuksieni kanssa yksin (H4).*
- *Viisi kertaa otin yliannostuksen rauhoittavia lääkkeitä (H4).*

Henkinen ulottuvuus

Henkisesti suuntautuneessa selviytymiskeinossa korostuivat eniten vastuunkantaminen. Eräs nainen koki työn parhaana terapiana, sillä se siirsi ajatukset pois omasta surusta ja menetyksestä. *Muita auttaessa oma suru unohtui hetkeksi kerrallaan (H2)*, hän kirjoitti. Sama henkilö liittyi myös vertaistukiyhdistykseen auttaakseen muita samanlaisessa tilanteessa olevia (H2). Vastuunkantoon liittyi myös uusi raskaus, kypsyminen ja valmius ottaa uusi lapsi vastaan (H1). Vain yksi nainen mainitsi objektiivisesti uskonnon auttamiskeinona: *Se, että joku rukoilee sinulle hyvää oloa ja henkistä vapautumista, on uskomattoman hyvän tuntuista (H4).*

Emotionaalinen ulottuvuus

Kaikki vastanneet naiset käyttivät jossain määrin emotionaalisia selviytymiskeinoja. Selittämätöntä pahaa oloa, ahdistuneisuutta, kiukkua ja itkemistä esiintyi pian keskeytyksen jälkeen (mm. H1, H2, H3). *En osannut yhdistää pahaa oloani keskeytykseen, ja ihmettelin, että mikä on pielessä* (H3), mietti eräs vastanneista naisista. Osa naisista koki myös alakuloisuuden ja masentuneisuuden tunteita laidasta laitaan (mm. H2). Vakavimmillaan nainen sairastui masennukseen: *Kaiken valveilla oloaikani itkin. Kaikki, mitä pystyin, oli rauhautua aamulla sohvalle itkemään ja palata illalla sänkyyn* (H4).

Vertaistukiryhmässä olleet naiset työstivät järjestelmällisesti monia eri tunteita: *Työstin ryhmän aikana varmasti eniten syyllisyyttä ja häpeää teoistani. Ne olivat vahvimpia tunteita, joita tunsin* (H3). Toisessa ryhmässä osallistujille oli varattu ilmapallot, johon he saivat kirjoittaa viestin lapsilleen ja päästää ilmapallot leijumaan taivasta kohti. (H4).

En osaa sanoa kuvailla tunteitani, jotka menivät rakkaudesta kaipuuseen, tyhjyydestä irtipäästämiseen. Jotenkin se, että päästi jostain konkreettisesti irti, oli vapauttavaa (H4).

Sosiaalinen vuorovaikutus

Ylivoimaisesti eniten käytetty selviytymiskeino oli sosiaalinen vuorovaikutus. Ennen kaikkea keskustelu läheisten, ammatti-ihmisten ja vertaisten kanssa koettiin auttavaksi. Keskeytyspäätöksen tehtyään eräs nainen miehensä kanssa keskusteli tilanteesta parhaiden ystäviensä kanssa: *“oli pakko saada puhua jollekin* (H2). Pelkästään kumppanilleen pahan olonsa purkanut nainen mainitsi, että *asiasta puhuminen olisi auttanut ja olisin todella kaivannut ihmistä, joka olisi kokenut saman kuin minä, ja sitä kautta ymmärtänyt, miltä minusta tuntuu* (H1). Tuoreimmiltaan keskeytyksen jälkeen apua tarjosi netin vertaistukifoorumi: *Se auttoi. Joukossa on kuitenkin voimaa* (H2). Eräs vastanneista naisista kertoi käyttävänsä paljon nettiä ja etsineensä jo pian keskeytyksen jälkeen Googlen avulla vertaistukiryhmiä abortin tehneille naisille (H3). *Ryhmän tuki auttoi minua erittäin paljon, ja olen siitä ikuisesti kiitollinen* (H3), hän kertoi.

Tukea haettiin ja saatiin myös ammatti-ihmisiltä. Eräs keskeytyksen tehnyt nainen kiitti sairaalapastoria, jota *ilman en varmaankaan olisi pärjännyt noina ensimmäisinä päivinä* (H2). Myöhemmin hän hakeutui terveyskeskuspsykologille masentuneisuuden vuoksi: *Sai puhuttu ihan vieraalle ihmiselle. Se auttoi jäsentelemään asioita, saamaan surun purettua* (H2). Toisen masentuneen naisen paras ystävä vei hänet lääkäriin apua saamaan (H4). Hän käytti myös psykologin palveluita, jolta koki saavansa riittävästi apua (H4). Lisäksi hän meni vielä terapiaan *vain ja ainoastaan näiden keskeytyksen vuoksi* (H4).

Vastauksissa esiintyi myös tuen antamista keskeytyksen jälkeen muille saman kokeneille. Eräs nainen liittyi vertaistukiyhdistykseen ja käy ahkerasti vertaistukifoorumeilla: *olen koettanut vuorostani olla se, joka tukee muita. Olenhan*

jo vähitellen selvinnyt (H2). Hän käy myös muilla netin keskustelupalstoilla ja siellä koettanut saada ihmisiä ymmärtämään, ettei elämä ole mustavalkoista, ei ole vain oikeaa ja väärää (H2).

Luova selviytymiskeino

Luovuutta käytettiin melko vähän selviytymiskeinona. Luovuus näkyi selviytymiskeinoina erityisesti vertaistukiryhmään osallistuneiden naisten vastauksissa. Eräessä ryhmässä *syntymättömälle lapselle sai esimerkiksi kirjoittaa kirjeen, valita jonkin esineen symboloimaan häntä tai jotain muuta vastaavaa (H3)*, muisteli yksi vastanneista. Tämä nainen valitsi ystävältään lahjaksi saamansa pienen enkelikorun muistuttamaan syntymättömästä lapsesta. Edelleen hän saattaa pohtia, miltä lapsi nyt näyttäisi ja kuinka vanha hän olisi (H3). Toisessa ryhmässä viimeisellä tapaamiskerralla kaikki saivat ilmapallot, johon he saivat kirjoittaa viestin lapselle, ja ne päästettiin leijumaan taivaalle kirkon ulkopuolella. Tähän osallistunut nainen kirjoitti palloihin *hyvästi rakkaat (H4)*. Yksi vastanneista naisista puolestaan kantaa enkelivauvastaan ikuista muistoa tatuoinnin muodossa (H2).

Kognitiivinen selviytymiskeino

Vastanneista naisista pari käytti myös kognitiivista selviytymiskeinoa. Oman suunnan etsimistä, elämän jatkamista haluamallaan tavalla kuvailtiin muutamissa kirjoituksissa. Eräs nainen muutti uuteen asuntoon keskeytyksen jälkeen, vaihtoi koulua ja alkoi opiskella haluamaansa alaa (H1). Heti keskeytyksen jälkeen yksi vastanneista suunnitteli jatkavansa elämäänsä normaalisti eteenpäin: *Mies jää taakse, haen opiskelemaan, elämä tulee jatkumaan mukavasti (H3)*.

Tiedonkeruustrategiaa käytti yksi nainen hakemalla tietoa internetistä ennen ja jälkeen keskeytyksen (H3). Vertaistukiryhmässä olleet naiset saivat myös kotitehtäviä, asioita, joita heidän tulo mieltä seuraavaa kertaa varten (H3).

Fysiologinen selviytymiskeino

Lähes kaikki vastanneet naiset reagoivat keskeytykseen jälkeenpäin fyysisesti. Osa nukkui huonosti (H3), jopa niinkin, että sai nukutuksi vain lääkärin määräämien nukahtamislääkkeiden avulla (H4). Talonrakennus piti pariskunnan kiireisenä työn jälkeen, ettei keskeytyskokemuksen purkamiseen voitu paneutua (H2). Muiden raskausuutiset vaikuttivat juuri keskeytyksen tehneeseen naiseen rajusti: *Onnittelin vaisusti ja aloin kärsiä mielettömästä päänsärystä (H2)*. Sikiöindikaatiolla keskeytyksen tehnyttä naista asian käsittelyssä auttoi se, että kaksi viikkoa keskeytystä myöhemmin he kantoivat siunaustilaisuudessa itse pienen arkun hautausmaalle tuhkattavaksi (H2). Negatiivisina käsittelykeinoja mainittiin mm. parisuhteen ulkopuoliset suhteet (H4) ja lääkkeiden väärinkäyttö: *Viis kertaa otin yliannostuksen rauhoittavia lääkkeitä ja olin joitakin kertoja sairaalahoidossa (H4)*.

7.2.1 Yhteenveto selviytymiskeinoista

Kaikkia Basic Ph -mallin mukaisia selviytymiskeinoja löytyi vastanneiden naisten kertomuksista, jokaisella korostui omat, tietyt selviytymiskeinot. Esimerkiksi eräällä vastanneella naisella korostui enimmäkseen sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen että fysiologisuuden ulottuvuudet, kun taas toinen käytti enemmänkin kognitiivista selviytymiskeinoa.

Taulukossa 2. on esitetty tiivistetysti Basic Ph –malli kirjallisuuden (ks. luku 3.2) ja opinnäytetyön aineistossa esiin nousseiden ilmaisujen mukaan.

Taulukko 2 Basic Ph –mallin esimerkit lähteiden (Matikka 2006; Ayalon 1995, 28) ja opinnäytetyön tulosten mukaan.

Ulottuvuus	Ulottuvuuksien kuvailu	Opinnäytetyön ulottuvuudet
Belief, uskomukset	Uskonto, arvot, ideologia, vastuunkanto yms.	Esirukous, uusi raskaus, työ, yhdistystoiminta.
Affects, tunteet	Tunteiden ilmaisu vapaasti piirtäen, tanssien, musiikin avulla jne.	Kiukku, itkeminen, syyllisyys, häpeä, masentuneisuus, masennus.
Social interaction, sosiaalinen vuorovaikutus	Läheiset, ryhmät, vertaistuki, järjestöt, tuen hakeminen jne.	Muiden tukeminen, ystävät, keskustelu, kertominen, sairaalapastori, psykologi, terapia, vertaistuki.
Imagination, mielikuvitus	Mielikuvat, unet, intuitio, luovuus, jne.	Korut, tatuointi, ilmapallot, muistelu.
Cognition, kognitiot	Tiedonhaku, sisäinen dialogi, tärkeysjärjestys, järjesteistäminen jne.	Opiskelu, muutto, tiedonhaku, kotitehtävät, elämän jatkaminen.
Physiological, fysiologisuus	Liikunta, luonto, rentoutuminen, syöminen, päihitteet yms.	Päänsärky, unettomuus, lääkkeiden väärinkäyttö, seksi, talonrakennus, hautaus.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaiseksi naisten kokemus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä muodostuu. Raskaudenkeskeytys lääkkeellisesti on Suomessa varsin uusi menetelmä eikä sitä ole kovin paljoa tutkittu. Opinnäytetyön toisena tutkimustehtävänä oli kartoittaa naisten käyttämiä selviytymiskeinoja keskeytyksen jälkeen Ayalonin (1995) Basic Ph -mallin mukaan. Työn tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuloksia käytettäisiin kehittämään ja parantamaan raskaudenkeskeytystä hakevien naisten ohjausta sekä lisäämään tietoa erilaisten tukimuotojen kehittämiseksi keskeytyksen tehneille naisille.

8.1 Raskauden keskeyttämisen eettiset ongelmat

Raskaudenkeskeytyksen eettinen ongelma liittyy merkittävään arvoon, elämän säilyttämiseen. Keskeyttämisen pohtimisessa kohtaavat naisen näkemys syntyvän ja syntymättömän lapsen arvosta sekä kulttuurillisten ja uskonnollisten tekijöiden vaikutukset. (Alajoki 2009, 32.)

