

# ABORTTI JA SEKSUAALISUUS

Kokonaisvaltaisen neuvonnan kehittäminen Itu-työssä

Kirsi Lehtonen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2015

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK  
Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala





Tekijä(t) Lehtonen, Kirsi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 28.05.2015
	Sivumäärä 77	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Abortti ja seksuaalisuus</b> Kokonaisvaltaisen neuvonnan kehittäminen Itu-työssä		
Koulutusohjelma Terveysten edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Ala-Luhtala Riitta, Kuukkanen Tiina		
Toimeksiantaja(t) Tampereen Nuorten Naisten Kristillinen Yhdistys (TNNKY), Itu-työ		
Tiivistelmä <p>Abortin vaikutuksia naisen terveyteen on tutkittu laajasti. Sitä vastoin tutkimustietoa abortin vaikutuksista naisen seksuaalisuuteen on niukasti. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Tampereen Nuorten Naisten Kristillisen Yhdistyksen Itu-työn kanssa ja heidän toimeksi antamana. Itu-työ tukee naisia yllätysraskaustilanteissa ja antaa abortin jälkihoitoa ympäri Suomea.</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin Itu-työn vertaistukiryhmissä käyneiden naisten kokemuksia abortin vaikutuksista heidän seksuaalisuuteensa WHO:n laajan määritelmän mukaan. Lisäksi heiltä kysyttiin, saivatko naiset keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista aborttiprosessin aikana ja kokivatko he sen tarpeelliseksi. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tutkittua tietoa Itu-työn tekemän neuvontatyön kehittämiseksi kokonaisvaltaiseen suuntaan kansallisten suositusten mukaisesti.</p> <p>Laadullinen tutkimus toteutettiin sähköpostitse lähetetyllä kysymyksin ohjatulla kirjoituspyynnöllä. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Suurimmalla osalla naisista abortti vaikutti seksuaalikäyttäytymiseen ja suhtautumiseen seksiin, tunne-elämään ja psyykkiseen hyvinvointiin, parisuhteeseen sekä suhtautumiseen raskauteen ja lasten saantiin. Lisäksi tuen ja neuvonnan puute aborttiprosessin aikana tuli esille. Naiset olivat sitä mieltä, että myös seksuaalisuudesta olisi hyvä puhua sekä abortin mahdollisista vaikutuksista naisen seksuaalisuuteen. Pienen aineiston perusteella tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia abortin tehneitä naisia.</p> <p>Työn tuloksia voidaan hyödyntää Itu:ssa tehtävän neuvontatyön lisäksi siellä, missä käsitellään aborttiin liittyviä seurauksia, kuten seksuaalineuvonnassa, seksuaaliterapiassa tai palvelujärjestelmässä abortin hoitoprosessin eri vaiheissa.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> )  Abortti, seksuaalisuus, seksuaali- ja lisääntymisterveys, Itu-projekti		
Muut tiedot		



Author(s) Lehtonen, Kirsi	Type of publication Master's thesis	Date 28.05.2015
		Language of publication: Finnish
	77	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Abortion and Sexuality</b> Developing holistic counselling in the Itu-project		
Degree programme Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) Ala-Luhtala Riitta, Kuukkanen Tiina		
Assigned by Tampere Young Women`s Christian Association, Itu-project		
Abstract <p>A great deal of research has been conducted on the health impacts of abortion on women. However, there are only a few studies on the impact of abortion on women`s sexuality. The thesis was implemented in collaboration with the Itu-project run by the Tampere Young Women`s Christian Association. The project supports women in crisis pregnancies and gives post-abortion counselling and support throughout Finland.</p> <p>The thesis examined the experiences of women of how abortion had affected their sexuality according to WHO`s large definition. These women had attended Itu-project`s peer support groups after abortion. The women were also asked whether they had had the opportunity to discuss sexuality during the abortion process and whether they felt that it would have been useful. The aim of the study was to produce research-based information for the development of the content of Itu-counselling according to the national recommendations.</p> <p>This qualitative study was conducted by e-mailing a set of questions to the respondents. The answers were analyzed by using a theory-based content analysis. Abortion had affected most of the women`s sexual behavior and attitudes towards sex as well as their emotional and psychological wellbeing, partner relationship and attitude towards pregnancy and having a child. In addition, the respondents highlighted the lack of support and counselling during the abortion process. According to the women, also discussions about sexual matters and the effects on sexuality would have been useful. Because of the small number of the target group, the results cannot be generalized to the whole population.</p> <p>In addition to Itu-counselling, the results can be used in different services related to the impact of abortion, such as sexual counselling/therapy and in the service system during the different stages of an abortion process.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) Abortion, sexuality, sexual-and reproductive health, Itu-project		
Miscellaneous		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Abortin hyvä hoito sisältää kokonaisvaltaisen neuvonnan .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Seksuaali -ja lisääntymisterveyden käsitteitä ja sisältöjä .....</b>	<b>5</b>
	2.1. Abortti, seksuaalisuus, seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys.....	5
	2.2. Abortti ja seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa.....	8
	2.3. Abortin epidemiologiaa .....	10
	2.4. Aborttilaki ja hoitosuositus (Käypä hoito) .....	14
	2.5. Menetelmät ja komplikaatiot abortissa .....	16
	2.6. Abortin fyysiset ja psyykkiset vaikutukset.....	19
	2.7. Abortti muualla maailmassa .....	23
<b>3</b>	<b>Abortin vaikutukset seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen .....</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>Psykososiaalinen tuki abortissa ja Itu-työ .....</b>	<b>28</b>
	4.1. Miten Itu-projekti alkoi?.....	30
	4.2. Mitä Itu-työ tekee tänä päivänä? .....	32
<b>5</b>	<b>Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>Tutkimuksen toteuttaminen.....</b>	<b>37</b>
	6.1. Kvalitatiivinen menetelmä ja fenomenologinen lähestymistapa.....	37
	6.2. Tutkimuskohde ja aineistonhankinta kirjoituspyynnöllä .....	39
	6.3. Aineiston analyysi sisällönanalyysillä .....	42
<b>7</b>	<b>Tutkimustulokset ja tulosten tarkastelu.....</b>	<b>44</b>
	7.1. Seksuaalikäyttäytyminen ja suhtautuminen seksiin .....	45
	7.1.1. Ei mitään vaikutusta .....	45
	7.1.2. Välinpitämätön asenne ja riskikäyttäytyminen.....	46
	7.1.3. Kumppanin pettäminen.....	49
	7.1.4. Seksuaalisten tunteiden kuolema .....	50
	7.1.5. Ajattelun, seksuaalikäyttäytymisen ja elämän muutos pidemmällä aikavälillä .....	51
	7.2. Tunne-elämä ja psyykinen hyvinvointi .....	52
	7.3. Parisuhde .....	53

7.4 Uusi raskaus ja lasten hankinta .....	55
7.5 Neuvonnan ja tuen tarve.....	56
<b>8 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....</b>	<b>58</b>
<b>9 Pohdinta ja johtopäätökset .....</b>	<b>63</b>
<b>Lähteet .....</b>	<b>71</b>
<b>Liitteet.....</b>	<b>76</b>
LIITE 1. Kirjoituspyyntö raskauden keskeytyksen vaikutuksista seksuaalisuuteen.....	76

## KUVIOT

Kuvio 1. Alle 30-vuotiaiden naisten raskaudenkeskeytykset ikäryhmittäin tuhatta vastaavan ikäistä naista kohti vuosina 2000 - 2013. ....	12
Kuvio 2. Itu-työn työmuotoja .....	33

## 1 Abortin hyvä hoito sisältää kokonaisvaltaisen neuvonnan

Abortti eli raskauden keskeytys on yksi maailman yleisimmistä lääketieteellisistä toimenpiteistä maailmassa. On arvioitu, että vuonna 2008 suoritettiin 6 miljoonaa aborttia kehittyvissä maissa ja 38 miljoonaa kehitysmaissa eli yhteensä noin 44 miljoonaa aborttia koko maailmassa. Euroopassa 30 % raskauksista päättyi aborttiin. (Guttmacher Institute 2012, 1). Suomessa asia koskettaa vuosittain reilua 10 000 naista ([www.thl.fi/tilastot](http://www.thl.fi/tilastot)). Abortin vaikutuksia naisen terveyteen on tutkittu runsaasti; komplikaatioita, fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia. (Käypä hoito-suositus 2013). Sen sijaan abortin vaikutuksia naisen seksuaalisuuteen tai parisuhteen psykodynaamiikkaan on tutkittu vain vähän. Tämä on yllättävää siitä näkökulmasta, että abortti on hyvin yleinen toimenpide ja sen alkujuuri liittyy läheisesti seksuaalisuuteen, lisääntymiseen sekä intiimiin suhteeseen. Tutkimuksia aiheesta löytyy maailmalta vain muutama ja Suomessa aihetta ei ole tutkittu ollenkaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sekä kirjallisuuden, että oman tutkimustyön kautta miten abortti vaikuttaa naisen seksuaalisuuteen.

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Tampereen Nuorten Naisten Kristillisen Yhdistyksen (TNNKY) yhteydessä toimivan Itu-työn kanssa ja heidän toimeksi antamana. Itu-työ on kymmenen vuotta sitten projektina käynnistynyt työmuoto, joka antaa neuvontaa ja tukea yllätysraskaustilanteissa oleville naisille ja tytöille sekä abortin jälkeistä kriisihoitoa joko yksilöllisesti tai vertaistukiryhmän muodossa. Se on siis käytännössä vastannut suositusten mukaisen psykososiaalisen tuen tarjoamisesta sekä kriisiraskaustilanteessa että abortin jälkihoidossa. Abortin hoidossa **kokonaisvaltaisen neuvonnan** ja **psykososiaalisen tuen** antaminen on kirjattu tavoitteeksi sekä abortin hoidon Käypä hoito-suosituksessa (2013), että uusimmassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (Edistä, ehkäise, vaikuta) vuosille 2014 – 2020 (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 130).

Tutkimustyön lähtökohtana on abortin kokeneiden vertaistukiryhmissä ilmennyt kokemuksellinen tieto siitä, että joillakin naisilla on seksuaalielämän ja parisuhteen

pulmia abortin jälkeen. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa näitä pulmia ja kysyä vertaisryhmissä käyneiden naisten omia kokemuksia asiaan liittyen. Työn tekemisen perimmäinen tarkoitus on, että aiemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta löytnyt tieto ja oman tutkimuksen tutkimustulokset lisäävät uutta tietoa ja ymmärrystä abortin ja seksuaalisuuden välisestä suhteesta Itu:n työntekijöille ja vapaaehtoisille heidän oman neuvontatyönsä tueksi. **Kokonaisvaltaisen neuvonnan näkökulma** huomioon ottaen naisilta halutaan myös kysyä oliko aborttiprosessissa mahdollisuutta keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja kokevatko he sen ylipäättänsä tarpeellisena? Tämän työn laajana tavoitteena on näin ollen kehittää Itu-työssä edellä mainittujen ohjelmien ja suositusten (Käypä hoito 2013; Edistä, ehkäise ja vaikuta 2014) mukaista kokonaisvaltaisen neuvonnan sisältöä. Tämä on mahdollista toteuttaa sen kautta, kun abortin ja seksuaalisuuden välisestä suhteesta saadaan tutkittua tietoa kehittämisen pohjaksi.

