

S T A D I A

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

**Syällisyys, häpeä, helpotus - naisen tunteita,
kokemuksia ja toiveita tuesta
raskaudenkeskeytysprosessin aikana**

Kirjallisuuskatsaus Kätilöopiston sairaalan perhesuunnittelupoliklinikalle

Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
14.4.2008

Eveliina Alhokoski
Kati Kaasinen
Susanna Madetoja
Johanna Sillankorva



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Kätilötyö	
Tekijä/Tekijät			
Eveliina Alhokoski, Kati Kaasinen, Susanna Madetoja ja Johanna Sillankorva			
Työn nimi			
Syyllisyys, häpeä, helpotus - naisen tunteita, kokemuksia ja toiveita raskaudenkeskeytysprosessin aikana. Kirjallisuuskatsaus Kätilöopiston sairaalan perhesuunnittelupoliklinikalle			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2008	34 + 2 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kirjallisuuskatsaus Kätilöopiston sairaalan perhesuunnittelupoliklinikalle perehtymällä raskaudenkeskeytyksen aiheuttamiin kokemuksiin, tunteisiin ja niiden tukemiseen sekä naisten toiveisiin prosessin aikana. Tavoitteena oli, että poliklinikalla työskentelevät hoitajat saavat tietoa raskaudenkeskeytyspotilaiden kokemuksista ja tunteista sekä pystyvät tukemaan heitä paremmin päivittäisessä työssään.</p> <p>Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tehtiin perehtymällä aiheista kirjoitettuihin suomalaisiin ja ulkomaisiin tieteellisiin tutkimuksiin, raportteihin sekä hoito- ja lääketieteellisiin asiantuntija-artikkeleihin. Aineistona käytettiin myös tilastotietoja ja kirjoja. Hakuja tehtiin seuraavista tietokannoista: Medic, PubMed, Ovid ja Cochrane. Lähdemateriaalia löytyi myös manuaalisen haun avulla tutustumalla tutkimusten ja julkaisujen lähdeluetteloihin.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että raskaudenkeskeytysprosessi koetaan vaikeaksi ja yllättäväksi, ja naiset ovat usein epävarmoja päätöksestä. Tuloksista ilmeni, että suunnittelematta raskaaksi tulevat naiset kokevat monia erilaisia tunteita, esimerkiksi pelkoa, paniikkia, huolta, hätäännystä, katumusta, syyllisyyttä, häpeää ja surua, mutta keskeytyksen jälkeen myös helpotusta. Tulosten mukaan naiset toivoivat saavansa informatiivista, konkreettista ja emotionaalista tukea yksilöllisesti hoitohenkilökunnalta raskaudenkeskeytysprosessin kaikissa vaiheissa. Myös läheisten tuki koettiin tärkeäksi. Naiset kokivat, etteivät he saaneet keskustella tarpeeksi raskaudenkeskeytyksen henkisestä puolesta ja psyykkisistä vaikutuksista.</p> <p>Raskaudenkeskeytys herättää runsaasti negatiivisia tunteita, joiden läpikäymiseen naiset kaipaavat ja tarvitsevat tukea, keskusteluapua ja läsnäoloa. Inhimillisuus, ystävällisyys, asiallinen ja kunnioittava kohtelu sekä luottamuksellisuus ovat tärkeitä hoitotyössä. Raskaudenkeskeytyspotilaiden tukemisella on suuri merkitys heidän voimaantumisen ja selviytymisen kannalta prosessin kaikissa vaiheissa.</p>			
Avainsanat			
raskaudenkeskeytys, tunteet, toiveet, kokemus, tuki			



Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care
Author/Authors Eveliina Alhokoski, Kati Kaasinen, Susanna Madetoja and Johanna Sillankorva		
Title Guilt, Shame, Relief - Women's Emotions, Experiences and Wishes During Induced Abortion Process		
Type of Work Final Project	Date Spring 2008	Pages 34 + 2 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of this study was to write a literature review for the Family Planning Clinic of Kätilöopisto Maternity Hospital, Finland. The purpose was to chart experiences, emotions and wishes that women face during induced abortion process. The purpose was also to gather information for the nurses working in the Family Planning Clinic to help them in their daily work.</p> <p>The method of this study was literature review. Information was searched from nursing science databases; Medic, PubMed, Ovid and Cochrane. Finnish and non-Finnish scientific articles, reviews and reports were read and analysed. Also statistics and books were used.</p> <p>The results of this literature review proved that the process of induced abortion was experienced inconvenient and surprising, and women were usually insecure about their decision. According to the results, many different feelings were felt, for example fear, panic, concern, anxiety, remorse, guilt, shame and sorrow but also relief after the abortion process. Women wished for informative, concrete and emotional support from the nursing staff during every phase of the process. Support from family and friends was also significant. Women felt that they did not have enough opportunities to discuss the mental and physical impacts of the induced abortion. There were many negative feelings invoked by abortion. Women needed and wanted support and presence.</p> <p>Humanity, kindness, respectful treatment and confidentiality are essential in nursing. It is important to support women who undergo induced abortion. Therefore, women feel themselves empowered and strong enough to survive the process.</p>		
Keywords induced abortion, emotion, wish, experience, support		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTIA	2
2.1	Raskaudenkeskeytyksen määritelmä ja lainsäädäntö	2
2.2	Raskaudenkeskeytys toimenpiteenä	3
2.3	Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoprosessi perhesuunnittelu- poliklinikalla	6
2.4	Raskaudenkeskeytystilastoja	7
2.5	Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykinen tukeminen	9
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	10
4	KIRJALLISUUSKATSAUS TIEDON KOONNIN MENETELMÄNÄ	11
5	AINEISTON ANALYSOINTI JA VALINTA	12
6	RASKAUDENKESKEYTYSPOUTILAIDEN KOKEMUKSIA JA TOIVEITA	13
6.1	Tunteiden kirjoja	13
6.2	Kokemuksia syyllistämisestä, liukuhihnamaisuudesta ja vääränlaisesta kohtelusta	16
6.3	Tunteiden käsittely ja tukeminen raskaudenkeskeytysprosessin aikana	17
6.3.1	Kokemuksista keskusteleminen	17
6.3.2	Hoitohenkilökunta naisen henkisenä ja fyysisenä tukena	19
6.3.3	Ehdotuksia potilaan kohtaamiseen	21
6.4	Naisten toivoma tuki tunteiden käsittelyyn raskaudenkeskeytysprosessin aikana	22
6.4.1	Toiveet henkilökunnalle	22
6.4.1.1	Psyykkisen tuen huomiointi	22
6.4.1.2	Inhimillinen, yksilöllinen ja luottamuksellinen kohtelu osana tukea	24
6.4.2	Muun sosiaalisen tuen tarve	26
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	28
	LÄHTEET	32
	LIITTEET 1-2	

1 JOHDANTO

Raskaudenkeskeytys herättää monenlaisia tunteita sekä sen kokeneissa naisissa että heitä kohtaavissa hoitoalan ammattihenkilöissä. Tunteet ja kokemukset voivat olla luonteeltaan positiivisia tai negatiivisia. On tärkeää käydä avointa ja rehellistä keskustelua, jotta keskeytyksen aiheuttamat negatiiviset tuntemukset eivät hallitse liikaa potilaiden elämää. Kätilön näkökulmasta raskaudenkeskeytyspotilaat ovat merkittävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden alaan kuuluva asiakasryhmä, johon olisi suhtauduttava naisen yksilöllistä elämäntilannetta kunnioittaen ja naiseuden erityispiirteitä vaalien.

Tämä opinnäytetyö on osa Naistensairaalan ja Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian yhteistyöhanketta Näyttöön perustuva kätilötyö. Naistensairaalaan kuuluvat Helsingissä Kätilöopiston sairaala ja Naistenklinikka sekä Espoossa Jorvin sairaala (Hannula 2005: 3). Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan yleensä parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttöä yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja itse toiminnan toteutuksessa (Leino-Kilpi – Lauri 2003: 7). Työ tehdään Kätilöopiston sairaalan perhesuunnittelupoliklinikalle.

Näyttöön perustuva kätilötyö -hankkeen tarkoituksena on toteuttaa vuosina 2004-2008 tehtävät Stadian kätilökoulutuksen opinnäytetyöt sellaisena kokonaisuutena, että ne hyödyntävät Naistensairaalan näyttöön perustuvan toiminnan ja hoitotyön kehittämistä. Ensisijaisesti opinnäytetöiden avulla pyritään asiakas- ja perhekeskeisen hoitotyön sekä potilasohjauksen kehittämiseen erilaisissa Naistensairaalan hoitoympäristöissä. Näyttöön perustuva kätilötyö -hankkeessa pyritään lisäksi kehittämään kätilötyötä ja kätilökoulutusta kansallisen Terveystta ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä -toimintaohjelman mukaisesti. Tavoitteena on esimerkiksi lisätä kätilöopiskelijoiden valmiuksia näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseen ja verkostomaiseen yhteistyöhön. (Hannula 2005: 2-3.)

Työn tarkoituksena on tehdä kirjallisuuskatsaus raskaudenkeskeytyksen aiheuttamista kokemuksista, toiveista, tunteista ja niiden tukemisesta. Tietoa kerätään potilaiden henkisestä prosessista raskaudenkeskeytykseen liittyen: minkälaisia tunteita potilaat kokevat, ja kokevatko he saavansa tarpeeksi tukea tunteidensa käsittelyyn prosessin aikana ja mitä toiveita heillä on tilanteeseen liittyen. Kirjallisuuskatsauksessa sovelletaan systemoidun kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Tavoitteena on perehtyä raskaudenkeskey-

tyksen aiheuttamiin tunteisiin ja kokemuksiin lisäten siten valmiuksia toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Tavoitteena on, että Kättilöopiston sairaalan perhesuunnittelupoliklinikalla työskentelevät hoitajat saavat tietoa raskaudenkeskeytyspotilaiden kokemuksista ja tunteista sekä pystyvät tukemaan heitä paremmin päivittäisessä työssään. Näin pyritään varmistamaan, että työ hyödyntää perhesuunnittelupoliklinikan näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä ja asiakaskeskeisen hoitotyön toteutumista.

Työ tehdään Kättilöopiston sairaalan perhesuunnittelupoliklinikan työntekijöiden toiveiden perusteella. Aiheeseen päädyttiin neuvottelussa perhesuunnittelupoliklinikan henkilökunnan kanssa keväällä 2007. Henkilökunta oli erittäin kiinnostunut saamaan tietoa potilaiden selviytymiseen liittyvistä tekijöistä raskaudenkeskeytysten jälkeen, sillä heidän mukaansa raskaudenkeskeytys on naiselle aina henkisesti raskas prosessi. Toimenpiteen jälkeen potilaalle saattaa jäädä käsittelemättömiä tunteita, esimerkiksi surua, jotka saattavat mahdollisesti purkautua odottamattomissa tilanteissa, esimerkiksi tulevissa raskauksissa ja synnytyksissä.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTIA

2.1 Raskaudenkeskeytyksen määritelmä ja lainsäädäntö

Raskaudenkeskeytys (abortus arte provocatus, aap) määritellään ihmisen toimenpitein käynnistetyksi raskauden päättymiseksi, joka ei täytä synnytyksen määritelmää ja jossa sikiön ei tiedetä kuolleen kohtuun ennen toimenpidettä. Raskaudenkeskeytys eli induoitu abortti tulee tehdä ennen 20. raskausviikkoa tai Terveystieteiden tutkimuskeskuksen luvalla sikiön vaikean poikkeavuuden perusteella ennen 24. raskausviikkoa. (Käypä hoito 2007.) Raskaudenkeskeytyksellä tarkoitetaan siis vapaaehtoista ja keino- tekoista raskauden päättämistä, jolloin sikiö menettää elinmahdollisuutensa. Keskeytys tehdään joko laillisesti tai lainvastaisesti, jolloin kyseessä on rikos. (Hartikainen ym. 1995: 148.)

Raskaudenkeskeytyskäytäntöjä ohjaavat Suomessa Laki raskauden keskeyttämisestä (24.3.1970/239) ja Asetus raskauden keskeyttämisestä (29.5.1970/359), valtakunnallinen Käypä hoito -suositus, Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007-2011 sekä sairaanhoitopiirikohtaiset hoito-

ohjeet. Lainsäädäntö on vuodelta 1970, jonka jälkeen siihen on tehty muutamia muutoksia. Esimerkiksi vuonna 1978 säädettiin raskaudenkeskeytyksen aikaraja 12. raskausviikolle, ja vuonna 1985 aikarajaa jatkettiin 24. raskausviikolle sikiöindikaatioon perustuen. (Toivonen 2004: 171.) Sikiöindikaatiolla tarkoitetaan sikiöllä raskausaikana todettua tai epäiltyä synnynnäistä epämuodostumaa tai muuta poikkeavuutta (Stakes 2006a).