Kun kiistellään raskaudenkeskeytyksestä, törmäävät usein kaksi vastakkaista näkökantaa toisiinsa. Raskaudenkeskeytyksiin kielteisen kannan ottaneet ovat elämän säilyttämisen kannalla. Tämän arvon omaavat ihmiset katsovat, että ihmiselämä alkaa munasolun hedelmöitymisestä ja siksi sikiöllä on oikeus syntyä. (Alajoki 2009, 32; Mäkinen 2006, 63.) Raskauden keskeyttämiseen vapaamielisesti suhtautuvat katsovat naisen valinnanvapauden ja kehonsa itsensä määräämisoikeuden ohittavan sikiön oikeuden elää. Liberaalia näkökulmaa kannattavat ajattelevat, että elämän alkamisen ajankohta myöhemmin ja että sitä on vaikea määrittellä. Kysymykseen, milloin sikiöstä tulee ihminen, ei ole yksiselitteistä vastausta. Lääketieteellisesti noin 18 vuorokautta hedelmöitymisen jälkeen kohtuontelon limakalvolle kiinnittyneellä munasolulla on mahdollisuus elämään. Kuitenkaan kaikista hedelmöittyneistä munasoluista ei tule ihmistä, sillä arvioiden mukaan noin 40 % alkioista pystyy kiinnittymään kohdun seinämään. (Viljanen 2011, 15; Järvi 2007, 25; Lääkärin etiikka 2005, 60; Pietarinen 1998, 7.)

Elämän alkamisen rajan määrittäminen on raskaudenkeskeytyksen eettisessä pohdinnassa keskeistä. Eri maiden vaihtelevien aborttikäytäntöjen mukaan sikiön arvo kasvaa liukuen sikiön iän mukana, eli sikiöllä ei ole heti täyttä ihmisarvoa. (Lääkärin etiikka 2005, 60.) Laki raskauden keskeyttämisestä (239/1970) pyrkii helpottamaan elämän alkamisen määrittelyä (Alajoki 2009, 32). Sosiaalisilla syillä raskauden saa keskeyttää 12. raskausviikkoon mennessä ja Valviran luvalla 20. raskausviikkoon mennessä, ja äidin sairauden tai vamman tai sikiöllä todetun vaikean sairauden tai vamman takia 24. raskausviikkoon mennessä. (239/1970, 5§.) Raskauden keskeyttämisen rajana pidetään viimeistään sitä ajankohtaa, jolloin sikiö selviytyisi elävänä kohdun ul-

kopuolella. Suomalaisissa tutkimuksissa 24. raskausviikon jälkeen syntyneistä 40 % jäi eloon ja heistä noin puolet oli terveitä puolentoista vuoden iässä (Lääkärietiikka 2005, 60, 72).

Raskaudenkeskeytyksissä 91 % tehdään sosiaalisilla syillä (Heino ym. 2009). Tällöin eettisen pohdinnan keskipisteessä ovat naisen tai perheen omat arvot. Nainen voi pitää elämäntilannettaan epäsopivana lapsen vastaanottamiselle (vrt. Turpeinen 2010, 35; Alajoki 2009, 33; Vuento 2000, 1480; Sihvo & Kosunen 1998, 51). Myös sikiöindikaatiolla tehtävä raskaudenkeskeytys on eettinen ongelma, sillä päätös siitä, keskeyttääkö vai jatkaako raskautta, ei ole yksinkertaista. Nainen ja perhe joutuvat puntaroimaan arvojaan ja ihmiskäsityksiään ja arvioimaan omia voimavarojaan vammaisen lapsen hoitamisessa. Usein raskaus voi olla niin pitkällä, että äiti on tuntenut sikiön liikkeitä ja pitää lastaan ainutlaatuisena yksilönä, jolla on oikeus ja mahdollisuus elää. (Kanto ym. 2010, 48; Alajoki 2009, 33; Koponen & Laaksonen 2009, 68, 70; Lääkärietiikka 2005, 61.)

Naisen ja hänen sisällään olevan sikiön tasa-arvoisuutta on vaikea toteuttaa käytännössä. Sisäkkäisyys luokkin joissakin tilanteissa eturistiriitoja naisen ja sikiön välille, ja jommankumman etujen äärimmäinen korostaminen vie keskustelun mahdolltomuuksiin. On huomioitava se, että sikiö on riippuvainen äidistään ja siksi epätasa-arvoisessa asemassa aikuisen ihmisen rinnalla. Eettiseksi ongelmaksi nousevat kysymykset siitä, kenen oikeuden ovat tärkeämmät ja kenellä on oikeus päättää siitä, kuka saa syntyä ja kuka ei. (Kanto ym. 2010, 21; Alajoki 2009, 66, 71, 82; Lääkärietiikka 2005, 60.)

8.2 Naisten kokemus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä tulosten mukaan

Raskaaksi tuleminen oli vastaajille yllätys, vaikka he käyttivät ehkäisyä. Raskaudenkeskeytystilaston mukaan lähes 63 % ilmoitti käyttäneensä ehkäisyä, kuten kondomia tai pillereitä, ei-toivotun raskauden alkaessa (Heino ym. 2009). Erään tutkimuksen mukaan yli puolet naisista oli vaihtanut ehkäisymenetelmää tehottomampaan vaihtoehtoon ennen ei-toivotun raskauden alkamista (Suhonen & Heikinheimo 2008, 459; Poikajärvi 1998, 43). Tutkimukset kertoivat, että suunnittelematon raskaus on ollut naisille stressaava ja vaikeasti käsiteltävä asia. Ehkäisyn pettämistä ja raskaudenkeskeytystä ei kuviteltu osuvan omalle kohdalle tämänkään työn tulosten mukaan. (Ihme & Rainto 2008, 187; Alhokoski ym. 2008, 14; Poikajärvi 1998, 35, 71; Aalto 1993, 188; Notkola 1993, 88.)

Päätöksenteko oli vastaajille vaikeaa niin tämän kuin muidenkin suomalais-tutkimusten mukaan. Rainnon (2004, 31–32) tutkimuksessa päätöksen pohtimisessa keskeistä oli epävarmuus, sillä päätös saattoi vaihtua monesti lyhyen ajan sisällä monenlaisten tunteiden vallitessa. Päätöksenteon aikana vastaajat kokivat monenlaisia tunteita ja tuntemuksia, jopa niin, että eräällä vastaajalla stressi laukaisi pahan ihottuman. Pietarinen (1998, 44–46, 52) laati tutkimuksensa pohjalta viisi erilaista päätöksentekotyyppiä, joista tähän opinnäytetyö-

hön osallistuneet naiset käyttivät päätymistä heti tai kypsymällä harkinnan myötä keskeytykseen.

Raskauden keskeyttämiseen johtavat syyt olivat hyvin samankaltaisia niin tässä kuin myös muissa tutkimuksissa (mm. Turpeinen 2010, 35; Alajoki 2009, 32–33 Tiainen & Tuukkala 2009, 31; Vuento 2000, 1480; Sihvo & Kosunen 1998, 51; Aalto 1993, 183). Keskeytystä puoltavia syitä olivat opinnäytetyön tulosten mukaan opintojen keskeneräisyys, yksinhuoltajuuden pelko, elämäntilanteen epävarmuus ja vaikea parisuhde. Sikiöindikaatiolla keskeytyksen tehnyt nainen ajatteli lapsensa parasta, sillä hän ei halunnut lapsensa kärsivän edes lyhyttä elinaikaansa. Sama käy ilmi myös Kuposen ja Laaksosen tutkimuksessa (2009, 76).

Naiset kertoivat keskeytysaikeista läheisille ystävilleen ja omille vanhemmilleen. Luottamuksen arvoisten ja ymmärtävien ystävien ja vanhempien tuki koettiin tärkeäksi. Sama oli huomattu mm. Rainnon (2004, 30, 47), Pietarisen (1998, 17, 56), Alhokosken ym. (2008, 26), Turpeisen (2010, 26) sekä Sihvon ja Kosunen (1998, 59) tutkimuksissa.

8.2.1 Miehen merkitys raskauden keskeyttämisessä

Tässä opinnäytetyössä mies sai huomattavan roolin naisen päätöksenteossa ja keskeytyskokemuksen muodostumisessa. Kolmella neljästä vastaajasta parisuhde oli raskauden alkaessa epävarma ja riitaisa, mikä vaikutti miehen mielipiteisiin ja tukeen. Naisten tarvitessa kumppanin tukea konkreettisen läsnäolon merkeissä, mies "meni lukkoon" ja vetäytyi kauemmas niin henkisesti kuin fyysisestikin. Muissa tutkimuksissa on todettu, että elämänkumppanin tuki oli merkittävä ja vähensi naisen ahdistusta selventäen tilannetta naiselle itselleen (Alhokoski ym. 2008, 26; Pietarinen 1998, 13, 37, 52). Toisaalta erään tähän opinnäytetyöhön osallistuneen naisen ahdistus pikemminkin lisääntyi hänen joutuessa kantamaan myös miehen murheita.

Holmberg ja Wahlberg (2006, 43, 50, 52, 55) mainitsevat, että yleensä nuoret miehet halusivat olla osallisia päätöksenteossa, olla kumppaninsa tukena toimenpiteessä, ja tukea ja huolehtia kumppanistaan keskeytyksen jälkeen. Päätöksenteossa parisuhteen laatu vaikutti hyvin paljon. Ensireaktio raskausuutiseen oli riippuvainen yksilöstä, persoonallisuudesta, iästä ja muista tekijöistä. Miehet kokivat prosessin aikana ristiriitaisia tunteita, kuten pelkoa, syyllisyyttä, surua ja pettymystä, toisaalta myös iloa ja onnellisuutta raskaudesta. Työhön osallistunut nainen kuvaili kumppaninsa ristiriitaisia tunteita, jotka vaihtelivat raskauden kieltämisestä lapsen edun ajattelemiseen.

Eräs vastaaja kertoi myös miehen suhtautumisen häneen naisena muuttuneen viimeisimmän keskeytyksen jälkeen. Seksielämä vähentyi dramaattisesti, ja parin keskusteluissa tabuaiheita ovat seksi ja lapset. Useissa amerikkalaisissa tutkimuksissa ei ole todettu keskeytyksen vaikuttavan merkittävästi seksuaali-toimintoihin (Halonen 2010, 21). Raskaudenkeskeytys vaikuttaa hetkellisesti

sekä miehen että naisen seksuaalisuuteen ja sen ilmaisemiseen. Syyllisyyden ja huonommuuden tunteet ja uuden raskauden pelko voivat vieraannuttaa parisuhdetta toisistaan. (Kanto ym. 2010, 29–30; Ryttyläinen & Valkama 2010, 108; Fok, Siu & Lau 2005, 257–258.)

8.2.2 Raskauden keskeyttäminen

Opinnäytetyön tulosten mukaan raskaudenkeskeytyksen hakeminen ja tieto toimenpiteestä oli vastaajille riittävän selkeää. Asiallinen ja ymmärtäväinen sairaalan hoitohenkilökunta antoi riittävästi tietoa toimenpiteestä ja toimi vastuullisesti päätöksistään epävarmojen naisten kohdalla. Sairaalan henkilökunta on muissakin tutkimuksissa kuvattu asialliseksi ja ystävälliseksi (Skogster 2010, 57; Koponen & Laaksonen 2009, 82; Salonen & Torpo-Valkonen 2009, 28; Rainto 2004, 37–38, 47; Poikajärvi 1998, 58–59, 82; Pietarinen 1998, 53, 56–57; Sihvo & Kosunen 1998, 54, 57–58).

