

Jasmina Limnell, Anna-Reetta Saramola

Raskaudenkeskeytysten ehkäisy ja keskeytyksiin johtavat riskitekijät

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

17.11.2015

Tekijä(t) Otsikko	Jasmina Limnell, Anna-Reetta Saramola Raskaudenkeskeytysten ehkäisy ja keskeytyksiin johtavat riskitekijät
Sivumäärä Aika	27 sivua + 3 liitettä 17.11.2015
Tutkinto	Terveydenhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Lehtori Leena Hannula
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja jäsentää raskaudenkeskeytyksiin johtavia riskitekijöitä sekä niiden ehkäisemistä. Tavoitteena oli löytää uusia keinoja ja toimintamalleja raskaudenkeskeytysten ehkäisemiseen terveydenhuollossa, erityisesti terveydenhoitajan työssä.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineisto kerättiin tiedonhaulla kolmesta eri tietokannasta, jotka olivat Medic, CINAHL ja PubMed. Aineistoksi valittiin yhteensä kymmenen tieteellistä tutkimusartikkelia, joista yksi oli suomenkielinen ja loput yhdeksän englanninkielisiä. Rajasimme haussa aineiston vuosien 2000–2015 välille. Analysoimme tutkimusaineiston käyttämällä sisällönanalyysiä työmenetelmänä.</p> <p>Tutkimustuloksista kävi ilmi, että raskaudenkeskeytyksiin johtavat riskitekijät koostuvat osa-alueista, joita ovat väkivallan kokeminen, demografiset ja kulttuurilliset tekijät sekä syntyvyyden säännöstelyn epäonnistuminen. Raskaudenkeskeytysten ehkäisemisessä pääteemoiksi nousivat tehokkaiden ehkäisymenetelmien saatavuuden turvaaminen sekä ehkäisyneuvonnan tarjoaminen. Tämän opinnäytetyön perusteella riskitekijät osataan jo tunnistaa melko hyvin, mutta ehkäisymenetelmien löytämiseksi tarvitaan vielä lisää tutkimusta.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osittain sellaisenaan terveydenhoitajan työssä sekä yhteiskunnallisella tasolla terveydenhuollossa, kuten tarjoamalla ilmaista ehkäisyä varsinkin alle 25-vuotiaille nuorille naisille. Opinnäytetyön toivotaan auttavan terveydenhoitajia ja muita terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan nuoret naiset, joilla on suurentunut riski päätyä raskaudenkeskeytykseen. Riskitekijät tunnistamalla voidaan tarjota oikeanlaista tukea ja palveluita raskaudenkeskeytysten ehkäisemiseksi ja niiden määrän vähentämiseksi.</p>	
Avainsanat	raskaudenkeskeytys, abortti, ehkäiseminen, riskitekijä

Author(s) Title	Jasmina Limnell, Anna-Reetta Saramola Risk Factors and Prevention of Induced Abortions
Number of Pages Date	27 pages + 3 appendices 17 November 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Public Health Nursing
Instructor	Leena Hannula, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to identify and discern factors that lead to induced abortion. The purpose was also to search ways to prevent abortions. The aim of this thesis was to find new tools and models to prevent induced abortions in Finnish public health care especially in public health nursing.</p> <p>The thesis was implemented as a review of literature. The used data was searched from three different medical databases, Medic, CINAHL and Finnish database called PubMed. Ten studies were selected, one of them in Finnish and other nine in English. The studies were published between years 2000–2015. The data was analyzed by using methods of content analysis.</p> <p>The results showed that factors leading to induced abortions were history of violence and domestic violence, demographic and cultural factors and failure of birth control. Main themes of preventing induced abortions were securing availability of effective contraception methods and contraceptive advice in public health care. Based to this thesis, the risk factors can be identified quite well but further research of prevention of induced abortions needs to be done.</p> <p>The results of this thesis can be used as a part of public health nurses' daily work and in public health care for example providing free contraception especially to women under 25 years. Hopefully this thesis will help medical professionals to identify women having high risk to induced abortion. By identifying the risk factors, induced abortions can be reduced and prevented. This can be done by offering suitable support and services from the public health care system.</p>	
Keywords	induced abortion, prevention, risk factor

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Tutkimuskysymykset ja opinnäytetyön tavoite	3
3	Raskaudenkeskeytys eli abortti	3
3.1	Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys	4
3.2	Kirurginen raskaudenkeskeytys	5
3.3	Raskaudenkeskeytys kokemuksena	5
4	Raskaudenkeskeytysten syyt ja määrät Suomessa	6
5	Toteutus ja menetelmät	7
5.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	7
5.2	Aineiston hankinta	8
5.3	Aineiston analysointi sisällönanalyysillä	10
6	Tulokset	11
6.1	Raskaudenkeskeytyksiin johtavat riskitekijät	11
6.2	Raskaudenkeskeytysten ehkäisy	15
7	Pohdinta	17
7.1	Monitahoiset raskaudenkeskeytyksiin johtavat riskitekijät	18
7.2	Ehkäisymenetelmät ja -neuvonta osana raskaudenkeskeytysten ehkäisyä	21
8	Luotettavuus ja eettisyys	22
9	Sovellusmahdollisuudet ja hyödynnettävyys	23
10	Opinnäytetyön prosessin kuvaus ja oma ammatillinen oppiminen	24
	Lähteet	26
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku	
	Liite 2. Aineiston analyysikehys	
	Liite 3. Analysointitaulukot	

1 Johdanto

Raskaudenkeskeytykset ovat Suomessa vähentyneet koko 2000-luvun ajan. Siitä huolimatta 20–24-vuotiaat tekevät suhteessa kaikista eniten raskaudenkeskeytyksiä muihin ikäryhmiin verrattuna. (Heino – Gissler – Soimula 2014: 1-2.) Lisäksi raskaudenkeskeytykset ovat myös taloudellinen rasite. Lääkkeellisesti tehty raskaudenkeskeytys maksaa esimerkiksi kunnalle Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien sairaaloissa tehtynä noin 360 euroa ja kaavinnalla tehty raskaudenkeskeytys noin 2000 euroa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015: 79). Useimmat raskaudenkeskeytykseen päätyneet voidaan luokitella johonkin riskiryhmään tai he omaavat yhden tai useampia riskitekijöitä, joiden johdosta on todennäköisempää päätyä aborttiin kuin riskiryhmään kuulumattomilla. Näiden riskiryhmien ja -tekijöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta niihin osataan puuttua terveydenhuollossa ja siten ehkäistä turhia raskaudenkeskeytyksiä (Suhonen – Heikinheimo 2008: 457-460.)

Raskaudenkeskeytys on Suomessa vuonna 2015 ajankohtainen aihe. Toukokuussa 2014 aloitettiin keräämään kannatusta kansalaisaloitteelle, jonka tavoitteena on viedä eduskuntaan lakiehdotus, jolla annettaisiin terveydenhuollon henkilökunnalle oikeus eettisen tai uskonnollisen vakaumuksen perusteella kieltäytyä suorittamasta tai avustamasta raskaudenkeskeytystä. Lakiehdotus sisältää myös lääkärin oikeuden kieltäytyä laatimasta raskaudenkeskeytykseen johtavaa lausuntoa. Kansalaisaloitteen oli kansalaisaloitteen verkkosivujen mukaan allekirjoittanut yli 68 000 suomalaista määräaikaan mennessä ja lakiehdotus siirtyi käsiteltäväksi eduskuntaan. (Kansalaisaloite.fi 2015.) Lääkäriliitto on todennut, että se hyväksyy lääkärin oman etiikan kunnioittamisen, kuitenkin potilaan parhaan huomioiden. Lääkäriliitto ei täten koe tarvetta muuttaa lakia omantunnonvapauden osalta. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikan ylilääkärin Dan Apterin mukaan aborteista on tulossa Suomessa ensimmäistä kertaa poliittinen kysymys. (Länsiväylä 2014.) Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on todennut, että lakiehdotus saattaisi vaarantaa naisten asianmukaisen ja yhdenvertaisen oikeuden raskaudenkeskeytykseen, esimerkiksi pienillä paikkakunnilla. Olisi myös arveluttavaa, jos terveydenhuollon ammattilainen voisi kieltäytyä lailla rajatusta, Suomessa hyväksytystä terveydenhuollon toimenpiteen suorittamisesta. Raskauden keskeyttäminen on jo valmiiksi asianomaiselle raskas ja vaativa ratkaisu. ETENE on todennut, ettei Suomessa ole perustetta siihen, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä olisi subjektiivinen oikeus olla osallistumatta raskaudenkeskeytyksiin oman vakaumuksensa perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 1-2.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään erityisesti terveydenhoitotyön näkökulmaan, kuten terveydenhoitajan toimialaan abortin parissa esimerkiksi opiskelijaterveydenhuollossa, ehkäisyneuvonnassa ja työterveyshuollossa. Mitä nykyisten ja tulevien terveydenhoitajien tulisi toiminnassaan muuttaa, jotta nuorten 20–24-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset kääntyisivät laskuun?

2 Tutkimuskysymykset ja opinnäytetyön tavoite

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin kahteen tutkimuskysymykseen jo olemassa olevien tutkimusten avulla eli kirjallisuuskatsauksen kautta. Tarkoituksena oli jäsentää ja kuvata riskitekijät, jotka yhdistävät raskaudenkeskeytyksiin päätyneitä naisia ja siten muodostavat oman riskiryhmänsä. Lisäksi etsittiin keinoja, joilla terveydenhuollossa voitaisiin ehkäistä näitä riskitekijöitä sekä millä keinoin tunnistettuihin riskiryhmiin kuuluvien naisten raskauden keskeytyksiä voitaisiin ehkäistä. Tavoitteena oli löytää keinoja ja mahdollisia toimintamalleja, joilla terveydenhoitaja voisi työssään tunnistaa ja ehkäistä raskaudenkeskeytyksiä. Tämän opinnäytetyön avulla haettiin myös vastausta siihen, minkälaisia tarpeita esimerkiksi ehkäisyn saralla raskaudenkeskeytyksiin päätyvillä naisilla on, jotta abortteihin päätyvien naisten määrää voidaan vähentää.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitkä ovat riskitekijät ja riskiryhmät, joilla on suurempi riski päätyä raskaudenkeskeytykseen?
2. Millä tavoin ja keinoin riskitekijöitä ja riskiryhmiin päätymistä voidaan ehkäistä terveydenhuollossa?

3 Raskaudenkeskeytys eli abortti

Raskaudenkeskeytyksellä eli abortilla tarkoitetaan keinotekoisesti käynnistettyä raskauden päättymistä, joka ei ole synnytys ja joka johtaa sikiön tai sikiöiden kuolemaan (Käypä hoito -suositus 2013: 2). Raskaudenkeskeytys tulee suorittaa ennen 20. raskausviikkoa (Tiitinen 2014). Suomessa raskaudenkeskeytysten tekoa on rajoitettu lailla ja raskaudenkeskeytyksen saa tehdä naisen hakemuksesta vain odottajan iän, lapsilu-

vun, sosiaalisen tilanteen (esimerkiksi taloudellisen tilanteen), lääketieteellisen tilanteen tai sikiön terveydentilan perusteella. Suomen lain mukaan päätöksen raskaudenkeskeytyksestä voi tehdä yksi lääkäri, jos raskaus on kestänyt alle 12+0 raskausviikkoa ja hakija on raskauden alkaessa alle 17-vuotias tai yli 40-vuotias tai hakijalla on ennestään neljä lasta.