Tämänhetkinen laki sallii raskauden varhaisen keskeyttämisen naisen pyynnöstä, kun hänen perustelunsa vastaavat laissa mainittuja edellytyksiä. Raskaus on keskeytettävä niin aikaisessa vaiheessa kuin mahdollista. Muun syy kuin edellä mainitun sikiöindikaation tai naisella olevan sairauden tai ruumiinvian vuoksi raskautta ei saa keskeyttää lain mukaan 12. raskausviikon jälkeen. Mikäli nainen on tullut raskaaksi alle 17-vuotiaana tai mikäli on todettavissa jokin muu erityinen syy, voi Terveystieteiden tutkimuskeskus (TEO) antaa luvan raskauden keskeyttämiseen myöhemminkin, ei kuitenkaan 20. raskausviikon jälkeen. TEO voi antaa luvan raskauden keskeyttämiseen kuitenkin myös edellä mainitun sikiöindikaation mukaisesti 24. raskausviikkoon asti. Raskaudenkeskeytysasetuksen mukaan naiselle on muun muassa annettava ehkäisyneuvontaa lääkärin toimesta ennen kuin keskeytys toteutetaan tai potilas kotiutuu sairaalasta. Perustelut raskaudenkeskeytykselle näkyvät työn lopussa olevassa liitteessä (liite 1). (Asetus raskauden keskeyttämisestä 359/1970; Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970.)

2.2 Raskaudenkeskeytys toimenpiteenä

Keskeytysmenetelmiä on kaksi: kirurginen raskaudenkeskeytys eli imukaavinta ja lääkkeellinen raskaudenkeskeytys. Kirurgista ja lääkkeellistä keskeytystä käytetään vaihtoehtoisina keskeytysmenetelminä silloin, kun raskauden kesto on ultraäänitutkimuksella varmennettuna korkeintaan 12+0 raskausviikkoa. Suomessa raskausviikko 9+0 on kuitenkin otettu yleisesti varhaisen lääkkeellisen keskeytyksen ylärajaksi, ja raskausviikoilla 9-12 käytetään imukaavintaa. Keskeytystä hakeva nainen voi itse tehdä valinnan eri menetelmien välillä, ellei ole olemassa lääketieteellisiä perusteita toisen keskeytysmenetelmän käyttämiseksi. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen vasta-aiheita ovat esimerkiksi jatkuva kortisonihoito, antikoagulanttihoito tai verenvuototaipumus, hoidolle reagoimaton astma, kommunikaatiovaikeudet sekä allergia keskeytyksessä käytetyille lääkkeille. Toisen raskauskolmanneksen keskeytyksissä eli raskausviikoilla 12-24 ainoa

mahdollinen keskeytysmenetelmä on lääkkeellinen raskaudenkeskeytys. (Käypä hoito 2007.)

Kirurginen raskaudenkeskeytys on päiväkirurginen toimenpide, jonka perusmenetelmänä on kohdunkaulan laajennus ja imukaavinta. Se voidaan tehdä joko paraservikaalipuudutuksessa tai yleisanestesiassa. Ennen varsinaista kohdunkaulan laajennusta dilataattoreilla eli laajentimilla potilaan kohdunkaulaa voidaan laajentaa myös lääkkeellisesti prostaglandiini misoprostolilla (Cytotec®), jonka ansiosta kohtu tyhjenee varmemmin ja jolla pyritään ehkäisemään mahdollisia toimenpiteen aikaisia komplikaatioita. Toimenpiteessä raskauden keston mukaan mitoitettu imukärki kytketään sähköimuuun, ja kärjellä suoritetaan kohtuontelon kaavinta kyrettejä apuna käyttäen. Kirurgisen keskeytyksen välittöminä komplikaatioina saattaa esiintyä kohdunkaulan repeäminen ja kohdun perforaatio eli puhkaiseminen, joiden seurauksena potilaalle voi aiheutua muun muassa vakavaa verenvuotoa. Myöhempiä komplikaatioita saattavat olla kohdun epätäydellinen tyhjeneminen eli residua ja infektio, jotka aiheuttavat pitkittynyttä veristä vuotoa, alavatsakipua ja kuumetta. Komplikaatiot voivat johtaa uusintakaavinnan tekemiseen. (Käypä hoito 2007; Toivonen 2004: 173.)

Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä hyödynnetään kahden lääkkeen yhteisvaikutusta. Toimenpiteessä käytetyt lääkkeet ovat antiprogestiini mifepristoni (Mifegyne®) ja prostaglandiini misoprostoli (Cytotec®). Mifepristoni estää progesteronin sitoutumisen reseptoriinsa, eikä raskaus jatku ilman sitoutumista. Ennen kahdeksannen raskausviikon loppua tehtävissä lääkkeellisissä keskeytyksissä valmistena käytetään pelkästään mifepristonia. Lääkkeellisen keskeytyksen etuina imukaavintaan verrattuna voidaan nähdä kohtuun kohdistuvan toimenpiteen ja nukutuksen välttäminen, haittana puolestaan mainitaan mahdollisesti jonkin verran runsaampi ja pidempi verinen vuoto. Lisäksi on mahdollista, että kohdun tyhjentäessä riittämättömästi potilaalle joudutaan tekemään kaavinta. (Käypä hoito 2007; Toivonen 2004: 174.)

Lääkkeellisessä varhaisraskaudenkeskeytyksessä potilas tekee kaksi käyntiä sairaalaan. Ensimmäisellä käynnillä hän ottaa hoitajan valvonnassa suun kautta mifepristonia. Toisella sairaalakäynnillä hoitaja tai potilas itse laittaa misoprostolia emättimeen. Tabletit annetaan potilaalle kuitenkin suun kautta siinä tapauksessa, että potilaalla on runsasta veristä vuotoa emättimestä. Potilas on osastoseurannassa vähintään kolmen tunnin ajan, ja hänelle annetaan kipulääkettä sekä ennaltaehkäisevästi että tarvittaessa keskeytyksen

aikana. Toisen käynnin yhteydessä Rh-negatiiviselle potilaalle annetaan myös anti-D-immunoglobuliini ja tarvittaessa klamydialääkitys. On myös mahdollista, että potilaan kanssa sovitaan lääkkeellisen varhaisraskaudenkeskeytyksen niin sanotusta osittaisesta kotitoteutuksesta, jolloin potilas ottaa misoprostoli-lääkityksen kotona. Tällöin hänelle annetaan ensimmäisen sairaalakäynnin ja mifepristoni-lääkityksen yhteydessä erilliset ohjeet keskeytyksen toteutuksesta. Raskausviikolla 12 tai sen jälkeen suoritettavissa lääkkeellisissä raskaudenkeskeytyksissä toimitaan pääpiirteittäin samalla tavalla kuin varhaisraskaudenkeskeytyksessäkin. Erona varhaisiin keskeytyksiin misoprostolia annetaan potilaalle kolmen tunnin välein kuitenkin siten, että potilas saa korkeintaan viisi annosta vuorokauden aikana. (Toivonen 2004: 175; Naistentautien hoito-ohjeet 2007: 61-62.) Seuraavassa taulukossa (taulukko 1) on esitelty lääkkeellisen ja kirurgisen varhaisraskaudenkeskeytyksen eroja.

TAULUKKO 1: Lääkkeellisen ja kirurgisen raskaudenkeskeytyksen vertailu ensimmäisessä raskauskolmanneksessa (enintään 12 raskausviikkoa) (Käypä hoito 2007).

Lääkkeellinen	Kirurginen
Alle 9 rvk, myös raskausviikolla 9-12	Enintään 12 rvk
Polikliininen, voidaan toteuttaa osin kotona	Päiväkirurginen
Ei anestesiaa	Yleisanestesia
Kajoamaton	Kajoava
Alavatsatuntemukset, kipulääke usein tarpeen	Toimenpiteeseen liittyvät komplikaatiot
Jälkivuotoa 10-14 rvk, joskus jopa neljä viikkoa	Jälkivuoto niukka
Noin 5 % joutuu kaavintaan vuodon tai epätäydellisen keskeytymisen takia	Noin 3 % joutuu uusintakaavintaan epätäydellisen keskeytymisen takia
Sairausloma yleensä 1-3 vrk	Sairausloma yleensä 1-3 vrk
Hormoniehkäisy voidaan aloittaa heti keskeytyksen yhteydessä. Kierukan asennus jälkitarkastuksen tai ensimmäisten kuu-kautisten yhteydessä	Hormoniehkäisy voidaan aloittaa heti keskeytyksen yhteydessä. Kierukka voidaan usein asentaa toimenpiteen yhteydessä
Jälkitarkastus ja ehkäisyn varmistaminen 2-3 viikon kuluttua keskeytyksestä	Jälkitarkastus ja ehkäisyn varmistaminen 2-3 viikon kuluttua keskeytyksestä

2.3 Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoprosessi perhesuunnittelupoliklinikalla

Tässä opinnäytetyössä raskaudenkeskeytysprosessilla tarkoitetaan ei-toivotun raskauden päättämistä raskauden varhaisvaiheessa eli viimeistään 12. raskausviikolla. Prosessin tavoitteena on päättää raskaus ilman komplikaatioita ja niin, että asiakkaalle jää hoidosta mahdollisimman positiivinen kokemus. Raskaudenkeskeytysprosessilla tarkoitetaan hoidon eri vaiheita terveydenhuollon palvelukokonaisuudessa. Hoitoprosessi jaetaan viiteen eri vaiheeseen: raskauden toteaminen, lääkäriä käynti josta lähete sairaalan poliklinikalle, sairaalan poliklinikalla käynti, toimenpidepäivä ja jälkitarkastuskäynti. Prosessi alkaa raskauden toteamisesta asiakkaan toimesta kotona ja päättyy jälkitarkastuskäyntiin joko terveyskeskuksessa tai yksityisellä lääkäriä. (Poikajärvi 1998: 6.) Kätilöopiston sairaalan perhesuunnittelupoliklinikan toiminta vastaa prosessissa vaihetta, jolloin asiakas käy sairaalan poliklinikalla.

Perhesuunnittelupoliklinikka kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) naistentautien yksikköön. Poliklinikka sijaitsee Helsingissä Kätilöopiston sairaalassa, jossa hoidetaan synnytysten lisäksi naistentauteihin kuuluvia sairauksia. Perhesuunnittelupoliklinikalla hoidetaan raskaudenkeskeytyksiin ja sterilisaatioihin liittyvät poliklinikkakäynnit, vaativat ehkäisyongelmat, nuorisogynekologiset ongelmat, lapsettomuuden perustutkimukset ja -hoidot sekä vammaisten naisten gynekologiset konsultaatiot. Poliklinikalle hakeudutaan lääkärin läheteellä. Poliklinikan asiakkaat ovat helsinkiläisiä, espoolaisia, vantaalaisia ja keravalaisia. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004; Saarinen 2008.)

Raskaudenkeskeytykseen tulevan asiakkaan käynti perhesuunnittelupoliklinikalla sisältää sekä hoitajan että lääkärin vastaanoton, joihin asiakas varaa ajan saatuaan lähetteen. Asiakkaalle painotetaan aikaa varatessa, että ensimmäinen käynti ei ole toimenpidevaan poliklinikkakäynti. Asiakas voi tulla käynnille yksin tai tukihenkilön kanssa. Hoitajan ohjaustilanteeseen on varattu aikaa 20 minuuttia, jonka aikana hoitaja tiedustelee asiakkaan nykyisestä terveydentilasta ja keskeytyspäätöksestä, esittelee vaihtoehtoiset raskaudenkeskeytysmenetelmät sekä keskustelee asiakkaan kanssa jatkoehkäisymahdollisuuksista. Asiakas tulee tietoiseksi ohjaustilanteen aikana muun muassa siitä, missä ja milloin keskeytystoimenpide hänelle tehdään sekä milloin ja minne hänen tulee hakeutua jälkitarkastukseen. Suullisten ohjeiden lisäksi asiakas saa mukaansa kirjalliset ohjeet. Mikäli asiakas on alle 17-vuotias eivätkä hänen huoltajansa tiedä tilanteesta, hoita-

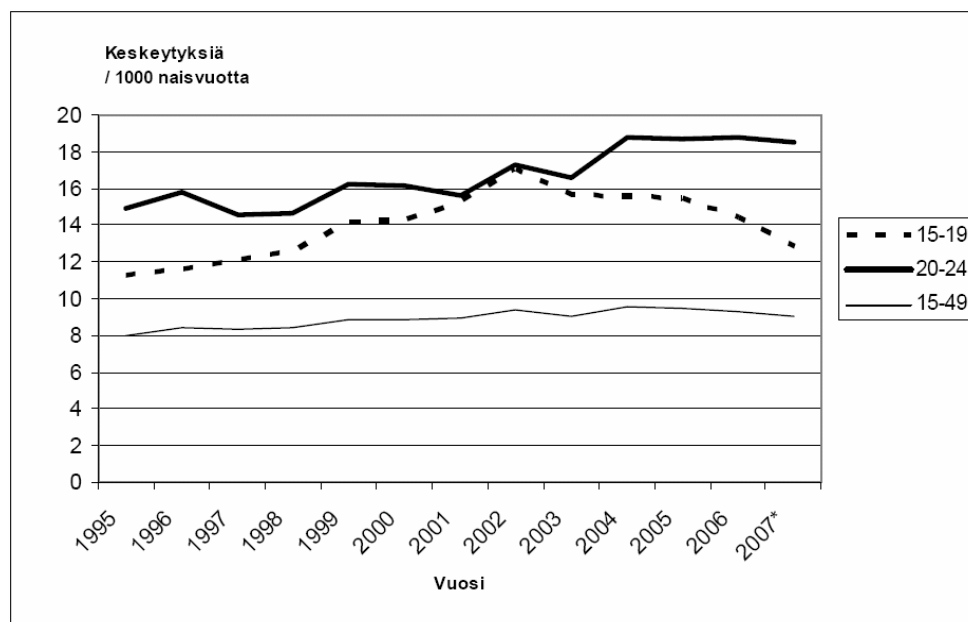
ja ottaa tarvittaessa yhteyden muihin tahoihin, kuten sosiaalihoitajaan tai turvakotiin asiakkaan yksilöllisen tilanteen mukaan. Lääkärin vastaanotolla asiakkaan kanssa jatketaan keskustelua keskeytyspäätöksestä, keskeytysvaihtoehdoista sekä jatkoehkäisystä. Lääkäri suorittaa gynekologisen tutkimuksen, ottaa gynekologisia näytteitä sekä varmistaa raskauden ja sen keston ultraäänitutkimuksella. Lopuksi asiakas ohjataan verinäytteenottoon, josta selvitetään muun muassa asiakkaan veriryhmä ja vasta-aineet. Lääkäreiden tehtävänä on täyttää raskaudenkeskeytykseen liittyvät lomakkeet, esimerkiksi AB1-lomake eli lääkärinlausunto, hakemus ja päätös raskauden keskeyttämisestä. (Saarinen 2008.) Lisäksi lääkäri täyttää yli 12 viikkoa kestäneen raskauden keskeyttämiseen tarvittavat lupapaperit Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta (TEO) varten (Naistentautien hoito-ohjeet 2007: 63).