Työn tarkoituksena on siis laadullisella tutkimusotteella selvittää, voiko abortilla olla vaikutusta naisen seksuaalisuuteen ja jos, niin millä tavoin? Tutkimuksen toteuttamisen haasteena on aiheen sensitiivisyys, tabu-luonteisuus ja vastaajajoukon maantieteellinen sijainti ympäri Suomen. Ensisijainen huolenaiheeni tutkijana on se, että voinko saada vastauksia kysymyksiini? Kuka uskaltaa kertoa oman kokemuksensa tai tarinansa ja millä tavoin se voisi toteutua? Luotettavuuden näkökulmasta tutkimuksen onnistumiseksi tärkeää on selvittää vastaajille se, mitä seksuaalisuus-käsitteellä tässä työssä tarkoitetaan. WHO:n laaja seksuaalisuuden määritelmä on laajasti käytetty ja tunnettu ja myös tämän työn lähtökohtana. Kun ajatellaan ihmisen kokemuksen tutkimista, on fenomenologinen lähestymistapa sopivin viitekehys. Edellä mainittujen lähtökohtien lisäksi työn tekemistä ohjaa tutkijan holistinen ihmiskäsitys, joka ottaa huomioon ihmisen kokonaisvaltaisuuden tajunnallisena, fyysisenä ja situationaalisenä olentona. (Metsämuuronen 2006, 161 - 163,167.)

Teoriaosuus sisältää aborttiin liittyvien lähikäsitteiden avaamisen sekä sen kuvaamisen, miten Itu-työn tekemä neuvonta- ja tukityö liittyy laajempaan seksuaaliterveyden edistämisen kokonaisuuteen Suomessa. Lisäksi teoreettisessa viitekehyksessä

tuodaan kattavasti esille abortin saamisen käytännöt Suomessa, abortin esiintyvyyttä sekä vaikutuksia fyysiseen, psyykkiseen ja seksuaaliseen hyvinvointiin ja terveyteen sen perusteella, mitä eri tutkimukset ja Suomen Käypä hoito- suositus ovat niistä tuoneet esille. Kansainvälinen näkökulma abortin hoidosta maailmalla antaa ymmärrystä siitä, miten paljon abortin hoidon laatu (laillisuus, laittomuus, palvelujen saataavuus) vaikuttaa naisten terveyteen ja turvallisuuteen ja sitä kautta koko elinpiiriin. Tähän peilattaessa voidaankin todeta, että tässä suhteessa asiat Suomessa ovat erinomaisesti abortin ollessa sekä laillista että laadukasta. Siitäkin huolimatta kehittämisen varaakin on. Psykososiaalisen tuen tarpeen huomioiminen käytännön työssä ja kokonaisvaltaisen neuvonnan antaminen (ehkäisy, seksuaalisuus, vaihtoehtojen läpikäyminen ym.) läpi koko abortin hoitoprosessin, vaatisi tutkimuksen mukaan kehittämistä edellä mainittujen suositusten toteutumiseksi. (Trujillo ym. 2012, 333 – 337.)

## 2 Seksuaali -ja lisääntymisterveyden käsitteitä ja sisältöjä

### 2.1. Abortti, seksuaalisuus, seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys

**Raskauden keskeytys eli abortti** on osa seksuaali- ja lisääntymisterveyden hoitoa. Hyvään lisääntymisterveyteen kuuluu, että ihmiset voivat ajoittaa raskaudet haluamallaan tavalla ja voivat saada lapsia haluamansa määrän. Käytännössä abortin saatavuutta säätelevät eri maiden erilaiset lait sekä saatavilla olevat palvelut raskauden keskeyttämiseksi. Tarkalleen ottaen käsite abortti voi viitata spontaaniin aborttiin eli keskenmenoon tai tarkoitukselliseen raskauden keskeyttämiseen eli indusoituun aborttiin (abortus arte provokatus, aap.) Opinnäyteydessäni käyttämä termi abortti siis viittaa indusoituun aborttiin. Se on ihmisen toimin aikaansaatua raskauden päättyminen, joka ei ole synnytys, vaan johtaa yhden tai usean sikiön kuolemaan. Myös monisikiöraskauksien osakeskeytykset ovat abortti. (Kauranen 2011,9; Käypä hoitosuositus 2013.)

Työssäni tutkin abortin ja seksuaalisuuden välistä suhdetta eli sitä, miten abortti on vaikuttanut naisen seksuaalisuuteen. Käsitteet seksuaalisuus, seksuaaliterveys ja li-



sääntymisterveys liittyvät läheisesti toisiinsa. Toisaalta niissä on paljon samaa, mutta myös eroavaisuutta painotuksineen. On ollut erittäin tarpeen määritellä em. avainkäsitteet, jotta seksologian ammattilaiset ja tutkijat kykenevät kommunikoimaan keskenään ja järjestämään toimintaohjelmia seksuaaliterveyden kentällä niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Seksologian peruskäsitteistöä ovat yhteisesti olleet pohtimassa WHO (World Health Organization), PAHO (The Pan American Health Organization) ja WAS (World Association for Sexual Health) ja ne on kirjattu mm. yhteiseen toimintaohjelmaan; Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action (2000,5- 10.) sekä järjestöjen internet-sivuille. Nämä järjestöt toimivat seksuaali- ja lisääntymisterveyden hyväksi ympäri maailmaa. Opinnäytetyöni käsitteiden määrittelyt tulevat järjestöjen yhteisistä sovituista määritelmistä. (Apter ym. 2006, 20.)

Yhteisesti sovittu ja yleisesti käytössä oleva **seksuaalisuuden määritelmä** on käsitteistä laajin. Tämä määritelmä sanoo, että seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä ihmisen kaikissa elämän vaiheissa. Seksuaalisuus -käsite sisältää paljon asioita; sukupuolen, sukupuoli-identiteetin, sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, intiimiyden ja lisääntymisen. Seksuaalisuus usein koetaan ja tuodaan ilmi ajatuksien, fantasioiden, halujen, uskomusten, asenteiden, arvojen, käyttäytymisen, toimintatapojen, roolien ja suhteiden kautta. Seksuaalisuuteen ovat yhdessä vaikuttamassa biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, kulttuuriset, lainsäädäntöön liittyvät, historialliset, uskonnolliset ja hengelliset tekijät (WHO 2014.) Tutkimukseni sisältämä seksuaalisuuden käsite on tämä.

Seksuaalisuuden käsite pitää sisällään **seksuaaliterveyden käsitteen**, jonka katsotaan olevan ihmisen seksuaalisuuteen liittyvää kokonaisvaltaista fyysistä, emotionaalista, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Se ei ole pelkästään sairauden tai häiriön puuttumista, vaan jatkumossa olevaa hyvinvoinnin kokemusta seksuaalisuuteen liittyen. Seksuaaliterveyden saavuttaminen edellyttää positiivista ja kunnioittavaa suhtautumista seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin, mutta myös mahdollisuutta omistaa nautinnollisia ja turvallisia seksuaalikokemuksia ilman pakottamista, väkivaltaa ja syrjintää. Seksuaaliterveyden saavuttamisen ja ylläpitämisen edellytyksenä on kaik-

kien ihmisten seksuaalioikeuksien kunnioittaminen, suojeleminen ja toteutuminen. (WHO 2014.)

WAS tuo seksuaaliterveyden määrittelyyn tarkentavaa ja kokonaisvaltaista näkökulmaa. WAS:n mukaan seksuaaliterveyteen vaikuttavat monimutkaiset toisiinsa yhteydessä olevat tekijät, kuten seksuaalinen käyttäytyminen, asenteet, yhteiskunnalliset tekijät, geneettiset ja biologiset riskitekijät. Siihen liittyviä ongelmia ovat mm. HIV, sukupuolitaudit, **ei-toivotut raskaudet ja abortti**, hedelmättömyys ja sukupuoli-taudeista johtuva syöpä sekä seksuaaliset toiminnalliset häiriöt. Seksuaaliterveyteen voivat vaikuttaa myös mielenterveys, akuutit ja krooniset sairaudet ja väkivalta. Seksuaaliterveyden edistäminen edellyttää seksuaalisuuden kokonaisvaltaista ymmärtämistä ja arvostamista sekä seksuaaliterveyspalvelujen tarjoamista. Tämä edelleen vaatii sekä poliittista että lakeihin sitoutunutta toimintaympäristöä ja tutkimusta, joiden pohjalta seksuaaliterveyttä edistetään. (WAS 2014.)

WHO:n mukaan **lisääntymisterveys** tarkoittaa lisääntymisprosesseja elämän kaikissa vaiheissa. Lisääntymisterveys viittaa siihen, että ihmisillä on kyky lisääntyä ja vapaus päättää sen ajankohdasta. Ihmiset ovat myös kykeneväisiä vastuulliseen ja turvalliseen seksuaalielämään. Se sisältää miehen ja naisen oikeuden tietoon, haluamaansa turvalliseen ehkäisymuotoon ja asianmukaisiin lisääntymisterveyspalveluihin. (WHO 2014.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) laittaa käsitteet **seksuaaliterveys** ja **lisääntymisterveys** yhteen. Seksuaalisuuden määritelmä noudattaa WHO:n määritelmää ([www.thl.fi](http://www.thl.fi)).

Kuten huomaamme, määritelmät ovat yhteydessä toisiinsa ja osaltaan sisäkkäisiä tai limittäisiä. **Raskauden keskeytys eli abortti** liittyy erityisesti lisääntymisterveyteen, mutta samalla myös seksuaaliterveyteen vaikutustensa kautta. Raskaaksi tullaan ihmisyhteyden kuuluvan seksuaalisuuden toteuttamisen kautta. Seksuaalisuus on kaikkien yläkäsite. Seksuaalisuuden ymmärtäminen ja siihen liittyvän terveyden edistäminen parantaa yksilöiden lisäksi laajassa mittakaavassa yhteiskuntien kokonaisvaltaista hyvinvointia. Tämän toteutumiseen tarvitaan poliittista tahtoa eli lakeja, suosi-

tuksia, toimintaohjelmia, palveluja, koordinoitua yhteistyötä sekä ennen kaikkea tutkimusta näiden perustaksi.