Lääkäreiden käytöstä on tutkimuksissa kuvattu ala-arvoiseksi ja moralisoivaksi (mm. Kanto ym. 2010, 46–47; Koponen & Laaksonen 2009, 83; Tuomaala 2008, 50, 52, 55; Poikajärvi 1998, 57), ja tässä opinnäytetyössä moralisoivan lääkärin oli kohdannut sikiöindikaatiolla raskaudenkeskeytyksen tehnyt nainen. Sen sijaan positiivisen kuva naistentautien poliklinikan hoitajista ja lääkäreistä antoi toinen vastaaja, jolle henkilökunta kieltäytyi antamasta keskeytyksen aloittavaa lääkettä hänen päätöksen selkeän epävarmuuden takia. Kyseisen naisen kohdalla lääkäri oli myös rauhoitellut ja antanut tietoa itse toimenpiteestä.

Monissa opinnäytetöissä naistentautien poliklinikan henkilökunta on koettu miellyttävämmäksi verrattuna terveysaseman hoitajiin. Poliklinikan työntekijät kohtaavatkin päivittäin enemmän keskeytysasiakkaita kuin terveysaseman hoitajat. Työnsä ja kokemuksen puolesta he osaavat hyväksyä naisen kokonaisvaltaisesti, vaikeivät hyväksyisikään hänen tekoaan. (Kanto ym. 2010, 40, 62; Skogster 2010, 54–55, 57; Alhokoski ym. 2008, 27.)

Lääkkeellistä raskaudenkeskeytysmenetelmää eräs vastaaja kuvasi vähemmän pelottavammaksi ja lempeämmäksi kaavintaan verrattuna. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan lääkkeellisen keskeytysmenetelmän kipu oli lievää. Rainnon (2004, 34, 37, 47) tutkimuksessa lääkkeellisen menetelmän kivuliaisuus oli kuvattu voimakkaaksi ja siihen verrattuna kivunlievitys riittämättömäksi.

Raskaudenkeskeytyksen Käypä Hoito -suosituksen mukaan yli 90 % koskee keskeytyksen kivuliaaksi, kun toimenpide tehdään alle yhdeksännellä raskausviikolla. Näistä asiakkaista yli puolet tarvitsi kipulääkitystä. Positiivista on, että useimmissa lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeissa on mainittu toimenpiteestä aiheutuva kipu ja kipulääkkeen ohjeistus. (Järvinen, Strandman & Westerlund 2010, 62; Käypä Hoito 2007.) Kivunhoitoon

oli opinnäytetyön tulosten mukaan paneuduttu hyvin, ellei lukuun oteta selkeää hoitovirhettä, jossa nainen sai kivunlievitykseksi ilmoittamaansa allergisoivaa lääkettä, joka vain pahensi hänen oloaan.

Naiset eivät maininneet ollenkaan keskeytyksen jälkitarkastuksesta. Mielestäni siihen tulisi kuitenkin kiinnittää erityisesti huomiota, sillä se on ainutlaatuinen mahdollisuus keskustella naisen kanssa ja antaa mm. lisätietoa keskeytyksen fyysistä ja psyykkisistä vaikutuksista (ks. Poikajärvi 1998, 62–64). Potilasohjeissa on todettu olevan eniten eroavaisuuksia juuri jälkitarkastuksen ajankohdasta, suorituspaikasta ja suorittajasta (ks. Järvinen, Strandman & Westerlund 2010, 63). Keskeytyksen jälkeinen hoito ei kuitenkaan toteudu, kuten sen tulisi toteutua. Jatkohoidon puuttuminen voi vaikeuttaa kokemuksesta toipumista. (Skogster 2010, 47–48; Koponen & Laaksonen 2009, 85.)

Nykyään ongelmattoman keskeytyksen jälkitarkastuksen voidaan tehdä perusterveydenhuollossa terveydenhoitajan suorittamana, kun se aiemmin oli lääkärikäynti. Jälkitarkastuksessa keskustellaan tapahtuneesta, varmistetaan jatkoehkäisyn toteutuminen ja arvioidaan psyykkisen tuen tarvetta. Tukea antavista palvelutahoista kannattaa antaa kirjallisessa muodossa ja kannustaa ottamaan herkästi yhteyttä tarvittaessa (Halonen 2010, 22; Ohje jälkitarkastuksesta raskauden keskeytyksen jälkeen terveydenhoitajille 2009; Vuento 2000, 1480; Käypä hoito 2007; Poikajärvi 1998, 62.).

8.2.3 ”Keskeytys ei koskaan unohdu”

Kaikki vastaajat tunsivat surua, joka ajan kuluessa ja tapahtuneesta puhuttaessa lieviytyi jonkin verran. Yksi vastanneista nosti esiin oikeutuksen suruun. Onko itse keskeytyksen valinneella naisella oikeutta surra ja antaa itselleen anteeksi tekemänsä? Suru on kuitenkin tärkeä osa keskeytyksen tehneiden naisten elämässä ja vain suremalla voi päästä eteenpäin eheytymisessä. Voimakkaat tunteet ja surun kokeminen ovat luonnollinen osa keskeytyksestä selviytymistä, kuten myös se, ettei keskeytys herätäkään suuria tunteita tai ongelmia. Keskeytyksen tehneelle naiselle on kerrottava, että hän saa surra vaikeaa päätöstään sekä niitä olosuhteita, joihin hän tahtomattaan on joutunut. Nainen saa surra sekä lapsen menettämistä että äidin roolin menettämistä. Kipu ja menetys tulevat hyväksytyksi surua ilmaistessa. Itselleen anteeksi antaminen auttaa hyväksymään tapahtuneen ja luopumaan menetyksen tunteesta. (Koponen & Laaksonen 2009, 71; Alhokoski ym. 2008, 14, 22; Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 131; Vuento 2000, 1480; Pietarinen 1998, 55; Aalto 1993, 186–187; Ituprojekti n.d., Askeleita abortista toipumiseen.)

Yksi vastanneista naisista pohti keskeytysten vaikutusta lapsensaamismahdollisuuksiin ja äitiyteen. Louhion (2005, 52) tutkimuksessa tehdyt raskaudenkeskeytykset eivät olleet merkittäviä lapsenhankintahalukkuuden kanssa. Hänen tutkimuksessaan yhden keskeytyksen tehneistä vain viidesosa aikoi hankkia lapsen, kahden keskeytyksen tehneistä vain seitsemäsosa vastanneista toivoi lasta. Keskeytyksen mahdollinen vaikutus myöhempään lapsen saamiseen

mietitytti myös muihin tutkimuksiin osallistuneita naisia. Tutkimuksissa raskaudenkeskeytysten ei ole todettu vaikuttavan hedelmällisyyteen. (Alhokoski ym. 2008, 14; Rainto 2004, 39; Toivonen 2004, 175; Pietarinen 1998, 45, 54; Poikajärvi 1998, 62; Sihvo & Kosunen 1998, 55; Hemminki 1993, 80.)

8.3 Naisten selviytymiskeinot raskaudenkeskeytyksestä tulosten mukaan

Opinnäytetyön tulosten mukaan naiset jäivät henkisesti yksin keskeytyksen jälkeen. Monissa tutkimuksissa on kuvattu samaa yksinäisyyttä ja henkisen tuen puutetta (mm. Kanto ym. 2010, 48–50; Koponen & Laaksonen 2009, 83, 90; Holopainen & Reinikainen 2009, 27; Vuento 2000, 1480; Pietarinen 1998, 53; Sihvo & Kosunen 1998, 55–56, 61; Aalto 1993, 186). Passiivisia, eli tilannetta vältteleviä ja torjuvia hallintakeinoja käytettiin tulosten mukaan puolesta vuodesta jopa kahteen, kolmeen vuoteen, mikä vastaa traumaattisen kriisin vaiheiden kulkua (mm. Wahlberg 2006, 77; Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 21.)

8.3.1 Puhumisen tarve

Selviytymiskeinoissa korostui sosiaalisen vuorovaikutuksen ulottuvuus. Koko prosessin aikana, mutta erityisesti keskeytyksen jälkeen naiset halusivat puhua ja keskustella jonkun kanssa tapahtuneesta, esimerkiksi kumppanin, ystävien tai ammatti-ihmisten kanssa. Eräs vastaajista kuvasi, että sairaalassa henkinen tukeminen ja siitä tiedottaminen jäi vähäiseksi. Traumaattisen kriisin uudelleen suuntautumisen vaiheessa naiset kävivät keskustelua mm. sairaalapastorin tai psykologien kanssa. Varsinkin vertaistuen rooli selviytymisen tukemisessa oli merkittävä niin ryhmiin osallistuneiden kuin yksin kumppaninsa kanssa asian purkaneen naisen mielestä.

Kokemuksen työstäminen keskustelemalla, ja apua ja tukea hakemalla on naisellinen tapa käsitellä asioita (Pojjula 2002, 115). Tässä mielessä tämän selviytymiskeinon korostuminen oli odotettua. Femininiinisen surijan selviytymisstrategiaan kuuluu esimerkiksi vertaistukiryhmään hakeutuminen, sosiaaliseen tukiverkostoon tukeutuminen, tunteiden avoin ilmaiseminen ja ajan antaminen sisäisen tuskan täydelle kokemiselle (Kanto ym. 2010, 33; Pojjula 2002, 115).

Opinnäytetyön tuloksissa esiintyi keskustelutuen tarvetta heti ja vuosia keskeytyksen jälkeen. Kaikille vastanneille naisille ei tiedotettu, mistä keskustelutukea voisi saada tarvittaessa. Keskustelun tarve ja tuen puute on esitetty monissa muissakin tutkimuksissa. Keskustelun tarve voi olla lyhytaikaista tai kestää jopa vuosia. (vrt. Halonen 2010, 22; Skogster 2010, 57; Alajoki 2009, 31; Koponen & Laaksonen 2009, 85, 90; Alhokoski ym. 2008, 17, 22; Pietarinen 1998, 53; Poikajärvi 1998, 68; Sihvo & Kosunen 1998, 55–56, 61.)

Sosiaalisen ympäristön on todettu olevan sekä voimavara että voimavaroja heikentävä tekijä (Alhokoski ym. 2008, 26; Rainto 2004, 47). Mies, ystävät, läheiset ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö nousivat tuloksissa vahvim-

pana tukimuotona esille. Myös internet tarjosi tietoa ja tärkeää vertaistukea raskauden keskeyttäneille naisille. Vertaistuessa tärkeää oli se, että kaikki olivat kokeneet saman asian ja tunsivat samalla tavalla. Tämä tieto edisti kokemuksen käsittelyä, osallistui nainen sitten ryhmään internetin kautta tai henkilökohtaisesti. (Kanto ym. 2010, 63; Skogster 2010, 58; Turpeinen 2010, 36; Koponen & Laaksonen 2009, 72, 90–91; Rainto 2004, 30, 47; Pietarinen 1998, 55–56; Poikajärvi 1998, 77; Sihvo & Kosunen 1998, 52–53.)

8.3.2 Keskeytyksen herättämät tunteet

Seuraavaksi eniten käytetty selviytymiskeino oli emotionaalinen ulottuvuus, eli tunteiden ilmaiseminen. Naiset purkivat pahaa oloaan itkemällä, mutta he kokivat myös ahdistuneisuutta ja alakuloisuutta, jopa masennusta. Eräs vastaajista ihmetteli selittämätöntä pahaa oloaan.