Raskaudenkeskeytys tehdään Kätilöopiston sairaalassa naistentautien osastolla, jonne asiakkaalle varataan aika perhesuunnittelupoliklinikakäynnin yhteydessä. Toimenpiteen jälkeen potilas kotiutuu saman päivän aikana. (Saarinen 2008.) Potilas saa raskaudenkeskeytyksen jälkeen sairauslomaa raskauden kestosta ja keskeytysmenetelmästä riippuen 1-7 vuorokautta. Potilasta ohjataan aloittamaan ehkäisy joko toimenpidepäivänä, sitä seuraavana päivänä tai ensimmäisten kuukautisten alkaessa. Lisäksi häntä ohjataan huolehtimaan jälkitarkastuksesta, joka tehdään yleensä avoterveydenhuollossa 2-4 viikon kuluttua keskeytyksestä. On huomioitava, että varhaisraskaudenkeskeytysten osalta jälkitarkastus on mahdollisuuksien mukaan pyrittävä tekemään ennen 12. raskausviikon umpeutumista, jotta mahdollisesti keskeytyksestä huolimatta jatkunut raskaus voidaan keskeyttää ilman luvan anomista TEO:sta. (Naistentautien hoito-ohjeet 2007: 62, 64.)

2.4 Raskaudenkeskeytystilastoja

Raskauksia on keskeytetty kaikissa kulttuureissa kautta aikojen. Maailmassa arvioidaan tehtävän vuosittain noin 27 miljoonaa laillista ja 20 miljoona laitonta raskaudenkeskeytystä. (Käypä hoito 2007.) Suomen raskaudenkeskeytystilastot kestävät hyvin kansainvälisen vertailun, sillä vain Hollannissa tehdään väestön määrään suhteutettuna vähemmän keskeytyksiä kuin Suomessa. Suomen raskaudenkeskeytystilanteen alueellinen ja ikäluokittainen seuranta on mahdollista Stakesin ylläpitämän aborttirekisterin avulla. (Sihvo – Kosunen 1998: 49.)

Vuonna 2006 tehtiin Stakesin tilastojen mukaan 10 645 raskaudenkeskeytystä eli 9,1 keskeytystä tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohden. Tämä on kolme prosenttia (hieman yli 300 keskeytystä) vähemmän kuin vuonna 2005. Keskeytysten määrä laski kaikissa ikäryhmissä edellisvuoteen verrattuna, ja eniten keskeytykset vähenivät alle 20-vuotiaiden ryhmässä. Eniten keskeytyksiä tehtiin puolestaan 20-24-vuotiaille. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna eniten keskeytyksiä tehtiin Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirissä (12,2/1000) ja vähiten Keski-Pohjanmaan sairaanhoidopiirissä (5,7/1000). Helsingissä keskeytysten määrä oli 11,1 keskeytystä tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohden. (Stakes 2006b.) Seuraavassa kuviossa (kuvio 1) on havainnollistettu suomalaisten naisten raskaudenkeskeytyksiä ikäryhmittäin vuosina 1995-2007.



KUVIO 1. Raskaudenkeskeytykset ikäryhmittäin tuhatta vastaavan ikäistä kohti 1995–2007. * Ennakkotieto. (Stakes 2008.)

Valtaosa (92,8 %) keskeytyksistä tehtiin vuonna 2006 ennen 12. raskausviikkoa. Lääkkeellisten keskeytysten osuus kaikista keskeytyksistä oli 57,5 prosenttia. (Stakes 2006b.) Huomioitavaa on, että vielä vuonna 2000 lääkkeellisten keskeytysten osuus oli vain noin neljä prosenttia (Käypä hoito 2007). Yleisin peruste keskeytykselle vuonna 2006 oli sosiaaliset syyt (88,7 %). Muita yleisiä syitä olivat alle 17 vuoden ikä (6,1 %), yli 40 vuoden ikä (3,8 %) ja neljän lapsen synnyttäminen (2,1 %). Lääketieteellisellä perusteella (0,4 %) keskeytyksiä tehtiin sairaudesta, ruumiinviaasta tai heikkoudesta naisen hengelle tai terveydelle aiheutuvan vaaran vuoksi. Vuonna 2006 tehtiin hieman enemmän keskeytyksiä mahdollisen tai todetun sikiövaurion vuoksi kuin aikaisempana

vuonna (2,8 % kaikista keskeytyksistä). Huomionarvoista on, että keskeytyksen perusteena on vuodesta 2001 alkaen voinut käyttää enemmän kuin yhtä syytä. (Stakes 2006b.)

Raskaudenkeskeytyspotilaista 61,7 prosenttia ilmoitti käyttäneensä jotakin ehkäisymenetelmää raskauden alkaessa, ja 38,3 prosenttia ei ollut käyttänyt mitään ehkäisymenetelmää tai menetelmästä ei ollut tietoa. Jälkiehkäisyä oli käyttänyt kaikista keskeytyspotilaista 2,7 prosenttia. (Stakes 2006b.)

Ennakkotilastojen mukaan vuoden 2007 ensimmäisen vuosipuoliskon (tammi-kesäkuu) aikana tehtiin 5 271 raskaudenkeskeytystä eli 2,9 prosenttia vähemmän kuin vastaavana aikana vuotta aikaisemmin. Samanlaisen suuntauksen jatkuessa tehdään Stakesin arvion mukaan vuonna 2007 yhteensä noin 10 350 keskeytystä eli 2,9 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2006. Stakes julkaisee raskaudenkeskeytyksiä koskevat vuoden 2007 lopulliset tilastotiedot syksyllä 2008. (Stakes 2008.)

2.5 Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykinen tukeminen

Useimmille naisille raskaudenkeskeytys on vaikea ja harvoin alusta lähtien selvä päätös ja se herättää monenlaisia, ristiriitaisiakin tunteita. On normaalia, että ennen keskeytystä, toimenpiteen aikana ja sen jälkeen saattaa esiintyä esimerkiksi syyllisyyden ja häpeän tunteita, masentuneisuutta, tyhjyyden tunnetta, katumusta tai vihaa. Keskeytysprosessissa nainen tarvitseekin usein sosiaalista ja psyykkistä tukea. Raskaudenkeskeytyksen kokeneet naiset kaipaavat keskusteluapua toimenpiteen jälkeen sen henkiseen käsittelyyn. Raskaudenkeskeytysprosessissa tulisi hoitaa koko ihmistä, ei vain lääketieteellistä ongelmaa. (Käypä hoito 2007; Vuento 2000: 1480.)

Nykyisen Käypä hoito -suosituksen mukaan raskaudenkeskeytyksen jälkeisille psyykkisille komplikaatioille alttiita ovat erityisesti ne, joiden toivottu raskaus keskeytetään sikiöindikaatiolla, aiemmin hedelmättömyyden takia hoitoa saaneet naiset ja aiemmin psyykkisesti, erityisesti depressiivisesti oireilleet naiset. Riskiryhmässä ovat myös ne, joilla keskeytysajankohta on myöhäinen, keskeytys tehdään lääketieteellisestä syystä, taloudellisesti huonossa asemassa olevat sekä naiset, joiden kumppani painostaa keskeyttämään raskauden. Nämä potilasryhmät tarvitsevat muita enemmän tukea raskau-

denkeskeytysprosessin aikana. Keskustelu psykologin, sairaalapastorin, masennus- tai sosiaalihoitajan kanssa voi olla tarpeen. (Käypä hoito 2007.)

Vaikka psyykkisellä tuella tiedetään olevan tärkeä merkitys raskaudenkeskeytysprosessin aikana, tukea ja neuvontaa ei kuitenkaan ole tutkimusten mukaan riittävästi tarjolla (Kishida 2001: 490 - 491). Keskeytykset hoidetaan nykyään lyhyinä polikliinisina toimenpiteinä, jolloin myös hoitajan ja potilaan kohtaaminen jää usein varsin lyhyeksi. Niinpä potilaan kokemien tunteiden tukemiseen ei keskeytysprosessin yhteydessä useinkaan löydy mahdollisuutta. (Hartikainen ym. 1995: 152.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tarkoituksena on tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Työ tehdään Kättilöopiston sairaalan perhesuunnittelupoliklinikan henkilökunnan toiveiden perusteella. Tavoitteena on perehtyä raskaudenkeskeytyksen aiheuttamiin kokemuksiin, tunteisiin ja niiden tukemiseen sekä naisten toiveisiin prosessin aikana, ja lisätä siten valmiuksia toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Tavoitteena on, että poliklinikalla työskentelevät hoitajat saavat tietoa raskaudenkeskeytyspotilaiden kokemuksista ja tunteista sekä pystyvät tukemaan heitä paremmin päivittäisessä työssään. Näin varmistetaan, että työ hyödyntää perhesuunnittelupoliklinikan näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä ja asiakaskeisken hoitotyön toteutumista.

Kirjallisuuskatsauksessa vastataan seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaisia tunteita raskaudenkeskeytyspotilaat kokevat?
2. Minkälaista tukea raskaudenkeskeytyksen läpikäyneet naiset kokevat saaneensa tunteidensa käsittelyyn prosessin aikana?
3. Minkälaista tukea raskaudenkeskeytyksen läpikäyvät naiset haluaisivat saada tunteidensa käsittelyyn prosessin aikana?

4 KIRJALLISUUSKATSAUS TIEDON KOONNIN MENETELMÄNÄ

Perinteinen kirjallisuuskatsaus on rajatusta aiheesta tehty tiivistelmä, jossa käydään läpi kyseisestä aiheesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Nykyisin suositaan tavanomaisen kirjallisuuskatsauksen sijasta systemoitujen kirjallisuuskatsausten tekemistä, ja niiden tavoitteena on koota ja yhdistää alkuperäistutkimusten tarjoamaa tutkimustietoa ja näyttöä. (Malmivaara 2002: 877.) Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena ei siis ole vain luetella aiheesta aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia, vaan etsiä kyseisistä tutkimuksista oleellisin tieto sekä yhdistellä ja arvioida tietoa valitusta tutkimusnäkökulmasta käsin. Lukijat eivät halua pelkkää listaa olemassa olevasta kirjallisuudesta, vaan he haluavat systemoidun kirjallisuuskatsauksen tuottavan tiedollisen lisän aiheeseen. (Taylor 2007.) Lukijat eivät siis halua luetteloa esimerkiksi raskaudenkeskeytystä käsittelevistä tutkimuksista, joissa on mukana tietoa myös raskaudenkeskeytyksen aiheuttamista tunteista, vaan he haluavat tietää, ovatko tutkimusten tulokset yhteneväisiä ja saataisiinko tuloksia yhdistämällä aiheesta lisää hyödyllistä tietoa.

Kirjallisuuskatsaus luo uutta tietoa hajallaan olevan tutkimusaiheen keräämisellä ja järjestämisellä sekä aiempia tutkimustuloksia yhdistämällä. Systemoidun katsauksen tarkoituksena on löytää uusi näkökulma, joka auttaa ymmärtämään löydettyjä tosiseikkoja paremmin. Tarkastelussa pyritään tulkintaan ja selityksiin. (Hirsjärvi ym. 1993: 11-15.) Kirjallisuuskatsauksessa esitetään tutkimusalueen keskeiset linjat ja tulkitaan eri tutkijoiden tuloksia julkaistun kirjallisuuden perusteella. Tämä edellyttää huolellista perehtymistä alkuperäisartikkeleihin ja niiden tulkintaa sekä kriittistä tarkastelua. Mikäli alkuperäiset tutkimustulokset ovat ristiriitaisia, onnistunut kirjallisuuskatsaus osoittaa ristiriidat ja niiden alkuperän. (Viskari 2002: 26.)