## 2.2. Abortti ja seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa

Terveyden edistämisen laatusuosituksesta (STM 2006:19) on luettavissa, että yksi terveyden edistämisen painopistealueista on seksuaaliterveys. Kunnissa osa seksuaaliterveyteen kuuluvista tehtävistä on lakisääteisiä (ehkäisyneuvonta, tartuntatautien ehkäisy ja koulujen terveystiedon opetukseen sisältyvä seksuaalikasvatus) ja osa perustuu erilaisiin suosituksiin ja toimintaohjelmiin. Seksuaaliterveyden edistäminen kunnassa koskee monia toimialoja, kuten terveys- ja sosiaalialan yksityissektoria, seurakuntia, poliisia ja järjestöjä. Suositus on, että etenkin kunnassa seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma sisällytetään kunnan hyvinvointistrategiaan ja että seksuaaliterveyden edistämiseksi on kunnanhallituksen nimeämät vastuuhenkilöt. (mts. 60-63.)

Suomessa laadittiin ensimmäinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2007 - 2011 Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta (STM 2007:17). Sen tavoitteena on ollut edistää koko väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä osana terveydenedistämistoimintaa. Aborttiin liittyen toimintaohjelman yksi tavoite oli päivittää Käypä hoito- suositus raskaudenkeskeytykselle (2001) ja hoitoketjujen kehittäminen suositusten pohjalta. Abortin hoidon Käypä hoito-suositus päivitettiin näin vuonna 2007 ja se on jälleen päivitetty vuonna 2013. Suosituksen on laatinut yhdessä Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen gynekologiyhdistys. (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito-suositus 2013.)

Toimintaohjelmalla asetettu kokonaisvaltainen tavoite raskauden keskeytyksen suhteen oli, että raskaudenkeskeytyshoito on turvallista ja korkealaatuista. Muita tärkeitä tavoitteita tähän liittyen oli, että erityisesti lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen turvallisuudesta huolehditaan ja järjestetään riittävä psykososiaalinen tuki. Tavoitteena oli myös, että hoitoketjussa huomioidaan asiakkaan neuvontatarve kokonaisvaltaisesti. Pyrkimys on ollut myös vähentää toistamiseen raskauden keskeytykseen

tulevien osuutta. Sen mukaan hoitoketjuja tulisi myös kehittää Käypä hoitosuosituksen pohjalta. Raskaudenkeskeytyspotilaalle tulisi tarjota aina aktiivisesti mahdollisuutta keskusteluun ja henkiseen tukeen. Esim. abortin jälkitarkastuksen yhteydessä tulisi arvioida fyysisen tilan ohella psyykkinen toipuminen ja ohjata nainen tarvittaessa jatkohoitoon. Toimintaohjelman mukaan kolmannella sektorilla on tärkeä tehtävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen tarjoamisessa, pienten vähemmistöjen palvelutarpeeseen vastaamisessa ja uusien toimintamallien kehittämisessä. (STM 2007:17, 109, 178.)

STM: n toimeksiantama ja THL: n kokoama Edistä, ehkäise, vaikuta on uusin seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2014- 2020. Päivitetyn ohjelman painopistealueita ovat lapset ja nuoret, miesten seksuaali- ja lisääntymisterveys, monikulttuurisuus ja hyvän syntymän hoito. Ohjelmassa on jälleen myös tavoitteet ja toimeenpanoehdotukset koskien aborttia ja ehkäisyä Suomessa. Psykososiaalisen tuen kohdalla korostetaan keskustelun ja psykososiaalisen tuen aktiivista tarjoamista ja riittävän pitkää vastaanottoaikaa asian käsittelyyn lähetettä tehtäessä. Terveystuon ammattihenkilö selvittää jälkitarkastuksessa fyysisen ja **psyykkisen toipumisen ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon.**” Lisäksi hoitoketjussa tulisi huomioida asiakkaan **neuvontatarve kokonaisvaltaisesti.** (mts.31 - 32.)

Edelleen valtioneuvoston (2011) hallitusohjelmassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen ja palvelujen järjestämiseen liittyviä tavoitteita olivat mm. raskaudenkeskeytysten vähentyminen ja raskaudenkeskeytykseen hakeutuneen asiakkaan **neuvonnan ja tuen saaminen koko hoitoketjussa.** Samassa hallitusohjelmassa mainitaan tavoitteeksi vahvistaa kolmannen sektorin mahdollisuuksia luoda ja parantaa hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 240.)

Tampereen NNKY:n yhteydessä toimiva Itu-projekti on vastannut edellä mainittuihin linjauksiin ja tavoitteisiin. Se on huolehtinut valtakunnallisesti neuvonnasta ja psykososiaalisesta tuesta yllätysraskaustilanteessa ja abortin jälkeen jo kymmenen vuoden ajan. Työn tavoitteena on ollut toisaalta vähentää abortin vahingollisia vaikutuksia naisten elämään ja hyvinvointiin ja toisaalta auttaa naisia tekemään kriisiraskausti-

lanteessa informoidun ja harkitun päätöksen. Kyseessä on systemaattinen toimintamalli yllätysraskauden aiheuttaman kriisitilanteen purkamiseen ja tiedon antamiseen päätöksen tueksi sekä vertaistukeen perustuva hoito-ohjelma abortin jälkeiseen tunteiden käsittelyyn. Suuri osa Itu-projektin tekemästä työstä on näin ollen naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävää toimintaa kolmannen sektorin tuottamana. Abortin ollessa melko yleinen lääketieteellinen toimenpide ja kohdistuessa suurelta osin lisääntymisiässä oleviin nuoriin naisiin, on abortin hyvään hoitoon tärkeää kiinnittää huomiota. Tämän takia sen tulisi sisältää kokonaisvaltaista neuvontaa naisen tarpeista lähtien ja psyykkisen tukemisen aborttiprosessin eri vaiheissa.

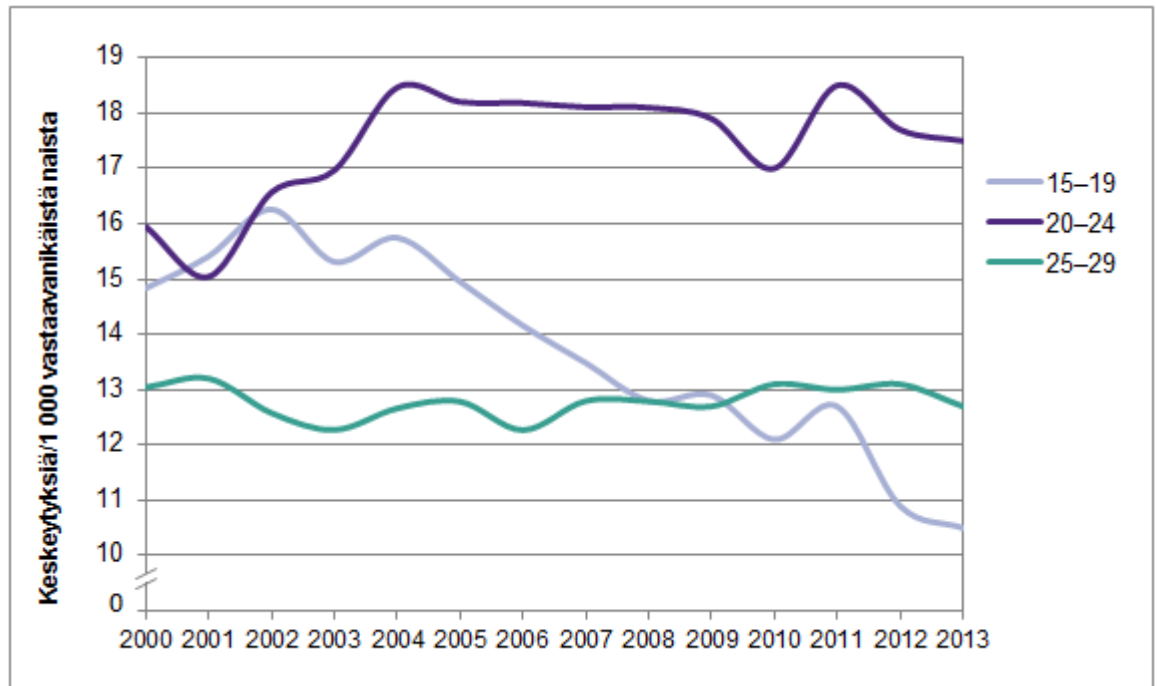
### 2.3 Abortin epidemiologiaa

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) ylläpitää Suomen tilastorekisteriä aborteista. Tässä rekisterissä vuosittainen ilmaantuvuusluku ilmoitetaan tuhatta (15 - 49) naista kohti. Pohjoismaissa keskeytysten ilmaantuvuus on pysynyt viime vuosina vakaana. Pohjoismaiden keskiarvo esimerkiksi vuonna 2009 oli 14,1/1000 naista kohti. Eniten keskeytyksiä tehtiin Ruotsissa (17,8 / 1000) ja vähiten Suomessa (8,9 / 1000). Keskeytysten lukumäärä on myös Suomessa pysynyt pitkään samalla tasolla eli noin 10 500 keskeytystä vuodessa ja muihin maihin verrattuna tämä luku on siis pieni. (Käypä hoito 2013,3.) Esimerkiksi verrattuna muihin EU-maihin, Suomessa aborttien lukumäärä on noin viidenneksen pienempi. Voidaan sanoa, että vuodesta 1983 lähtien aborttien määrä on vähentynyt, mutta toistuvien raskaudenkeskeytysten osuus on kasvanut. (Gissler & Heino 2013.) Sikiön mahdollisen tai todetun poikkeavuuden perusteella keskeytyksiä tehdään Suomessa vuosittain 200 – 300 (n.3 %). Vuonna 1970 voimaantulleen aborttilain jälkeen Suomessa on tehty yhteensä noin puoli miljoonaa aborttia. (Käypä hoito- suositus 2013, 3.) Kuitenkin Suomessa tehdään kaiken kaikkiaan maailman toiseksi vähiten abortteja (Heikinheimo & Mentula 2013,917).

Vuonna 2013 Suomessa tehtiin 10 120 aborttia eli 8,7 keskeytystä tuhatta hedelmällisyysikäistä (15- 49- vuotiasta) naista kohti, mikä on vajaa prosentin vähemmän kuin vuonna 2012. Luku on pienin koko 2000- luvulla. Erityisesti alle 20- vuotiaiden aborttien määrä on vähentynyt 2000- luvulla huomattavasti. Vuonna 2013 ne ovat vähen-

tyneet edelleen ollen 10,5 / 1000 vastaavan ikäistä naista kohden. Tämä luku on pienin sitten 1970 voimaantulleen lain jälkeen. Kun 1990- luvun puolivälissä nuorten raskaudenkeskeytykset kääntyivät kasvuun, tilanteeseen reagoitiin poistamalla jälkiehkäisyreseptillisyyden yli 15- vuotiailta ja tuomalla seksuaalikasvatus pakolliseksi osaksi koulujen opetussuunnitelmaa.