Kahden lääkärin päätöksellä raskaus voidaan keskeyttää, jos lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat hakijalle huomattava rasite, raskaus on saanut alkunsa rikoksesta, esimerkiksi raiskauksesta tai äidin tai isän sairaus rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi tulee raskauden olla kestänyt alle 12+0 viikkoa, jotta se voidaan näiden tekijöiden perusteella keskeyttää. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran lupa vaaditaan raskaudenkeskeytyspäätöksissä lääkäreiden kannan lisäksi jos edellä mainituissa tilanteissa raskaus on kestänyt 12+1 – 20+0 raskausviikkoa. Valviran lupa raskaudenkeskeytykseen vaaditaan myös, mikäli lääketieteellisen tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että sikiöllä tai odotettavalla lapsella on vaikea sairaus, kehitysvammaisuus tai rakenteellinen poikkeavuus ja raskaus keskeytetään ennen raskausviikkoa 20+0. Raskauden saa vielä keskeyttää raskausviikolla 24+0 jos luotettavalla tutkimuksella on todettu vaikea sikiön sairaus tai rakenteellinen poikkeavuus. Raskaus voidaan lain mukaan keskeyttää sen kestosta riippumatta jos raskaus tai synnytys vaarantaa hakijan hengen tai terveyden. (Käypä hoito -suositus 2013: 3-5.)

3.1 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys

Suomessa raskaudenkeskeytykset tehdään pääsääntöisesti kahdella eri tavalla, joko kirurgisesti tai lääkkeellisesti. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen ylärajaksi on Suomessa vakiintunut 9+0 raskausviikkoa, pidemmälle edenneet raskaudet keskeytetään kirurgisesti. (Heikinheimo – Hellbom – Martikainen – Mervaala – Rekonen – Ritamo – Suhonen – Venhola 2007: 1877.) Raskaudenkeskeytys on muuttunut 2000-luvulla kirurgisesta toimenpiteestä useimmiten polikliinisesti toteutettavaksi. Lääkkeellisen keskeytystavan yleistymisen pelättiin aluksi lisäävän raskaudenkeskeytyksiä, mutta näin ei kuitenkaan ole tapahtunut. (Heikinheimo – Suhonen – Gissler 2007: 3503.) Lääkkeellisessä keskeyttämisessä käytetään yleisimmin kahta eri lääkettä, antiprogestiineihin kuuluvaa mifepristonia ja misoprostolia, joka on prostaglandiini johdos. Mifepristoni estää progesteroni- eli keltarauhashormonin normaaliin toiminnan kohdun limakalvolla ja kohtulihaksessa, mikä pehmentää kohdunkaulaa ja saa kohdun supiste-

lemaan. Misopristoli saa kohdunkaulan pehmenemään ja kohdun supistelemaan entisestään, mikä yhdessä Mifepristonin kanssa saa alkion tai pidemmälle edenneessä raskaudessa sikiön ja istukan irtoamaan kohdun seinämästä ja abortoitumaan emättimen kautta. (Tiitinen 2014; Käypä hoito -suositus 2013: 7-10.) Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys toteutetaan yleensä polikliinisesti sairaalassa, mutta voidaan toteuttaa myös osittain kotona.

3.2 Kirurginen raskaudenkeskeytys

Kirurginen raskaudenkeskeytys tehdään päiväkirurgisesti yleisanestesiassa kaapimalla kohtu tyhjäksi raskausmateriaasta. Molemmat keskeytysmenetelmät johtavat todennäköisesti muutamasta päivästä jopa kuukauden kestävään gynekologiseen vuotoon. Lisäksi anestesiassa tehtävään keskeytykseen liittyy aina komplikaatoriski. Riippumatta menetelmästä, potilaalle tehdään jälkitarkastus 2-4 viikon kuluttua keskeytyksestä. Jälkitarkastuksen tarkoituksena on varmistaa kohdun tyhjentyminen ja ettei kohtuun ole kehittynyt tulehdusta. Kliinisten tutkimusten lisäksi jälkitarkastuksessa arvioidaan potilaan sosiaalisen ja psyykkisen tuen tarve ja motivoidaan potilasta ehkäisyyn aloittamiseen. Sekä kirurgiset että lääkkeelliset raskaudenkeskeytykset hoidetaan Suomessa erikoissairaanhoidossa. (Käypä hoito -suositus 2013: 8-13.)

3.3 Raskaudenkeskeytys kokemuksena

Vaikka raskaudenkeskeytys tehdään useimmiten sosiaalisiin syihin vedoten, on keskeytyspäätösten takana hyvin erilaisia syitä. Raskaus voi päätyä keskeytykseen riippumatta siitä, onko raskaus toivottu vai ei-toivottu ja onko raskaaksi tuleminen myönteinen vai kielteinen yllätys. Myös läheisten sekä terveydenhuollon ammattilaisten asenteilla on vaikutusta tunteisiin sekä päätökseen raskaudenkeskeytyksestä. Vaikka Suomessa ei ole tehty tutkimusta raskaudenkeskeytykseen liittyvästä terapian tarpeesta, vaikuttaa keskeytys aina myös jollakin tasolla psyykkiseen hyvinvointiin. Toimenpiteen fyysisestä vaikutuksesta toipuminen voi olla hyvinkin nopeaa, mutta psyykinen palautuminen saattaa kestää pitkään. Riippumatta keskeytyksen syystä, tulisi keskeyttäjäille tarjota psyykkistä tukea, sillä tukea voidaan tarvita hyvin erilaisissa elämäntilanteissa. Keskusteluapua tulisi tarjota esimerkiksi terveyskeskuspsykologin tai sosiaalityöntekijän kanssa. Psyykkisen tuen tarve tulisi arvioida viimeistään gynekologisen jälkitarkastuksen yhteydessä. (Klemetti – Raussi-Lehto 2014: 131-132.)

4 Raskaudenkeskeytysten syyt ja määrät Suomessa

Suomessa tehdään vuosittain keskimäärin noin 10 000 raskaudenkeskeytystä. Raskaudenkeskeytysten määrä on laskenut tasaisesti koko 2000-luvun ajan ja vuonna 2013 keskeytettiin 10 120 raskautta, mikä on vähemmän kuin kertaakaan 2000-luvulla. Suomessa raskaudenkeskeytykset ovat olleet laillisia vuodesta 1970 lähtien. Nuorten alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset ovat vähentyneet merkittävästi 1990-luvun lamavuosista, jolloin korkeisiin aborttitilastoihin reagoitiin esimerkiksi poistamalla jälkiehkäisyreseptipakko yli 15-vuotiailta sekä tekemällä seksuaalikasvatuksesta pakollinen osa perusopetusta. Vaikka alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset ovatkin vähentyneet lähes puolella, ei 20–24-vuotiaiden keskeytyksiä ole pystytty vähentämään. Viimeisin tilastotieto suomalaisista raskaudenkeskeytyksistä on vuodelta 2013, jolloin eniten keskeytyksiä tehtiin juuri 20–24-vuotiaille naisille, 17,5 keskeytystä/1000 vastaavan ikäistä naista, mikä on noin 29 % kaikista raskaudenkeskeytyksistä. (Heino ym. 2014: 1-2.) Edelleen yli 90 % raskaudenkeskeytyksistä tehdään sosiaalisin perustein ja esimerkiksi vuonna 2011 vain 2,8 % kaikista keskeytyksistä tehtiin mahdollisen tai todennäköisen sikiön sairauden tai vakavan kehitysvamman perusteella (Käypä hoito -suositus 2013: 3).

Suunnittelematon raskaus ja sitä seuraava raskaudenkeskeytys johtuu lähes aina epäonnistuneesta ehkäisystä. Yli 80 % raskaudenkeskeytykseen päätyvistä naisista kertoo, ettei ollut käyttänyt minkäänlaista ehkäisymenetelmää raskauden ehkäisyyn. Aiemman tutkimustiedon perusteella tiedetään, että ehkäisy epäonnistumiseen ja sitä seuraavaan raskaudenkeskeytykseen altistavia tekijöitä ovat ehkäisymenetelmän muuttaminen, aiempi raskaudenkeskeytys, aiempi synnytys, tupakointi ja nuori ikä. (Heikinheimo – Suhonen 2008: 459.) Näistä etenkin aiempi raskaudenkeskeytys ja synnytys ovat vakavia altistavia tekijöitä, sillä vuonna 2013 noin kolmannes keskeytyksistä tehtiin naiselle, jolle oli aiemmin tehty raskaudenkeskeytys ja noin kolmannes naiselle, jolla oli jo yksi tai useampi lapsi. (Heino – Gissler – Soimula 2014: 1-2.) Erityisen huolestuttavaa on, että noin joka kymmenes raskaudenkeskeytykseen päätyvistä oli synnyttänyt samana tai edellisenä vuonna (Käypä hoito -suositus 2013: 3). Lisäksi huonoa sosioekonomista tasoa pidetään raskaudenkeskeytykseen johtavana tekijänä ja tähän liittyen yli 90 % raskauden keskeytyksistä tehdään sosiaalisin perustein (Heino – Gissler – Soimula 2014: 3).

5 Toteutus ja menetelmät

Opinnäytetyö on toteutettu systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen. Tämän johdosta sopivimmaksi analyysimenetelmäksi valikoitui sisällön analyysi.

5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimustekniikka, jossa aihepiirin aiempien tutkimuksien olennaisin sisältö tiivistetään uudeksi kokonaisuudeksi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on esittää aiempien tutkimusten tuloksia tiiviimmin, löytää tutkimuksissa esiintyviä puutteita sekä luoda uusia tutkimustarpeita. (Salminen 2011: 9-10.) Toisin sanoen, kirjallisuuskatsaus kertoo, mistä näkökulmista ja millä tavoin aihetta on aiemmin tutkittu ja miten uusi tutkimus liittyy aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsaus on erittäin tehokas tutkimustapa syventää tietoa asioista, joita on jo tutkittu. Aiempien tutkimusten tietoa tiivistetään ja kootaan, jonka jälkeen tutkija toteuttaa uuden työn tulosten perusteella. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 119-120.) Tämä perustuu määrällisesti useiden tutkimusten läpikäyntiin ja analysointiin.

Tavallisin työskentelytapa kirjallisuuskatsausta tehdessä on Frinkin malli, jossa aluksi asetetaan tutkimuskysymys. Tämän jälkeen valitaan tietokannat, joista erilaisilla hauilla valitaan kirjallisuuskatsauksessa käytettävä aineisto. Lopuksi valittu aineisto analysoidaan ja pohditaan sen perusteella vastausta tutkimuskysymykseen ja tuodaan esiin uusia kysymyksiä ja pohdintoja. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen muista kirjallisuuskatsauksista erottava ominaisuus on kaikkien valittujen tutkimusten seulonta, jossa tutkimukset läpikäydään perusteellisesti ennen tulosten analysointia. (Salminen 2011: 9-10.)

Opinnäytetyön toteutustavaksi valittiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, koska tutkimukset ja niiden tulokset haluttiin käsitellä mahdollisimman syvällisesti, jotta opinnäytetyön tulokset perustuisivat tarkkoihin ja luotettaviin tutkimuksiin. Aineiston piti myös vastata mahdollisimman tarkasti asetettua aihetta. Tämän kaltaisessa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valinta ja läpikäynti toteutuu parhaiten systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää käyttäen.