Monille naisille oman tunnereaktion voimakkuus oli yllättävää (Alajoki 2009, 31; Alhokoski ym. 2008, 22; Pietarinen 1998, 56). Tunteiden ja surun torjuminen on selviytymisen kannalta haitallista, sillä tukahdutetut tunteet purkautuvat jossain vaiheessa (Järvi 2007, 58). Traumaattisen kriisin reaktiovaiheessa aletaan ymmärtää, mitä on tapahtunut ja miten tapahtunut vaikuttaa elämään. Tässä vaiheessa ihmisillä on monenlaisia, voimakkaitakin tunteita. Tyypillistä on ahdistus ja masennus, surullisuus, ärtymys, viha, syyllisyys, häpeä ja itsesyytökset ruumiillisten tuntemusten ohella. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 181; Pietarinen 1998, 55.)

Keskeytyksen jälkeen päällimmäinen tunne oli opinnäytetyöhön osallistuneilla helpotus. Muita ilmaistuja tunteita olivat syyllisyys, häpeä, viha, suru, alakuloisuus ja tyhjyyden tunne niin opinnäytetyön tulosten kuin muidenkin tutkimusten mukaan (mm. Halonen 2010, 21; Halonen & Viro 2010, 8; Koponen & Laaksonen 2009, 71; Alhokoski ym. 2008, 14–15, 28–29; Vuento 2000, 1480; Vilén ym. 2002, 181; Pietarinen 1998, 55; Poikajärvi 1998, 36, 71; Sihvo & Kosunen 1998, 54).

Raskaudenkeskeytyksen on todettu olevan potentiaalinen psyykkisen huonovointisuuden aiheuttaja. Vakavat psyykkiset ongelmat raskaudenkeskeytyksen jälkeen ovat kuitenkin harvinaisia. Ne ovat todennäköisempiä, jos naisella on ennestään taustalla mielenterveyden häiriöitä. Lieviä, ohimeneviä masennusoireita on kokenut 30–40 % keskeytyksen tehneistä. (Halonen 2010, 21; Halonen & Viro, 8; Käypä hoito 2007; Toivonen 2004, 175; Poikajärvi 1998, 70; Hemminki 1993, 78–79). Tähän opinnäytetyöhön osallistuneista naisista yhdellä diagnosoitiin vakava masennus, johon johtivat elämässä tapahtuneet vaikeat vastoinkäymiset ja läheisten menetykset yhdessä käsittelemättömien raskaudenkeskeytyskokemusten kanssa.

Ne vastaajat, jotka olivat osallistuneet vertaistukiryhmiin, kokivat hyväksinnän, että tapaamisissa käsiteltiin sekä vapaasti että ohjatusti erilaisia tunteita, kuten vihaa, masennusta, syyllisyyttä, häpeää, surua, anteeksiantamista ja

luovuttamista (ks. Ituprojekti n.d., Askeleita abortista toipumiseen; Turpeinen 2010, 27). Luopumis- ja suruprosessi ovat olennainen osa keskeytyksestä selviämässä (Alhokoski ym. 2008, 15, 22; Pietarinen 1998, 55–56; Aalto 1993, 185).

8.3.3 Internetistä tietoa elämän jatkamiseen

Kognitiivista selviytymiskeinoa käytettiin opinnäytetyön aineistossa jonkin verran. Selviytymiskeinoista yleisin oli oman suunnan etsiminen ja elämän jatkaminen omien halujen ja toiveiden mukaan. Entisen elämäntyylin jatkaminen antoi tuttuuden ja turvallisuuden tunnetta (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 61–64). Eräs vastanneista käytti kognitiivisesta ulottuvuudesta tiedonhakua selviytymiskeinonaan, eli etsimällä internetistä tietoa ensin toimenpiteestä ja myöhemmin vertaistuesta. (vrt. Poikajärvi 1998, 78–79, 93.) Tiedonhaussa merkittävä paikka on nykyään internet, sillä sieltä ihmiset hakevat ja toisaalta saavat sensuroimatontakin tietoa ja tukea (Kanto ym. 2010, 54; Turpeinen 2010, 27–28, 36). Poijulan (2002, 115–116) mukaan erityisesti naisia voisi auttaa kokemuksen käsittelyssä kognitiivisen ulottuvuuden ja ongelmanratkaisutaitojen hyödyntäminen, jotka on perinteisesti mielletty miehiseksi eli maskuliiniseksi selviytymistavoiksi.

8.3.4 Fyysinen oireilu keskeytyksen jälkeen

Fyysiset tuntemukset keskeytyksen jälkeen johtuvat elimistön kapinoimisesta luopumista vastaan (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 43, 56). Opinnäytetyössä osa vastanneista koki psykosomaattisia oireita, kuten päänsärkyä ja unettomuutta. Uni- ja keskittymisvaikeudet erilaisten tunteiden ja muiden fyysisten tuntemusten kanssa ovat normaalia kriisin reaktiovaiheen läpikäymistä (Vilén ym. 2002, 181). Sikiöindikaatiolla raskauden keskeyttänyt koki konkreettisen toiminnan, kuten työn, talon rakentamisen ja siunaustilaisuuteen osallistumisen helpottavaksi (vrt. Kanto ym. 2010, 29, 32–33; Koponen & Laaksonen 2009, 20, 72; Käypä Hoito 2007).

8.3.5 Muut ulottuvuudet

Ulottuvuuksista vähiten käytettyjä, mutta aineistossa mainittuja ulottuvuuksia olivat henkinen ja luova ulottuvuus. Henkisessä selviytymiskeinossa korostuivat vastuunkantaminen työn, yhdistystoiminnan, uskonnollisuuden ja uuden raskauden muodossa (Koponen & Laaksonen 2009, 72, 90; Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 57–59, 63). Luovuuden käyttäminen selviytymiskeinona näkyi symboloivien esineiden käyttämisellä, joka toi yhteyden menetettyyn lapseen sekä auttoi suru- ja luopumisprosessissa (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 55; Poijula 2002, 101–102).

9 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Opinnäytetyöni tavoitteena on auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ymmärtämään naisten kokemuksia lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä. Tässä luvussa ehdotetaan työn tulosten myötä nousseita ajatuksia hoitotyön kehittämiseksi siten, että naisten voimavaroja ja selviytymistä voitaisiin huomioida ja tukea heti keskeytysprosessin alkaessa.

9.1 Keskustelutuen tarjoaminen

Kaikissa käyttämissäni tutkimuksissa ja opinnäytetöissä sekä tämän työn tuloksista kävi ilmi, että keskustelun tarve koko raskaudenkeskeytysprosessin aikana on tärkeää (mm. Poikajärvi 1998, 38, 68, 88). Keskustelun tarve tarkoittaa lähinnä riittävää tiedonsaantia ja inhimillistä kohtelua (Sihvo & Kosunen 1998, 61). Eniten naiset ovat kokeneet tarvitsevansa tietoa itse toimenpiteestä sekä sen jälkeisistä fyysisistä ja psyykkisistä seurauksista (Skogster 2010, 58; Ihme & Rainto 2008, 187; Pietarinen 1998, 54; Poikajärvi 78–79, 93; Sihvo & Kosunen 1998, 55.) Vaikka naiset kokevat helpotusta "ongelman" selvittyä ja haluavat jatkaa elämäänsä keskeytyksen jälkeen, tulee heille tarjota tietoa keskustelutuesta. Nainen kuitenkin itse päättää, tarvitseeko hän tukea ja milloin. (Kanto ym. 2010, 41; Nummela 2007, 21, 63; Poikajärvi 1998, 78.)

Raskaudenkeskeytyslähetettä hakiessa tulee keskustella naisen kanssa ja huomioida kokonaisvaltaisesti hänen elämäntilanne ja voimavarat, jotka vaikuttavat keskeytyspäätökseen (vrt. Kanto ym. 2010, 40–41, 52; Skogster 2010, 52, 56; Ihme & Rainto 2008, 186–187; Nummela 2007, 28; Pietarinen 1998, 57; Poikajärvi 1998, 75). Päätöksen tulee siis olla joka kantilta punta-roitu asia (Sihvo & Kosunen 1998, 62). Naistentautien poliklinikalla ja osastolla kannattaa hoitajien tarjota omaa tukeaan tai suositella keskustelua sairaalapistoria tai psykiatrista sairaanhoitajaa, vaikka naisesta saattaisi tuntua, ettei hän sitä sillä hetkellä tarvitsekaan (ks. Järvi 2007, 31, 41; Poikajärvi 1998, 94). Jo poliklinikalla tai osastolla tulee muistuttaa naista jälkitarkastuksesta, johon kannattaa ohjata lähetteen tehneeseen yksikköön. Pelkkä laboratoriotuokoe ei mielestäni riitä kaikille.

9.2 Muiden vaihtoehtojen pohtiminen

Päätöksentekoaika jää väistämättäkin lyhyeksi. Eräs vastannut nainen kuvaili päätöksentekoaikaa näin: *Tunteeni heittivät vuoristorataa, välillä halusin pitää lapsen, välillä en* (H3). Nainen kuvaili, kuinka kaiken myllerryksen keskellä jonkinlainen side lapseen alkoi muodostua. Hän mietti jopa työpaikan vaihtamista. (vrt. Pietarinen 1998, 54.) Päätöksentekovaiheessa tulisi tuoda naisen tietoon raskaudenkeskeytyksen lisäksi muut vaihtoehdot (Nummela 2007, 20), kuten lapsen synnyttäminen tai kotimaiseen adoptioon antaminen.

Poikajärvi (1998, 71) mainitsi, että hoitohenkilökunta kunnioitti liikaa naisen keskeytyspäätöstä, sillä missään prosessin vaiheessa naiselle ei uskallettu mainita muita vaihtoehtoja keskeytykselle. Naiselle tulisi antaa niin tarkkaa tietoa kuin mahdollista myös esimerkiksi Kelan tuista tai adoptioprosessista. Adoptiota harkittaessa tulisi antaa tietoa adoption järjestämisestä, raskauden kulusta ja synnyttämisestä sekä biologisen vanhemmat oikeuksista (ks. Pelastakaa Lapset ry, Kotimainen adoptio; Adoptiperheet ry). Kaikki tiedot tulisi antaa myös kirjallisesti, sillä shokkivaiheessa oleva ihminen ei muista paljoa kuulemastaan (Kanto ym. 2010, 56; Sihvo & Kosunen 1998, 61).

9.3 Parisuhteen ja miehen huomiointi keskeytysprosessissa

Miehen mielipide ja parisuhteen laatu vaikuttivat opinnäytetyön tulosten mukaan merkittävästi naisen päätökseen ja keskeytyksestä toipumiseen. Miehet joko eivät antaneet muuta vaihtoehtoa kuin raskauden keskeyttämisen tai painostivat siihen epäsuorasti vihjailemalla uskottomuudesta. Miehen roolin puuttumista ja vastuuta keskeytysprosessissa on esitetty jo Sihvon ja Kosusen artikkelissa (1998, 59, 98). Mies on kuitenkin tärkeä tuki naisen selviytymisen kannalta (Sihvo & Kosunen 1998, 53; Turpeinen 2010, 26.)

Sekä naisen että miehen vastuuta raskauden ehkäisyssä ja keskeytyksessä tulee lisätä (vrt. Pietarinen 1998, 14; Sihvo & Kosunen 1998, 62). Tämä tarkoittaa sitä, että myös miehen osuutta ja vastuuta raskauden ehkäisyssä tulisi korostaa entistä enemmän. Raskauden ehkäisy on painottunut täysin naisten hoitotyöhön, minkä takia miehillä on suurempi kynnys ottaa tähän suunnitteluun osaa. (Poikajärvi 1998, 71; Sihvo & Kosunen 1998, 95–96). Tiainen ja Tuukkala (2009, 33) kehottavat opinnäytetyössään poikia ja miehiä tulemaan naisen mukana ehkäisyneuvolaan keskustelemaan raskauden ehkäisystä.