Suomessa eniten raskauden keskeytyksiä on tehty ja tehdään 20 – 24- vuotiaille (17,5 / 1000 vastaavan ikäistä naista). Myös tässä ikäryhmässä luku on laskenut vuonna 2013. Aborttien määrä laski hieman myös ikäryhmässä 25- 29- vuotiaat (12,7/1000). 30- 39-vuotiaiden naisten keskeytysten määrä nousi vuodesta 2012. Yli 40- vuotiaiden luku pysyi ennallaan. Seuraava kuvio 1 näyttää aborttien lukumäärän kehityksen alle 30- vuotiailla naisilla 2000- luvun aikana.



Kuvio 1. Alle 30-vuotiaiden naisten raskaudenkeskeytykset ikäryhmittäin tuhatta vastaavan ikäistä naista kohti vuosina 2000 - 2013. (THL, raskaudenkeskeytykset 2013.)

Vaikka aborttien ilmaantuvuus on pysynyt viime vuosina suhteellisen vakaana, niin toistuvien keskeytysten esiintyvyys on ollut noususuunnassa vuodesta 1983 (22 %) vuoteen 2013 (36 %) ja ne painottuvat yhä nuoremmille. Vuonna 2013 aborteista 36 % tehtiin naisille, joille oli tehty abortti jo aiemmin. Alle 20-vuotiaista 12 %:lle oli tehty aikaisempi abortti. Kansainvälistä tietoa aborttien uusimisluku on saatavilla rajoitetusti, mutta esimerkiksi Ruotsissa uusimisluku on samaa luokkaa kuin Suomessa eli 37 %, Unkarissa lähes 50 % ja Virossa 62 %. (Gissler & Heino 2013, 3083.) Toistuvien aborttien riskitekijät ovat samat kuin aiemmissakin tutkimuksissa löytyneet tekijät eli naisen nuori ikä, aiemmin tehty abortti, epävaka parisuhdetilanne, kesken oleva opiskelu, tupakointi, matala sosioekonominen status ja keskeytyksen jälkeisen ehkäisyn aloituksen viivästyminen. Tämä onkin ryhmä, johon tulisi kiinnittää huomiota ehkäisyneuvonnan keinoin. Erityisesti toisen kolmanneksen abortti on riskitekijä toistuvalla ja toistuvalla toisen raskauskolmanneksen keskeytykselle (Niinimäki 2009, 69 - 71; Heikinheimo & Mentula 2013, 921.)

Keskeytysten määrä vaihtelee myös alueittain suuresti. Sairaanhoidopiireittäin asiaa tarkasteltaessa abortteja tehtiin eniten Lapin (12 / 1000) ja Länsi- Pohjan (11,9 / 1000) sairaanhoidopiireissä. Vähiten niitä oli Itä- Savossa (6,6 /1000) ja Etelä- Pohjanmaalla (6,8 /1000). Vuosittaiset muutokset sairaanhoidopiirien keskeytys luvuissa voivat olla suuriakin, mutta viime vuosina erityisesti Uudenmaan, Itä-Savon ja Pohjois -Savon sairaanhoidopiirien alueilla keskeytysluvut ovat olleet laskusuunnassa. (THL, tilastoraportti 25/2014.)

Vertailun vuoksi, toisen länsi-Euroopan maan tilanteesta: Englannissa ja Walesissa tehtiin vuonna 2013 kaiken kaikkiaan 190 800 aborttia. Näistä 5469 tehtiin naisille, jotka eivät asu maassa. Esiintyvyyysluku oli 15,9/ 1000 naista kohti. (15-44v.) Heillä vuoden 2013 luku oli pienin 16 vuoteen ja luku on myös ollut laskusuunnassa eli 2012 lukuun verrattuna 0,8 % alhaisempi ja vuoden 2003 lukuun verrattuna 4,7 % alhaisempi. Myös Englannissa abortteja tehtiin eniten 22-vuotiaille (vrt. Suomessa 20- 24-v). Lääkkeellinen keskeytys ei ollut saanut vielä niin suurta suosiota Englannissa kuin Suomessa. Heillä 49 % aborteista tehtiin lääkkeillä vuonna 2013, kun Suomessa vastaava prosenttiluku on noin 90. Englannin aborttiluvut ovat siis alhaisemmat kuin esim. Ruotsissa (17,9) mutta huomattavasti korkeammat kuin Suomessa. (Abortion statistics, England and Wales 2013.)

Euroopassa noin 30 % raskauksista päättyy aborttiin. Länsi-Euroopassa abortin esiintyvyyysluku on 12/1000 naista ja Itä-Euroopassa 43/1000 naista. Koko maailmassa esiintyvyyksluvun on arvioitu olevan 28/1000 naista ja tämä luku on ollut laskusuuntainen vuodesta 1995 - 2003 (35->29). Abortteja tehdään kaikkein vähiten Pohjoismaissa, Länsi-Euroopassa, Pohjois-Amerikassa ja Etelä-Afrikassa. (Guttmacher Institute 2012, 1). Näihin lukuihin verrattuna Suomessa tehdään hyvin vähän abortteja (8,9/1000).

Abortin esiintyvyyttä pohtiessa herää kysymys mm. olemattoman tai toimimattoman ehkäisyn osuudesta tilastolukuihin. Suomessa vuonna 2012 kaikista abortin tehneistä 35 % ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä raskauden alkaessa. Jälkiehkäisyä ilmoitti käyttäneensä 3,4 %. Kaikista raskauden keskeyttäneistä 7,2 %:lle naisista ei ollut



suunniteltu ehkäisyä, tai sitä ei ollut ilmoitettu. Nykyään tiedetään, että raskauden keskeytyksen riski on kohonnut 6 - 8 kk synnytyksen jälkeen. Ehkäisyneuvontaan tulisi kiinnittää huomiota erityisesti synnytyksen ja raskaudenkeskeytyksen jälkeen sekä alle 25-vuotiaiden kohdalla. Vuonna 2012 abortin tehneistä naisista 37 % oli tehnyt abortin aiemminkin. Näin ainakin kolmannes keskeytyksistä olisi estettävissä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 121 - 122.)

Raskauden ehkäisyneuvonta on ollut kuntien järjestettävänä vuodesta 1972, jolloin Kansanterveyslaki tuli voimaan. Terveystieteiden laki säätelee alueiden ehkäisyneuvontaa ja sen tulisi olla maksutonta asiakkaille. Suomessa ei kuitenkaan ole valtakunnallisia suosituksia raskauden ehkäisystä, vaikka WHO on julkaissut kansainväliset kriteerit jo vuonna 2009. Nykyisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014- 2020 yksi tavoitteista ovat valtakunnalliset suositukset (Käypä hoito) raskauden ehkäisyn suhteen. Ehkäisyneuvonnan kehittäminen voisi viedä palveluja ja neuvontaa verkkoon näin alentaen palvelujen piiriin hakeutumisen kynnyksiä ja lisäisi maantieteellistä yhdenvertaisuutta (mts.122,124.) Ehkäisyn tehostaminen tavalla tai toisella vähentäisi aborttien lukumäärää ja erityisesti toistuvien aborttien esiintymistä. Joissakin Suomen kunnissa on otettu käyttöön ilmainen ehkäisy nuorille, jolloin aborttien esiintyvyys on pudonnut lähes puolella.

## 2.4 Aborttilaki ja hoitosuositus (Käypä hoito)

Käypä hoito-suosituksen ensisijaisena tavoitteena on, että raskaudenkeskeytys toteutetaan lääketieteellisesti turvallisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä ja että, raskaudenkeskeytyksen hoidossa otetaan huomioon naisen yksilölliset tarpeet. Tavoitteena on myös edistää raskauden ehkäisyyn liittyvää neuvontaa, jolla tuetaan naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja pyritään keskeytysten määrän vähentämiseen ja erityisesti toistuvien keskeytysten ehkäisemiseen. Abortin saamista Suomessa säätelee laki raskauden keskeyttämisestä (aborttilaki 239/1970), jonka mukaan raskaus voidaan keskeyttää hakemuksesta silloin, kun tietyt keskeyttämisperusteet täyttyvät. (Käypä hoito-suositus 2013.)

Suomessa on ollut abortin salliva laki vuodesta 1950 lähtien. Sen nykyinen muoto eli laki raskauden keskeyttämisestä (aborttilaki 239/1970) tuli voimaan 1.6.1970, jolloin siihen lisättiin ns. sosiaalinen peruste. Suomen aborttilainsäädäntö noudattelee kansainvälisesti ajateltuna maltillista linjaa, joka sijoittuu rajoittavan ja sallivan näkemyksen välimaastoon. Sen mukaan abortti voidaan sallia joissakin olosuhteissa ja tiettyjen ehtojen täytyessä, muutoin ei. Käytännössä kuitenkin abortin saa jokainen sellaisen haluava ja suurin osa keskeytyksistä tehdään sosiaalisten syiden perusteella (koh- ta 3., yli 90 %). Aborttihakemus vaatii yhden tai kahden lääkärin tai Valviran hyväk- synnän. Suomen lain mukaiset ehdot abortille raskaana olevan naisen näkökulmasta ovat:

1. Raskauden jatkuminen tai lapsen synnyttäminen vaarantaisi naisen terveyden (yksi lääkäri)
2. Nainen on raskauden alkaessa alle 17-vuotias, yli 40-vuotias tai jo synnyttänyt 4 lasta (yksi lääkäri)
3. Naisen ja hänen perheensä elämänotot ja muut olosuhteet huomioon ottaen lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat hänelle huomattava rasitus (kaksi lääkäriä)
4. Raskaus on alkanut raiskauksesta, josta tulee olla tehty rikosilmoitus poliisille (kaksi lääkäriä)
5. On syytä epäillä sikiön vaikeaa sairautta tai vammaa (Valvira)
6. Äidin tai isän sairaus tai muu syy rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta (kaksi lääkäriä).

Kun jokin edellä mainituista ehdoista täyttyy, lupapäätöksen raskaudenkeskeytykseen voi antaa yksi tai kaksi lääkäriä 12 raskausviikolle asti. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran lupaa pitää hakea aina kun raskaus on kestänyt yli 12 mutta alle 20 viikkoa em. syistä. Vaikeasti vammaisen tai sairaan lapsen abortoinnin takaraja on 24 viikkoa. Tällöin asia on todettu luotettavalla tutkimuksella.