5.2 Aineiston hankinta

Tähän opinnäytetyöhön aineisto haettiin seuraavista kolmesta tietokannasta: PubMed, CINAHL ja MEDIC. Rajauksena käytettiin vuosia 2000–2015 tai 2000–2014, koska CINAHL:ssa ei ollut mahdollisuutta ottaa huomioon kuluva vuotta. Lisäksi hakua rajattiin siten, että tutkimuksesta pitää löytyä koko teksti, sekä PubMedissä rajoitettiin tiedonhaun koskevan vain ihmisiä (ei esimerkiksi eläimiä). Hakusanoina käytettiin raskaudenkeskeytyksiin ja riskeihin liittyvää sanastoa, kuten ”abortion” ja ”risk”. Haussa käytettiin myös katkaistuja sanoja, kuten ”raskaudenkesk*”. Pelkästään näitä sanoja käyttämällä ei löytynyt tarpeeksi aineistoa, joten sanahakua laajennettiin käyttämällä sanoja ”contraception”, jolloin saatiin toivotun kaltaisia tutkimusartikkeleja. Hauissa käytettiin sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä hakusanoja ja tutkimukset hyväksyttiin vain, jos ne olivat kirjoitettu joko englanniksi tai suomeksi. Näiden tietokantojen tulosten perusteella ensin suljettiin pois aineistoa otsikon ja sen jälkeen abstraktin perusteella. Tämän jälkeen jäljellä olevat tutkimukset luettiin kokonaisuudessaan läpi ja valittiin lopullinen aineisto opinnäytetyöhön. Tutkimuksen hyväksyminen aineistoon edellytti myös kriittistä arviota tutkimusten luotettavuudesta, niiden vastaamista asetettuihin tutkimuskysymyksiin sekä asetettuun aiheen rajaukseen. Tiedonhaun tarkempi kuvaus löytyy taulukkona nimellä ”Tiedonhaku” (liite 1).

Tiedonhaku haluttiin rajata 2000-luvulle, jotta aineisto kuvaisi mahdollisimman hyvin viimeaikaista riskitekijöitä ja niiden ehkäisyyn käytettäviä keinoja. Tiedonhaussa rajattiin suoraan pois myös kehitysmaihin suunnatut tutkimukset, vaikka otsikko tai abstrakti olisikin osaltaan vastannut asetettuja tutkimuskysymyksiä. Tämä tehtiin sen takia, että kyseisten maiden yhteiskuntarakenteessa ja kulttuurissa olevat ongelmat ovat erilaisia liittyen raskaudenkeskeytyksiin kuin suomalaisessa tai länsimaalaisessa yhteiskunnassa, joka ei vastaa tämän opinnäytetyön tarkoitusta.

Aineiston hyväksymiskriteerit:

- Julkaisukieli suomi tai englanti
- Julkaisuvuosi 2000–2015 (CINAHL 2000–2014)
- Koko teksti
- Ihmiset (PubMed tietokannassa)
- Tutkimusartikkeli
- Tulokset vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin

Aineistoksi valittiin kymmenen (10) tutkimusartikkelia tiedonhaun perusteella. Tutkimukset käsittelevät raskaudenkeskeytyksiä, niihin päätyvien riskitekijöitä sekä millaisin keinoin varsinkin toistuvia raskaudenkeskeytyksiä voitaisiin vähentää. Tutkimuksista kolme (3) oli tehty Suomessa, kaksi (2) Ruotsissa sekä loput, Iso-Britanniassa, Yhdysvalloissa, Kanadassa, Ranskassa ja Espanjassa. Suurin osa tutkimuksista keskittyi analysoimaan tilastoja ja erilaisia rekisterejä, yksi oli kirjallisuuskatsaus ja muutama laadullisia kysely- tai haastattelututkimuksia. Osasta tutkimusartikkeleista puuttui alkuperäisen julkaisulehden sivunumerot. Tarkemmat tiedot tutkimusten analysoimisesta ja päätutkimustulokset löytyvät tutkimusaineiston analyysikehyksestä (Liite 2).

Kirjallisuuskatsaukseen sisältyvät tutkimusartikkelit:

1. Bajos, Nathalie – Lamarche-Vadel, Agathe – Gilbert, Fabien – Ferrand, Michele – COCON Group – Moreau, Caroline 2006. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Human Reproduction* 2006; 21(11): 2862-2867. Ranska.
2. Fisher, William A. – Singh, Sukhibir S. – Shuper, Paul A. – Carey, Mark – Otchet, Felicia – MacLean-Brine, Deborah – Dal Bello, Diane – Gunter, Jennifer 2005. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ* 2005; 172. Kanada.
3. Hall, Megan – Chappel, Lucy C. – Parnell Bethany L. – Seed, Paul T. – Bewley, Susan 2014. Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine* 2014; 11(1). Iso-Britannia
4. Heikinheimo, Oskari – Gissler, Mika – Suhonen, Satu 2009. Can the outcome of the next pregnancy be predicted at the time of induced abortion? *Human Reproduction* 2009; 24(4): 820-826. Suomi
5. Heino, Anna – Gissler, Mika 2013. Toistuvat raskaudenkeskeytykset Suomessa 1983-2009. *Suomen lääkärilehti – Finlands läkartidning* 2013; 68: 3083-3086. Suomi.
6. Helström, Lotti – Odling, Viveca – Zätterström, Catharina – Johansson, Monica – Granath, Fredrik – Correia, Nestor – Ekblom, Andreas 2003. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003; 31(6): 405-410. Ruotsi.

7. Peipert, Jeffrey F. – Madden, Tessa – Allsworth, Jenifer E. – Secura, Gina M. 2012. Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-cost Contraception. *Obstetrics & Gynecology* 2012; 120(6): 1291-1297. Yhdysvallat.
8. Sääv, Ingrid – Stephansson, Olof – Gemzell-Danielsson, Kristina 2012. Early versus Delayed Insertion of Intrauterine Contraception after Medical Abortion – A Randomized Con-trolled Trial. *PLoS One* 2012. Ruotsi.
9. Vikat, Andres – Kosunen, Elise – Rimpelä, Matti 2002. Risk of Postpartum Induced Abortion in Finland: A Register-Based Study. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health* 2002; 34(2): 84-90. Suomi.
10. Zurriga, Oscar – Martinez-Beneito, Miguel A. – Galmes Truyols, Antonia – Torne, M. Mar – Bosch, Susana – Bosser, Roser – Arbona, Margarita Portell 2009. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gaceta Sanitaria* 2009; 23: 57–63. Espanja.

5.3 Aineiston analysointi sisällönanalyysillä

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla kirjallisuuskatsauksen aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Tällä tekstianalyysimenetelmällä tutkittavasta ilmiöstä saadaan tiivistetty ja yleinen kuvaus sekä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta sen perusteella pystytään tekemään selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Koska tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä aiempien tutkimusten perusteella, on analyysin tarkoitus luoda selkeä sanallinen kuvaus ilmiöstä.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen: Aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin ja abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Aineiston pelkistämisessä analysoitava aineisto pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan kaikki uuden tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto pois. Redusointi voi tässä tapauksessa olla joko aineiston pilkkomista pienempiin kokonaisuuksiin tai sen tiivistämistä. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta eli aiemmin tehdyistä tutkimuksista etsitään keskinäisiä samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Klusteroinnissa aineistoa myös luokitellaan, jolloin aineisto samalla tiivistyy, kun eri tutkimusten yksittäiset tekijät yhdistetään yleisempiin käsitteisiin. Abstrahoinnissa edellä mainittuja luokituksia yhdistellään edelleen, kunnes sisältö on saatu mahdollisimman tiiviiseen muotoon. Näin yleiskäsitteiden avulla saadaan muodostettua kuvaus, joka vastaa tutkimuskysymyksiin. Tuloksia voidaan verrata luotettavasti alkuperäisaineistoon uutta tietoa ja johtopäätöksiä muodostaen. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 110-115.)

Aineiston analysointi aloitettiin lukemalla ja kääntämällä englanninkieliset tutkimukset. Vastauksia haettiin ennalta määrättyihin tutkimuskysymyksiin (esitelty luvussa 2). Tutkimusten pääkohdat ja tulokset kirjattiin. Tämän jälkeen kirjattiin tutkimuksista selvinneet raskaudenkeskeytyksiin johtavat riskitekijät ja raskaudenkeskeytysten ehkäisykeinot. Seuraavaksi pelkistettiin edellä mainitut tekijät. Pelkistämisen jälkeen jaettiin samankaltaiset pelkistykset värien avulla omiin ryhmiinsä. Ryhmät luokiteltiin asiayhteyksien perusteella. Raskaudenkeskeytykseen johtavista riskitekijöistä saatiin luokiteltua 15 alaluokkaa. Alaluokat ryhmiteltiin edelleen viiteen yläluokkaan yhtäläisyyksien perusteella. Näistä muodostui yksi yläluokkaa *väkivallan kokeminen*, sekä kaksi pääluokkaa *demografiset ja kulttuurilliset tekijät* sekä *syntyvyyden säännöstelyn epäonnistuminen*. Toiseen tutkimuskysymykseen, miten raskaudenkeskeytyksiä voidaan ehkäistä, saatiin saman kaavan mukaisesti viisi alaluokkaa, joista muodostui kaksi yläluokkaa. Yläluokat olivat *tehokkaiden ehkäisymenetelmien saatavuuden turvaaminen ja ehkäisyneuvonnan tarjoaminen*. Koska toisen tutkimuskysymyksen aineisto jäi ensimmäistä tutkimuskysymystä suppeammaksi, aineiston luokittelua ei saatu jatkettua yläluokkia pidemmälle.

6 Tulokset

Raskaudenkeskeytyksiin johtavista riskitekijöistä muodostui kaksi pääluokkaa *demografiset ja kulttuurilliset tekijät* ja *perhesuunnittelun epäonnistuminen*. Yksi luokittelu päättyi yläluokkaan *väkivallan kokeminen*. Raskaudenkeskeytysten ehkäisystä saatiin luokiteltua kaksi selkeää yläluokkaa. Nämä olivat tehokkaiden *ehkäisymenetelmien saatavuuden turvaaminen ja ehkäisyneuvonnan tarjoaminen*. Pääluokkia ei muodostunut aineiston niukkuuden vuoksi.

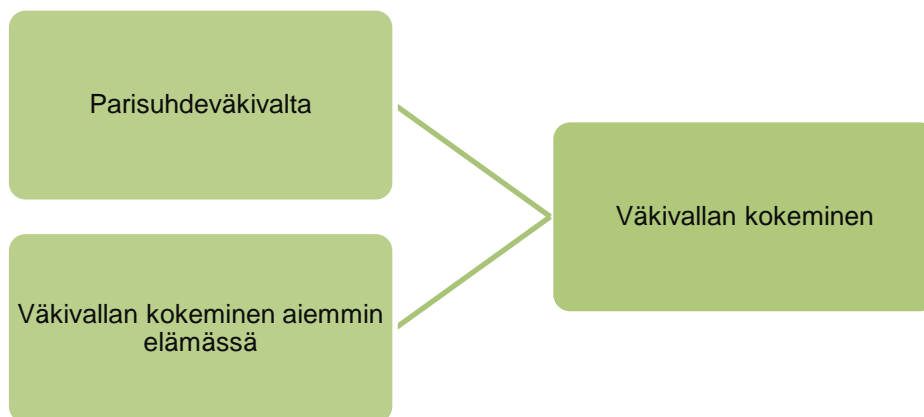
6.1 Raskaudenkeskeytyksiin johtavat riskitekijät

Yläluokka **Väkivallan kokeminen** jaettiin kahteen alaluokkaan, jotka olivat *parisuhdeväkivalta* ja *väkivallan kokeminen aiemmin elämässä* (Taulukko 2). Parisuhdeväkivallalla tarkoitetaan nykyisessä parisuhteessa koettua väkivaltaa. Parisuhteessa koettu fyysinen, psyykinen ja seksuaalinen väkivalta sekä hyväksikäyttö ovat raskaudenkeskeytykseen johtavia riskitekijöitä. Lisäksi puolison painostaminen raskaudenkeskeytykseen

on henkistä parisuhdeväkivaltaa, joka voi johtaa raskauden keskeyttämiseen naisen tahdosta riippumatta. (Hall – Chappel – Parnell – Seed – Bewley 2014.) Yhdessä aineiston tutkimuksista kävi ilmi, että noin joka viides raskaudenkeskeyttäjästä oli kokenut väkivaltaa puolisoiltaan nykyisessä parisuhteessaan (Fisher – Singh – Shuber – Otchet – MacLean – Dal Bello – Gunter 2005).