Raskaudenkeskeytyksessä miehen tulisi mielestäni olla mukana keskeytyslähettää hakiessa. Laki raskauden keskeyttämisestä (239/1970, 7§) antaa tulevan lapsen isälle mahdollisuuden esittää käsityksensä asiasta, jos siihen katsotaan olevan syytä. Miehen huomioiminen jää toisarvoiseksi terveydenhuollossa, vaikka keskeytys koskettaa kumpaakin osapuolta (Kanto ym. 2010, 56; Poikajärvi 1998, 73). Esimerkiksi Hollannissa mies osallistuu raskaudenkeskeytystä edeltäviin ja jälkikäteen käytäviin keskusteluihin ja on läsnä keskeytyksen aikana. Tällaista mallia kannattaisi hyödyntää ja myös tiedottaa keskeytyslähettää hakiessa. Miesten mukaantulo raskauden ehkäisy- ja keskeytysasioissa vaatii jonkin verran uudelleen järjestelyjä terveydenhuollon yksiköissä, mutta kaikista eniten asennemuutosta työntekijöiden keskuudessa. (Poikajärvi 1998, 53, 73; Sihvo & Kosunen 1998, 62.) Päätös miehen osallistumisesta on ennen kaikkea naisen päätös, ja siihen vaikuttaa myös parisuhteen laatu. (Holmberg & Wahlberg 2006, 50, 52; Sihvo & Kosunen 1998, 62.)

Moni mies pelkää kumppaninsa tulevan suunnittelemattomasti raskaaksi (Sihvo & Kosunen 1998, 94). Tässä työssä naiset kertoivat raskaaksi tulostaan miehelle, oli parisuhde kuinka hyvällä tolalla tai karikoilla. Miehen lupaus ol-

la tukena raskaudenkeskeytysprosessissa ei toteutunut erään vastanneen naisen pettymykseksi. Miehellä annettava tieto ja tukeminen ovat tärkeää naisen raskaudenkeskeytyksestä toipumisessa (Kanto ym. 2010, 56; Järvi 2007, 65). Osa vastanneista naisista koki, että mies vetäytyi emotionaalisesti sillä hetkellä, kun nainen olisi tarvinnut tukea. Mies vetäytyy tukijan roolista välttääkseen omia avuttomuuden ja kyvyttömyyden tunteita naisen lohduttamisessa. Keskeytyneen raskauden jälkeen mies on pikemminkin tukija ja käytännön asioiden hoitaja kuin kanssasurija. Usein miehen suru ilmenee vasta naisen pahimman surun hellitettyä. (Järvi 2007, 65–67.)

9.4 Vertaistuen hyödyllisyys

Opinnäytetyön tuloksissa korostui erityisesti vertaistuen tarve ja tukiryhmien hyödyllisyys selviytymisen tukena (ks. myös Poikajärvi 1998, 77, 83). Vertaistuki on erittäin tärkeää, sillä siinä on samassa tilanteessa olevat naiset, jotka tietävät täsmälleen, mitä on tapahtunut, mitä tunteita on koettu eikä tarvitse selitellä ollenkaan (Laimio & Karnell 2010, 18–19, 22; Turpeinen 2010, 27). Naiset kuvasivat vertaistuen tarvetta ja ryhmien hyödyllisyyttä näin:

Asiasta puhuminen olisi auttanut ja olisin todella kaivannut ihmistä joka olisi kokenut saman kuin minä ja sitä kautta ymmärtänyt miltä minusta tuntuu (H1);

Ainoan henkireiän tarjosi netin vertaistukifoorumi, jossa kävin päivittäin. Se auttoi. Et ollut surusi kanssa yksin, oli niin monia muitakin, aivan liikaa surullisia tarinoita. (H2);

Vertaistukiryhmässä oleminen tuntui heti luontevalta. -- Kukaan ei syyllistänyt, ja oli täysin erilaista keskustella sellaisten ihmisten kanssa, jotka ovat käyneet läpi saman asian kuin minä. He tiesivät tasan tarkkaan mistä puhun, ja toisin päin. -- Ryhmän tuki auttoi minua erittäin paljon, ja olen siitä ikuisesti kiitollinen. (H3);

Olin aluksi hieman epäilevä ryhmää kohtaan, mutta jo toisella kerralla alkoivat kaikki avautua ja vuorotellen itkimme omia muistojamme, tunteita ja toiveita. On uskomatonta kuinka neljällä naisella jolla yhteistä on vain tuo keskeytys, voi antaa voimaa ja toivoa toisilleen, ja kuinka samanlaisia tunteet ovat, kun puhutaan samasta asiasta. (H4).

Vertaistukiryhmältä saatu empatia, luottamuksellinen suhde, mahdollisuus arkaluontoisten kokemusten jakamiseen ja toisten samankaltaisen tilanteen läpikäyneiden kuuleminen ja tapaaminen usein edistävät toipumista ja selviytymistä (Laimio & Karnell 2010, 18–19; Vilén ym. 2002, 211). Vertaistukea voi saada järjestetyistä ryhmistä, internetin keskustelupalstoilta, ystäviltä ja tutuilta (vrt. Turpeinen 2010, 27). Neuvoloissa on kokemusta ja tietotaitoa vertaisryhmien järjestämisestä kuten esimerkiksi ensisynnyttäjien perheval-

mennus. Myös raskaudenkeskeytyksen tehneille naisille voisi järjestää vertaistukiryhmiä esimerkiksi kaksi kertaa vuodessa tarpeen mukaan.

9.5 Neuvolan roolin korostaminen

Esimerkiksi neuvolan mahdollisuuksia suruprosessin tukemisessa ei tunneta laajasti. Neuvolassa tulisi olla aikaa keskustella keskeytyksestä myös uuden raskauden alkaessa. Käsittelemättä jätetty keskeytyskokemus voi nousta pinnalle muissa elämäntilanteissa (Halonen 2010, 21–22). Sikiöindikaatiolla raskauden keskeyttänyt nainen kuvasi näin: *Äitiyslomalle jäädessä huomasi olevani tavallista masentuneempi. Enkelivauvaamme tuli ajateltua taas enemmän.* (H2.) Kannon, Kovasen ja Liimataisen (2010, 53) opinnäytetyöstä ilmeni, että neuvolasta ei osattu pyytää apua, vaikka sitä toivottiin. Empaattista suhtautumista sieltä kyllä saatiin, mutta ei konkreettista apua. Sikiöindikaatiolla raskauden keskeyttänyt nainen koki tämän: *Ja kun neuvolaan ilmoitin, etten enää aikoja tule tarvitsemaan, oli puhelimesta terveydenhoitaja kovin huolissaan jaksamisestani. Vakuutin pärjääväni.* (H2.)

10 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS

Terveysteen ja siihen liittyvät aiheet ovat usein sensitiivisiä eli herkkäluonteisia, ja sen takia inhimillistä toimintaa tutkivissa terveystieteellisissä tutkimuksissa on keskeistä tarkastella myös eettisiä kysymyksiä. (Kylmä 2008, 109; Vehviläinen-Julkunen 2006, 26.) Raskaudenkeskeytystä sanotaan arkaluonteiseksi aiheeksi, mutta monet tekijät vaikuttavat siihen, mikä on arkaluonteista ja mikä ei. Jos tutkittavat kokevat aiheen itselleen arkaluonteiseksi, he eivät lainkaan osallistu siihen (Kuula 2006, 136.)

Tutkimusetiikka perustuu elämän kunnioittamiselle, hyödyn tuottamiselle, haitan välttämiseksi, oikeudenmukaisuudelle ja ihmisen autonomian kunnioittamiselle. Haitan välttämisen periaate on tyypillistä lääke- ja hoitotieteellisissä tutkimuksissa, ja sillä tarkoitetaan tutkimukseen osallistuvien henkilöihin kohdistuvaa vahingon välttämistä. Tutkimuksen tulee kunnioittaa tutkittavien oikeuksia, kun käsitellään henkilökohtaisia, yhteisöllisiä ja kulttuurillisia näkemyksiä ja kokemuksia. (Muukkonen 2010, 16–17; Kylmä 2008, 111; Pirttilä 2008, 65.)

Eräs tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden ja sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytyksenä on, että tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Opetusministeriön alainen Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ensimmäiset menettelyohjeensa vuonna 1994 uudistaen niitä viimeksi vuonna 2002. (Muukkonen 2010, 18; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Hyvän tieteellisen käytännön menettelyohjeiden mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tutkimustyön rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutki-

musprosessissa, soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja käyttää avoimuutta tulosten julkistamisessa sekä antaa muiden tutkijoiden työlle ja saavutuksille niille kuuluva arvo ja merkitys. Luotettavan tiedon tuottaminen onkin tutkimuksen tekemisessä tärkein eettinen tekijä. (Muukkonen 2010, 16; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

10.1 Anonymiteetti ja luottamuksellisuus

Tutkimuseettiset kysymykset koskevat tutkimuksen tiedonhankintaa ja tutkittavien tietosuojaa. Tutkittavien tiedonantajien suojaamisen lähtökohtiin kuuluu se, että he ovat tietoisia tutkimuksen tavoitteista ja menetelmistä, että he osallistuvat vapaaehtoisesti tietäen ja että heillä on oikeus kieltäytyä osallistumisesta, keskeyttää mukana olonsa milloin tahansa tutkimuksen aikana ja kieltää myöhemmin itseään koskevan tutkimusaineiston käytön. Tutkijan puolestaan on varmistettava osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen. Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, niitä ei saa luovuttaa ulkopuolisille tai käyttää muuhun tarkoitukseen kuin mistä osallistujat ovat tietoisia. (Kylmä 2008, 115; Tuomi 2007, 145–146; Kuula 2006, 106–108; Mäkinen 2006, 114–115; Vehviläinen-Julkunen 2006, 26, 29–30.)

Tekemässäni ilmoituksessa keskustelupalstoille ja Tampereen NNKY:n Ituprojektin toiminnanjohtajalle käy ilmi opinnäytetyön tarkoitus ja aineistonkeruumenetelmä kyselyteemoineen, osallistumisen vapaaehtoisuus ja keskeyttämismahdollisuus sekä tietojen luottamuksellisuus ja anonymiteetin suojaaminen (Liite 2.; Kuula 2006, 127–128). Kannustin myös ottamaan yhteyttä, jos tiedonantaja tarvitsee lisätietoja opinnäytetyötä. Vastaajista kaksi vastaajista käytti tätä mahdollisuutta puhelimen ja sähköpostin kautta. Vastaajien lähettämät kirjoitukset ovat sähköpostissani salasanan takana, lisäksi muistitulla sekä paperille tulostettuna. Aineistoa on käsitellyt ainoastaan minä ja vähäisessä määrin ohjaajani. Opinnäytetyön valmistuttua poistan aineistot kokonaan (vrt. Kuula 2006, 111).

Laadullisen tutkimuksen pienen otoksen takia kaikkien tiedonantajien tulee olla nimettömiä siten, ettei heitä voi tunnistaa esimerkiksi asuinpaikkakunnan tai ammatin tms. mukaan. Tiedonantaja on laadullisessa tutkimuksessa muutenkin kuin pelkkä kysymykseen vastaaja. Siksi tutkittavasta tulisi mieluummin käyttää nimitystä toimija, yhteistyökumppani tai tiedonantaja tai heihin viitataan numeroilla tai kirjaimilla. (Kylmä 2008, 114–115; Tuomi 2007, 151; Kuula 2006, 215; Mäkinen 2006, 114–115; Vehviläinen-Julkunen 2006, 28–29.) Opinnäytetyössä viitataan osallistujiin joko yleisnimityksillä nainen tai vastaaja tai kirjain- ja numerokoodilla H1-4, jossa H tarkoittaa henkilöä ja numerot vastausten saapumisjärjestyttä: esimerkiksi H2 on toisena kirjoitussensa lähettänyt henkilö.