Alle 18-vuotiaalta hakijalta ei edellytetä vanhempien suostumusta. Keskeytyksen saamiseen tarvitaan lomake AB 1, jonka lähettävä lääkäri täyttää. Tämä lomake toimii lähetteenä keskeyttämissairaalan, johon naiselle tulee kutsu yleensä noin viikon sisällä. (Kauranen 2011, 24 - 26 ; Käypä hoito-suositus 2013)

Salome Tuomaala (2008) tutki väitöskirjassaan naisten kokemuksia omasta toimituksesta aborttitilanteissa ja jännitteestä tämän sekä nykyisen lainsäädännön välillä. Naisten (n=39) kertomukset tuottivat toiminnan ja ajattelun reunaehtoja, joihin vaikuttavat kulttuuriset puhetavat ja yhteiskunnalliset käytännöt. Ennen 70-lukua lääkärikeskustelut abortin hankkimistilanteissa olivat olleet moralisoivia ja ahdistavia. Uudemmissa kertomuksissa tyytymättömyyttä oli siihen, että nainen ei voinut tulla näkyväksi todellisen syynsä kanssa, joka joissain tapauksissa oli vain se, että nainen ei halua lasta nyt eikä kenties koskaan. Nainen oppi muotoilemaan syyn laillisesti hyväksyttävämmäksi, jolloin rehellinen kohtaaminen ei ollut mahdollista. Lisäksi rutiininomainen suhtautuminen ja kunnon keskustelun sekä empatian puute tuotiin esiin tutkimuksen naisten kokemuksissa näissä tilanteissa.

## 2.5 Menetelmät ja komplikaatiot abortissa

Lääkärin lähetteen jälkeen raskaudenkeskeytysprosessi etenee niin, että keskeyttämissairaalassa lääkäri tekee potilaalle sekä gynekologisen että ultraäänitutkimuksen. Tämän jälkeen keskeytystavasta päätetään yhdessä potilaan kanssa lääkärin suosituksen pohjalta. Samalla kertaan yleensä sovitaan myös jälkitarkastuksesta ja varmistetaan raskauden jatkoehkäisy. Raskauden keskeyttämisen tavallisimmat menetelmät ovat **lääkkeellinen ja kirurginen menetelmä (kaavinta)**. Joskus hyvin harvoissa tapauksissa päädytään leikkaukseen. Suomessa tällaisia tapauksia on vuosittain muutama. Keskeyttämistavasta riippuen käyntejä keskeyttämissairaalaan tulee yksi tai useampia. Keskeytystoimenpiteet voidaan suorittaa joko polikliinisesti tai osastolla. Kun raskauden kesto on enintään yhdeksän viikkoa, lääkkeellinen keskeytys voidaan toteuttaa osittain myös kotona. (Kauranen 2011, 81 - 82; Tornanen & Heikinheimo 2013.)

Ennen 2000-lukua **kaavinta** on ollut perusmenetelmä alle 12 viikkoisen raskauden keskeyttämisessä ja sitä käytetään edelleenkin. Toimenpiteeseen kuuluu kohdunkaulan laajennus ja kohtuontelon imukaavinta. Imukaavinta tehdään tavallisesti nukutuksessa ja toimenpiteen jälkeen naista seurataan muutama tunti sairaalassa. Välittömistä, toimenpiteeseen liittyvistä ongelmista tavallisin on runsas vuoto, jonka yleisin syy on istukkakudoskappaleen jääminen kohtuun. Tällöin kaavinta joudutaan tekemään uudelleen. Vakavampi komplikaatio on kohdunseinämän perforaatio, joka saattaa johtaa vatsaontelon sisäiseen verenvuotoon. Anestesiaan liittyvät komplikaatiot ovat harvinaisia. Antibioottihoidon vaatineita tulehduksia esiintyy noin 4–9 %:ssa tapauksia. (Tiitinen 2014.)

**Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys** otettiin Suomessa käyttöön vuonna 2000 ja lähes 90 % keskeytyksistä tehdään nykyään lääkkeellisesti. Se on tehokas ja turvallinen alle 9 viikon raskauden keskeytyksissä ja raskaus keskeytyy lääkkeillä jopa 98 %:ssa tapauksissa. Viikoilla 9–12 lääkkeellinen keskeytys on myös rutiinikäytössä, mutta se on jonkin verran hitaampi ja lääkeannos joudutaan usein toistamaan. Silloin kun raskaus on kestänyt yli 12 viikkoa, keskeytys tehdään aina lääkityksellä. Emättimen kautta annosteltavat lääkkeet saavat kohdun supistelemaan, ja sikiö abortoituu emättimen kautta ulos. Kaavinta tehdään vain silloin, jos todetaan kohdun epätäydellinen tyhjentymisen istukan ja kalvon tarkastamisen yhteydessä. Näin käy arviolta 2-4 %:lle potilaista. (Tiitinen 2014.)

Lääkkeellisessä keskeytyksessä otetaan kahta eri lääkeainetta 1–3 päivän välein. Ensimmäinen lääkeaine, mifepristoni, estää raskauden jatkumiselle välttämättömän keltarauhashormonin vaikutuksen kohdussa. Toinen lääkeaine, misoprostol (prostaglandiini), käynnistää kohdun supistelun ja kohdun tyhjenemisen. Runsa verenvuoto komplisoi alle 1 % lääkkeellisiä keskeytyksiä, jolloin saatetaan joutua verensiirtoon tai kohtuontelon kaavintaan. Lääkkeellisessä keskeytyksessä jälkivuoto on selkeästi pidempi kuin kirurgisessa keskeytyksessä. Antibioottihoidon vaativa infektio tai sen epäily esiintyy noin 3–5 %:lla eli harvemmin kuin kaavinnan yhteydessä (4 -9 %). (Tiitinen 2014.)

Maarit Niinimäki (2009, 69 - 71) tutki väitöskirjassaan mm. välittömiä komplikaatioita molempien keskeytysmenetelmien osalta aineistonaan vuosina 2000 -2006 tehdyt abortit Suomessa. Hänen löytönsä oli, että lääkkeellinen keskeytys aiheutti huomattavasti enemmän välittömiä komplikaatiota kuten runsasta tai pitkittynyttä verenvuotoa ja kohdun epätäydellistä tyhjentymistä. Jopa 6 % tapauksista vaati vielä kaavinnan lääkkeellisen keskeytyksen jälkeen. Komplikaatiot, jotka vaativat leikkaushoitoa olivat harvinaisia, mutta niitä esiintyi enemmän kirurgisen abortin (kaavinnan) jälkeen. Abortin jälkeisen infektioiden esiintyvyys ei eronnut kahden menetelmän välillä. Kaiken kaikkiaan raskauden keskeytyksen molemmat menetelmät aiheuttivat vain vähän vakavia komplikaatioita.

Toisella raskauskolmanneksella (13 - 24 viikkoa) tehtyyn aborttiin liittyy enemmän haittavaikutuksia kuin varhaisempaan keskeytykseen. Näitä tehdään Suomessa kaikista aborteista 5-7 % eli noin 700 vuodessa (sikiöpoikkeavuuksien takia 200 - 300). Tässä vaiheessa abortti tehdään aina lääkkeellisesti. Tutkimuksissa on todettu, että kaavinnan tarve kasvaa (2-6 % →5-40 %) verrattuna aiempina viikkoina suoritettuun aborttiin. Kaavintatoimenpide on vaikeampaa mitä pidemmällä raskaus on ja kohdun puhkeamisen riski kasvaa. Myöskin mitä pidemmällä raskaus on, sitä enemmän kipua keskeytys aiheuttaa. Tulehduksia sisäsynnytyselimissä esiintyy kaksinkertaisesti kun verrataan ensikolmanneksella tehtyyn aborttiin. Etenkin muusta kuin lapsen terveydestä johtuva keskeytys tässä vaiheessa on yhteydessä nuoreen ikään (alle 20 vuotta), alempaan sosiaaliluokkaan ja parisuhdestatukseen. Lisäksi on lisääntynyt riski päätyä uuteen keskeytykseen. Myöhemmillä viikoilla tehty abortti ei kuitenkaan lisää psyykkistä sairastuvuutta näiden tutkijoiden mukaan. (Heikinheimo & Mentula 2013, 917 - 921.)

**Jälkitarkastus** on tärkeä keskeytyksen onnistumisen varmistamiseksi ja mahdollisen tuen tarpeen selvittämiseksi. Jos keskeytykseen ei ole liittynyt ongelmia, tarkastuksen voi tehdä avohuollon terveydenhoitaja ja se tehdään yleensä 2–4 viikon kuluttua raskauden keskeytyksestä. Raskaudenkeskeytyminen voidaan varmistaa veri- tai virt-

sakokeella tai ultraäänitutkimuksella. Veri- tai virtsakokeella määritetään istukka-hormonin pitoisuus, jonka pieneneminen on merkki raskauden keskeytymisestä. Jälkitarkastuksessa kannustetaan tehokkaan ehkäisymuodon käyttöön uusien keskeytysten ehkäisemiseksi. Samalla tulisi keskustella myös mahdollisesta psyykkisen tai sosiaalisen tuen tarpeesta. (Heikinheimo & Tarnanen 2013.)

Mielenkiintoista on, että WHO (2012,7,53; 2014,55 - 57) ei anna varsinaista suositusta rutiininomaiseen seurantakäyntiin, vaan toteaa, että naiselle tulisi antaa kuitenkin selkeät suulliset ja kirjalliset ohjeet miten huolehtia itsestään ja miten havaita mahdolliset komplikaatiot. Naiselle voidaan tarjota kuitenkin vapaaehtoinen seuranta-aika 7-14 päivän päähän, jolloin voidaan vielä tarkistaa toipuminen ja ehkäisytilanne. Uusimmassa ohjeessa (WHO 2014,55) mainitaan, että hyvä olisi tarkistaa vielä, onko naisella muita tarpeita seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyen, jotka vaativat lisähoitoa. Suomessa jälkitarkastus koetaan tärkeäksi osaksi abortin hoitoa ja sen tulisi hoitosuosituksen mukaan kuulua hyvän abortin hoitoon. Tältä osin hoitosuositus Suomessa eroaa WHO:n suosituksesta.