Väkivallan kokeminen aiemmin elämässä (*history of violence*) tarkoittaa nykyisen parisuhteen ulkopuolella, esimerkiksi aikaisemmissa parisuhteissa, kotioloissa tai nuoruudessa tapahtunutta väkivallan kokemista (Hall ym. 2014). Yhdestä tutkimuksesta selvisi muun muassa, että noin 27 % raskaudenkeskeytykseen päätyvistä naisista oli jossain vaiheessa elämäänsä joutunut väkivallan uhriksi (Fisher ym. 2005). Tällaista väkivaltaa on esimerkiksi seksuaalisen, fyysisen ja psyykkisen väkivallan kokeminen. Parisuhteen ulkopuolella tapahtunut raiskaus laskettiin myös kuuluvaksi tähän alaluokkaan. Toistuvien raskaudenkeskeytysten tekijät ovat kokeneet seksuaalista väkivaltaa jossain vaiheessa elämäänsä 2,5 kertaa useammin kuin yhden raskauden keskeyttäneet. (Fisher ym. 2005.)

Taulukko 1. Väkivallan kokeminen -yläluokan muodostuminen

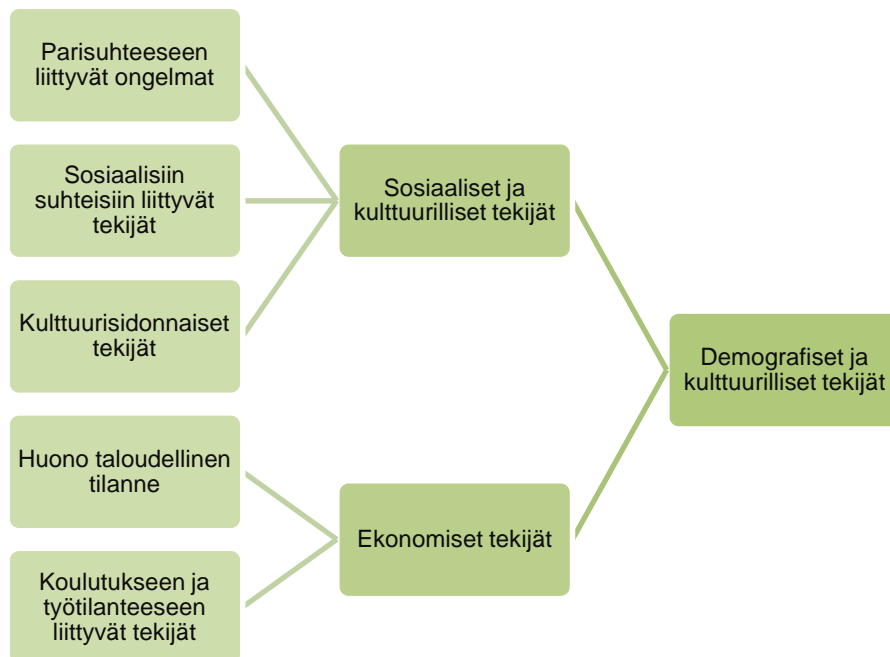


Ensimmäiseksi pääluokaksi muodostui **demografiset ja kulttuurilliset tekijät** (Taulukko 3). Tämä koostui kahdesta yläluokasta, jotka ovat *sosiaaliset ja kulttuurilliset tekijät* sekä *ekonomiset tekijät*. Sosiaaliset ja kulttuurilliset tekijät sisältävät luokittelun perusteella alaluokat *parisuhteeseen liittyvät ongelmat*, *sosiaalsiin suhteisiin liittyvät tekijät* ja *kulttuurisidonnaiset tekijät*. Raskaudenkeskeytyksiin päätyvät kokivat usein puolison olevan sopimaton vanhemmuuteen, parisuhteen kestäneen liian lyhyen aikaa tai he kertoivat, ettei puoliso halua lasta. Sosiaalsiin suhteisiin liittyvistä tekijöistä riskiksi muodostui sosiaalisen verkoston puuttuminen ja sosiaalisen elämän muutokset kuten

ero. (Helström – Odland – Zätterström – Johansson – Granat – Correia – Ekblom 2003.) Tutkimukset osoittivat myös, että yksinelävät, parisuhteettomat ja naimattomat päätyvät raskaudenkeskeytykseen avioliitossa olevia useammin (Hall ym. 2014). Kulttuurisidonnaiset tekijät, kuten maahanmuuttajatausta ja etniseen vähemmistöön kuuluminen lisäävät riskiä tehdä raskaudenkeskeytys. Myös oleskelu ja asuminen muualla kuin kotimaassa lisäävät riskiä toistuviin raskaudenkeskeytyksiin, varsinkin mitä pidempään on asunut kotimaan ulkopuolella. (Helström ym. 2003; Zurriga – Martinez-Beneito – Galmes Truyols – Torne – Bosch – Bosser – Arbona 2009; Fisher ym. 2005.)

Ekonomisilla tekijöillä tarkoitetaan raskaudenkeskeytykseen johtavia taloudellisista ongelmista, koulutuksesta ja työtilanteesta sekä iästä riippuvaisia tekijöitä. Köyhyys ja matala tulotaso ovat yhteydessä kohonneeseen riskiin tehdä raskaudenkeskeytys. Lisäksi työttömyys, opiskelujen keskeneräisyys, juuri saatu uusi työpaikka ja matala koulutustaso nostavat riskiä keskeyttää raskaus. (Helström ym 2003; Bajos – Lamarche-Vadel – Gilbert – Moreau 2006.)

Taulukko 2. Demografiset ja kulttuurilliset tekijät -pääluokan muodostuminen

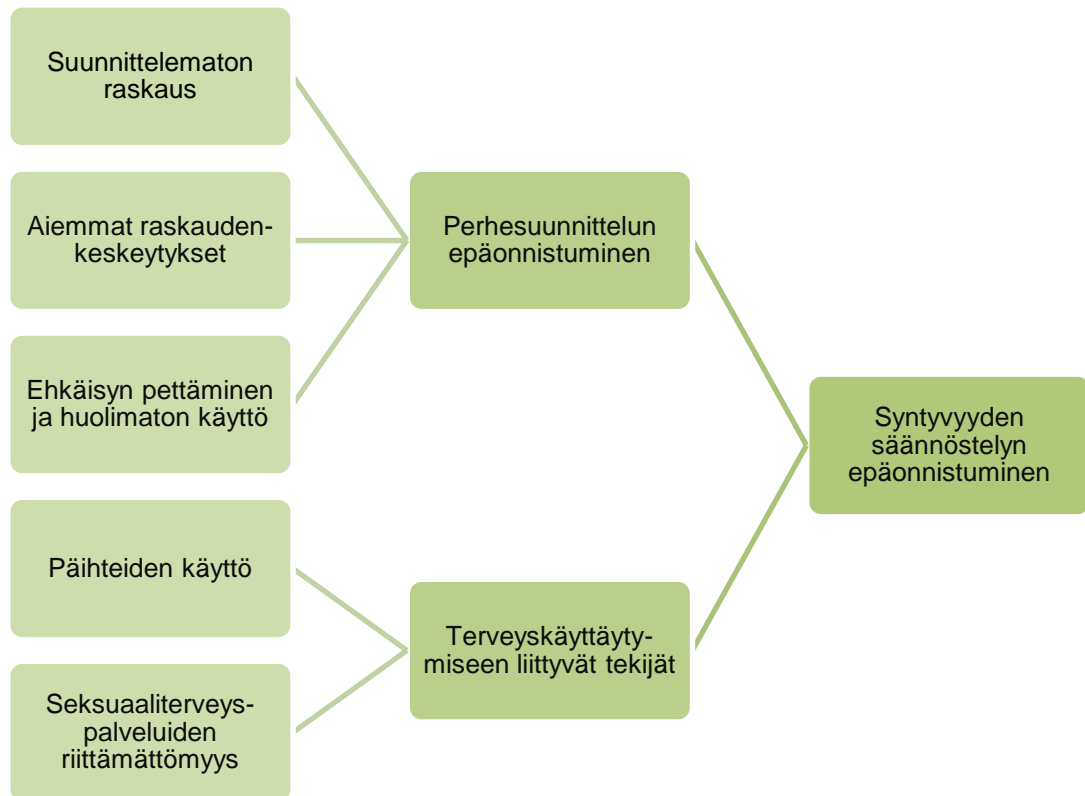


Toinen pääluokka oli **syntyvyyden säännöstelyn epäonnistuminen** (Taulukko 4). Tähän kuuluivat yläluokat *perhesuunnittelun epäonnistuminen* ja *terveyskäyttäytymiseen liittyvät tekijät*. Perhesuunnittelun epäonnistumisen alaluokiksi muodostuivat *suunnittelematon raskaus*, *aiemmat raskaudenkeskeytykset* sekä *ehkäisyn pettäminen ja huolimaton käyttö*. Nuori ikä ja raskaus teini-ikäisenä ovat raskaudenkeskeytyksen riskitekijöitä. Alle 25-vuotiaat ovat ikään liittyvä suurin riskiryhmä. (Heikinheimo – Giss-

ler – Suhonen 2008; Vikat – Kosunen – Rimpelä 2002.) Ensimmäinen keskeytys tai kaksi ensimmäistä keskeytystä tehtynä alle 20-vuotiaana lisäävät riskiä toistuviin tai uuteen raskaudenkeskeytykseen. Myös toinen tai kolmas raskaudenkeskeytys alle 30-vuotiaana on yhteydessä useamman raskaudenkeskeytyksen tekemiseen. (Heino – Gissler 2013.) Riskiä tehdä raskaudenkeskeytys kasvattaa uusi raskaus pian edellisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Riskiä tehdä raskaudenkeskeytys kasvattaa myös uusi raskaus pian synnytyksen jälkeen. Suurimmillaan se on 6-18 kuukauden sisällä synnytyksestä. Myös se, ettei lapsi ole toivottu, lapsiluku on täynnä tai lapsia on jo kaksi tai useampi, johtavat useammin raskaudenkeskeytykseen. (Vikat ym. 2002; Heikinheimo ym. 2008.) Ehkäisymenetelmän valinnalla ja sen oikeaoppisella käytöllä on merkitystä ehkäisyn onnistumiseen. Raskaudenkeskeytykseen päädyttäessä ehkäisyä ei käytetty tai käytettiin tehotonta ehkäisymenetelmää, esimerkiksi kuukautiskierron laskemiseen perustuvaa ”varmojen päivien” käyttämistä. Myös ehkäisyn huolimaton käyttö, kuten oraalisen ehkäisyn unohtaminen, ehkäisymenetelmän vaihtaminen tehottomampaan menetelmään, kuten kierukasta kondomiin sekä vähäiset kokemukset ehkäisystä ja väärin käytetty ehkäisy (esimerkiksi kondomin väärinkäyttö) ovat raskaudenkeskeytyksen riskitekijöitä. (Bajos ym. 2006; Fisher ym. 2005; Peipert – Madden – Allsworth – Secura 2012).

Terveyskäyttäytymiseen liittyvät tekijät jakaantui alaluokkiin *päihteiden käyttö* ja *seksuaaliterveyspalveluiden riittämättömyys*. Tupakoinnilla, huumeiden ja alkoholin käytöllä on todettu olevan yhteys raskaudenkeskeytyksiin (Heikinheimo ym. 2008). Seksuaaliterveyspalveluiden riittämättömyyteen kuuluvat osa-alueet, kuten *vähäinen terveyspalveluiden käyttö*, *riittämätön seksuaalikasvatus* ja *seksuaaliterveyspalveluiden huono saatavuus* lisäävät riskiä päätyä raskaudenkeskeytykseen (Bajos ym. 2006; Fisher ym. 2005).