Aivan aluksi on määriteltävä kartoitettava ongelma ja rajattava aihe sekä tarkoin mietittävä, miksi katsaus tehdään ja kenelle. Kohderyhmän valinta vaikuttaa kirjallisuuskatsauksen sisältöön ja esitystapaan. Ennen kirjallisuuskatsauksen laadintaa tehdään tutkimussuunnitelma, jossa tutkimuksen prosessi suunnitellaan ja kuvataan. (Mäkelä ym. 1996: 1999.) Tutkimussuunnitelmassa määritetään kriteerit hyväksyttävälle alkuperäisartikkeleille ja kuvataan kirjallisuushaun suorittaminen (Malmivaara 2002: 877). Systemoidun kirjallisuuskatsauksen tekijän on osattava vertailla eri tutkijoiden lähestymistapoja, valintoja ja jäsentelyjä. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla napakka ja ytimeen osuva, se ei saa alkaa rönsyillä liikaa. (Pihlaja 2004: 136 – 137.) Systemaattisesta kirjal-

lisuuskatsauksesta poiketen emme tuota tässä opinnäytetyössä uutta tietoa, vaan perehdymme jo olemassa olevaan tutkimusaineistoon ja teemme johtopäätöksemme sen pohjalta.

5 AINEISTON ANALYSOINTI JA VALINTA

Kirjallisuuskatsaus tehtiin perehtymällä aiheista kirjoitettuihin tutkimuksiin, raportteihin, artikkeleihin ja tilastoihin sekä valitsemalla niistä työhön soveltuva materiaali. Kirjallisuuskatsauksen suomenkielisinä hakusanoina käytettiin esimerkiksi sanoja raskaudenkesk*, abort*, raskaudenkeskeytysprosessi ja tunteet. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin muun muassa sanoja abortion, induced, process*, emotions, experience* ja pregnancy termination. Suomenkieliset haut rajattiin vuosiin 1992-2007 tutkimusten vähyden vuoksi. Englanninkieliset haut rajattiin puolestaan uusimpiin tutkimuksiin vuosilta 2002-2007. Hakuja tehtiin seuraavista tietokannoista: Medic, PubMed, Ovid ja Cochrane. Opinnäytetyön liitteenä (liite 2) on taulukko käytetyistä tietokannoista, hakusanoista, osumista ja työn kannalta käyttökelpoisista osumista.

Tietokannoista osumia löytyi useita satoja, joista käyttökelpoisia oli 41. Osa osumista esiintyi useammassa tietokannassa, osaa aineistosta ei ollut saatavilla. Aluksi käyttökelpoisimmat osumat rajattiin nimen tai tiivistelmän perusteella, jonka jälkeen luettiin ja referoitiin runsaasti suomalaisia ja ulkomaisia tieteellisiä tutkimuksia sekä hoito- ja lääketieteellisiä asiantuntija-artikkeleita. Referoiduista tutkimuksista valikoitui vielä kirjallisuuskatsaukseen parhaiten soveltuva materiaali. Opinnäytetyöprosessin edetessä ja aiheen tarkentuessa huomioitiin aineiston soveltuvuutta työhön. Aineiston luokittelussa käytettiin apuna kolmea kysymystä: minkälaisia tunteita raskaudenkeskeytyspotilaat kokevat, minkälaista tukea raskaudenkeskeytyksen läpikäyneet naiset kokevat saaneensa tunteidensa käsittelyyn ja minkälaista tukea raskaudenkeskeytyksen läpikäyvät naiset haluaisivat saada prosessin aikana. Suurin osa lähdeaineistosta oli painettua materiaalia, mutta paljon aineistoa oli saatavissa myös sähköisessä muodossa.

Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyötä käsitteleviä suomalaisia tutkimuksia on tehty alle kymmenen, joista kirjallisuuskatsauksessa on käytetty viittä. Ulkomaisia tutkimuksia on käytetty kahdeksaa. Keskeytysprosessia käsittelevät keskeisimmät suomalaiset tutkimukset oli helppo löytää, koska lähes poikkeuksetta niitä on käytetty lähdemateri-

aalina toisten suomalaisten tutkijoiden aiheesta tekemissä tutkimuksissa. Suuri osa lähdemateriaalista löydettiin manuaalisen haun avulla tutustumalla tutkimusten ja julkaisujen lähdeluetteloihin. Raskaudenkeskeytystä käsittelevien tutkimusten vähäisyyttä voi selittää esimerkiksi se, että aihe on usein naisille hyvin arkaluontoinen. Keskeytyksen salaaminen on yleistä, ja niinpä naisten osallistumishalukkuus aihetta käsitteleviin tutkimuksiin on vähäistä. (Poikajärvi 1998: 88.)

Lopullisessa aineiston valinnassa pyrittiin objektiivisuuteen ja kriittisyyteen, jotta työstä tulisi mahdollisimman luotettava ja informatiivinen. Kriittisyydellä tarkoitetaan sitä, että kirjallisuuskatsaukseen päätyneiden aineistojen sisältö vastaa opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita. Tehdyn hakuprosessin perusteella voidaan todeta, että potilaiden tunteita ja kokemuksia naistentautien poliklinikoilla ja vuodeosastoilla on tutkittu runsaasti. Nämä tutkimukset on kuitenkin rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle, koska ne eivät varsinaisesti käsittele raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoa. Näin kirjallisuuskatsauksen luotettavuus lisääntyi.

6 RASKAUDENKESKEYTYSPOTILAIEN KOKEMUKSIA JA TOIVEITA

6.1 Tunteiden kirjoa

Raskaudenkeskeytys on yleisesti kokemuksena hyvin yksilöllinen ja henkilökohtainen. Tieto raskaudesta aiheuttaa naisissa voimakkaita tunnetiloja, esimerkiksi pelkoa ja paniikkia. He kokevat tilanteen vaikeaksi ja yllättäväksi. Keskeytyspäätöksen jo tehtyään he saattavat alkaa miettiä asiaa uudelleen, ja varsinaisen päätöksenteon jälkeen he mahdollisesti vielä jälkipuivat päätöstä ja sen perusteluja. Naiset pohtivat raskaudenkeskeytykseen liittyviä moraalisia näkökohtia, esimerkiksi syitä ja tekijöitä, jotka johtivat ei-toivotun raskauden alkamiseen. Epävarmuus keskeytyspäätöksestä on hyvin merkittävässä asemassa, ja mielipide päätöksestä saattaa vaihtua jopa useamman kerran päivässä. Naiset, joille päätös on varma ja selkeä, eivät koe katumuksen tunteita. Vastaavasti naiset, joille päätöksenteko on vaikea, pohtivat tilannetta syvemmin ja katuvat. (Rainto 2004: 30-32, 40, 47.)

Suunnittelematta raskaaksi tulevat naiset kokevat tilanteensa erittäin stressaaviksi ja kokevat kohtaavansa jopa kriisin. Useiden tutkimusten mukaan naiset ovat hämmenty-

neitä ja kokevat raskaustiedon olevan hankalasti käsiteltävä asia. He ovat myös tyrmistyneitä ja kauhistuneita sekä syyllistävät itseään esimerkiksi ehkäisyn laiminlyönnistä. He kokevat huolta, haikeutta, pelkoa, hätäännystä, surua, tuskaa, katumusta, vihaa, masennusta, paha oloa, huonoa omaatuntoa ja vaikeutta luopua raskaudesta. Tunteita herättävät esimerkiksi tiedonpuute sekä tuntematon ja ennen kokematon tilanne. Toisaalta naisilla esiintyy samanaikaisesti vastakkaisia tunteita, esimerkiksi helpotusta, kun ei-toivottu raskaus on keskeytynyt eli ongelma on ratkennut. Nuoret naiset miettivät, kuinka he enää koskaan voivat antaa anteeksi itselleen, että ovat tehneet koko loppuelämäänsä vaikuttavan virheen tullessaan vahingossa raskaaksi. Heillä on pelkoa muun muassa siitä, voivatko he tulla enää uudelleen raskaaksi raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Naiset kokevat epäonnistuneensa. Vaikka naiset tietävätkin, että raskaudenkeskeytyksiä tapahtuu melko paljon, he eivät olisi voineet kuvitella itse joutuvansa kyseiseen tilanteeseen. (Kero 2002: 32, 34; Pietarinen 1998: 55; Rainto 2004: 33-34; Wahlberg 2004: 56, 61 – 62.)

Potilaille tilanne voi olla pelottava jo senkin takia, että se on mahdollisesti heidän ensimmäinen sairaalakokemuksensa. Raskaudenkeskeytyspotilaiden kohdalla tämä kokemus saatetaan tuntea erityisen epämiellyttävänä, koska potilaat pitävät tilannetta usein omana syynä ja häpeällisenä. Turvattomuutta ja pelkoa voivat lisätä kipu, esineellistäminen, alastomuus ja potilaan roolissa oleminen. Pelot kohdistuvat usein myös hoidon ja ohjauksen inhimillisyyteen. Pelokkuutta lisäävät myös esimerkiksi toimenpidehuoneessa odottaminen ja välineiden katseleminen. Erityisesti huolta ja pelkoa toimenpiteen jälkeen kokevat naimisissa olevat tai pitkässä parisuhteessa elävät naiset. (Poikajärvi 1998: 50, 53-54; Kishida 2001: 490 - 494.)

Syyllisyyden kokeminen omasta raskaudesta tuli voimakkaasti esille useissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Salinin tutkimukseen osallistuneista potilaista 61 prosenttia oli sitä mieltä, että useimmat keskeytyksen kokeneet naiset tuntevat syyllisyyttä. Naiset saattavat etukäteen pelätä ensimmäistä lääkärikäyntiään keskeytysasian hoitamiseksi, sillä he pelkäävät hoitohenkilökunnan syyllistävän heitä vielä lisää. Syyllisyyden tunne tulee usein esille ensimmäisellä vastaanottokäynnillä etenkin aikaisemmasta ehkäisystä keskusteltaessa. (Erjanti 2004: 128; Poikajärvi 1998: 36, 71; Salin 1995: 75.)

Joillakin naisilla on surun tunteita, kontrollin puutetta, kuoleman pelkoa ja riippuvaisuuden tunteita lyhyellä aikavälillä toimenpiteen jälkeen. Erot surun kokemisessa vaih-

televat, joillakin naisilla se on voimakkaampaa kuin toisilla. Suruprosessi suunnitellun keskeytyksen jälkeen voi olla yleistettävissä ja odotettavissa, mutta suru ja sen kokeminen ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä. Surun voimakkuus ja oireet, kuten univaikeudet ja uupumus voivat lisääntyä naisilla, joilla on eläviä lapsia keskeytysprosessin aikana. Tutkimuksessa ei ole voitu osoittaa tilastollista riippuvuussuhdetta surun voimakkuudella ja keskeytyksen jälkeen kuluneella ajalla. (Williams 2000: 178-180, 182.)

Helpottuneisuus on usein päällimmäinen tunne heti raskaudenkeskeytyksen jälkeen, kun taas syyllisyys, katumus ja masentuneisuus voivat tulla esille vasta myöhemmin. Katumuksen tunteet ovat tutkimusten mukaan yleisimpiä niiden naisten joukossa, joille raskaudenkeskeytys on tehty kahden viime vuoden sisällä. Jälkeenpäin tilannetta katsoessaan nainen voi todeta, etteivät keskeytykseen johtaneet olosuhteet olisikaan olleet niin huonot, ettei hän olisi pärjännyt lapsen kanssa, jolloin voi esiintyä myöhäisiä katumuksen tunteita. (Sihvo – Kosunen 1998: 52, 59.) Myös Rainton tutkimukseen osallistuneet naiset olivat sitä mieltä, että he saattaisivat tulevaisuudessakin pohtia keskeytykseen liittyviä katumuksen tunteita ja keskeytyksen merkitystä elämälleen (Rainto 2004: 38).

Keron tutkimuksessa tuli ilmi hieman päinvastaisia tuloksia. Kun raskaudenkeskeytyksestä on kulunut vuosi aikaa, ovat naisten positiiviset tuntemukset prosessia kohtaan lisääntyneet. Kun tutkimukseen osallistuneilta naisilta kysyttiin heidän tuntemuksiaan, koki enemmistö vastaajista keskeytysprosessin positiivisena asiana. Joillakin oli sekä positiivisia että negatiivisia tunteita kokemaansa toimenpidettä kohtaan. Naiset kokivat raskaudenkeskeytysprosessin positiivisena kokemuksena sen vuoksi, että heidän mielestään se oli vahvistanut heidän itsetuntemustaan ja omanarvontuntoaan sekä tehnyt heistä kypsempinä. (Kero 2002: 41.)

Ensimmäisellä kolmanneksella tehdyt raskaudenkeskeytykset eivät yleensä aiheuta suuria psykiatrisia tai psykologisia ongelmia naisille. Itse asiassa naiset tuntevat helpotusta ja hyvänolon tunnetta päätöksenteon jälkeen. Tietyt riskitekijät, kuten aikaisemmat psykiatriset ongelmat, ongelmat päätöksenteossa ja negatiivinen suhtautuminen keskeytykseen, voivat aiheuttaa negatiivisia vasteita. (Nordal Broen ym. 2004: 265.)