## 2.6 Abortin fyysiset ja psyykkiset vaikutukset

Abortti on turvallinen toimenpide maissa, joissa se on laillista ja siihen liittyvä kuolleisuus on hyvin pieni eli 0,7/ 100 000 (vrt. synnytys 8,8 / 100 000). Kehitysmaissa vastaava kuolleisuusluku on jopa 220 / 100 000. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014,130.) Käypä hoito- suosituksessa todetaan, että komplikaatiotta sujunut raskauden keskeytys ei lisää hedelmättömyyttä, keskenmenon riskiä tai kohdun ulkoisen raskauden esiintymistä. Jotkut tutkimukset ovat löytäneet yhteyden kirurgisen raskaudenkeskeytyksen (kaavinnan) ja ennenaikaisen synnytyksen välillä, etenkin, jos kirurgisia keskeytyksiä on ollut useampia. Raskauden keskeytys ei ole myöskään rintasyövän tai muiden somaattisten sairauksien riskitekijä. Hoitosuositus toteaa myös, että suurimmalla osalla naisista raskaudenkeskeytys ei aiheuta psykiatrista sairastuvuutta. Etenkin naisilla, joilla raskauden keskeyttämisspätös on ollut selvä alusta asti, on vähemmän kielteisiä psyykkisiä seuraamuksia. Suomen virallinen hoi-

tosuositus toteaa kuitenkin, että aiempi psykiatrinen sairaus lisää mielenterveysongelman riskiä sekä keskeytyksen, että synnytyksen jälkeen. (Käypä hoito- suositus 2013, 13 - 15.)

Satoja tutkimuksia on tehty abortin ja mielenterveyden välisestä suhteesta. The British Journal of Psychiatry julkaisi vuonna 2011 laajimman vertaisarvioidun review-artikkelin meta-analyysistä, joka oli tehty vuosien 1995 - 2009 tutkimuksista liittyen abortin vaikutuksista naisen mielenterveyteen. Lähtökohtana määrällisen meta-analyysin laatimiseen oli iso ristiriita eri tutkimuksista vedetyistä johtopäätöksistä. Julkaistut tutkimustulokset sadoista eri tutkimuksista viimeisten vuosikymmenien aikana ovat antaneet viitteitä tilastollisesti merkittävästä yhteydestä abortin ja erilaisten vahingollisten psykologisten vaikutusten välillä. Siitäkin huolimatta kolme viimeisintä laadullista tutkimuskatsausta olivat tulleet toisenlaiseen lopputulokseen. (Coleman 2011, 180 - 186.)

Coleman (2011) sisällytti tarkan metodologisen erottelun jälkeen analyysiinsä 22 vertaisarvioitua tutkimusta, jotka sisälsivät 877 181 tutkimukseen osallistuneita naista ja joista 163 831 naiselle oli tehty abortti. Tulokset meta-analyysistä olivat johdonmukaisesti sen suuntaiset, että abortti on yhteydessä keskimääräisesti ja jopa korkeasti kohonneeseen riskiin omata psykologisia ongelmia toimenpiteen jälkeen, etenkin verrattuna naisiin, jotka vievät raskauden päätökseen. Esiin tulleita psykologisia vahingollisia vaikutuksia olivat alkoholin ja marihuanan väärinkäyttö, ahdistus, masennus ja itsetuhoisen käyttäytyminen. Tuloksena oli 81 % kohonnut riski mielenterveysongelmiin ja noin 10 % mielenterveysongelmista osoitettiin olevan yhteydessä aborttiin. Johtopäätöksenä artikkelin kirjoittaja toteaa, että näin selvän näytön perusteella, tämä tieto tulisi saavuttaa myös raskaudenkeskeytystä tarjoavat palvelut.

Ruotsalaisessa melko laajassa tutkimuksessa haastateltiin 854 naista 1 vuoden päästä abortista. Tutkimuksen tulos oli, että yli puolet heistä oli masentuneita ja alakuloisia keskeytyksen jälkeen. Naisista 2 % sairastui syvään masennukseen, menetti työkyvyn ja elämänsä hallinnan. Ruotsissa, jossa aborttien esiintyvyys on 17,8/1000, se siis

tarkoittaa vuosittain noin 15 000 masentunutta ja 700 vakavasti masentunutta ja työkyvyn menettänyttä naista. (Soderberg ym. 1998.)

Suomalaisessa jo vähän vanhemmassa mutta laajassa silloisen Stakesin rekisteri- tutkimuksessa selvitettiin itsemurhan esiintyvyyttä vuosi raskauden jälkeen liittyen erityyppisiin raskauksiin vuosina 1987- 1994. Tuloksia verrattiin keskimääräiseen itsemurhalukuun, joka oli 11,3/ 100 000. Synnyttäneiden keskuudessa luku oli 5,9 eli huomattavasti alhaisempi. Keskenmenon saaneilla luku kohosi 18,1:een. Abortin tehneiden keskuudessa itsemurhaluku oli 34,7 eli noin kuusinkertainen synnyttäneisiin verrattuna ja kolminkertainen keskivertolukuun verrattuna itsemurhan tehneiden naisten kesken. Loppupäätelmä tässä laajassa tutkimuksessa oli, että suurentunut riski abortin jälkeiselle itsemurhalle viittaa abortin vahingollisiin vaikutuksiin liittyen naisen mielenterveyteen. Tutkimuksessa pohdittiin myös alhaisen sosiaalisen tuen ja alhaisen sosioekonomisen statuksen mahdollista vaikutusta ei-toivottuun raskauteen ja abortin jälkeiseen itsemurhaan. (Gissler ym.1996.)

Suomalainen väitöstutkimus tutki mielenterveyden ja lisääntymisterveyden välistä suhdetta. Sen mukaan tutkimuksen tulokset tukevat hypoteesia, että naisten lisääntymisterveys vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin. Abortin ja mielenterveyden välistä suhdetta ei tässä tutkimuksessa tutkittu suoraan, mutta tutkija teoksessaan viittaa Gisslerin ym. (1996), sekä muiden tutkijoiden tutkimuksiin (Reardon ym. 2002; Morgan ym.1997; Mota ym. 2010), jotka ovat löytäneet yhteyden abortin ja itsemurhakäyttäytymisen välillä. (Toffol 2013,10,31.)

Amerikkalainen psykiatri, joka on työskennellyt yli kaksikymmentä vuotta abortin jälkiseurauksista kärsivien naisten auttamiseksi, tuo mielenkiintoisen näkökulman aiheeseen. Hän kirjoittaa artikkelissaan, että aborttiin päättynyt raskaus ei ole aina sitä miltä se näyttää ulospäin. Tilanteisiin liittyy hyvin usein painostusta ja jopa aborttiin pakottamista, etenkin ala-ikäisillä tytöillä. Jopa 64 % naisista ovat raportoineet kokeneensa painostusta aborttiin. Huomionarvoinen asia on myös se, että raskaana olevien naisten johtava kuolinsyy USA:ssa on murha. (Shuping 2011, 2-4.)



Tutkijat ja asiantuntijat ovat yhtä mieltä siitä, että painostus ja pakottaminen lisäävät riskiä mielenterveysongelmiin abortin jälkeen. Tämä asia todetaan myös Suomen Käypä hoito- suosituksessa siten, että psyykkiset seuraamukset ovat vähäisemmät silloin kun päätöksen tekoon ei ole liittynyt epäröintiä. Myöskin silloin, kun painostus ei tule muilta ihmisiltä, se voi tulla naiselta itseltään; hänen omista tulkinnoistaan koskien olosuhteitaan ja tilannettaan. Joskus nainen ei vain yksinkertaisesti tiedä, mitä tehdä ja päätyy ratkaisussaan sen vuoksi aborttiin. Amerikkalaisissa tutkimuksissa 54–84 % naisista on raportoinut kokeneensa joko erittäin paljon tai jonkin verran olosuhteista johtuvaa pakkoa. Tämä saattaa liittyä myös siihen, että aborttiklinikalla ei anneta neuvontaa tai tietoa vaihtoehtoista tai tukimuodoista yksinhuoltajaäideille. Tiedon puute ennemminkin kuin resurssien puute on se, joka luo painetta. Yhdessä tutkimuksessa vain 17,5 % naisista sai tietoa eri vaihtoehtoista tilanteen ratkaisuksi. (Shuping 2011, 2-4.)

Suomen virallinen hoitosuositus (Käypä hoito) on sen kannalla, että suurin osa naisista ei sairastu psyykkisesti abortin yhteydessä. Tässä asiassa Käypä hoito-suositus viittaa lähdeluettelossaan viiteen tutkimusartikkeliin, joista kaksi on vuodelta 1992. Näistä toinen (Zolese & Blacker 1992) toteaa esimerkiksi sen, että psykologisia tai psykiatrisia häiriöitä ilmenee ”terapeutistien” aborttien yhteydessä, mutta ne näyttävät olevan vakavia tai pitkäaikaisia vain pienellä osalla naisista (noin 10 %: lla). Näitä ovat masennus ja ahdistus. Psykoosi on hyvin harvinainen (Käypä hoito-suositus 2013, 14- 15.) Tuo 10 % :n luku esiintyy myös Colemanin (2011) meta-analyysissä, jossa abortin osoitettiin olevan yhteydessä mielenterveysongelmiin. Eri tutkimukset ovat näin tulleet asiasta erilaisiin johtopäätöksiin ja eri maiden psykiatriset seurukset ovat asiasta niin ikään eri mieltä. Kysymys voikin olla pitkälti painotuserosta ja siitä, mistä näkökulmasta asiaa katsoo. Esimerkiksi Suomen vuosittaiseen aborttilukuun suhteutettuna tuo edellä mainittu 10 % tarkoittaa 1000 naista, Englannissa ja Walesissa 20 000 naista jne., jotka tutkimusten mukaan saattavat kärsiä abortin jälkeisestä masennuksesta ja ahdistuksesta.

## 2.7 Abortti muualla maailmassa

Naiset ovat keskeyttäneet raskauksiaan tiettävästi aina ja kaikissa kulttuureissa joko laillisesti tai laittomasti. Arviolta 80 miljoonaa naista vuosittain tulee ei-toivotusti raskaaksi ja niistä 45 miljoonaa päätyy keskeytetyksi. Näistä aborteista noin 19 miljoonaa on turvattomasti toteutettuja ja 40 % niistä tehdään alle 25-vuotiaille naisille. (Glasier ym. 2006, 1597.) Sellaisissa maissa, joissa abortti ei ole sallittua ja laillista, naiset tekevät niitä salaa itse tai epäpätevien tekijöiden avustuksella. Kuolleisuusluvut vaihtelevat lähteestä riippuen, mutta eräs arvio on, että maailmanlaajuisesti tämä johtaa vuosittain noin 70 000 naisen kuolemaan ja 220 000 lasta menettää äitinsä. (Kauranen 2011, 24.)

Laillinen raskaudenkeskeytys on turvallista ja siihen liittyvä kuolleisuus on pieni. Esimerkiksi Yhdysvalloissa lailliseen aborttiin liittyvä kuolleisuusluku on 0,6/ 100 000 naista kohden. Kahden viimeisen vuosikymmenen aikana ihmisoikeuksiin ja näyttöön perustuvan turvallisen abortin menetelmät ovat kehittyneet suuresti. WHO:n arvio on, että siitäkin huolimatta noin 22 miljoonaa vaarallista tai laitonta aborttia toteutetaan maailmanlaajuisesti vuositasolla. Edelleen WHO:n edellistä lukua maltillisempi arvio on, että nämä johtavat noin 47 000 naisen kuolemaan (vrt. 70 000) ja lisäksi 5 miljoonan naisen vammautumiseen. (Safe abortion, WHO 2012, 1.)