Taulukko 3. Perhesuunnittelun epäonnistuminen -pääluokan muodostuminen



6.2 Raskaudenkeskeytysten ehkäisy

Ensimmäiseksi yläluokaksi muodostui **tehokkaiden ehkäisymenetelmien saatavuuden turvaaminen**. Tämä jakaantui kahteen alaluokkaan: *tehokkaiden ehkäisymenetelmien suosiminen* ja *ehkäisyn saatavuuden turvaaminen*. Tehokkaiden ehkäisymenetelmien suosimisella tarkoitetaan pitkävaikutteisen ja kumottavan ehkäisyn käytön suosimista. Tällaisia ehkäisymenetelmiä ovat kohtuun asetettavat kupari- ja hormonikierukka sekä ehkäisyimplantti. (Sääv – Stephansson – Gemzell-Danielsson 2012.) Ehkäisyn saatavuuden turvaaminen on tärkeää, erityisesti ilmainen ehkäisy ja ehkäisyn saatavuuden takaaminen, jotka vähentävät ei-toivottuja raskauksia ja siten raskaudenkeskeytyksiä. (Peipert ym. 2012; Sääv ym. 2012.)

Ehkäisyneuvonnan tarjoaminen muodostui alaluokista *ehkäisyneuvonnan tarjoaminen pian raskaudenkeskeytyksen jälkeen*, *ehkäisyneuvonnan tarjoaminen pian synnytyksen jälkeen* ja *yleisen ehkäisytietoisuuden parantaminen* (taulukko 5). Ehkäisyneu-

vonnan tarjoaminen pian raskaudenkeskeytyksen jälkeen sisältää ehkäisykierukan asentamisen tai muun tehokkaan ehkäisymenetelmän tarjoamisen pian raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Lisäksi seurantatapaamisen järjestäminen pian raskaudenkeskeytyksen jälkeen estää ehkäisyttyä jäämistä ja siten ehkäisee uudelleen raskaudenkeskeytykseen päätymistä. (Peipert ym. 2012; Bajos ym. 2006.)

Ehkäisyneuvonnan tarjoaminen pian synnytyksen jälkeen sisältää ehkäisyneuvonnan ja tehokkaan ehkäisymenetelmän tarjoamisen neuvolassa pian synnytyksen jälkeen. Pian (3-5 kuukauden sisällä) synnytyksen jälkeen uudelleen raskaaksi tulevista noin 40 % ei ollut käyttänyt lainkaan ehkäisyä. Vuoden sisällä synnytyksestä uudelleen raskaaksi tulevista noin 50 % kertoi käyttäneensä ehkäisynä kondomia. Siksi ehkäisyneuvonnan ja tehokkaan ehkäisymenetelmän tarjoaminen pian synnytyksen jälkeen ehkäisee raskaudenkeskeytyksiä naisilla, joilla on jo lapsi tai lapsia. (Vikat ym. 2002; Fisher ym. 2005.)

Yleisen ehkäisytietoisuuden parantamisessa keskitytään yleisesti ehkäisyneuvonnan saatavuuden parantamiseen väestön keskuudessa. Moni raskaudenkeskeytyksen tehneistä ei ollut käyttänyt minkäänlaista ehkäisyä tai oli käyttänyt tehotonta ehkäisymenetelmää, vaikka tietoa ehkäisyn käytöstä olisi ollut. (Helström ym. 2003; Vikat ym. 2002.) Erityisryhmien, kuten maahanmuuttajataustaisten naisten, seksuaaliterveyteen panostaminen nähtiin tärkeänä keinona kaventaa näiden riskiryhmien eroja ehkäisytietoisuudessa ja päätymisessä raskaudenkeskeytykseen valtaväestöön verrattuna (Zurriga ym. 2009; Helström ym. 2003; Fisher ym. 2005).

Taulukko 4. Raskaudenkeskeytyksien ehkäisemisen yläluokkien muodostuminen



7 Pohdinta

Tässä opinnäytetyössä haettiin vastausta kahteen tutkimuskysymykseen, jotka olivat raskaudenkeskeytyksiin johtavat riskitekijät sekä näiden riskitekijöiden ehkäiseminen. Alun perin opinnäytetyössä oli tarkoituksena tutkia erityisesti nuorten naisten kannalta merkittäviä tekijöitä, jotka johtavat raskaudenkeskeytyksiin, mutta aineisto oli sen verran suppea, että tutkimusaineistoksi valittiin tutkimuksia, joissa ikäjakauma oli teini-ikäisistä noin 50-vuotiaisiin naisiin. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla aineisto oli rikkaampaa, jolloin tuloksia saatiin enemmän ja nämä tulokset vastasivat hyvin asetettuun tutkimuskysymykseen. Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla aineisto oli selkeästi niukempaa, jolloin tulokset eivät vastanneet yhtä tarkasti tutkimuskysymykseen kuin ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla. Tietoperustassa ja käytetyssä aineistossa oli selviä yhteneväisyyksiä, mutta esiin nousi myös uusia tekijöitä ja teemoja. Kirjallisuuskatsausta tehdessä ei tiedonhakujen perusteella löytynyt juurikaan julkaistuja tieteellisiä artikkeleja raskaudenkeskeytysten ehkäisystä. Suppeasta aineistosta huolimatta aineistosta saatiin melko hyvin vastauksia tutkimuskysymykseen.

7.1 Monitahoiset raskaudenkeskeytyksiin johtavat riskitekijät

Aiemman tutkimustiedon perusteella tiedetään, että raskaudenkeskeytyksiin johtavia riskitekijöitä ovat sosioekonomiset tekijät, nuori ikä, aiempi raskaudenkeskeytys sekä hiljattain synnyttäminen. Nämä tekijät tulivat esiin myös tässä opinnäytetyössä käytetyissä tutkimuksissa. Sosiaalinen verkosto koettiin tärkeäksi tukimuodoksi. Raskaudenkeskeytyksiin päätyvät kokivat, että heillä ei ollut tarvittavaa tukiverkostoa, josta olisivat saaneet tukea raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. (Helström ym. 2003.) Yksineläminen ja naimattomuus nähtiin negatiivisena, kun ajateltiin lapsen saamista (Hall ym. 2014; Zurriga ym. 2009; Helström ym. 2003) Tämä saattaa olla yhteydessä siihen, että lapsesta huolehtiminen yksin ilman puolison tai muun tukihenkilön tukea koetaan liian raskaaksi. Myös parisuhteessa olevat naiset, jotka eivät kokeneet saavansa tukea puolisoiltaan tai puoliso suhtautui negatiivisesti raskauteen, päätyivät todennäköisemmin raskaudenkeskeytykseen kuin tukea saavat naiset. (Helström ym. 2003; Hall ym. 2014). Naiset, joiden parisuhde oli kestänyt vain lyhyen aikaa, päätyivät todennäköisemmin raskaudenkeskeytykseen (Helström ym. 2003), mahdollisesti koska eivät halunneet perustaa perhettä ja sitoutua lapsen kautta ihmiseen, jonka kanssa eivät ole varmoja haluavatko jakaa elämäänsä. Yhdeksi riskitekijäksi muodostui myös koettu puolison sopimattomuus isäksi (Hall ym. 2014; Helström ym. 2003; Fisher ym. 2005). Tästä voidaan päätellä, että puolison ominaisuudet ja antama tuki sekä sosiaalinen verkosto, kuten oma perhe ja ystävät, vaikuttavat olennaisesti päätökseen raskauden keskeyttämisestä.

Taloudellisilla tekijöillä on merkitystä raskaudenkeskeytystä harkittaessa. Taloudellinen epävarmuus kuten matala tulotaso, koettiin keskeytyspäätöstä vahvistavana tekijänä. Työttömyys koetaan myös raskaudenkeskeytykseen johtavana riskitekijänä. (Bajos ym. 2006; Helström ym. 2003.) Työttömät naiset eivät todennäköisesti uskalla ottaa riskiä edelleen etäännyttä työelämästä raskauden ja äitiysvapaan aikana. Toisaalta voidaan ajatella, että juuri saatu uusi työpaikka lisää riskiä päätyä raskaudenkeskeytykseen, koska halutaan luoda uraa ja raskaudella ei haluta riskeerata tuoretta työpaikkaa. Nuori ikä on merkittävä riskitekijä, joka on usein yhteydessä taloudelliseen tilanteeseen (Heikinheimo ym. 2008; Heino – Gissler 2013; Vikat ym. 2002). Vakituinen työpaikka sekä valmis tutkinto tukevat perheen perustamista, kun taas nuorilla naisilla, kuten teini-ikäisillä ja alle 25-vuotiailla opinnot ovat usein kesken eikä vakituksia palkkatuloja ole. Lisäksi usein nuoret aikuiset haluavat kokea asioita elämässään sekä luoda työuraa ennen vakiintumista ja perheen perustamista. Alle 20-vuotiaat teini-ikäiset eivät usein

koe olevansa valmiita äitiyteen, kun eivät välttämättä vielä pysty huolehtimaan itsensääänkään. Päihteiden käytöllä on myös merkitystä raskauden keskeyttämiseen. Tupakkoinnilla on vahva tutkimusnäyttö riskitekijänä, kun taas huumeiden ja alkoholin väärinkäytöllä näyttö on hieman pienempi, mutta kuitenkin olemassa. (Hall ym. 2014; Heikinheimo ym. 2008).

Perhesuunnittelun merkitys on suuri raskaudenkeskeytyksiä tarkasteltaessa. Jos raskaus on ei-toivottu, johtuu se yleensä siitä, että lapsia ei toivota enempää tai edellisestä raskaudesta ja synnytyksestä on liian lyhyt aika (Heino – Gissler 2013; Vikat ym. 2002). Kuten johdanto-osassa todetaan, joka kymmenes raskaudenkeskeytys Suomessa tehdään naiselle, joka on synnyttänyt samana tai edeltävänä vuonna. Raskaudenkeskeytykseen päädytään todennäköisesti koska ei ole ehditty toipua edellisestä synnytyksestä ja uuden lapsen hoitaminen edellisen pienen kanssa koetaan liian raskaana. Toisaalta pitkä aika sivussa työelämästä äitiys- ja perhevapaiden takia ei edistä naisten työllistymistä ja mahdollisuutta luoda työuraa. Nykypäivänä suuren perheen elättäminen koetaan taloudellisesti haastavana. Aiemmillä raskaudenkeskeytyksillä on selvä yhteys toistuviin raskaudenkeskeytyksiin varsinkin, jos ne on tehty nuorena (Heino – Gissler 2013). Tähän voi liittyä elämäntapa, jossa ei välitetä raskaudenkeskeytysten riskeistä ja sitä saatetaan käyttää ikään kuin ehkäisykeinona silloin, kun varsinaista ehkäisyä ei käytetä.

Raskaudenkeskeytykseen päädyttäessä on käytännössä aina kyse ehkäisyn laiminlyönnistä tai huolimattomasta käytöstä. Tutkimusaineistosta selvisi, että valitulla ehkäisymenetelmällä tai tehokkaan menetelmän vaihtamisella tehottomampaan on suuri merkitys raskauden ehkäisemisessä. (Bajos ym. 2006). Kondomin ja oraalisen ehkäisyn huolimaton käyttö tai muun tehottoman ehkäisymenetelmän käyttö on yhteydessä ei-toivottuihin raskauksiin ja sitä kautta raskaudenkeskeytyksiin (Sääv ym. 2012; Fisher ym. 2005; Heikinheimo ym. 2008; Bajos ym. 2006). Kondomi saattaa jäädä helposti käyttämättä, koska se pitää asettaa paikalleen jo seksin alettua vasta hieman ennen yhdyntää. Lisäksi väärin tai huolimattomasti käytettynä rikkoutumisen vaara on olemassa. Oraalisen ehkäisyn, kuten minipillereiden ja yhdistelmäehkäisytablettien, riski muodostuu pillereiden unohtamisen kautta. Pillerit on muistettava ottaa joka päivä samaan aikaan ja yhdenkin unohtaminen saattaa heikentää merkittävästi ehkäisytehoa. Tehottomat ehkäisykeinot, kuten ”varmoin päiviin” luottaminen, keskeytetty yhdyntä sekä erilaiset vaahdot ja ehkäisysienet eivät ole yksinään käytettyinä luotettavia ehkäisymenetelmiä ja ovat siten yhteydessä edellä mainittujen ehkäisykeinojen kanssa

raskaudenkeskeytyksiin. On kuitenkin muistettava, että oikeinkäyttynä oraalinen ehkäisy sekä kondomin käyttö ovat luotettavia ehkäisymenetelmiä. Lisäksi kondomi on ainoa ehkäisyväline, joka suojaaa sukupuolitaudeilta.