6.2 Kokemuksia syyllistämisestä, liukuhihnamaisuudesta ja vääränlaisesta kohtelusta

Tutkimustulokset osoittavat, että Suomessa raskaudenkeskeytykseen suhtaudutaan melko kielteisesti tai ainakin varauksellisesti. Hoitohenkilökunnan käyttäytyminen voidaan nähdä kulttuurisidonnaisena; ”kylmä” ja välttelevä käytös henkivät perimmäistään kielteistä suhtautumista raskaudenkeskeytykseen. Hoitajien asennoitumisen tulisi kuitenkin olla neutraalia ja potilasta tukevaa, ei tuomitsevaa. (Sihvo – Kosunen 1998: 61.) Myös muualla maailmassa konservatiiviset eli vanhoilliset asenteet sekä naisten yleinen negatiivinen asenne raskaudenkeskeytyksiä kohtaan aiheuttavat huolta, levottomuutta ja henkisiä ongelmia raskaudenkeskeytysprosessin aikana. Näihin asenteisiin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota, eikä niihin pyritä vaikuttamaan positiivisella tavalla. (Kishida 2001: 490 - 494.)

Keskeytyspotilaat eroavat muista potilasryhmistä, koska he tuntevat selviytymis- ja toipumisprosessia vaikeuttavaa syyllisyyttä ja kokevat syyllistämistä hoidon aikana. Niinpä kaikissa hoitoprosessin vaiheissa korostuvat potilaan kohtaamiseen liittyvät asiat. Koska raskaudenkeskeytyksen tekemiseen liittyy usein jo itsessäänkin voimakkaita tunteita, ovat naiset erityisen herkkiä tunnistamaan henkilökunnan omia asenteita. Useat Stakesin tekemään tutkimukseen osallistuneet naiset totesivat, että ei-toivottu raskaus, sen keskeyttäminen ja pohtiminen on heille vaikea asia muutenkin, eivätkä he siinä tilanteessa tarvitse henkilökunnan taholta syyllisyyttä lisääviä kommentteja tai muuta negatiivista käytöstä. Hoitohenkilökunnan tulisikin kiinnittää erityistä huomiota vuorovaikutukseen keskeytyspotilaiden kanssa, jotta he eivät entisestään hankaloita naisen tilannetta. (Poikajärvi 1998: 81; Rainto 2004: 29; Sihvo – Kosunen 1998: 57.)

Moni potilas kokee olevansa raskaudenkeskeytysprosessin aikana kuin ”tuote liukuhihnalla”. Naiset kokevat toimenpiteen rutiininomaisena ja hoitohenkilökunnan syyllistävän ja moralisoivan käytöksen ahdistavana. Suuri osa naisista kokee etenkin ensimmäisen vastaanottokäynnin mitäänsanomattomana rutiinitoimituksena. Käyntiä pidetään myös liian organisaatiolähtöisenä ja persoonattomana. (Poikajärvi 1998: 39, 46; Salin 1995: 68; Sihvo - Kosunen 1998: 57.) Mikäli nainen on kokenut prosessin aikana negatiivisena joitakin hoidon osa-alueita, se voi vaikeuttaa myöhempää selviytymistä arasta ja vaikeasta kokemuksesta (Rainto 2004: 38).

Ensimmäisen lääkärikäynnin tapaan myös poliklinikkakäynnillä potilaat pelkäävät henkilökunnan ”saarnaamista”, syylistämistä ja ”neuvomista” ja kokevat siellä tehdyt toimenpiteet osittain kiusallisina ja epämiellyttävinä. Poikajärven tutkimuksessa erityisesti ultraäänitutkimus, jossa potilaat näkivät sikiön, herätti heissä voimakkaita negatiivisia tunteita. Sen sijaan Pietarisen tutkimuksessa ilmeni, että sikiön näkeminen ultraäänitutkimuksen yhteydessä voi auttaa naisia selviytymään keskeytykseen liittyvästä syyllisyydentunteesta. Sikiön näkemisen myötä raskaus tulee konkreettiseksi ja nainen tällöin tietää, mistä luopuu keskeytyksen yhteydessä. Näiden tutkimusten tarkoituksena ei ole syyllistää naisia, vaan ne ovat välttämättömiä hoitoprosessin aikana. Toimenpiteen jälkeen keskustelu hoitohenkilökunnan kanssa olisi toivottavaa, sillä osa kokee tullessa välinpitämättömästi ja väärin kohdelluksi. Potilaiden mukaan heidän toiveitaan ei kuunnella tai oteta riittävästi huomioon. (Pietarinen 1998: 54; Poikajärvi 1998: 42, 44-45.)

6.3 Tunteiden käsittely ja tukeminen raskaudenkeskeytysprosessin aikana

6.3.1 Kokemuksesta keskusteleminen

Raskaudenkeskeytyksen jälkeiseen psyykkiseen selviytymiseen vaikuttanee muun muassa se, onko potilas voinut puhua ei-toivotusta raskaudesta ja keskeytysaikeistaan kenenkään kanssa ennen ja jälkeen keskeytyksen. Tutkimuksen mukaan naiset kokevat, että he eivät ole saaneet keskustella tarpeeksi raskaudenkeskeytyksen henkisestä puolesta ja psyykkisistä vaikutuksista, esimerkiksi masennuksesta, surutyöstä, itsesyytöksistä ja keskeytyspäätöksen oikeutuksesta. (Sihvo – Kosunen 1998: 52, 55.)

Monilla nuorilla naisilla, jotka ovat tulleet suunnittelematta raskaaksi, on vääränlainen käsitys siitä, että asiasta keskustelu jonkun toisen kanssa saattaisi pitkittää ja viivästyttää keskeytyksen saamista tai hankaloittaa keskeytyspäätöksen tekemistä. Oikeasti asia on toisinpäin. Avoin keskustelu asiasta ymmärtäväisen ihmisen kanssa auttaa naisia näkemään tilanteen eri näkökulmista ja vaikuttaa positiivisesti naisen elämään, eikä vaikeuta toimenpiteeseen pääsyä. Keskustelu ennen toimenpidettä voi myös auttaa nuoria naisia käsittelemään senhetkistä tilannettaan ja elämäänsä siten, etteivät he koe raskaudenkeskeytystä koko loppuelämäänsä vaikeuttavana asiana, vaan seikkana, joka käsitellään nyt ja jonka jälkeen elämää jatketaan tasapainoisesti eteenpäin. (Wahlberg 2004: 56.)

Useat Poikajärven tutkimukseen osallistuneet naiset kertoivat, että he olisivat halunneet keskustella keskeytykseen liittyvistä tunteista ja siihen johtaneista perusteluista. Naisten kokivat, että heidän oloaan olisi helpottanut mahdollisuus keskustella asiasta neutraalin ammatti-ihmisen kanssa. Tutkimustulosten mukaan keskeytysperusteista ei vastaanotto-käynneillä kuitenkaan keskusteltu, eivätkä kaikki naiset edes tieneet mitä lääkäri oli kirjoittanut lopulliseksi perusteeksi keskeytyslausuntoon. Potilaat kuvailivat, ettei heille ollut annettu mahdollisuutta puhua tuntemuksistaan. Heistä tuntui vaikealta myös aloittaa keskustelua asiasta, joten ammattihenkilöiden tulisikin itse avata keskustelu automaattisesti hoitokontaktien aikana. Potilaat kertoivat arastelleensa asian ottamista puheeksi itse, koska he pelkäsivät henkilökunnalle tulevan ”vaikean” olon. Vain reilu puolet Salinin tutkimukseen osallistuneista potilaista oli sitä mieltä, että hoitajat keskustelivat heidän kanssaan muustakin kuin tulostyystä. Näin ollen reilun kolmanneksen kanssa muunlaista keskustelua ei ollut käyty lainkaan? (Poikajärvi 1998: 37-38, 72; Salin 1995: 63.)

Potilaat kaipaavat enemmän keskustelua muustakin kuin varsinaiseen toimenpiteeseen liittyvistä asioista. He kokevat, että poliklinikalla annettu ohjaus rajoittuu usein pääasiassa toimenpidettä koskevaan ohjaukseen, jossa ei huomioida heidän yksilöllisiä tarpeitaan. Potilaiden mukaan heidän kysymyksiään varten ei myöskään varata riittävästi aikaa. Osalle potilaista hoitajan henkilökohtainen lähestymistapa on muodostunut tärkeäksi ohjauksen onnistumisen kannalta. Esimerkiksi hoitajan omista keskeytyskokemuksista kertominen saattaa muodostua hyvinkin merkittäväksi ja lieventää potilaan pelkoa keskeytystä kohtaan. (Poikajärvi 1998: 46-48.)

Rainton tutkimukseen osallistuneet naiset kertoivat pohtineensa, kenelle he voisivat kertoa tilanteesta ei-toivotun raskauden tultua ilmi. Heti tilanteen alkuvaiheessa he hakivat tukea ystäviltään ja sukulaisiltaan. Kertomalla tapahtuneesta naiset jakoivat heille aran asian jonkun kanssa ja kokivat siten keventäneensä oloaan. (Rainto 2004: 30.)

Raskaudenkeskeytysprosessin moniportaisuuden potilaat kokevat hankalana. Heidän mielestään eri hoitoyksiköissä samojen asioiden läpikäyminen ja niistä keskusteleminen eri ihmisten kanssa on kokemuksena ikävä. Myös keskeytyspäätöksen varmuudesta on heidän mielestään ikävä puhua. (Rainto 2004: 36.) Jokaisessa keskeytysprosessin vaiheessa potilaat pitävät myös oman intimiteettinsä säilymisen tärkeänä, sillä he kokevat

ei-toivotun raskauden usein omana epäonnistumisena tai vikana ja toivovat, ettei se paljastuisi muille ihmisille (Poikajärvi 1998: 35).

6.3.2 Hoitohenkilökunta naisen henkisenä ja fyysisenä tukena

Raskaudenkeskeytys on aina jonkinasteinen psyykinen kriisi, vaikka se voi olla potilaalle myös myönteinen ja helpotusta tuottava asia. Keskeytyspäätös tehdään yksilöllisesti, ja se liittyy erottamattomasti potilaan elämäkokonaisuuteen. Päätös ei synny erikseen nimettävien syiden vuoksi, vaan se tapahtuu aikaisempien kokemusten, nykyisen elämäntilanteen ja tulevaisuuden suunnitelmien yhdistyessä erottamattomaksi kokonaisuudeksi päätöksenteossa. Hoitajien tulisikin erilaisilla hoitotyön auttamiskeinoilla auttaa potilasta raskaudenkeskeytyksen psyykkisten ja sosiaalisten vaikutusten käsitteilyssä, neuvoa avun saamisessa ja tukea potilasta hänen päätöksessään. (Pietarinen 1998: 53; Salin 1995: 82-83.) Hoitohenkilökunnan tulisi keskustella potilaiden kanssa raskaudenkeskeytyksen herättämistä tunteista sekä kertoa, mistä keskeytyksen läpikäynyt nainen voi saada keskusteluapua ja psyykkistä tukea (Harris 2004: 105).

Henkinen ja fyysinen tuki korostuvat raskaudenkeskeytyksen kokeneen potilaan hoitotyössä. Tuki voi olla luonteeltaan informatiivista, konkreettista ja emotionaalista. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla riittävästi herkkyyttä potilaan kohtaamiseen sekä muistaa, että hoitotyössä henkilökunnan käyttäytyminen ja asennoituminen keskeytykseen vaikuttavat merkittävästi naisen hoitokokemukseen. (Rainto 2004: 47.)

Raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoitohenkilökunnalta saama tuki voidaan kokea merkitykselliseksi keskeytysprosessin kaikissa vaiheissa. Ennen lopullisen keskeytyspäätöksen tekemistä korostuvat odotukset ohjauksen yksilöllisyydestä ja tiedollisesta pätevyydestä sekä ei-asenteellisesta suhtautumisesta, kun taas ennen toimenpidettä ja sen jälkeen ennen kotiutumista naiset pitävät tärkeinä asioina ohjauksen riittävyyttä ja sitä, että se auttaisi selviytymään sekä sairaalassa ollessa että kotona. Tiedollinen tuki on keskeisessä asemassa hoidossa erityisesti silloin, kun kyseessä on potilaalle uusi ja tuntematon hoitotilanne. Tutkimuksen mukaan naiset saattavat kokea esimerkiksi keskeytyksen jälkeiseen ehkäisyyn liittyvän ohjauksen jopa autoritäärisenä ja rutiininomaisena, joten näyttäisikin olevan tarvetta kehittää ohjausta enemmän yksilöllisempään suuntaan. (Pietarinen 1998: 54; Rainto 2004: 35.)

Hoitohenkilökunnalta vaaditaan herkkyyttä toimia siten, että syyllistämistä vältetään ja prosessi saadaan sujuvasti etenemään. Etenkin silloin, kun potilas kokee olevansa ”vähillä voimavaroilla” on tärkeää, että hoitohenkilökunta saa prosessin sujumaan ilman ylimääräistä potilaalle aiheutettua stressiä. Poikajärven tutkimuksen mukaan potilaat voivat olla ajoittain niin väsyneitä ja masentuneita tilanteeseensa, että he kokevat pienkin hoitajilta saadun avun helpotuksena. (Poikajärvi: 1998: 37, 40.)

Myös keskustelu ja läsnäolo ovat tärkeitä raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä kaikissa prosessin vaiheissa: ennen päätöksentekoa, vastaanottokäyntien yhteydessä ja keskeytyksen jälkeen. Etenkin ne naiset, jotka eivät ole varmoja päätöksestään, kokevat tarvitsevansa keskustelua ennen raskaudenkeskeytystä. (Poikajärvi 1998: 68-69.) Tuen saaminen on tärkeässä asemassa, koska keskeytyksen läpikäyneelle naiselle kokemus on osa hänen loppuelämänsä. Hoitohenkilökunta on avainasemassa potilaan tuen tarpeen tunnistamisessa. (Rainto 2004: 40, 42.)