10.2 Tiedonhankintamenetelmät

Laadullisen tutkimuksen pieni osallistujamäärä saattaa herättää pohdintoja siitä, onko tutkimus tieteellisestä pätevä. Laadullinen tutkimus ei kuitenkaan tavoittele tilastollista yleistämistä, vaan tuottamaan mahdollisimman monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta. (Kylmä 2008, 114–115.) Opinnäytetyöhön osallistui neljä naista, jotka olivat tehneet raskaudenkeskeytyksen 20–24 -vuotiaina. Tässä ikäryhmässä tehdään yhä enemmän keskeytyksiä muihin ikäryhmiin verrattuna tilastojen mukaan, vaikka määrä on kääntynyt hieman laskuun 2000-luvun puolivälin jälkeen (Heino ym. 2009). Opinnäytetyöhön osallistuneista naisista yksi teki keskeytyksen sikiön vaikean rakennepoikkeaman vuoksi, ja toinen oli tehnyt kaksi keskeytystä sekä kirurgisella että lääkkeellisellä menetelmällä. Naiset lähettivät kertomuksensa sähköpostitse tekstitiedostoina opinnäytetyön tekijälle internetin keskustelupalstoilla julkaistun yleisen ilmoituksen ja Ituprojektin vertaisryhmälle sähköpostitse edelleen jaetun tiedotteen kautta. Heidän kirjoituksensa vaihtelivat 1-3 sivuun pituudeltaan, ja ne käsittelivät kaikkia ilmoituksessa pyydettyä teemoja (ks. Liite 2.). Osa kirjoituksista oli lyhyttä ja niukkasanaista, osa monipuolisesti prosessia kuvailevaa. Kaikki kirjoitukset nostivat kuitenkin jotain uutta ajateltavaa raskaudenkeskeytysprosessiin liittyen.

Teemakirjoitus aineiston hankintamuotona oli hyvä menetelmä tähän opinnäytetyöhön. Teemojen muotoileminen oli vaikeaa, sillä aluksi teemoja oli useita ja sisällöltään päällekkäisiä. Lopulta työhön valikoitui kaksi teemaa: naisen oma kokemus raskaudenkeskeytyksestä ja keskeytykseen liittyneiden ihmisten vaikutus. Laajat teemat olivat hyviä, sillä naiset kirjoittivat spontaanisti kronologisessa järjestyksessä keskeytyksestään (vrt. Poikajärvi 1998, 27). Joistakin asioista olisin halunnut lisätietoa, kuten tiedon saamisesta toimenpiteestä, jälkitarkastuksesta ja terveydenhoitajan roolista keskeytyksessä, mutta kokonaisuuden kannalta nämä lisätiedot eivät olisi olleet tarpeellisia. Toinen teema nosti esiin miehen ja hoitohenkilökunnan roolit. Monipuolista aineistoa hakiessa joidenkin vastaajien kohdalla olisi ehkä teemahaastattelu ollut parempi menetelmä kuin teemakirjoittaminen. Toisaalta tämä oli odotettavissa, koska kirjoitetulle aineistolle ei voi esittää tarkentavia lisäkysymyksiä tai että aineisto on niukkasältöistä tutkimusmateriaaliksi (Nieminen 1997, 218–219).

10.3 Lähdekirjallisuuden käyttö

Noudattaessa hyvää tieteellistä käytäntöä, tulee tutkimuksissa nostaa esiin muiden tutkijoiden osuus ja viitata oikein aikaisempiin tutkimustuloksiin (Tuomi 2007, 146; Mäkinen 2006, 130; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Työssäni olen pyrkinyt viittaamaan muiden tutkijoiden ja opinnäytetyön tekijöiden tutkimustuloksiin lähdeviitteillä verrattessa opinnäytetyön tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin tai kun muissakin teoksissa on ollut mielipiteitäni tukevia ajatuksia. Lähdeviitteiden ja lähteiden tarkastamista tapahtui viime metreille asti.

Lähdekritiikki on myös tärkeää tiedon luotettavuuden arvioinnissa. Tutkijan tulee kiinnittää huomiota lähdekirjallisuuden aitouteen, riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen ja puolueettomuuteen. (Mäkinen 2008, 128.) Alusta alkaen olen pyrkinyt hankkimaan lähteiksi alkuperäisiä ja tuoreita lähteitä. Raskaudenkeskeytykseen liittyviä tutkimuksia on kuitenkin vähän, joten vaikka Mäkinen (2008, 129) varoittaa, että lähteeseen tulee suhtautua kriittisesti, mitä enemmän aikaa on kulunut, olen silti valinnut lähteekseni raskaudenkeskeytyskokemuksia kuvaavaa kirjallisuutta jopa 1980-luvulta. Enin osa käyttämistäni lähteistä on 1990–2000 -luvulta. Lähdekirjallisuuden kokoaminen oli sekä työläin että kiinnostavin osuus opinnäytetyöstä.

LÄHTEET

- Abboud, L. & Liamputtong, P. 2005. When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2005:23:1, 3-18.
- Aalto, K. 1993. Abortti kristillisen etiikan ja sielunhoidon näkökulmasta. Teoksessa Rimpelä, M. & Ritamo, M. (toim.) *Raskauden keskeyttäminen – suomalaisia valintoja 1990-luvulla*. Stakes. Rapotteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 179–190.
- Adoptioperheet ry, Usein kysyttyä. Viitattu 10.1.2011. http://www.adoptioperheet.fi/tietoa_ukk.html.
- Alajoki, L. 2009. ”Jos sanotaan, että jokin asia jää iholle, niin tämä menee ihon alle.” Naisen raskausaikaan liittyvät eettiset ongelmat kättilötyössä. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 11.11.2009. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200909304728>.
- Alhokoski, E., Kaasinen, K., Madetoja, S. & Sillankorva, J. 2008. Syyllisyys, häpeä, helpotus – naisen tunteita, kokemuksia ja toiveita tuesta raskaudenkeskeytysprosessin aikana. Kirjallisuuskatsaus Kättilöopiston sairaalan perhesuunnittelupoliklinikalle. Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 21.3.2009. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:stadia-1208159024-4>.
- Alhokoski, E., Kaasinen, K., Madetoja, S. & Sillankorva, J. 2009. Kättilöopiskelijoiden ammatillisen kasvun tukeminen raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyössä. Metropolia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 12.9.2009. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200904141956>.
- Ayalon, O. 1995. *Selviydyn! Yhteisön tuki ja selviytyminen*. Jyväskylä: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.
- Ek, E., Laitinen, J., Tammelin, T., Remes, J., Raatikka, V-P. & Kujala, V. 2003. Nuorten aikuisten työssä jaksaminen. Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelman raportti. Helsinki: Snellman Oy. Viitattu 19.3.2010. http://www.mol.fi/jaksamisohjelma/tutkimukset/N_AikTJ_tivistelma.pdf, www.mol.fi/jaksamisohjelma/tutkimukset/tutkimus.doc
- Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. *Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet*. Vantaa: WSOY.
- Erkkola, R. 1993. Raskaudenkeskeytysten tekniikat. Teoksessa Rimpelä, M. & Ritamo, M. (toim.) *Raskauden keskeyttäminen – suomalaisia valintoja 1990-luvulla*. Stakes. Rapotteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 117–126.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Fok, W. Y., Siu, S-S. N. & Lau, T. K. 2005. Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2006; 126;2, 255–258. Viitattu 17.12.2010. <http://www.vozvictimas.org/pdf/documentos/yee2005.pdf>.

Hakkarainen, T. 2009. Äitiyden monet kasvot. Lipsanen, L. & Karusto, S. (toim.) Väestötietosarja 19. Loimaa: Väestöliitto. Viitattu 1.3.2010. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/1495051ee558ad680835b8a1ba83e3ca/1267624145/application/pdf/315383/%C3%84itiyden%20monet%20kasvot.pdf>.

Halonen, M. 2010. Nuoren toipuminen raskaudenkeskeytyksestä. *Kättilölehti* 3, 22–24.

Halonen, M. & Viro, P. 2010. Tue nuorta raskauden ehkäisyssä. *Terveydenhoitaja* 8, 8–10.

Heino, A., Gissler, M. & Soimula, A. 2009. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2008. Tilastoraportti 15/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.10.2009. http://www.stakes.fi/tilastot/raskaudenkeskeytykset/Tr15_09.pdf.

Helsti, H. 2005. Hedelmällisen tiedon jäljillä – teemakirjoitukset tutkimuksen lähteinä. Teoksessa Korkiakangas, P., Olsson, P. & Ruotsala, H. (toim.) *Polkuja etnologian menetelmiin*. Helsinki: Ethnos ry, 148–159.

Hemminki, E. 1993. Ehkäisy, keskeytys, toivottu lapsi? – Valintojen terveysvaikutuksista. Teoksessa Rimpelä, M. & Ritamo, M. (toim.) *Raskauden keskeyttäminen – suomalaisia valintoja 1990-luvulla*. Stakes. Rapotteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 65–86.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Holmberg, L. I. & Wahlberg, V. 2006. Young men and unplanned pregnancy – risk behavior and reactions: their own narratives. Teoksessa Wahlberg, V. *Memories after abortion*. United Kingdom: Radcliffe Publishing Ltd, 42–57. Viitattu 16.12.2010. http://tugwell.info/books/samplechapter/1319/Wahlberg_06-24ff4680rdz.pdf.

Holopainen, M. & Reinikainen, M. 2009. Raskaudenkeskeytys Kuopiossa – hoitopolun kuvaaminen ja sen toimivuuden arvioiminen. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 22.2.2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912157887>.

Härmä, M., Sallinen M. & Kandolin, I. 2000. Työajan yhteydet yksilön terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Teoksessa: Härmä, M. (toim.) Toimivat ja terveet työajat. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö, Työministeriö, 13–39. Viitattu 19.3.2010. <http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/F5F072BF-B8C7-4C3A-9312-6360A5252F4A/0/luku2.pdf>.

Häyry, M. & Häyry, H. (toim.) 1987. Rakasta, kärsi ja unhoita. Moraalifilosofisia pohdintoja ihmiselämän alusta ja lopusta. Hämeenlinna: Kirjayhtymä, 17–95.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.

Ituprojekti n.d.,_Askeleita abortista toipumiseen. Viitattu 28.10.2009. http://ituprojekti.net/itu_kirjasto/askeleita_abortista_toipumiseen.pdf.

Jorvin sairaala. 2010. Raskaudenkeskeytys – Potilasohje. Julkaistu 9.8.2010. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,807,4014,4017,5724> viitattu 27.10.2010.

Jyväskylän perhesuunnitteluneuvola. 2010. Raskaudenkeskeytys – Potilasohje. http://www.jyvaskyla.fi/sote/terveys/neuvolat/perhesuunnittelu/keskeytys_viiatattu_27.10.2010.

Järvi, U. 2007. Syntymätön. Tietoa ja kokemusta keskenmenosta. Jyväskylä: Kirjapaja.

Järvinen S., Strandman, J. & Westerlund, L. 2010 Kirjalliset potilasohjeet raskauden keskeytyshoidossa. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201005068185> viitattu 9.7.2010.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoypro oy.

Kanta-Hämeen keskussairaala. 2003. Raskauden ehkäisy ja raskauden keskeytykset – Potilasohje. Päivitetty 5.3.2003. http://www.khshp.fi/index.asp_viiatattu_27.10.2010.