Opinnäytetyön tuloksissa isoksi teemaksi nousi väkivallan merkitys raskaudenkeskeytyksiin päätyneillä. Aikaisemmin julkaistuissa ainakaan Suomessa tehdyissä tutkimuksissa ei ole painotettu tämän merkitystä. Etenkin parisuhteessa koettu fyysinen, psyykinen tai seksuaalinen väkivalta altistaa raskaudenkeskeytyksiin. Parisuhdeväkivaltaa kokevat naiset kokevat usein kotioloit turvattomaksi lapselle sekä raskaudesta ei uskalleta kertoa puolisolle ja on siten helpompi päättää raskaus. Puoliso saattaa myös pakottaa raskaudenkeskeytykseen eikä alistavan ja väkivaltaisen puolison tahtoa vastaan uskalleta välttämättä nousta. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta väkivallan olevan riskitekijänä sekä yksittäisiin raskaudenkeskeytyksiin että toistuviin raskaudenkeskeytyksiin. Pelkästään nykyisessä suhteessa koettu parisuhdeväkivalta ei ole raskaudenkeskeytykseen johtava riskitekijä, vaan myös väkivallan kokeminen missä tahansa vaiheessa elämää lisää riskiä tehdä raskaudenkeskeytys. (Hall ym. 2014; Fisher ym. 2005.) Useissa käyttämissämme tutkimuksissa todettiin tämän saattavan johtua siitä, että väkivallan on todettu aiheuttavan psyykkisiä ongelmia, kuten riittämättömyyden tunnetta ja kykenemättömyyttä huolehtia itsestään (Fisher ym. 2005). Esimerkiksi ehkäisy saattaa jäädä tällöin sivummalle ja lapsista huolehtiminen voi tuntua ylivoimaiselta.

Tämän opinnäytetyön tietoperustaa rakentaessa ei noussut esiin kulttuurillisten tekijöiden vaikutusta raskaudenkeskeytyksiin. Aineistosta kuitenkin löytyi selkeitä viitteitä kulttuurillisista tekijöistä raskaudenkeskeytysten riskitekijöinä. Maahanmuuttajataustaisilla naisilla on suurempi riski kantaväestöön verrattuna tehdä raskaudenkeskeytyksiä (Zurriga ym. 2009; Helström ym. 2003; Fisher ym. 2005). Tähän saattavat vaikuttaa maahanmuuttajan kotimaan arvot, uskonto ja normit, jotka poikkeavat kantaväestöstä sekä kielelliset ongelmat, jotka vaikuttavat tiedon saatavuuteen. Esimerkiksi ehkäisyn käyttämiseen saatetaan suhtautua kielteisesti. Myös ehkäisytiedoissa saattaa olla puutteita jos kotimaassa ehkäisyneuvontaa ei ole ollut tarjolla. Tutkimustuloksissa tuli esiin myös etnisen taustan merkitys. Toisen polven maahanmuuttajillakin on suurempi riski raskaudenkeskeytykseen, koska oman perheen kulttuuri vaikuttaa edelleen merkittävästi. Kuitenkin yhdessä tutkimuksessa todetaan, että mitä pidempi aika maahanmuutosta, sitä todennäköisemmin päädytään toistuviin raskaudenkeskeytyksiin. (Zurriga ym. 2009.) Oletuksena luulisi olevan, että pidemmän aikaa maassa oleskelleilla olisi

parempi ehkäisytietoisuus, mutta toisaalta myös pidempi ajanjakso mahdollistaa useamman raskaudenkeskeytyksen tekemisen kuin lyhempi oleskelu.

Seksuaalipalveluiden riittämättömyys on jo itsessään riski raskaudenkeskeytysten lisääntymiseen myös kantaväestöllä (Bajos ym. 2006; Fisher ym. 2005). Näiden palveluiden saatavuus voi olla huonoa, esimerkiksi pitkät jonot ehkäisyneuvolan vastaanotolle. Myös maantieteellisesti pitkä matka terveyskeskukseen ja ehkäisyneuvolaan esimerkiksi säästösyistä johtuen voi haitata ehkäisypalveluiden saatavuutta. Tutkimuksissa myös todetaan, että vähäinen terveystalveluiden käyttö on yksi riskitekijä, kuten myös riittämätön seksuaalikasvatus, etenkin nuorena (Bajos ym. 2006; Fisher ym. 2005).

7.2 Ehkäisymenetelmät ja -neuvonta osana raskaudenkeskeytysten ehkäisyä

Toisessa tutkimuskysymyksessä nousi esiin kaksi teemaa, jotka olivat tehokkaiden ehkäisymenetelmien saatavuuden turvaaminen sekä ehkäisyneuvonnan tarjoaminen. Pitkäaikaisten, kumottavien ja tehokkaiden ehkäisymenetelmien suosimisen todettiin vähentävän riskiä ei-toivottuihin raskauksiin ja siten raskaudenkeskeytyksiin. Näitä ehkäisymenetelmiä ovat kupari- ja hormonikierukat sekä implantit. (Sääv ym. 2012; Bajos ym. 2006.) Ilmaisen ehkäisyn tarjoamisella on useissa tutkimuksissa todettu olevan raskaudenkeskeytyksiä ehkäisevä vaikutus, koska se mahdollistaa ehkäisymenetelmien saamisen tulotasosta riippumatta sekä madaltaa kynnystä hakea ehkäisyä. Tutkimustuloksissa painotettiin myös ehkäisyn saatavuuden takaamista, joka helpottaa erityisesti nuorten kohdalla tehokkaan ehkäisymenetelmän aloittamista. (Peipert ym. 2012.)

Ehkäisyneuvonnan tarjoamisella on myös suuri rooli raskaudenkeskeytysten ehkäisemisessä. Mitä aikaisemmin ja nopeammin ehkäisyä tai siihen liittyvää ohjausta tarjottiin sekä synnytyksen että raskaudenkeskeytyksen jälkeen, sitä paremmin se ehkäisi uusia raskauksia ja siten päätymistä raskaudenkeskeytykseen. Tutkimustuloksissa painotettiin tehokkaiden ehkäisymenetelmien, kuten kierukoiden merkitystä raskauksien ehkäisemisessä. (Sääv ym. 2012; Bajos ym. 2006; Vikat ym. 2002.)

8 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusta tehdessä eettisyyden tulisi olla tutkimusta ohjaava päätekijä. Tutkijan tulisi olla aidosti kiinnostunut tutkimuksen tekemisestä ja uuden tiedon hankkimisesta. Tutkimuksen sisältämän informaation tulisi olla niin luotettavaa kuin mahdollista ja tutkimusta tehdessä ei saisi syyllistyä vilpin harjoittamiseen. Lisäksi minkään tutkimuksen tekeminen ei saisi loukata ihmisarvoa ja tutkijan tulisi toiminnallaan edistää tieteellisen informaation käyttöä eettisesti. Tutkijan tulee myös kunnioittaa muita tutkijoita ja omalla toiminnallaan edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Kaikista sellaisista tutkimuksista, jotka voivat aiheuttaa kohtuutonta vahinkoa, tulisi kieltäytyä. Suomessa hoito-tieteellisen tutkimuksen eettisyys on turvattu Helsingin julistuksella (1964), joka on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Julistuksessa määritellään esimerkiksi millä tavoin tutkimussuunnitelma tulee arvioida eettisessä toimikunnassa ja millainen eettisesti oikeudenmukainen tutkimus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 211-213.)

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, joka jo sinällään sisältää tiedon siitä, että aiempia tutkimuksia ja niiden tekijöitä arvostetaan. Koska tutkimusmateriaali kerättiin internetin tietokannoista, ei tiedonhaussa tullut vastaan eettisiä ongelmia. Tässä opinnäytetyössä ei myöskään haastateltu tai kerätty kyselyiden avulla tietoja tutkittavasta aiheesta, joten tässäkin salassapitovelvollisuus ja osallistujien immuniteetti säilyivät. Tässä opinnäytetyössä käytetyt tutkimusartikkelit olivat tieteellisiä artikkeleita, jotka oli julkaistu hoitotieteellisissä julkaisuissa. Tieteellisten tutkimusten tulee olla eettisesti tarkistettuja, joten ei ollut syytä epäillä niiden eettisyyttä.

Raskaudenkeskeytykset ovat olleet eettisesti mielipiteitä jakava aihe. Siksi koettiin tärkeäksi, ettei tämä opinnäytetyö vaikuta raskaudenkeskeytyksiä koskeviin mielipiteisiin, vaan tarjoaa tutkittua, tutkijoiden henkilökohtaisista ajatuksista riippumatonta tietoa.

Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin arvioimaan koko työskentelyprosessin ajan. Laadullisessa terveystutkimuksessa voidaan koko prosessin ajan arvioida osa-alueita, jotka ovat tutkittavan ilmiön tunnistaminen ja nimeäminen, tutkimuksen merkityksen perusteleminen sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti, tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksien nimeäminen, aineiston keruun kuvaus, aineiston analyysi ja tutkimustulosten raportointi (Kylmä – Juvakka 2007: 130-133). Opinnäytetyössä tutkittava aihe on selkeästi nimetty ja jaettu kahteen tarkasti muotoiltuun tutkimuskysymykseen.

Näitä on myös tarkennettu tarpeen mukaan opinnäytetyön prosessin edetessä. Opinnäytetyön merkitys ja tarkoitus on perusteltu johdanto-osiossa ja tietoperustan avulla. Aineiston keruun luotettavuutta kuvaa se, että aineistoa on kerätty useasta eri tietokannasta ja kylläisyys saavutettu käytettävissä olevalla tutkimusaineistolla. Analyysimenetelmänä on käytetty ohjeiden mukaisesti sisällönanalyysiä ja sen prosessi on selkeästi kuvattu. Tutkimustulosten raportoinnissa on kerrattu lähtökohdat ja sen kirjoittamisessa on pyritty selkeyteen sekä siihen, että päättely olisi lukijan ymmärrettävissä. Myös tutkimuksen arviointi kuten koko opinnäytetyö on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014).

Kriittisesti tarkasteltuna opinnäytetyössä on myös heikkouksia. Laadullisissa tutkimuksissa ongelmana usein on liian pienestä aineistomäärästä, subjektiivisuudesta sekä satunnaistamisen ja yleistettävyyden puutteesta (Kylmä – Juvakka 2007: 133-134). Tässä opinnäytetyössä aineisto, varsinkin toisen tutkimuskysymyksen kohdalla, oli niukka ja siltä osin tuloksissa saattaa nousta esiin seikkoja, jotka laajemmalla aineistolla eivät olisi yhtä merkittäviä. Aineisto on pääosin englanninkielistä, joten väärinymmärryksiä tai jonkin seikan korostumista saattaa esiintyä, vaikka aineiston analysoinnissa pyrittiinkin subjektiivisuuden välttämiseen. Yleistettävyyden voi olla myös osittain vaikeaa, koska aineiston tutkimukset on monelta osin tehty erilaisissa kulttuureissa ja yhteiskuntaoloissa, eivätkä siten välttämättä ole aina suoraan yhdistettävissä Suomessa vallitseviin oloihin.