Salinin tutkimuksessa vain 37 prosenttia potilaista koki, että hoitajat olivat ylipäättään kiinnostuneita raskaudenkeskeytyksen psyykkisistä vaikutuksista potilaaseen (Salin 1995: 57-58). Hoidon inhimilliseen puoleen tulisikin tutkimustulosten mukaan kiinnittää erityistä huomiota, sillä keskeytykseen liittyvien tunteiden ja hoitohenkilökunnan käyttäytymisen monet naiset muistavat vielä vuosien jälkeen (Sihvo – Kosunen 1998: 62). Raskaudenkeskeytyksen läpikäyneet naiset kokevat hoitajien kanssa keskustelemisen hyvänä asiana, sillä se auttaa heitä saamaan ajatuksiaan pois ikävästä asiasta (Rainto 2004: 36). Poikajärven tutkimukseen osallistuneet potilaat kuvasivat hyviä ja empaattisia hoitajia seuraavasti: ”ne on mukavia ja lempeitä, ei vöyhötä eikä hössötä, on mukana sun jutussa ja kuuntelee mitä sanon”. He olivat huomioineet myös hoitohenkilökunnan katsekontaktin ja kokivat sen puutteen negatiivisena ja syyttelevänä. (Poikajärvi 1998: 58-59.)

Turvallisuuden tunteen kokeminen on potilaille tärkeää. Oudossa ja pelottavassa tilanteessa etenkin henkilökunnan läsnäolo ja keskustelu muodostavat potilaille keskeisen ja turvallisuutta luovan elementin. Potilaat kokevat toimenpiteeseen odottamisen ahdistavana ja usein kivuliaanakin, jolloin he erityisesti odottavat hoitohenkilökunnan huomiointia ja huolenpitoa. Turvallisuuden tunnetta lisäviksi tekijöiksi potilaat mainitsivat tutkimuksessa esimerkiksi yksilöllisen huomioon ja puhuttelun, tervehtimisen, koskettamisen, keskustelemisen sekä potilaan inhimillisten tekijöiden, esimerkiksi itkun

huomioimisen. Heidän kohdallaan turvallisuuden tunnetta lisäsi oleellisesti hoitajien läheisyys, joka ilmaisi heille sen, että potilaista pidetään huolta. Potilaat kokivat, että kipeistäkin asioista on helpompi puhua silloin, kun hoitajat osoittavat inhimillisyyttä ja empaattisuutta. (Poikajärvi 1998: 54-57.)

Hoitohenkilökunnan tulisi paneutua enemmän raskaudenkeskeytyspotilaiden henkisen tuen antamiseen. Erityisesti kulttuureissa, joissa negatiiviset asenteet keskeytyksiä kohtaan aiheuttavat valtaosan keskeytyksen jälkeisestä henkisestä pahoinvoinnista, tulisi hoitajien olla ymmärtäväisiä potilaita kohtaan. Hoitajilla tulisi olla tarpeeksi aikaa potilaiden kohtaamiseen sekä ennen että jälkeen toimenpiteen. Joillekin potilaille vastaanotokäynnit psykiatrin tai psykologin luona olisivat suositeltavia, sillä esimerkiksi lisääntyvällä henkisellä tuella voitaisiin välttää toistuvia raskaudenkeskeytyksiä. (Kishida 2001: 494.)

6.3.3 Ehdotuksia potilaan kohtaamiseen

Poikajärvi ehdottaa tutkimustulostensa perusteella, että poliklinikkakäynnin yhteydessä jonkun ammattihenkilön tulisi automaattisesti keskustella potilaan kanssa raskauteen ja keskeytykseen liittyvistä tunteista ja antaa tukea kokemusten käsittelyssä. Terveystieteiden ammattilaiset voisivat rohkaista raskaudenkeskeytyspotilaita käyttämään esimerkiksi erilaisia selviytymisstrategioita. Potilaat saattavat kokea psykologin liian vieraina tai etäisenä vaihtoehtona, joten paras henkilö keskusteluun olisi poliklinikalla työskentelevä hoitaja tai lääkäri. Potilaiden kertomusten perusteella selventävää keskustelua olisi hyvä käydä erityisesti silloin, kun asiakas ei ole täysin vakuuttunut omasta keskeytyspäätöksestään. (Poikajärvi 1998: 48; Erjanti 2004: 130)

Hoitajien tulisi huomioida jokaisen potilaan elämäntilanne yksilöllisesti, koska jokaisen tausta on erilainen sekä raskauteen johtaneet tilanteet, naisten toiveet ja edellytykset tulevaisuuden suhteen vaihtelevat. Hoitajien tulee huolehtia potilaiden oikeuksista ja itsemääräämisoikeudesta, ja heidän tulee kunnioittaa ja arvostaa potilaita. Jokaisen potilaan tulee saada ilmaista omat henkilökohtaiset huolensa, toiveensa ja tarpeensa kannustavassa ilmapiirissä. Hoitajan tulee kohdata jokainen potilas yksilöllisesti ja ilman ennakkosenteitä sekä varmistaa, että potilas saa hoitoa ilman syrjintää ja tuomitsemista raskaudenkeskeytyspäätöksensä vuoksi. (Lakis – Simmonds 2004: 375.)

Hoitavan henkilökunnan tulisi keskustella enemmän keskeytyspotilaiden kanssa, jotta he pystyisivät huomioimaan psyykkistä erityistukea tarvitsevat potilaat, antamaan heille informaatiota palveluiden olemassaolosta ja tarvittaessa ohjaamaan heidät jatkohoitoon. Erityistukea psyykkiseen selviytymiseen tutkimuksen mukaan voivat tarvita etenkin naiset, joilla ei ole tukiverkkoja, aiemmin hedelmöityshoidoissa olleet naiset sekä päätöksenteossaan epävarmat ja iältään nuoret keskeytyspotilaat. (Poikajärvi 1998: 75-76.)

Tutkimustuloksista selviää, että raskaudenkeskeytyksen jälkeen naisen jääminen yksin voi tehdä kokemuksesta vaikean. Keskeytyksen läpikäyneet naiset pitävät tärkeänä keskeytyksestä keskustelemista läheisen ihmisen kanssa jossakin prosessin vaiheessa, ja he kokevat sen myös tärkeänä osana keskeytyksestä selviytymistä. Toisaalta myös yksinolo keskeytyksen jälkeen voidaan kokea selviytymistä edistäväksi. Pietarisen tutkimus kuitenkin yhdessä aikaisempien tutkimusten ja muun kirjallisuuden kanssa tukee sitä seikkaa, että raskaudenkeskeytykokemuksesta selviytymistä voidaan helpottaa antamalla naiselle mahdollisuus keskustella raskauden merkityksestä ja keskeytykseen liittyvistä tunteista. Naisen selviytyminen voi helpottua silloin kun nainen tietää, että voimakkaiden tunteiden ja surun kokeminen kuuluvat yhtä luonnollisena ja hyväksyttävänä osana keskeytyksestä selviytymiseen kuin se, että keskeytys jää helposti menneisyyteen ilman suuria tunteita. (Pietarinen 1998: 53, 55-56.)

6.4 Naisten toivoma tuki tunteiden käsittelyyn raskaudenkeskeytysprosessin aikana

6.4.1 Toiveet hoitohenkilökunnalle

6.4.1.1 Psyykkisen tuen huomiointi

Keskeytyspotilaan hoidon tavoitteeksi on usein asetettu potilaan psyykkisen tuen antaminen sekä erityistuen tarpeessa olevien tunnistaminen, tukeminen ja hoitoon ohjaaminen. Poikajärven tutkimustulosten mukaan näiden tavoitteiden toteutumiseen ei kuitenkaan kiinnitetä hoitoyhteisöissä riittävästi huomiota. Lähes kaikki potilaat toivat tutkimuksessa esille sen, että he olisivat jossakin vaiheessa prosessia halunneet keskustella raskauteen johtaneesta tilanteesta, keskeytyksen perusteista ja omista tunteistaan neutraalin, tuntemattoman ja asiaan eri näkökulmia tuovan ammatti-ihmisen kanssa. He olisivat halunneet esimerkiksi vielä jälkitarkastuksenkin yhteydessä keskustella keskeytykokemuksesta ja sen mahdollisista vaikutuksista mahdollisesti jo heitä hoitaneen ja asi-

aan perehtyneen hoitajan, ei pelkästään lääkärin kanssa. Potilaat toivoivat hoitajilta enemmän keskittymistä potilaan psyykkiseen jaksamiseen ja tukemiseen sekä kuuntelemiseen ja ohjaamiseen koko keskeytysprosessin ajan. Potilaille annettavien tietojen ja ohjauksen tulisi olla sisällöltään riittävää, keskeisiin asioihin keskittyvää, yhdenmukaista ja ristiriidatonta. Hoitohenkilökunnan tulisi esittää potilaille sellaisia kysymyksiä, jotka rohkaisisivat potilaita keskustelemaan ja kysymään heitä askarruttavista asioista. (Poikajärvi 1998: 62, 68-69, 92-93.)

Hoitohenkilökunnalta vaaditaan prosessin kaikissa vaiheissa ymmärrystä ja taitoa, jotta potilas kokisi, että hänen ongelmansa otetaan vakavasti ja että asiat hoidetaan joustavasti intimitteettiä ja yksityisyyttä suojaten (Poikajärvi 1998: 65, 70, 93). Koska keskeytyspotilaan kumppanilla ja muilla läheisillä on merkitystä naisen keskeytyskokemuksessa, asiaa on hyvä käsitellä hoitosuhteessa ottamalla läheiset huomioon potilaan yksilöllisten toiveiden mukaan (Pietarinen 1998: 52-53).

Salinin tutkimuksessa potilaat esittivät toiveen siitä, että hoitohenkilökunta kiinnittäisi erityistä huomiota potilaan tunnetilaan, vaikka senhetkiset tunteet eivät olisikaan kovin näkyviä. Potilaat toivoivat selvästi eniten hoitajien kiinnittävän huomiota ennen kaikkea psyykkisen tuen tarpeen huomioimiseen ja tuen antamiseen raskaudenkeskeytyspotilaille huomioiden heidät kokonaisvaltaisesti. Hoitajien tulisi ottaa huomioon potilaiden elämänarvot sekä tulevaisuuden tavoitteet. Potilaat esittivät toiveen myös neuvoista, jotka koskevat sosiaalista tukea ja mistä apua voi hakea. He toivovat enemmän tietoa siitä, mistä he voisivat hakea apua psyykkisissä ongelmissa ja miten mahdollista jälkimasennusta voidaan hoitaa. Naiset toivovat lisää keskustelumahdollisuuksia hoitajien kanssa etenkin sen jälkeen, kun heidän fyysinen tilanteensa sen sallii. (Kishida 2001: 494-495; Rainto 2004: 26; Salin 1995: 66-68.)

Kun puhutaan raskaudenkeskeytyspotilaiden psyykkisen tuen tarpeesta, tulee huomioida myös sellaiset erityispalvelut, joilla viitataan keskusteluihin esimerkiksi psykologin, psykiatrin, sosiaalityöntekijän tai sairaalapastorin kanssa. Tarve erityispalveluihin on keskeytyspotilaiden keskuudessa melko vähäinen, mutta hoitohenkilökunnan tulisi kuitenkin kyetä arvioimaan, ketkä palveluista voisivat hyötyä. (Sihvo – Kosunen 1998: 61.)

6.4.1.2 Inhimillinen, yksilöllinen ja luottamuksellinen kohtelu osana tukea

Raskaudenkeskeytyksen läpikäyneet naiset kokevat tärkeäksi sen, miten he tulevat kohdelluiksi vuorovaikutustilanteissa. Naiset kertovat olleensa herkistyneitä kiinnittämään huomiota erityisesti läheistensä tai hoitohenkilökunnan paheksuntaa osoittavaan kohteluun. Vastaavasti ystävällisen ja hyväksyvän kohtelun he kokevat selviytymistä edistävänä. Niinpä onkin tärkeää, että hoitosuhteessa kiinnitettäisiin erityistä huomiota siihen, että keskeytyspotilaat kokisivat tulleen hyväksytyiksi ja arvostetuiksi. (Pietarinen 1998: 56-57.)

Hoitajien tulee kohdata potilaat kokonaisvaltaisesti. Heidän tulee ottaa huomioon potilaiden elämänarvot sekä tulevaisuuden tavoitteet, koska raskaudenkeskeytys voi koskettaa syvällisesti naisen elämäntilannesta ja arvoja sekä käynnistää erilaisia muutosprosesseja. Naisilla on oikeus raskaudenkeskeytykseen, ja hoitajien tulee suhtautua asiaan puolueettomasti. (Kishida 2001: 495; Likis ja Simmonds 2004: 373; Pietarinen 1998: 56.) Keskeytyspotilaan hoitotyön lähtökohdaksi tulisi olla kunnioittava asenne potilaan tekemiä valintoja kohtaan sekä herkkyys nähdä jokaisen potilaan yksilöllinen ja ainutkertainen elämäntilanne (Pietarinen 1998: 57; Terjestam 1991: 26). Mikäli raskaudenkeskeytyspotilas kokee surua, ovat surukokemuksen ymmärtäminen ja luopumisen huomioon ottaminen tärkeitä asioita potilaita autettaessa. Ammatillisen peruskoulutuksen antamien tietojen ja taitojen lisäksi hoitotyössä tarvitaan auttajan omien ihanteiden ja elämänarvojen tunnistamista, sillä ne ovat tärkeitä auttajan toiminnan ohjaajia. (Erjanti 2004: 146.)