Kanto, A-M., Kovanen, U. & Liimatainen, S. 2010. "Kyllä sitä kaikin puolin aikaa yksin jää". Nainen tukeminen raskauden keskeytyksessä. Tampereen

ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010120216834> viitattu 4.1.2011.

Kirurginen raskaudenkeskeytys. 2009. Potilasohje. Naistentaudit, poliklinikka ja päiväkirurgia. Kanta-Hämeen keskussairaala, Hämeenlinnan yksikkö.

Kiviluoto, P. 1999. Abortti. Helsinki: Väestöliitto.

Koponen, K. & Laaksonen, K. 2009. Sikiötutkimukset ja raskaudenkeskeytys. Toimijuuden rakentuminen äitien kertomuksissa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Erityispedagogiikan yksikkö. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 1.3.2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-200912074495>.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Kylmä, J. 2008. Näkökulmia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa Pietilä, A-M., & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja F, yliopistotiedot 45. Kuopio: Kuopion Yliopisto, 109–120.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Käypä Hoito. 2007. Raskaudenkeskeytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Duodecim 2001;117(20):2084–2094. 1. päivitys 4.9.2007. Viitattu 21.3.2009. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/hoi/hoi27050.pdf>.

Laimio, A. & Karnell, S. 2010. Vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovai-
kutusta. Teoksessa Laatikainen, T. (toim.) Vertaistoiminta kannattaa. SOLVER palvelut Oy: Asumispalvelusäätiö ASPA, 9–19.

Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970. 24.3.1970. Viitattu 9.11.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Wsoy, 21–43.

Louhio, K. 2005. Naisten halukkuus hankkia lapsia ja raskaushistorian yhteys lapsenhankintapäätökseen. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Kansanterveystiede. Pro gradu -tutkielma.

Lääkärin etiikka. 2005. 6. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto. Viitattu 17.12.2010. <http://www.laakariliitto.fi/files/Etiikka05.pdf>.

Maikkula, S., Heikkinen, R-L. & Södervall, R. 2007. Kriisiasiakkaan auttaminen. Teoksessa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. (toim.) Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: Wsoy, 110–114.

Matikka, T. Näin selviydyt, kun kriisi uhkaa (27.04.2006). Tiede 4/2006. Viitattu 16.3.2010. <http://www.tiede.fi/arkisto/artikkeli.php?id=653>.

Meskus, M. 2001. Sikiönlähdettämisen alakulttuuri 1900-luvun alun Suomessa. Sosiologia 4/2001, 287–299.

Muukkonen, P. 2010. Tieteen etiikan keskeisen ongelmat ja tutkimuseettiset periaatteet Suomessa. Tieteessä tapahtuu 2010:2, 16–19. Viitattu 25.2.2011. <http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/view/2680/2454>.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Pau-nonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: Wsoy, 215–221.

Notkola, I-L. 1993. Suomalaisten suhtautuminen aborttiin. Teoksessa Rimpe-lä, M. & Ritamo, M. (toim.) Raskauden keskeyttäminen – suomalaisia valin-toja 1990-luvulla. Stakes. Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 87–102.

Nummela, M. 2007. Terveydenhoitaja nuorten psyykkisen tuen antajana ras-kaudenkeskeytyksessä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusoh-jelma. Opinnäytetyö.

Ohje jälkitarkastuksesta raskauden keskeytyksen jälkeen terveydenhoitajille. 2009. Hämeenlinna: Nuorten terveysneuvontapiste.

Pelastakaa Lapset ry, Kotimainen adoptio. Viitattu 10.1.2011. <http://www.pelastakaalapset.fi/toiminta/lastensuojelutyo/adoptiot/kotimaiset-adoptiot/>.

Pietarinen, R. 1998. Raskaudenkeskeytys naisen kokemana. Kuopion yliopis-to. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveydenhuollon opettajan koulutusohjelma. Opinnäytetutkielma.

Pirttilä, T. 2008. Tutkimuseettiset toimikunnat – toimintaa ohjaavat normit ja tutkimuseettinen pohdinta. Teoksessa Pietilä, A-M., & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yli-opisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja F, yliopistotiedot 45. Kuopio: Kuopion Yliopisto, 65–89.

Pojjula, S. 2002. Surutyö. Jyväskylä: Kirjapaja.

Poikajärvi, K. 1998. Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Lisensiaattitutkimus.

Rainto, S. 2004. Raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoitokokemuksia. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Rimpelä, A. 1993. Ehkäisystä keskeytykseen – epidemiologinen katsaus. Teoksessa Rimpelä, M. & Ritamo, M. (toim.) Raskauden keskeyttäminen – suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes. Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 31–49.

Ritamies, M. 2006. Sinappikylvystä ehkäisytablettiin: suomalaisen perhesuunnittelun historia. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D44/2006. Helsinki: Väestöliitto.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Saari, S. 2008. Kuin salama kirkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. 5. painos. Keuruu: Otava.

Salin, S. 1995. Hoitajien ja raskaudenkeskeytyksen kokeneiden potilaiden aborttiasenteet ja niiden vaikutus kokemuksiin hoitotyön palvelun laadusta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Salonen, H. & Torpo-Valkonen, H. 2009. Raskauden keskeytysasiakkaiden kokemuksia saamistaan palveluista Jyväskylän keskustan neuvolassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 12.9.2009. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200905273312>.

Seinäjoen keskussairaala. 2010. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys sairaalassa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. <http://www.epshp.fi/kotisivut/synn/naistpkl/rksair.asp> viitattu 27.10.2010.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 23.3.2009. <http://pre20090115.stm.fi/pr1169630707750/passthru.pdf>.

Sihvo, S. 2003. Raskauden keskeytykset ja keskenmenot. Teoksessa Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Jyväskylä: Vastapaino, 126–138.

Sihvo, S. & Kosunen, E. 1998. Naisten kokemuksia raskauden keskeytyksestä. Teoksessa Sihvo, S. & Koponen, P. (toim.). Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palveluiden käyttö ja kehittämistarpeet. Tutkimuksen loppuraportti. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 49–63.

Sihvo, S. & Viisainen, K. 1998. Miehet kumppaneina perhesuunnittelussa ja synnytyksissä. Teoksessa Sihvo, S. & Koponen, P. (toim.). Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palveluiden käyttö ja kehittämistarpeet. Tutkimuksen loppuraportti. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 91–101.

Singh, S., Wulf, D., Hussain, R., Bankole, A. & Sedgh, G. 2009. Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. New York: Guttmacher Institute. Viitattu 1.3.2010. <http://www.guttmacher.org/pubs/AWWfullreport.pdf>.

Skogster, K. 2010. Kvinnornas uppleverser av mötet med vårdpersonalen i samband med avbrytandet av en graviditet. Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 1.12.2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010111514461>.

Suhonen, S. & Heikinheimo, O. 2008. Kun raskauden ehkäisy epäonnistuu. Duodecim 2008; 124, 457–461. Viitattu 5.9.2010. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97056.pdf>.

Tampereen opiskelijaterveydenhuolto. 2010. Raskaudenkeskeytys - Potilasohje. Päivitetty 29.1.2010. Viitattu 27.10.2010. <http://www.tampere.fi/opiskeluterveys/seksuaaliterveys/raskaudenkeskeytys.html>

Tiainen, S. & Tuukkala, S. 2009. Syitä yli 25-vuotiaiden ja synnyttäneiden lisääntyneisiin raskaudenkeskeytyksiin. Lahden kaupungin perusterveydenhuollon ammattilaisten näkökulmia. Lahden ammattikorkeakoulu, Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 22.2.2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912087340>.

Toivonen, J. 2004. Raskaudenkeskeytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppi, A. (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 171–175.

Tuomaala, S. 2008. Naisten kokemukset kriittisenä tietona abortista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45, 48–58. Viitattu 2.3.2010. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/590/1655>.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Turpeinen, L. 2010. Terveystietäjä tukijana raskaudenkeskeyttämisen uusijoille. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 9.7.2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201003012619>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 25.2.2011. http://www.tenk.fi/HTK/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf.

Vaasan keskussairaala. 2010. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys - Potilasohjeet. Viitattu 27.10.2010.

<http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/Potilasohjeet/L%C3%A4%C3%A4kkeellinen%20raskaudenkeskeytys.pdf> ja

<http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/Potilasohjeet/L%C3%A4%C3%A4kkeellinen%20raskaudenkeskeytys%20kotona.pdf>.

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: Wsoy, 26–34.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Juva: Wsoy.

Viljanen, M. J. 2011. Miten kristityn tulisi suhtautua aborttiin ja ehkäisyyn? Ristin Voitto 3/2011, 14–15.

Virkkunen, A. 1984. Minun pieni tyttöni. Kertomuksia aborttiosastolta. Juva: WSOY.

Vuento, A. 2000. Aborttipotilaan vierellä. Duodecim 2000; 116: 1480.

Vuorjoki, A. 2001. Elämäni keskeytetyt elämät. Jyväskylä: Gummerus.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 2006. Fenomenologien tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Juva: Wsoy, 152–163.

AMMATTIKORKEAKOULUJEN OPINNÄYTETYÖT RASKAUDENKESKEYTYKSESTÄ

Opinnäytetyö	Nimi	Tulokset
Alhokoski, Kaasinen, Madetoja, & Sillankorva 2008 ja 2009.	2008: Syyllisyys, häpeä, helpotus – naisen tunteita, kokemuksia ja toiveita tuesta raskaudenkeskeytysprosessin aikana. Kirjallisuuskatsaus Kätilöopiston sairaalan perhe-suunnittelupoliklinikalle. 2009: Kätilöopiskelijoiden ammatillisen kasvun tukeminen raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyössä.	Merkittävä kokemus naisen elämänsä historiaa. Kauaskantoiset seuraukset naisen voimavaroista ja saadusta tuesta riippuen. Henkilökunnan tuki, hyväksyntä, potilaan kunnioittaminen ja itsemääräisoikeuden noudattaminen tärkeää. Hoitajilta odotetaan tunteiden huomiointia ja läsnäoloa.
Salonen & Torpo-Valkonen 2009.	Raskauden keskeytysasiakkaiden kokemuksia saamistaan palveluista Jyväskylän keskustan neuvolassa.	Pääosin tyytyväisiä palveluun. Vastaanoton jälkeen tietoisia tulevasta toimenpiteestä ja jatkoista ja tarvittavista tukipalveluista. Hoitajien ammattitaitoa, neuvontaa ja ystävällisyyttä pidettiin hyvänä, enemmän empaattisuutta ja keskustelua psyykkisistä vaikutuksista. Yhteydenottoa prosessin käynnistämiseksi epäselvä. Jälkitarkastuksen tärkeyden korostaminen ja kehittäminen.
Alajoki 2009.	”Jos sanotaan, että jokin asia jää iholle, niin tämä menee ihon alle.” Naisen raskausaikaan liittyvät eettiset ongelmat kätilötyössä.	Raskauden keskeyttäminen on yksi kiistellyimmistä raskausajan eettisistä kysymyksistä. Yksilön näkemykset, syntyvän ja syntymättömän lapsen arvo, kulttuurilliset ja uskonnolliset tekijät vaikuttavat. Laki helpottaa elämän alkamisen ajankohtaa, mutta voimakkaita tunteita herättää naisen itsensä rinnastaminen elämän keskeyttäjäksi. Keskeytysten tekeminen kätilöistä henkisesti kuormittavaa, kun rikkoo omaa vakaumusta. Huonot tilaratkaisut vaikeuttavat hyvän hoitotyön ja psyykkisen tukemisen toteutumista.
Tiainen & Tuukkala 2009.	Syitä yli 25-vuotiaiden ja synnyttäneiden lisääntyneisiin raskaudenkeskeytyksiin. Lahden kaupungin perusterveydenhuollon ammattilaisten näkökulmia.	Välinpitämättömyys, sitoutumattomuus, alhainen koulutustaso, tukiverkoston puuttuminen, ehkäisyvalmisteiden korkea hinta ja vanhat uskomukset, ehkäisyn laiminlyönti. Sallivimmat asenteet. Keskeytyksen saaminen helppoa: asiakkaille tavallista ja merkitykseltään ei henkistä valmistautumista, harvoille vaikea kokemus. Miesten kevyt suhtautuminen keskeytykseen. Miehet ehkäisyneuvonnan pariin.
Holopainen & Reinikainen 2009.	Raskaudenkeskeytys Kuopiossa – hoitopolun kuvaaminen ja sen toimivuuden arvioiminen.	Hoitoon pääsy helppoa. Hoitopolun selkeä toimintalinja vahvuus, joskin ajanpuutteen vuoksi se tekee hoidosta rutiinomaista. Asiakkaan tukeminen ja yksilöllinen kohtaaminen tärkeää. Huoli keskeytyksen tehneiden naisten psyykkisestä toipumisesta. Kaikki osapuolet eivät tietoisia perusterveydenhuollon tarjoamista keskustelumahdollisuuksista keskeytyksen jälkeen. Jatkohoidon ja tuen hakeminen jää asiakkaan vastuulle. Lisää aikaa päätöksen teolle ja riittävästi tietoa päätöksenteon tueksi. Jälkitarkastuksen kehittäminen.
Nummela 2007.	Terveystenhoitaja nuorten psyykki-	Annettu psyykinen tuki merkittävää ja monipuolista vastaten tukea