9 Sovellusmahdollisuudet ja hyödynnettävyys

Opinnäytetyön tuloksia on mahdollista soveltaa ja hyödyntää käytännön terveydenhoitajatyössä sekä yhteiskuntatasolla. Raskaudenkeskeytyksiin johtavien riskitekijöiden tunnistaminen terveydenhoitajan työssä on tärkeää, jotta suuressa riskissä oleville osataan antaa oikeanlaista tukea ja tarjota palveluita asiakkaan tarpeiden mukaan. Ehkäisyneuvontapalveluiden saatavuudella on iso merkitys raskaudenkeskeytysten ehkäisyssä, joten ehkäisyneuvontapalvelut ja esimerkiksi kouluissa annettava seksuaalikasvatus tulisi säilyttää kunnissa hyvällä tasolla taloudellisista säästöistä huolimatta. Ilmaisen ehkäisyn on todettu useassa tutkimuksessa, kuten tämän opinnäytetyön tutkimusaineistosta käy ilmi, tehokkaaksi keinoksi ehkäistä ja vähentää raskaudenkeskeytysten määrää erityisesti teini-ikäisten ja nuorten naisten kohdalla. Ilmaisen ehkäisyn tarjoaminen alle 25-vuotiaille voisi olla yksi keino raskaudenkeskeytysten määrän vä-

hentämiseen. Ilmaisen kierukan tarjoaminen ehkäisymenetelmänä synnytyksen jälkeen saattaisi myös vähentää hiljattain synnyttäneiden naisten raskaudenkeskeytyksiä. Tämä voitaisiin tehdä esimerkiksi synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä.

Raskaudenkeskeytysten ehkäisemisen suhteen tutkimustulokset ovat laaja-alaisia ja yleispäteviä. Tarvitaan vielä lisää tutkimustietoa, jotta saataisiin konkreettisia keinoja raskaudenkeskeytysten ehkäisemiseen terveydenhoitoalalla. Kuntien taloudellisella tilanteella on suuri merkitys tarjottuihin ehkäisy palveluihin, joten edellä mainittujen raskaudenkeskeytysten ehkäisykeinojen toteuttaminen voi olla vaikeaa. Vaikka raskaudenkeskeytysten määrää tulisi vähentää Suomessa entisestään, tulisi kuitenkin säilyttää avoin ilmapiiri raskaudenkeskeytysten suhteen ja taata kaikille oikeus raskauden keskeyttämiseen turvallisesti ja tasa-arvoisesti kuten laissa on määritelty.

10 Opinnäytetyön prosessin kuvaus ja oma ammatillinen oppiminen

Opinnäytetyö tehtiin parityöskentelynä ja työmäärä jakautui tasaisesti koko prosessin ajan. Työskentelimme sekä kotona itsenäisesti että yhdessä koulussa. Tapasimme opinnäytetyötä ohjaavaa opettajaa muutaman kerran prosessin aikana sekä osallistuimme tarvittaviin työpajoihin ja seminaareihin. Etenimme opinnäytetyötä tehdessä sovitun aikataulun ja Metropolia Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön prosessin etenemisen mukaisesti. Opinnäytetyön tekemiseen oli varattu aikaa kaksi lukukautta vuonna 2015.

Opinnäytetyötä tehdessä opimme työskentelemään sääntillisesti ja sovittujen aikataulujen mukaisesti. Harjaannuimme tieteellisten tutkimusten käsittelyssä ja soveltamisessa sekä osaamme nyt mielestämme toteuttaa laadullisen tutkimuksen käyttäen kirjallisuuskatsausta menetelmänä. Erityisesti harjaannuimme erilaisten tietokantojen käyttämisessä ja tiedonhaussa aineistoa valitessa. Osaamme nyt myös selkeästi kuvata tutkimustuloksia ja prosessin etenemistä niin luotettavasti kuin eettisestikin oikein.

Tämän opinnäytetyön teon jälkeen olemme edelleen kiinnostuneita raskaudenkeskeytyksiin johtavista tekijöistä sekä niiden ehkäisemisestä. Ehkäisytietoisuuden levittäminen ja seksuaalivahvonnin antaminen ovat terveydenhoitajan ominaisinta työtä, jonka koemme omanamme. Olemme opinnäytetyön prosessin aikana oppineet vielä paremmin ymmärtämään näyttöön perustuvan hoitotyön merkityksen. Opinnäytetyön tekemi-

nen oli opettavainen prosessi, joka opetti erilaisissa ryhmissä työskentelyä, kollegiaalisuutta ja oman aikataulun sopeuttamista muihin tekijöihin nähden. Koemme näiden osa-alueiden hallitsemisen erittäin tärkeänä tulevassa ammatissamme terveydenhoitajina.

Lähteet

Gissler, Mika – Heino, Anna 2011. Pohjoismaiset raskaudenkeskeytykset. 2009 Aborter i Norden 2009. Induced abortions in Nordic countries 2009. Tilastoraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80150/Tr09_11.pdf?sequence=1>

Heikinheimo, Oskari – Hellbom, Eira – Martikainen, Hannu – Mervaala, Eero – Rekonen, Sirpa – Ritamo, Maija – Suhonen, Satu – Venhola, Mia 2007. Raskeudenkeskeytys. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2007;123(15):1877. Verkkodokumentti
<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo96662&p_haku=raskaudenkeskeytys>

Heikinheimo, Oskari – Suhonen, Satu – Gissler, Mika 2007. Voidaanko raskaudenkeskeytyksiä vähentää? Suomen Lääkärilehti 2007; 62(39): 3503.
Heikinheimo, Oskari - Suhonen, Satu 2008. Kun raskauden ehkäisy epäonnistuu. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2008;124(4): 457-61. Verkkodokumentti.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95036&p_haku=kun%20ehk%C3%A4isy%20ep%C3%A4>

Heino, Anna – Gissler, Mika – Soimula, Anne 2014. Raskaudenkeskeytykset 2013. Aborter 2013. Induced abortions 2013. Tilastoraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116832/Tr25_14.pdf?sequence=1>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015. Palveluhinnasto 2015. Osa 1 Tuotteistetut sairaanhoidolliset palvelut. Verkkodokumentti.
<<http://www.hus.fi/hustietoa/talous/Hinnoittelu/Documents/HUS%20Palveluhinnasto%202015%20OSA%201.pdf>>

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2014. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansalaisaloite.fi 2015. Terveydenhuollon henkilökunnalle lakisääteinen oikeus kieltäytyä elämän lopettamisesta vakaumuksellisista syistä. Lakiehdotus. Oikeusministeriön asianumero OM 61/52/2014. Verkkodokumentti
<<https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/860>>

Klemetti, Raija – Raussi-Lehto, Eija 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti <
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO.pdf?sequence=1>

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Käypä hoito -suositus 2013. Raskaudenkeskeytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Verkkodokumentti
<<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi27050.pdf>>

Länsiväylä 2014. Ylilääkäri Dan Apter: Abortista on ensimmäistä kertaa Suomessa tulossa poliittinen aihe. Länsiväylä-lehti 3.12.2014. Artikkelin numero 253020. Verkkodokumentti <<http://www.lansivayla.fi/artikkeli/253020-ylilaakari-dan-apter-abortista-on-ensimmaista-kertaa-suomessa-tulossa-poliittinen>>

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan Yliopiston julkaisuja.

Sosiaali ja Terveysministeriö 2013. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Lausunto terveydenhuollon ammattihenkilön oikeudesta kieltäytyä suorittamasta raskaudenkeskeytystä. Valtioneuvosto.

Tiitinen, Aila 2014. Tietoa potilaalle: Raskaudenkeskeytys. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00166&p_haku=raskaudenkeskeytys>

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Verkkodokumentti: <<http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>>

Tiedonhaku

Tietokanta ja hakusanat	Kaikki tulokset	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu abstraktin perusteella	Poistettu kokotekstin perusteella	Hyväksytään
<u>PubMed</u> contraception AND abortion AND risk	107	89	9	2	7
<u>MEDIC</u> raskaudenkesk* OR abort* AND risk*	67	48	16	2	1
<u>CINAHL</u> abortion AND contra- ception AND risk	13	7	3	1	2

Tutkimusaineiston analyysikehys

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus, tavoitteet	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomioitavaa
Hall, Megan Chappel, Lucy C. Parnell, Bethany L. Seed, Paul T. Bewley, Susan 2014 Iso-Britannia Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis	Tutkia, onko parisuhdeväkivallalla vaikutusta raskaudenkeskeytyksiin kirjallisuutta tarkastelemalla	74 tutkimusta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus meta-analyysi	Parisuhdeväkivaltaa kokeva päättyy todennäköisemmin raskaudenkeskeytykseen. Lisäksi parisuhdeväkivaltaa kokevat naiset useimmiten kokevat seksuaalista väkivaltaa, ehkäisyn sabotaasiyrityksiä kumppanin osalta ja vaikeuksia päättää itsenäisesti ehkäisystä.	
Peipert, Jeffrey F. Madden, Tessa Allsworth, Jenifer E. Secura, Gina M.	Edistää pitkäaikaisten ehkäisymenetelmien (kierukat, ehkäisyrengas, implantti yms.)	9256 nuorta ja naista, joilla on suurentunut riski ei-toivottuun raskauteen.	Tilastojen tutkiminen Tilaston analyysi	Raskaudenkeskeytykset vähenivät tilastollisesti selkeästi verrattuna muun väestön keskimääräiseen	16 % tutkimukseen osallistujista rekrytoitiin raskaudenkeskeytyksiä tehtävistä

<p>2012</p> <p>Yhdysvallat</p> <p>Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-cost Contraception</p>	<p>käyttöä sekä tutkia vähentääkö ilmaisen ehkäisyn tarjoaminen ei-toivottuja raskauksia ja siten abortteja.</p>			<p>raskaudenkeskeytysmäärään.</p>	<p>toimipaikoista.</p>
<p>Sääv, Ingrid</p> <p>Stephansson, Olof</p> <p>Gemzell-Danielsson, Kristina</p> <p>2012</p> <p>Ruotsi</p> <p>Early versus Delayed Insertion of Intrauterine Contraception after Medical Abortion - A Randomized Controlled Trial</p>	<p>Tutkia on aikaisemmalta vai myöhemmällä kierukan asentamisella raskaudenkeskeytyksen jälkeen vaikutusta kierukan ulostuloon tai muihin komplikaatioihin, suojaamattoman seksin määrään ja siten riskiä joutua päätyä uudelleen raskaudenkeskeytykseen.</p>	<p>129 yli 18-vuotiasta naista, joille tehtiin raskaudenkeskeytys ennen 9. raskausviikon loppua ja jotka halusivat kierukan abortin jälkeen</p>	<p>Tutkimukseen osallistuvien pitämät päiväkirjat, potilastiedot, haastattelut, tilastot</p> <p>Tilaston analyysi</p>	<p>Kierukka on hyvin siedetty ja turvallinen ehkäisymenetelmä raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Aikaisemmin kierukan asentamiseen osallistuneet olivat todennäköisemmin vähemmän suojaamattomassa sukupuoliyhteydessä kuin myöhemmin kierukan asentamiseen kutsutut ja näin pienemmässä riskissä päätyä kokemaan uudelleen raskaudenkeskeytyksen.</p>	
<p>Zurriga, Oscar</p> <p>Martinez-Beneito,</p>	<p>Tunnistaa malli aborttiin päätyvien naisten koh-</p>	<p>Kaikki raskaudenkeskeytykset vuonna</p>	<p>Virallisten aborttiklinikoiden tilastot</p>	<p>Maahanmuuttajille tehtiin huomattavasti enemmän</p>	