Kolmannes Stakesin tutkimukseen vastanneista naisista olisi toivonut, että jokin asia olisi tehty toisin tai että hän itse olisi tehnyt jotain toisin raskaudenkeskeytyksen yhteydessä. He olisivat toivoneet etenkin inhimillisempää, ystävällisempää ja asiallisempaa kohtelua sekä hoitohenkilökunnan että lääkäreiden taholta. Raskaudenkeskeytyspotilaan hoidon inhimilliseen puoleen tulisikin kiinnittää erityistä huomiota, sillä keskeytykseen liittyvät tunteet ja hoitohenkilökunnan käyttäytymisen monet muistavat yksityiskohtaisesti vielä vuosienkin jälkeen. (Sihvo – Kosunen 1998: 57, 62.) Myös Pietarisen tutkimukseen osallistuneet naiset korostivat, että heidän tulee voida kokea itsensä hyväksytyiksi ja arvostetuiksi raskaudenkeskeytyksenkin aikana. Lisäksi on varmistettava, että he saavat hoitosuhteessa oikeaa tietoa, riittävää ohjausta sekä mahdollisuuden keskustella ja siten jäsentää omaa kokemustaan ja siihen liittyviä tunteita. Potilaat vaativat, että

hoitohenkilökunnan tulisi osata asettua heidän asemaansa. He kokevat empaattisuuden erittäin tärkeänä. Etenkin raskaudenkeskeytyksen jälkeiseen ehkäisyyn liittyvää ohjausta tulisi kehittää yksilöllisempään ja kunkin naisen omista tarpeista lähtevään suuntaan. Pietarinen tuo esille myös sen, että naisen suhde hänen läheisiinsä tulisi nostaa hoitosuhteessa esille naisen yksilöllisten toiveiden mukaisesti. (Pietarinen 1998: 57- 59.)

Naistentautien poliklinikalla asioidessaan keskeytyspotilaat korostivat keskeytyksen arkaluontoisuutta. He haluaisivat toimia anonyymisti, ilman että samassa tilassa odottavat ihmiset kuulisivat esimerkiksi heidän nimeään. Vastaanottotilanteessa he kuitenkin haluaisivat henkilökohtaista ja yksilöllistä kohtelua. Myös sairaalakäynnin yhteydessä oman intimiteetin suojaaminen korostuu. Potilaat kaipaavat omaa tilaa sekä fyysisesti oman ja rauhallisen tilan muodossa että psyykkisesti yksilöllisen ja kunnioittavan kohtelun muodossa. Lisäksi he haluavat, että kukaan ulkopuolinen ei saa tietää minkä vuoksi he ovat sairaalassa. (Poikajärvi 1998: 42, 50.)

Joidenkin tutkimusten mukaan naiset ovat pääosin tyytyväisiä saamansa kohteluun raskaudenkeskeytyksen aikana. He kokivat, että hoitajat käyttäytyivät asiallisesti ja ystävällisesti heitä kohtaan. Potilaat kuvailivat hoitajia mukaviksi ja ystävällisiksi ja kertoivat saaneensa hyvää hoitoa. Sen sijaan lääkärin käyttäytyminen oli heistä arveluttavaa, sillä usein lääkäri ei ollut tervehtinyt potilasta tai esitellyt itseään hänelle. Lääkäri ei ollut myöskään puhunut potilaalle mitään vaan oli ikään kuin hoitajan välityksellä sanonut asiat potilaalle. Hyvän hoidon seurauksena naisen on helpompi kokea myönteisiä tunteita. On huomioitava, että raskaudenkeskeytyspotilas on usein herkässä tilassa, kokee huonoa omaatuntoa ja on lopulta tyytyväinen, kun hänen ”ongelmansa hoidetaan pois”. (Pietarinen 1998: 53; Rainto 2004: 37-38, 40.)

Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan naiset, jotka tulevat poliklinikoille raskaudenkeskeytykseen, saavat useimmiten positiivista kohtelua. He kokevat tulleen arvostetuksi, he ovat tunteneet olonsa turvalliseksi, ja heidät on kohdattu lämpimästi. Potilaat kokevat saaneensa suurta myötätuntoa henkilökunnalta. He kokevat pelon vähentyneen ystävällisen ja ihmisarvoisen kohtelun myötä. Hoitajien kohteliaisuudella ja lämmöllä on suuri merkitys naisille. Ystävällinen kohtelu auttaa potilaita myös selviytymisessä raskaudenkeskeytyksen jälkeen ja oman elämänsä hallinnassa. (Wahlberg 2004: 63 – 64.)

6.4.2 Muun sosiaalisen tuen tarve

Sosiaalinen ympäristö osana keskeytysprosessia voidaan toisaalta nähdä voimavarana, mutta toisaalta myös voimavaroja heikentävänä tekijänä. Sillä on myös keskeinen merkitys päätöksentekoprosessissa. (Rainto 2004: 47.) Naisten kertomuksista ilmenee, että heidän kokemuksensa mukaan keskeytystä ei pidetä sosiaalisesti hyväksyttävänä. Niinpä naiset harkitsevatkin tarkasti, kenelle he kertovat keskeytyspäätöksestä ja itse toimenpiteestä. Näyttäisi siltä, että ne henkilöt joille keskeytyksestä kerrotaan, naiset valitsevat sillä perustella, kuinka ymmärtäväisesti he uskovat heidän suhtautuvan asiaan. (Pietarinen 1998: 56.)

Wahlbergin mukaan eniten tukea nuoret naiset toivoisivat saavansa poikaystävältään. Todellisuudessa tämä ei kuitenkaan aina toteudu, vaan monet naiset kokevat kumppaniensa suhtautuvan tilanteeseen välinpitämättömästi ja vastuuntunnottomasti, joka aiheuttaa naisille suurta pettymystä. Useat naiset toivovat saavansa tukea myös muilta aikuisilta, esimerkiksi vanhemmiltaan. Nuorille raskaudenkeskeytyksen läpikäyville naisille on tärkeää, että vanhemmat ovat mukana tilanteessa, vaikka he tietävätkin tilanteen olevan vaikea myös vanhemmille. Pelkkä vanhemman läsnäolo voi henkisesti olla tärkeää, vaikka asiasta saattaisikin olla vaikea keskustella. (Wahlberg 2004: 57.)

Pietarisen tutkimukseen osallistuneilla naisilla oli kiinteä suhde kumppaniinsa raskauden tullessa ilmi, ja he olivat keskustelleet kumppaninsa kanssa tehdessään keskeytyspäätöstä. Keskeytyspäätökseen he kuitenkin päätyivät huolimatta siitä, oliko kumppanin mielipide asiasta heidän kanssaan yhteneväinen. (Pietarinen 1998: 52.)

Raskauden toteamisen jälkeen naiset hakevat tukea myös sukulaisiltaan tai ystäviltään ja saavat siten keventää oloaan ja jakaa asian jonkun kanssa. Naisten kertomusten mukaan heidän ei kuitenkaan ole helppo keskustella raskaudestaan ja sen keskeyttämisestä. (Rainto 2004: 30.) Jotkut keskeytyspotilaat toivat kertomuksissaan esille tarpeen keskustella sellaisten henkilöiden kanssa, jotka ovat itsekin läpikäyneet raskaudenkeskeytyksen (Poikajärvi 1998: 77).

Eräät naiset mainitsivat turvallisuutta lisäävänä tekijänä tukihenkilön läsnäolon etenkin toimenpidettä odottaessa. Tukihenkilön rooli tulisikin Suomessa huomioida entistä

paremmin osana keskeytysprosessia muun muassa psyykkisen tuen ja turvallisuuden tunteen vuoksi. (Poikajärvi 1998: 54, 73.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Raskaudenkeskeytys on naiselle merkittävä kokemus, jolla voi olla kauaskantoisia seurauksia riippuen naisen henkisistä voimavaroista, kokemuksen psyykkisistä ja emotionaalisisista vaikutuksista sekä tarjolla olevasta tuesta. Ennen kaikkea raskaudenkeskeytyspotilaat kaipaavat hoitohenkilökunnan tukea ja hyväksyntää. Potilaita tulisi arvostaa ja heidän itsemääräämisoikeuttaan tulisi kunnioittaa koko prosessin ajan. Ei pitäisi myöskään unohtaa potilaiden monia tunteita, yksilöllisyyttä ja ainutlaatuisia tarpeita, jotta välttyttäisiin persoonattomalta ja ”liukuhihnamaiselta” kohtelulta. Potilaat tarvitsevat tukea ennen toimenpidettä, toimenpiteen aikana ja sen jälkeen, ja heille on pyrittävä järjestämään erilaisia tukipalveluja tarvelähtöisesti.

Henkilökunnan tulee olla ammattitaitoista, jotta he pystyvät kohtaamaan raskaudenkeskeytykseen tulevia potilaita tuomitsematta heidän ratkaisujaan sekä hoitamaan heitä luottamuksellisesti ja sensitiivisesti. Ammattitaitoisuus työssä tarkoittaa muun muassa sitä, että hoitaja pystyy tunnistamaan potilaan eri tarpeita ja toimimaan sen mukaisesti. Myös hoitohenkilökunnan tietojen ja taitojen ajantasaistaminen on tärkeää, jotta potilaille pystytään tarjoamaan mahdollisimman hyvää hoitoa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen tulisi olla kattavia ja asiakaslähtöisiä. Tutkimuksista ilmenee, että asiakkaat toivoisivat voivansa saada palvelut sujuvasti, välttämättä usean eri hoitoyksikön sisällä tapahtuvaa asiointia. Tulevaisuuden visio perusterveydenhuoltoon kuuluvista niin sanotuista naistenneuvoloista voisi parantaa myös raskaudenkeskeytyspalveluiden asiakaslähtöistä toimintaa. Palveluiden keskittäminen toisi mukanaan jatkuvuutta potilaiden hoitoon sekä lisäisi potilastyytyväisyyttä ja raskaudenkeskeytysprosessin toimivuutta.

Raskaudenkeskeytyspotilaan tukijoiden on tärkeää tunnistaa vaikeassa tilanteissa olevien naisten tunteet, kuten syyllisyys, katumus, häpeä, pelko, huoli, helpotus, viha, kontrollin puute ja suru. Mikäli potilas ei uskalla näyttää tai kertoa tunteistaan avoimesti, ei hän välttämättä saa tarvitsemaansa tukea hoitohenkilökunnalta tai muilta tukijoilta. He saattavat kokea jäävänsä ilman huomiota ja ymmärrystä tässä elämäntilanteessa. Raskaudenkeskeytyksen kokeneen naisen tulisi pystyä käsittelemään kokemus sekä oman sisimpänsä että ulkopuolisen avun turvin. Vaarana on, että nainen ei pysty käsittelemään tilanteen aiheuttamaa prosessia vaan tunteet koteloituvat ja kuormittavat hänen mieltään

eri elämäntilanteissa. Raskaudenkeskeytyksen luopumistyö on merkityksellistä elpymisen kannalta.

Raskaudenkeskeytyspotilaiden kokemuksia käsitteleviä tutkimuksia on Suomessa tehty vähän, mutta tutkimustulosten yhteneväisyys mahdollistaa johtopäätösten yleistettävyyden. Kymmenen vuoden takaisten tutkimusten mukaan maassamme suhtaudutaan raskaudenkeskeytyksiin kielteisesti ja varauksellisesti sekä hoitohenkilökunnan käyttäytyminen koetaan kylmänä, välttelevänä ja rutiininomaisena. Tosin joidenkin tutkimusten mukaan naiset kokevat hoitajien kohtelun inhimillisenä ja ystävällisenä. Tehdyt tutkimukset ovat pääosin 1990-luvulta, ja käsityksemme on, että tilanne tänä päivänä ei aivan vastaa tutkimustuloksia. Mielestämme nykyinen suhtautuminen raskaudenkeskeytyspotilaita kohtaan on myönteisempi kuin kymmenen vuotta sitten. Olemme hoitaneet opintojen aikana raskaudenkeskeytykseen tulleita asiakkaita eri naistentautien yksiköissä, ja kokemustemme mukaan asiakkaiden kohtaaminen ja hoitokulttuuri ovat nykyään positiivisempia, yksilöllisyyttä kunnioittavampia ja asiakaslähtöisempiä.

Kirjallisuuskatsauksen myötä saatiin hyvää käytännön tietoa ja hyödyllisiä vinkkejä raskaudenkeskeytyksen tehneen naisen tilanteen huomiointiin ja hänen tukemiseensa. Tulevaisuudessa olisi kuitenkin mielenkiintoista ja hyödyllistä tutkia aihetta lisää. Useimmat olemassa olevista tutkimuksista ovat jo melko vanhoja, joten tietojen päivittäminen raskaudenkeskeytysprosessiin liittyvistä kokemuksista olisi tärkeää. Olisi myös kiinnostavaa tutkia esimerkiksi toistuvasti raskaudenkeskeytyksiin tulevien naisten taustatekijöitä sekä toistuviin keskeytyksiin johtaneita syitä.