	sen tuen antajana raskaudenkeskeytyksessä.	<p>hakevien nuorten tarpeita.</p> <p>Nuoret hakivat tukea, vahvistusta päätökselle ja auttavaa kuulijaa. Terveydenhoitajalta edellytetään ammatillisuutta, inhimillisyyttä, tuomitsemattomuutta, empatiaa ja luottamuksellisen suhteen luomista.</p> <p>Terveydenhoitajat pyrkivät huomioimaan nuoren elämän muutkin päätökseen vaikuttavat kriisit ja osasivat suositella monia keskustelumahdollisuutta tarjoavia tahoja.</p>
Järvinen, Strandman & Westerlund 2010.	Kirjalliset potilasohjeet raskauden keskeytyshoidossa.	<p>Nykyisin käytössä olevien potilasohjeiden vastaavuus Käypä hoito 2007 -suositukseen.</p> <p>Ohjeiden sisällössä ja ulkonäössä paljon eroavaisuuksia, koska sairaalat laativat itse omansa. Useat tutkituista potilasohjeista eivät täyttäneet hyvä potilasohjeen kriteerejä. Eniten eroja jälkitarkastusta suorittamisessa. Puutteita mm. asiantuntija-avun hakemisesta, ehkäisyn aloittamisesta ja kirurgisen keskeytysmenetelmän anestesiasta ja ravinnotta olostta.</p> <p>Tulosten pohjalta laadittu neljä raskaudenkeskeytyksen potilasohjetta eri keskeytysviikoille lääkkeelliseen ja kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen.</p>
Koistinen & Korhonen 2008.	Raskaudenkeskeytyspotilaan (raskausviikoilla 12-20) hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa.	<p>Hoitopolku pääosin selkeä ja toimiva. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa sujuvaa.</p> <p>Potilasasiakirjoissa paljon puutteita mm. toteutetun hoidon, neuvonnan ja lääkemääräysten kirjaamisessa.</p> <p>Hoitohenkilökunnan korostunut rooli ohjauksessa, neuvonnassa, tuen ja keskustelutarpeen arvioinnissa, hoidon toteuttamisessa ja jatkohoittoon ohjaamisessa.</p>
Turpeinen 2010.	Terveydenhoitaja tukijana raskaudenkeskeyttämisen uusijoille.	<p>Nuoret saavat tarpeeksi tietoa raskaudenkeskeyttämisestä mm. ystäviltä, läheisiltä ja erityisesti internetistä. Nuoren helpompi kysyä lisätietoa ammattilaisilta, kun on hankkinut etukäteen tietoa internetistä.</p> <p>Terveydenhoitajalta nuoret kokivat saavansa tarpeeksi tukea. Hyväksyvä ilmapiiri, yhteinen luottamus ja avoimuus, empaattisuus ja yksilöllinen kohtaaminen nuorten mielestä tärkeitä terveydenhoitajan ominaisuuksia.</p> <p>Ehkäisyn käytön vähäisyys ja menetelmän säännöllisen huolehtimisen puutteellisuus huolestuttavaa!</p>
Skogster 2010.	Kvinnors upplevelser av mötet med vårdpersonalen i samband med avbrytandet av en graviditet.	<p>Henkilökunta koettiin ystävälliseksi ja ammattimaiseksi etenkin naistentautien poliklinikalla kuin terveysasemalla. Toisaalta potilaan ikä saattoi vaikuttaa neuvonnan ja ohjauksen tasoon. Osa koki negatiivista ja huonoa kohtelua, mm. lääkäreiltä.</p> <p>Naiset toivoivat, että hoitajat katsoisivat tilannetta heidän kannaltaan. Hoitajien olisi tärkeää kuunnella naista ja ottaa hänen näkemyksensä huomioon.</p> <p>Tukea ja tietoa naiset saivat hoitajilta ennen keskeytystä, mutta sen jälkeen monet jäivät yksin tietämättä, mihin ottaa yhteyttä keskustellakseen kokemuksesta. Kumppani, poikaystävä, ystävättären ja oma äiti koettiin tärkeiksi tuenantajiksi.</p> <p>Tietoa kaivattiin erityisesti fyysistä ja psyykkisistä seurauksista keskeytyksen jälkeen.</p>

ILMOITUS KESKUSTELUPALSTOILLE JA ITUPROJEKTIN VERTAISRYHMÄÄN

Hei!

Olen 3. vuoden terveydenhoitajaopiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä lääkkeellisestä raskauden keskeytyksestä: muodostuneesta kokemuksesta ja selviytymiskeinoista.

Kirjoita kokemuksestasi lääkkeellisestä keskeytyksestä ja erityisesti selviytymiskeinoistasi eli miten työstit kokemuksen ”itseesi”. Kirjoitus saa olla niin vapaamuotoinen kuin itse haluat, samoin kuin tekstin pituuskin. Lähetä valmis tekstisi minulle sähköpostitse liitetiedostona Word 97/2000 .doc -muodossa. Sähköpostin kautta voit muutenkin kysellä minulta lisätietoja.

Toivon, että kirjoituksessasi on ainakin nämä asiat:

- Ikäsi ja todetut raskausviikot keskeytystä tehdessä. Näitä tietoja käsittelem työssäni *vain*, jos se tarpeen.
- Kokemuksesi lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä.
- Keskeytykseen liittyneiden ihmisten vaikutus kokemukseesi.
- Kerro konkreettisin esimerkein, millaiset asiat tai keinot ovat auttaneen kokemuksesta selviytymistä eli sen työstämistä?

Opinnäytetyöhöni osallistuminen on vapaaehtoista. Missä vaiheessa tahansa voit keskeyttää osallistumisesi perustelematta ilmoittamalla siitä minulle. Antamaasi kirjoitustasi ja tietojasi käsittelem luottamuksellisesti ja anonyymiyttäsi suojellen.

Lähetä kirjoituksesi sähköpostiini 19.9.2010 mennessä. Valmiin opinnäytetyön löydät ammattikorkeakoulujen verkkokirjastosta, www.theseus.fi valmistuttuani vuonna 2011.

Sarita Seilonen, terveydenhoitajaopiskelija
Hämeen ammattikorkeakoulu, HAMK
etunimi.sukunimi(at)student.hamk.fi

ESIMERKKI KESKEYTYSKOKEMUSTEN ANALYSOINNISTA

Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<i>Tulin raskaaksi ehkäisystä huolimatta. En osannut koskaan kuvitella, että minulle kävisi näin, koska olen aina huolehtinut ehkäisystä.</i>	Ehkäisy	Raskauden toteaminen
<i>Yllätys oli suuri. Ensimmäinen reaktio plussauksen jälkeen oli shokki. Molemmat raskauden olivat ns. vahinkoja.</i>	Yllätys	
<i>Opinnot olivat pahasti kesken. Minua myös pelotti olla raskaana ”yksin ja ehkä vielä kasvattaakin lapsi yksin. Elämän perusta ei ollut mielestäni riittävän vakaalla pohjalla.</i>	Päätöstä puoltavia syitä	Päätöksenteko
<i>Vatvoin päätöstä varmaan melkein kuukauden testin jälkeen. Itse harkitsin pitkään pitäväni lapsen.</i>	Päätöksen harkitseminen	
<i>Sillä hetkellä meillä meni todella huonosti. Meillä oli ollut hyvin riitaisat välit jo ennen raskautta ja raskauden myötä välimme vain pahenivat. Avoliittomme oli kriisissä.</i>	Parisuhde	Kumppani
<i>Mies oli täysin sitä vastaan. Mieheni lupasi olla tukena. No, tuki ja tuki... Aviomies ei kyennyt mukaan tulemaan enää.</i>	Vetäytyminen	
<i>Varasin ajan terveyskeskukselle aborttilähetettä vasten. Jouduin olemaan sairaalassa aamusta iltapäivä kahteen.</i>	Tietoisuus abortinhakuprosessista	Raskaudenkeskeytys
<i>Keskeytyspäivä meni kuin sumussa. Itse keskeytys oli ehkä helpompi kuin ensimmäisellä kertaa --- se tehtiin lääkkeellisesti, joka on minun mielestäni jotenkin vähemmän pelottava ja lempeämpi.</i>	Keskeytys	
<i>Kivut eivät olleet kovat. Vauva syntyi kuudessa tunnissa vähäisillä kivunlievityksillä. Olin sittenkin saanut Buranaa, mikä vain pahensi oloani.</i>	Kipu	Raskaudenkeskeytys
<i>Kättilö oli asiallinen. Sairaalan henkilökunta oli aivan ihanaa ja ymmärtäväistä. Hoitaja oli tympeä ja käyttäytyi minua kohtaan kylmästi koko ajan.</i>	Hoitajat	
<i>Lääkärrien ristiriitaisuus. Poliklinikkalääkäri rauhoitteli minua. Lääkäri ja hoitajat eivät suostuneet antamaan sitä minulle.</i>	Lääkärit	Hoitohenkilökunnan asenne ja käyttäytyminen
<i>Kun lähdin sairaalasta, kättilö kysyi vain ”miltä susta nyt tuntuu?” Puhelimesta terveydenhoitaja oli kovin huolissaan jaksamisestani. Henkisen tuen tarpeesta ja siitä, mistä sitä voisi hakea, ei puhuttu ollenkaan.</i>	Henkisen tuen tarjoaminen	Raskaudenkeskeytyksen jälkeen
<i>Keskeytys ei koskaan unohdu ja tulen ajattelemaan sitä varmasti lopun ikääni.</i>	Muistelu	
<i>Eihän se koskaan mene pois, mutta sen kanssa eläminen helpottuu. Joka kerta kertoessamme, kuristava suru hellittää otettaan hieman.</i>	Suru	Raskaudenkeskeytyksen jälkeen
<i>Tiedän, että lopulta ratkaisu oli oikea. Väillä vieläkin kadun ja jossittelen.</i>	Jossittelu	
<i>Kaksi vuotta myöhemmin raskaana. Puoli vuotta keskeytyksen jälkeen tein uuden positiivisen testi. Biologinen kelloni alkaa jo tikittää.</i>	Uusi raskaus	