Aborttia rajoittavat lait eivät näytä johtavan pienempään aborttien lukumäärään tai suurempiin syntyvyyslukuihin. Vastaavasti lait ja politiikka, joka sallii pääsyn turvallisiin aborttipalveluihin, ei nosta aborttien lukumäärää. Rajoittava lainsäädäntö edesauttaa naisia etsimään laittomia ja vaarallisia aborttipalveluita, jotka johtavat kuolemiin ja vammautumiseen. Se myös johtaa naisia hakemaan abortteja muista maista ollen kallista, epätasa-arvoista ja viivästyttäen asian hoitoa. Yhtenä esimerkkinä on Romanian lainsäädäntö. Kun 1966 aborttilainsäädäntöä tiukennettiin, johti se 5-kertaiseen äitien kuolemaan. Vuonna 1989 äitiyskuolemat vähenivät nopeasti lainsäädännön muututtua. (Glasier ym. 2006, 1599.)

Aborttilakeja alettiin muuttaa myönteisemmäksi kun ymmärrettiin laittomien aborttien vaikutus kansanterveydelle. 1960-luvun loppupuolelta lähtien trendi on ollut lakien muuttaminen sallivampaan suuntaan. Tällä hetkellä noin 20 % maailman naisista asuu maissa, joissa laki sallii abortin sosioekonomisten perusteiden pohjalta. Noin 40 % maailman naisista asuu maissa, joissa on erittäin rajoittavat lait ja vaikka abortti olisikin laillista, palvelua ei ole saatavilla. (WHO 2012, 90.)

Laittomien aborttien esiintyvyys eri maissa riippuu kunkin maan aborttilainsäädännöstä ja sen toimeenpanosta, perhesuunnitteluohjelmista ja raskaudenkeskeytyspalveluiden saatavuudesta ja laadusta. Esimerkiksi 19 miljoonasta laittomasta abortista vain noin 3 % tapahtuu kehittyneissä maissa ja loput kehitysmaissa. Joissakin maissa laitton abortti on syynä jopa 30 prosenttiin äitien kuolemista. On myös kasvavaa näyttöä siitä, että erityisesti nuorilla tytöillä ei-toivottu raskaus on yhteydessä väkivaltaan ja seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Kuitenkin vielä 2000-luvun alussa (145 kehitysmaasta) abortti ei ollut sallittu raiskauksen tai inestin takia 101 maassa. 65 maassa abortti ei ollut sallittu edes äidin fyysisen terveyden säilyttämiseksi. (Glasier ym. 2006, 1599; Safe abortion, WHO 2012, 90.)

### **3 Abortin vaikutukset seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen**

Tutkimuksia löytyy paljonkin raskaudenkeskeytyksen seurauksista naisen tunne-elämään ja mielenterveyteen. Sitä vastoin positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia seksuaalisuuden psykodynamiikkaan ja intiimiin suhteeseen on tutkittu vain vähän. Suomessa ei tiettävästi ole tutkittu lainkaan abortin vaikutuksia parisuhteeseen tai seksuaalisuuteen. Kansainvälisiä tutkimuksiakaan ei tahtonut löytyä. Tutkimuksia hain tietokannoista (hakusanat suluissa): Melinda (abort? seks?), Terveysportti (abortti), Medic (abort\* and seks\* ja abort\*), theseus (abortti), Janet (abortti ja seksuaalisuus), Cinahl (abortion and sexuality), Cochrane (abortion and sexuality). Näistä tietokannoista löytyi neljä tutkimusta suoraan aiheeseen liittyen sekä yksi laajem-

pi kirjallisuuskatsaus, johon oli sisällytetty 14 kappaletta määrällisiä ja laadullisia tutkimuksia abortin vaikutuksista seksuaalisuuteen.

Fok ym. (2005) tutkivat abortin lyhytaikaisia vaikutuksia seksuaalisuuteen kiinalaisen väestön keskuudessa. Tutkimus tehtiin naisille (n=104) 3-4 kuukautta abortin tekemisen jälkeen seurantaklinikalla. Naiset vastasivat nimettöminä kyselyyn, jossa kysyttiin erilaisista seksuaaliseen käyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä. Tämän poikittaistutkimuksen tuloksina saatiin, että yli 30 % naisista raportoivat seksuaalisen halun ja yhdyntätiheyden vähenemisestä. Toisaalta 5 % :lla yhdyntätiheys kohosi. Naisten partnereilla oli myös seksuaalisen halun vähenemistä. Yhdyntätiheyden väheneminen oli merkittävämpää nuorten naimattomien sekä sterilioimattomien naisten keskuudessa. Lisäksi seksuaalisen halun ja nautinnon vähentyminen oli merkittävästi korkeampi niillä naisilla, jotka olivat toistaneet abortin. Loppupäätelmä tutkimuksesta oli se, että abortti vaikuttaa sekä naisten että heidän partnereidensa seksuaalisuuteen. Tutkijat arvelivat asian johtuvan sekä psykologisesta traumasta, että toisen ei-toivotun raskauden pelosta. Lisäksi tutkijat totesivat, että kunnollinen ohjaus ja neuvonta voisi helpottaa asianomaisten ahdistusta ja parantaa heidän seksuaalielämäänsä.

Morotti ym. (2014, 1495 - 1504) tutkimuksen tavoite oli arvioida, miten ensimmäisellä kolmanneksella tehty kirurginen raskaudenkeskeytys, ryhmä 1 (n= 132) tai lääkkeellinen raskaudenkeskeytys, ryhmä 2 (n= 179) vaikutti naisten seksuaalitoimintoihin. Tutkimuksessa käytettiin mittarina FSFI (Female Sexual Function Index) ennen raskauden keskeytystä ja 1, 3 sekä 6 kk:n jälkeen abortista. Tutkimus osoitti eroa näiden kahden ryhmän välillä. Yhden kuukauden kohdalla 23,6 % 1 ryhmän naisista eivät olleet aloittaneet yhdyntää. Ryhmän 2 naisista 54 % myöskään eivät olleet aloittaneet yhdyntää ensimmäisen kk:n kohdalla. Kuuden kuukauden kohdalla ryhmän 1 naisista vielä 3,3 % olivat pidättäytyneet yhdynnästä. Vastaava luku ryhmässä 2 oli 0 %. Ensimmäisen (1) ryhmän naisilla verrattuna toisen (2) ryhmän naisiin oli alemmat FSFI pisteet ja yhdyntäkerrat 1,3 ja 6 kk:n seurannan aikana. ( FSFI mittarissa kysytään halusta, kiihottumisesta, kostumisesta, orgasmista, tyytyväisyydestä ja kivusta). Tutkimuksen johtopäätökset olivat, että neuvonta liittyen seksuaalisten toimintojen

muutokseen pitäisi liittää mukaan, kun keskustellaan keskeytysmenetelmien mahdollisista vahingollisista vaikutuksista seksuaalisiin toimintoihin ja seksuaalielämään.

Coleman ym. (2009, 331 – 338 ), tutkimuksen tavoite oli tutkia abortin ja ihmissuhteiden välistä yhteyttä. Amerikkalaisen tutkimuksen tutkimusaineistona olivat etnisesti erilaisten ihmisten haastattelut. Tutkimuksessa haastateltiin 658 miestä ja 906 naista. Tuloksena saatiin, että sekä miehillä, että naisilla aborttikokemus aikaisemmassa suhteessa vaikutti negatiivisesti nykyiseen suhteeseen. Lisäksi abortti nykyisessä suhteessa lisäsi riskiä riidellä lapsista miehillä 116 % ja naisilla 196 %. Naisilla abortti nykyisessä suhteessa lisäsi riskiä erilaisiin seksuaalisiin häiriöihin 122 – 182 %. Todennäköisyys riidellä rahasta, partnerin sukulaisista ja mustasukkaisuudesta kasvoi. Johtopäätös tutkimuksesta oli, että abortti saattaa olla merkittävässä roolissa parisuhde etiologian ymmärtämisessä.

Bianchi-Demicheli & Ortigue (2007, 31 - 41) tekivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, johon sisällytettiin sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia kaiken kaikkiaan 14 kappaletta. Kirjallisuuskatsauksen alkusysäyksenä olivat kiistanalaiset tutkimustiedot psykologisista riskeistä liittyen raskaudenkeskeytykseen. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa tuli ilmi, että 30 % naisista raportoivat raskaudenkeskeytyksen jälkeisistä seksuaalisista toimintahäiriöistä. Naiset, joille abortti tehtiin, kokivat merkittävästi enemmän konflikteja parisuhteissaan. Tämä tulos löytyi kaikista tutkimuksista. Konfliktiherkkyys tuloksena löytyi myös Coleman ym. (2009) tutkimusraportista. Ero tapahtuu ¼ kaikista pareista. Puolella niistä pareista, jotka päätyivät eroon, abortti ei näyttänyt olevan alkusyy. Seurantatutkimukset kuitenkin osoittavat, että negatiiviset pitkäaikaisvaikutukset seksuaalielämään ja intiimisuhteeseen ovat harvinaisia. Tutkijoiden mukaan tarvittaisiin lisätutkimusta ennen ja jälkeen abortin sekä orgaanisista ja psykologisista syistä liittyen seksuaalitoimintojen häiriöihin.

Täysin erilaisiin johtopäätöksiin tulivat englantilaisen tutkimuksen tekijät. Tutkimuksessa etsittiin yhteyttä abortin ja seksuaalisuuteen liittyvien asenteiden ja tunteiden (erotofobia - erotofilia) sekä seksuaaliongelmien välillä. Tutkimuksessa oli 98 naista,

joille oli tehty abortti ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana sekä 51 ei-raskaana olevasta naisesta koostunut vertailuryhmä. Standardoitu kyselylomake annettiin täytettäväksi ennen aborttia ja 2 kuukautta abortin jälkeen. Tutkimuksen löydökset viittasivat siihen, että asenteet ja tunteet seksuaaliasioita kohtaan olivat samanlaisia molemmissa ryhmissä ja olivat muuttuneet entistä positiivisemmiksi kahden kuukauden jälkeen abortista kuin ennen aborttia. Huomattiin myös se, että enemmän seksuaaliongelmia koettiin sen jälkeen, kun nainen huomasi raskauden verrattuna ennen raskautta ja 2 kk raskauden jälkeiseen aikaan. Johtopäätös tutkimuksessa oli, että aborttia seurasivat positiivisemmat asenteet ja tunteet seksuaaliasioita kohtaan. Raskaaksi tulolla oli lyhytaikaisia negatiivisia vaikutuksia seksuaalisiin suhteisiin, mutta nämä vaikutukset eivät jatkuneet abortin jälkeen. Tutkijat kuitenkin arvioivat, että tutkimukseen saattoivat osallistua enemmän sellaiset naiset (osallistumisprosentti alhainen 45), joilla on jo entuudestaan positiivinen (erotofiilinen) suhtautuminen seksuaalisuuteen. (Bradshaw & Slade 2005, 392 - 406.)