<p>Miguel A. Galmes Truyols, Antonia Torne, M. Mar Bosch, Susana Bosser, Roser Arbona, Margarita Portell 2009 Espanja</p> <p>Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations</p>	<p>dalla sekä tutkia sosio-ekonomisen taustan ja terveyspalveluiden vaikutusta aborttiin päättyvien kohdalla.</p>	<p>2006, jotka olivat suoritettu Balerian saarilla, Kataloniassa ja Valenciassa. Yhteensä 33 190.</p>	<p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>raskaudenkeskeytyksiä kuin kantaväestöön kuululle, kuten myös naimattomille, nuorille, lapsettomille ja ei avoliitossa asuville. Lisäksi vähäinen koulutustaso, työttömyys ja alhainen tulotaso vaikuttavat abortteja lisäävästi.</p>	
<p>Heikinheimo, Oskari Gissler, Mika Suhonen, Satu 2008 Suomi</p> <p>Can the outcome of the next pregnancy</p>	<p>Löytää tekijät, jotka vaikuttavat toistuviin raskaudenkeskeytyksiin, synnyttämiseen ja epäonnistuneisiin raskauksiin.</p>	<p>1269 naista, jotka kävivät läpi lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen 2000–2002.</p>	<p>Tilastot raskaudenkeskeytyksistä, syntymistä ja sairaalan kotiutuslomakkeista.</p> <p>Tilaston analyysi</p>	<p>Seuranta-aikana suurempi riski päätyä uudelleen aborttiin oli nuorilla ja aikaisemmin raskaudenkeskeytyksiä tai raskauksia kokeneilla.</p>	

be predicted at the time of induced abortion?					
Bajos, Nathalie Lamarche-Vadel, Agathe Gilbert, Fabien Ferrand, Michele COCON Group Moreau, Caroline 2006 Ranska Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women?	Analysoida raskaudenkeskeytyksiin päätyneiden ehkäisyhistoriaa 6kk ennen, abortin teon aikana, 1kk ja 6 kk sen jälkeen.	163 abortin läpikäynyttä naista verrattiin 1787 naiseen jotka eivät olleet läpikäyneet aborttia.	Satunnaisotanta puhelinluettelosta, josta valittiin kelvolliset ehdokkaat kriteerien mukaisesti. Haastattelu ja haastattelulomakkeet. poikkileikkaus- ja pitkittäisanalyysi	Naiset, jotka päätyivät aborttiin todennäköisemmin käyttivät tai vaihtoivat tehottomampaan ehkäisykeinoon kuin aborttiin päätyvät 6kk ennen aborttia. Abortin jälkeen naiset kuitenkin valitsivat selkeästi useammin tehokkaan ehkäisymenetelmän kuin aikaisemmin.	
Fisher, William A. Singh, Sukhibir S. Shuper, Paul A. Carey, Mark Otchet, Felicia MacLean-Brine, Deborah	Tunnistaa toistuviin abortteihin päätyvien tyypilliset piirteet mukaan lukien parisuhdeväkivalta ja aikaisempi seksuaalinen hyväksikäyttö.	1145 naista, jotka hakivat ensimmäistä, toista, kolmatta tai useampaa aborttia.	Kyselylomake Teorialähtöinen analyysi	Seksuaalista tai parisuhdeväkivaltaa kokevat hakivat suuremmalla todennäköisyydellä raskaudenkeskeytystä. Useampaan aborttiin päätyvät olivat vanhempia ja useammin	

<p>Dal Bello, Diane Gunter, Jennifer 2005 Kanada</p> <p>Characteristics of women undergoing repeat induced abortion</p>				<p>maahanmuuttajataustaisia kuin ensimmäistä aborttia hakevat.</p>	
<p>Heino, Anna Gissler, Mika 2013 Suomi</p> <p>Toistuvat raskaudenkeskeytykset Suomessa 1983-2009</p>	<p>Kartoittaa naiset, joille on tehty useampi kuin yksi raskaudenkeskeytys ja tutkia uudelleen raskaudenkeskeytykseen päätyvien riskitekijöitä vuosivälillä 1983-2009.</p>	<p>47 867 naista joille oli tehty vähintään kaksi keskeytystä.</p>	<p>THL:n raskaudenkeskeyttämisrekisteri.</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Raskaudenkeskeytysten kokonaismäärä Suomessa on tarkastellulla aikavälillä vähentynyt, mutta toistuvat lisääntyneet. Nuori ikä, huono ehkäisymenetelmä sekä alueelliset erot vaikuttavat toistuviin raskaudenkeskeytyksiin.</p>	
<p>Vikat, Andres Kosunen, Elise Rimpelä, Matti 2002 Suomi</p>	<p>Kartoittaa riskit aborttiin synnyttämisen jälkeen.</p>	<p>Kaikki elävän lapsen synnyttäneet alle 45-vuotiaat naiset aikavälillä 1987-1998 seurantajakson aikana.</p>	<p>Kansalliset rekisterit raskauksista ja synnytyksistä</p>	<p>Mitä lyhemmän ajan sisällä synnytyksestä raskaus alkaa, sitä todennäköisemmin ne päättyivät keskeytykseen kuin myöhemmin alkaneet. Kohonnut</p>	

Risk of Postpartum Induced Abortion in Finland: A Register-Based Study				riski oli erityisesti naimattomilla ja teini-ikäisillä.	
Helström, Lotti Odlind, Viveca Zätterström, Catharina Johansson, Monica Granath, Fredrik Correia, Nestor Ekbohm, Andreas 2003 Ruotsi Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden	Tutkia hakevatko maahanmuuttajataustaiset naiset useammin abortteja kuin kantaväestöön kuuluvat ja jos hakevat, mitkä ovat mahdollisia selityksiä siihen (esim. ehkäisy, asenteet.)	1289 naista, joista 36% oli syntynyt Ruotsin ulkopuolella.	Strukturoitu haastattelu Laadullinen ja tilastollinen analyysi	Maahanmuuttajataustaiset naiset hakivat useammin abortteja suhteessa määräänsä kuin kantaväestöön kuuluvat. Heillä oli myös vähemmän kokemusta ehkäisystä, enemmän aikaisempia raskauksia ja abortteja. He olivat useimmiten myös vähän koulutettuja.	

Analysointitaulukot

Taulukko 1. Raskaudenkeskeytyksiin johtavat riskitekijät

Pelkistys ja alkuperäisilmaisut	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Fyysinen väkivalta parisuhteessa (Physical intimate partner violence)	Parisuhdeväkivalta	Väkivallan kokeminen	
Seksuaalinen väkivalta parisuhteessa (Sexual intimate partner violence)			
Psyykkinen väkivalta parisuhteessa (Emotional intimate partner violence)			
Puoliso pakottaa raskaudenkeskeytykseen (Forced to the induced abortion by partner)			
Raiskaus (Rape)	Väkivallan kokeminen aiemmin elämässä		
Seksuaalisen väkivallan kokeminen aikaisemmin elämässä (History of sexual violence)			
Psyykkisen väkivallan kokeminen aikaisemmin elämässä (History of emotional violence)			
Fyysisen väkivallan kokeminen aikai-			

semmin elämässä (History of physical violence)			
Liian lyhyt tai uusi parisuhde (Too short or new relationship)	Parisuhteeseen liittyvät ongelmat	Sosiaaliset ja kulttuurilliset tekijät	Demografiset ja kulttuurilliset tekijät
Kumppanin sopimattomuus vanhemmaksi (Partner not suitable for a parent)			
Puoliso ei halua lasta (Partner does not want to have children)			
Sosiaalisen verkoston puuttuminen (Lack of social connections)	Sosiaaliin suhteisiin liittyvät tekijät		
Sosiaalisen elämän muutokset (Changes in the social life)			
Yksinasuminen, ei parisuhdetta (Single)			
Naimattomuus (Not married)			
Maahanmuuttajatausta (An immigrant background)	Kulttuurisidonnaiset tekijät		
Etniseen vähemmistöön kuuluminen (Ethnic minority)			
Pitkä aika maahanmuutosta (Long time since immigration)			

Köyhyys (Poverty)	Huono taloudellinen tilanne	Ekonomiset tekijät	
Matala tulotaso (Low incomes)			
Työttömyys (Unemployment)	Koulutukseen ja työtilanteeseen liittyvät tekijät		
Opiskeluiden keskeneräisyys (still studying)			
Uusi työpaikka (new employment)			
Matala koulutustaso (Low education)			
Raskaus teini-ikäisenä (Pregnancy as teenager)	Suunnittelematon raskaus	Perhesuunnittelun epäonnistu- minen	Syntyvyyden säännöstelyn epäonnistuminen
Ikä alle 25 vuotta (Age under 25)			
Ei-toivottu raskaus (Unexpected pregnancy)			
Ei toivota enempää lapsia (wish to have no more children)			
Lapsia ennestään kaksi tai useampia (Two or more children)			
Uusi raskaus 6-18 kk kuluttua edelli- sestä synnytyksestä			

(New pregnancy 6-18 months after previous labour)			
Ensimmäinen raskaudenkeskeytys alle 20-vuotiaana (First abortion under age 20)	Aiemmat raskaudenkeskeytykset		
Toinen ja/tai kolmas raskaudenkeskeytys alle 30-vuotiaana (Second or/and third abortion under age 30)			
Uusi raskaus nopeasti raskaudenkeskeytyksen jälkeen (New pregnancy soon after abortion)			
Kaksi ensimmäistä raskaudenkeskeytystä alle 20-vuotiaana (Two first abortions under age of 20)			
Ei ehkäisyä (No used contraceptive method)	Ehkäisyn pettäminen ja huolimaton käyttö		
Tehottoman ehkäisykeinoon käyttö (Use of non-effective contraceptive method)			
Ehkäisymenetelmän vaihtaminen tehottomampaan menetelmään (Changing effective contraceptive			

method to ineffective method)			
Vähäiset kokemukset ehkäisystä (Minor experiences of contraception)			
Väärin käytetty ehkäisy (Misused contraception)			
Tupakointi (Smoking)	Päihteiden käyttö	Terveyskäyttäytymiseen liittyvät tekijät	
Alkoholin käyttö (Use of alcohol)			
Huumeiden käyttö (Use of narcotic substances)			
Vähäinen terveyspalveluiden käyttö (Minor use of public health services)	Seksuaaliterveyspalveluiden riittämättömyys		
Riittämätön seksuaalikasvatus (Inadequate sexual education)			
Seksuaaliterveyspalveluiden huono saatavuus (poor availability of sexual health care services)			

Taulukko 2. Raskaudenkeskeytysten ehkäiseminen

Pelkistys ja alkuperäisilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Pitkävaikutteinen kumottava ehkäisy (LARC= Long Acting Reversible Contraception)	Tehokkaiden ehkäisymenetelmien suosiminen	Tehokkaiden ehkäisymenetelmien saatavuuden turvaaminen
Tehokkaat ehkäisymenetelmät (Effective contraception methods)		
Ilmaisen ehkäisyn tarjoaminen (Providing free contraception)	Ehkäisyn saatavuuden turvaaminen	
Ehkäisyn saatavuuden takaaminen (secure the availability of contraception)		
Keskeytyksen jälkeinen, aikainen ehkäisykierukan asentaminen (Early insertion of intrauterine device (IUD) after induced abortion)	Ehkäisyneuvonnan tarjoaminen pian raskaudenkeskeytyksen jälkeen	Ehkäisyneuvonnan tarjoaminen
Ehkäisykierukan tai muun tehokkaan ehkäisyn tarjoaminen pian raskaudenkeskeytyksen jälkeen (providing IUD or another effective contraception method soon after induced abortion)		
Seurantatapaamisen järjestäminen pian raskaudenkeskeytyksen jälkeen		

(Follow-up meeting soon after induced abortion)		
Tehokkaan raskaudenehkäisyn tarjoaminen neuvolassa pian synnytyksen jälkeen (Providing LARC soon after labour)	Ehkäisyneuvonnan tarjoaminen pian synnytyksen jälkeen	
Ehkäisyneuvonnan tarjoaminen neuvolassa pian synnytyksen jälkeen (Providing birth control soon after labour)		
Ehkäisyneuvonnan saavutettavuuden parantaminen (better availability of birth control)	Yleisen ehkäisytietoisuuden parantaminen	
Maahanmuuttajataustaisten seksuaaliterveyteen panostaminen (Providing sexual education for immigrant women)		