Harris antaa hyödyllisiä neuvoja hoitajille raskaudenkeskeytyspotilaiden kohtaamiseen ja ohjaamiseen. Näitä voisimme hyödyntää suomalaisessakin hoitokulttuurissa.

- Naisen kannattaa kirjoittaa lista syistä, jotka johtivat raskaudenkeskeytykseen. Myöhemmin elämässä voi tulla tilanteita, jolloin keskeytys kaduttaa, ja silloin hän voi lukea listan uudelleen läpi saadakseen tukea omalle päätökselleen.
- Asiakkaalle pitää kertoa raskaudenkeskeytyksen jälkeen, että hänen tunteensa voivat heittelehtiä voimakkaastikin erilaisissa tilanteissa, esimerkiksi silloin kun kyseisen raskauden laskettu aika olisi tullut täyteen.

- Nainen voi kirjoittaa kirjeen esimerkiksi partnerilleen, vanhemmilleen tai syntymättömälle lapselleen ja auttaa näin itseään muun muassa syyllisyyden tunteissa ja niiden ymmärtämisessä.
- Potilaiden negatiiviset itesyytökset käännetään positiivisiksi ajatuksiksi. Esimerkiksi ”olen huono kun olen tehnyt raskaudenkeskeytyksen” -lause käännetään toteamukseksi ”se, että odottaa oikeaa hetkeä saada lapsi, ei tee minusta huonoa ihmistä.”
- Nainen voi kehittää jonkinlaisen rituaalin käsitelläkseen tapahtuneen aiheuttamia tunteita. Rituaali voi edustaa esimerkiksi menetyksestä luopumista, keskeytyksen vuosipäivää tai hyvästijättöä. Näitä rituaaleja voivat olla esimerkiksi kasvin tai puun istuttaminen, kynttilän sytyttäminen keskeytyksen vuosipäivänä tai muistolaatikon hankkiminen, johon voi sisällyttää esimerkiksi sanoja, tunteita, lääkeresptejä, keskeytykseen liittyviä asiakirjoja tai muita merkityksellisiä asioita, jotka nainen haluaa säilöä laatikkoon. Laatikon voi vaikka haudata maahan tai polttaa haluttuna hetkenä.
- Etenkin uskonnollisille naisille omaan suruun eristäytyminen voi olla hyvinkin haitallista keskeytyksen jälkeen. He voivat tuntea itsensä ”syntisiksi”. Harris ehdottaakin että naiset ottaisivat yhteyttä kirkon, temppelin tai moskeijan edustajaan ja keskustelisivat asiasta heidän kanssaan. (Harris 2004: 108-109.)

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että naisten kokemukset ja tunteet raskaudenkeskeytyksestä ovat pääosin hyvin samankaltaisia tutkimuksesta riippumatta. Hyvin harvassa tutkimuksessa raportoidaan positiivisista helpottuneisuuden tunteista prosessin aikana, mutta nämä tunteet saattavat lisääntyä toimenpiteen jälkeen. Sen sijaan useimpien tutkimusten mukaan raskaudenkeskeytykseen herättää runsaasti negatiivisia tunteita, joiden läpikäymiseen naiset kaipaavat ja tarvitsevat tukea, keskusteluapua ja läsnäoloa sekä hoitohenkilökunnalta että läheisiltään. Tutkimuksiin osallistuneiden naisten keskuudessa ei kuitenkaan ilmennyt vakavia psyykkisiä ongelmia varhaisraskaudenkeskeytyksen johdosta. Tulokset tukevat lähes yksiselitteisesti sitä ajatusta, että raskaudenkeskeytyksen läpikäyneen naisen tukemisella, esimerkiksi hänen kanssaan keskustelemisellä, on suuri merkitys hänen voimaantumisen ja selviytymisen kannalta.

Opinnäytetyö luovutetaan perhesuunnittelupoliklinikan osastonhoitajalle ja aiheesta pidetään osastotunti, teemapäivä tai muu tilaisuus koko henkilökunnalle. Toivomme, että kirjallisuuskatsauksesta on hyötyä perhesuunnittelupoliklinikan työntekijöille ja muille raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitoon osallistuville. Lisäksi toivomme, että hoitajien jo olemassa oleva tietotaito potilaan tukemisesta, kokemuksista ja toiveista vahvistuisi ja kehittyisi entisestään.

LÄHTEET

- Asetus raskauden keskeyttämisestä 359/1970. Annettu Helsingissä 29.5.1970.
- Erjanti, Helena – Paunonen-Immonen Marita 2004: Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet. Wsoy. Helsinki. 127-146.
- Hannula, Leena 2005: Näyttöön perustuva kättilötyö - Naistensairaalan ja Stadian yhteistyöhanke. Hankesuunnitelma. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Harris, Amy A. 2004: Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Journal of midwifery and women's health*. 49 (2): 105-112.
- Hartikainen, Anna-Liisa - Tuomivaara, Leena - Puistola, Ulla - Lang, Leena 1995: Koko nainen. Raskaus, seksi, sairaudet. Porvoo: WSOY.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004. Perhesuunnittelupoliklinikka. Verkkodokumentti.
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,960,1212,1166>>. Luettu 16.02.2007.
- Hirsjärvi, Sirkka – Liikanen, Pirkko – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1993: Tutkimus ja sen raportointi. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kero, Anneli 2002: Paradoxes in legal abortion. A longitudinal study of motives, attitudes and experiences in women and men. Umeå university, Sweden. Department of clinical sciences, obstetrics and gynecology.
- Kishida, Yasuko 2001: Anxiety in Japanese women after elective abortion. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*. 30(5): 490 - 495.
- Käypä hoito 2007. Raskaudenkeskeytys. Verkkodokumentti. Päivitetty 4.9.2007.
<<http://www.kaypahoito.fi/>> . Luettu 2.11.2007.
- Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970. Annettu Helsingissä 24.3.1970.
- Leino-Kilpi, Helena – Lauri, Sirkka 2003: Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY. 7-20.
- Likis, Frances E. – Simmonds, Katherine E. 2004: Providing options counseling for women with unintended pregnancies. *Journal of obstetrics, gynaecologic and neonatal nursing*. 34(3): 373 – 379.
- Malmivaara, Antti 2002: Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön taivottamiseen. *Duodecim* 118(9): 877-879.
- Mäkelä, Marjukka – Teperi, Juha – Varonen, Helena 1996: Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Duodecim* 1996; 112(21): 1999.
- Naistentautien hoito-ohjeet 2007. HYKS, naistentautien ja synnytysten toimiala. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

- Nordal Broen, Anne - Moum, Tornbjörn - Sejersted Bødtker, Anne - Ekeberg, Öivind 2004: Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study. University of Oslo, Norway. *Psychosomatic Medicine* 66: 265-271.
- Pihlaja, Juhani 2004: Tutkielman ongelmia ratkaisemaan. Lahti: Soceda.
- Pietarinen, Riikka 1998: Raskaudenkeskeytys naisen kokemana. Opinnäytetutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden opettajan koulutus.
- Poikajärvi, Kristiina 1998: Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana. Lisen-siaattityö. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveyshallinnon ja talouden laitos.
- Poikajärvi, Kristiina 1998: Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaan arvioimana. Teok-sessa Erjanti, Helena – Paunonen-Immonen Marita 2004: Suru ja ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet. Wsoy. Helsinki. 128.
- Rainto, Satu 2004: Raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoitokokemuksia. Pro gradu - tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Riikonen, E. - Smith, G.M. 1998: Inspiraatio ja asiakastyö. Teoksessa Isokorpi Tia – Viitanen Päivi 2001: Tunnevoimaa! Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Saarinen, Mitra 2008. Kättilö. HUS, Kättilöopiston sairaalan perhesuunnitelupoliklinik-ka. Helsinki. Haastattelu 10.1.2008.
- Salin, Sirpa 1995: Hoitajien ja raskaudenkeskeytyksen kokeneiden potilaiden abort-tiasenteet ja niiden vaikutus kokemuksiin hoitotyön palvelun laadusta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Sihvo, Sinikka – Kosunen, Elise 1998: Naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksistä. Teoksessa Sihvo, Sinikka – Koponen, Päivikki (toim.): Perhesuunnittelusta li-sääntymisterveyteen. Palveluiden käyttö ja kehittämistarpeet. Raportteja 220. Tutkimuksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämis-keskus: Stakes. 49-63.
- Stakes 2006a. Synnynnäiset epämuodostumat 1993-2005* - lähteet, käsitteet ja määri-telmät. Verkkodokumentti. Päivitetty 3.7.2007. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/epamuodostumat/epamuodostumat_maaritelmat.htm>. Luettu 30.10.2007.
- Stakes 2006b. Raskaudenkeskeytykset 2006. Verkkodokumentti. <<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>>. Luettu 28.3.2008.
- Stakes 2008. Raskaudenkeskeytykset tammi-kesäkuussa 2007 -ennakkotilasto. Verkkodokumentti. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt01_08.pdf>. Luettu 28.3.2008.

- Taylor, Dena 2007: Writing a Literature Review in the Health Sciences and Social Work. University of Toronto. Health Sciences Writing Centre. Verkkodokumentti. < <http://www.hswriting.ca/handouts/lit-review.asp>>. Luettu 16.8.2007.
- Terjestam, Yvonne 1991: Pregnancy and Abortion. Psychodynamic correlates of the woman's experience of elective early termination of her pregnancy. Väitöskirja. Lund: University of Lund. Department of Psychology.
- Toivonen, Juhani 2004: Raskaudenkeskeytys. Teoksessa Ylikorkeala, Olavi - Kauppila, Antti (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim. Otava: Keuruu. 171-175.
- Viskari, Sinikka 2002: Tieteellisen kirjoittamisen perusteet. Opas kirjoittamiseen ja seminaarityöskentelyyn. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Vuento, Anneli 2000: Aborttipotilaan vierellä. Duodecim 116(14): 1480.
- Wahlberg, Vivian 2004: Unga kvinnor och abort, deras frihet och ansvar – och deras egna berättelser... Teoksessa Wahlberg, Vivian (toim.): Minnen efter abort. Vad unga flickor och pojkar berättar... Lund: Studentlitteratur. 47 – 70.
- Williams, Gail B. 2000: Short-term grief after an elective abortion. Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing. 30(2): 174-182.

Raskaus voidaan keskeyttää naisen pyynnöstä seuraavin perustein:

1. Kun raskauden jatkuminen tai lapsen synnyttäminen naisen sairauden, ruumiinvian tai heikkouden vuoksi vaarantaisi hänen henkensä tai terveytensä
2. Kun naisen tai hänen perheensä elämänotot ja muut olosuhteet huomioon ottaen lapsen synnyttäminen tai hoito olisi huomattava rasitus
3. Kun nainen on saatettu raskaaksi olosuhteissa, joilla tarkoitetaan raiskausta, vapautta loukkaavaa haureutta, nuoreen henkilöön kohdistuva haureutta tai sukurutsaa
4. Kun nainen raskaaksi saatettaessa ei ole täyttänyt 17 vuotta tai on täyttänyt 40 vuotta tai on synnyttänyt 4 lasta
5. Kun on syytä otaksua, että lapsi olisi vajaamielinen tai lapsella olisi tai kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvamma
6. Kun jommankumman tai kummankin vanhemman sairaus, häiriytynyt sieluntoiminta tai muu vakava syy rajoittaa heidän kykyään hoitaa lasta
(Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970 § 1.)

TIETOKANTA	HAKUSANAT	OSUMAT	KÄYTTÖKELPOISET
Medic	raskaudenkesk*	28	4
	abort*	109	9
Hauissa on käytetty rajauksena vuosia 1992-2007.	raskaudenkeskeytysprosessi	1	1
	tunteet	19	0
	tunt*, käsit*	1	0
	koke*, abort*	2	1
	koke*, raskaudenkesk*	1	1
	tukeminen	86	0
	hoit*, raskaudenkesk*	3	2
PubMed (Review)	abortion, induced	297	
	abortion, induced, process*	14	1
Hauissa on käytetty rajauksena vuosia 2002-2007.	abortion, induced, emotions	6	2
	abortion, induced, emotions, process*	1	1
	abortion, induced, experience*	36	3
	abortion, induced, support*	73	4
	abortion, induced, support, emotions*	0	0
	pregnancy termination*	32	0
Ovid	abortion, induced	1078	
	abortion, induced, process\$	0	0
Hauissa on käytetty rajauksena vuosia 2002-2007.	abortion, induced, emotions	5	3
	abortion, induced, emotions, process\$	0	0
	abortion, induced, experience\$	7	2
Haut on tehty Journals@Ovid Full Text & CINAHL - tietokannoista.	abortion, induced, support\$	27	4
	abortion, induced, support, emotions\$	2	1
	pregnancy termination\$	940	
	pregnancy termination\$, process\$	1	0
	pregnancy termination\$, emotions	0	0
	pregnancy termination\$, emotions, process\$	0	0
	pregnancy termination\$, experience\$	1	1
	pregnancy termination\$, support\$	2	0
	pregnancy termination\$, support, emotions\$	0	0
Cochrane	abortion, induced	4	0
	abortion, induced, process*	0	0
Hauissa on käytetty rajauksena vuosia 2002-2007.	abortion, induced, emotions	0	0
	abortion, induced, experience*	0	0
	abortion, induced, support*	1	1
	pregnancy termination*	7	0