Yhteenvetona edellä mainituista tutkimuksista ja niiden johtopäätöksistä voidaan sanoa, että abortilla näyttäisi olevan joillekin naisille ja pariskunnille haittaa liittyen seksuaalisuuteen ja parisuhteen hyvinvointiin. Kiinalainen (Fok ym.2005) tutkimus löysi yhdyntätiheyden ja seksuaalisen halun vähentymistä jopa 30 %:lla naisista. Seksuaalinen halu näytti vähenevän myös naisten partnereilla. Italialainen tutkimus (Morrotti ym.2014) vertaili kirurgisen ja lääkkeellisen abortin välisiä eroja liittyen vaikutuksiin naisten seksuaalitoimintoihin. Tuli ilmi, että kirurginen abortti vaikutti haitallisemmin naisten seksuaalitoimintoihin FSFI mittarilla mitattuna, verrattuna lääkkeelliseen aborttiin. Kirurginen abortti vaikutti naisiin niin, että heillä oli alemmat FSFI-pisteet (halu, kiihottuminen, kostuminen, orgasmi, tyytyväisyys, kipu) ja yhdyntäkerrot 1,3 ja 6 kuukauden seurannan aikana. Coleman (2009) sai tulokseksi sen, että abortti naisen aiemmassa suhteessa vaikutti negatiivisesti nykyiseen suhteeseen. Lisäksi abortti nykyisessä suhteessa lisäsi riskiä riidellä erilaisista asioista liittyen sukulaisiin, lapsiin, mustasukkaisuuteen, ym. Myös riski erilaisiin seksuaalisiin häiriöihin kasvoi 122 – 182 % naisilla. Bianchi-Demicheli & Ortigue (2007) raportoivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksena, että 30 % naisista oli seksuaalisia toimin-

tahäiriöitä. Kaikissa tutkimuksissa löytyi konfliktiherkkyuden kasvu parisuhteissa. Löydetyistä tutkimuksista vain yksi tuli siihen tulokseen, että naisten asenteet ja tunteet seksuaaliasioita kohtaan muuttuivat myönteisemmiksi abortin jälkeen. Seurantatutkimukset viittaavat kuitenkin siihen, että negatiiviset pitkäaikaisvaikutukset seksuaalielämään ja intiimiin suhteeseen ovat harvinaisia. Jokainen tutkijaryhmä oli sitä mieltä, että tieto edellä mainituista tuloksista olisi hyvä tavoittaa abortin neuvontapalvelut.

#### 4 Psykososiaalinen tuki abortissa ja Itu-työ

Naiset suhtautuvat ja reagoivat yksilöllisesti raskautensa keskeyttämiseen. Abortin taustalla voi olla hyvin monenlaisia syitä ja elämän tilanteita. Raskaus on voinut olla toivottu ja odotettu tai seurausta rikoksesta (raiskaus, seksuaalinen hyväksikäyttö, jne.) Usein aborttiin päättynyt raskaus on ns. yllätysraskaus, joka aiheuttaa naisen elämässä kriisin. Aborttipäätös ja kokemus aiheuttavat monenlaisia tunteita, joihin vaikuttavat elämäntilanteen lisäksi myös muiden ihmisten mielipiteet ja suhtautumistavat. **Eryteisesti ammattihenkilön oikeanlaisella tuella** on vaikutusta aborttiin päätyvän naisen psyykkiseen hyvinvointiin. Suomessa ei ole tehty tutkimusta raskauden keskeytykseen liittyvästä terapian tarpeesta. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 131.)

Osa naisista tarvitsee paljon aikaa ja keskusteluapua päätöksen teon tueksi. Käypä hoito-suosituksessa (2013, 6-7) mainitaan, että henkilökohtaisen keskustelun lisäksi kirjallinen neuvonta on tärkeää. Keskeytysprosessissa olevalle potilaalle olisi hyvä antaa potilasohjeiden ohella ajan tasalla olevat yhteystiedot paikallisista ja valtakunnallisista tuki- ja auttamistahoista. Eryteisistä huomiota tulisi kiinnittää alaikäisten tilanteeseen, heidän tukemiseen ja suojelemiseen. Abortti kovin nuorilla voi olla merkki syrjäytymisestä ja riskikäyttäytymisestä tai jopa seksuaalisesta väkivallasta. Eryteisesti psyykkistä tukea voidaan tarvita tapauksissa, joissa

- naisella on aiemmin esiintynyt mielialaongelmia ja etenkin masennusta
- keskeytysajankohta on myöhäinen
- naisella on taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia
- keskeytykseen liittyy painostusta
- raskaus on toivottu, mutta keskeytetään epäillyn tai todetun sikiöpoikkeavuuden takia
- raskaus keskeytetään syntymättömän lapsen äidin tai isän sairauden takia
- nainen on ollut aiemmin hedelmättömyyshoidoissa.

Käypä hoito-suosituksessa mainitaan, että keskeytysyksikön, perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin työntekijät antavat potilaalle tarvittaessa **apua surutyössä menetyksen käsittelemiseksi**. Naisen on myös mahdollista saada itselleen sikiö tai sen jäänteet hautaamista tai siunaamista varten. Keskeyttämissairaala voi myös toimittaa ne järjestämäänsä siunaus- ja tuhkaustilaisuuteen. (Käypä hoito-suositus 2013, 13.) Symbolinen tapahtuma yleensä auttaa suruprosessin eteenpäin viemistä. Sosiaalisin perustein tehty abortti tuo yleensä päällimmäisenä tunteena helpotuksen. Joskus tunteiden käsittely saattaa tulla ajankohtaiseksi vielä vuosien tai jopa vuosikymmenien päästä. Tämäkin on hyvin yksilöllistä.

Vuonna 2008 aloitettiin tutkimus Toteutuuko Käypä hoito-suositus varhaisissa raskaudenkeskeytyksissä? Tavoitteena oli selvittää ja verrata kunkin keskeytysyksikön (n=47) hoitohenkilökunnan ohjeistuksia. Tässä tutkimuksessa selvisi, että ohjeistukset olivat hyvin kirjavia ja puutteellisia kun niitä verrattiin Käypä hoito-suositukseen. **Erityisesti tutkijat olivat huolestuneita siitä, että jälkitarkastus oli huonosti ohjeistettu ja psykososiaalista tukea ei mainittu**. Jälkitarkastus on tärkeä psykososiaalisen tuen tarpeen kartoittamiseksi ja ehkäisyneuvonnan takia. Jopa 27 % puuttui maininta raskauden ehkäisyn aloituksesta ja 34 % ei ollut ohjetta psykososiaalisesta tuesta, joka tutkijoiden mielestä oli valitettavaa. Raskaudenkeskeytystilanne on usein osa problemaattista elämäntilannetta ja voi lisätä psyykkisiä ongelmia. Psyykkistä tukea,



kuten tehokkaan ehkäisyn aloittamistakaan ei näinollen saisi unohtaa. (Niinimäki 2012, 316; Trujillo ym. 2012, 333 -337.)

Kauranen (2012,575) kirjoitti artikkelissaan Suomen Lääkärilehdessä eriävän mielipiteen psyykkisistä ongelmista abortin jälkeen. Hänen mukaansa tieteellinen tutkimusnäyttö ei tue käsitystä siitä, että ensimmäisen raskauskolmanneksen ensimmäinen abortti olisi mielenterveyden kannalta riskialttiimpi ratkaisu kuin lapsen synnyttäminen. Hän kuitenkin kannattaa psykiatrisen kontaktin tarjoamista kaikille halukkaille yllätysraskauden aiheuttaman psyykkisen kuormituksen ja sen aiheuttaman kriisin takia sekä sen vuoksi, että yhteiskunnallinen leima aiheuttaa syyllisyyttä ja häpeää.

**Apua kannattaa toipumisvaiheen lisäksi kohdentaa myös harkintavaiheeseen, sillä päätöksenteon epävarmuus ja ristiriitaisuus on riski psyykkiselle toipumiselle.**

Uusin seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma Edistä, ehkäise ja vaikuta (2014, 131 - 132) on tehnyt omat tavoitteensa ja toimenpidesuosituksensa, joista psykososiaalisen tuen kohdalla mainitaan seuraavaa: ” Perusterveydenhuollon ammattihenkilöt tarjoavat raskaudenkeskeytys asiakkaille aktiivisesti mahdollisuutta keskusteluun ja psykososiaaliseen tukeen varaamalla riittävän pitkän vastaanottoajan asian käsittelyyn lähetettä tehtäessä. Terveystuon ammattihenkilö selvittää jälkitarkastuksessa fyysisen ja psyykkisen toipumisen ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon. Lisäksi hoitoketjussa tulisi huomioida asiakkaan neuvontatarve kokonaisvaltaisesti.” Uusin toimintaohjelma painottaa siis sitä, että päätöksentekovaiheessa olisi riittävästi aikaa keskusteluun sekä myös psyykkiseen jatkohoitoon ohjaamista. Tähän tarpeeseen ja tavoitteeseen on ollut vastaamassa jo kymmenen vuotta Itu-työ, joka alkoi projektimuotoisena kokeiluna ja on sittemmin vakiinnuttanut ja laajentanut toimintaansa.

#### 4.1 Miten Itu-projekti alkoi?

Itu-projekti alkoi Tampereen Nuorten Naisten Kristillisen Yhdistyksen (TNNKY) yhteydessä vuonna 2004. Projektin tavoitteena oli luoda toimintamalli abortin läpikäyneiden tukemiseksi ja kokonaisvaltaisen neuvonnan antamiseksi yllätysraskaustilantees-

sa oleville tytöille ja naisille. Lokakuussa 2004 alkoi valtakunnallinen puhelinpäivystys ja ensimmäinen vertaistukiryhmä abortin läpikäyneille. Samoihin aikoihin projekti alkoi antamaan käytännön tukea myös yksin lastaan odottaville naisille. Sitä seuraavana vuonna aloitti yksinhuoltajille suunnattu ryhmätoiminta. Itu-projekti sai rahoituksen Raha-automaattiyhdistykseltä (RAY) vuosina 2006- 2009, jonka turvin työ saatiin alkuun. Tänä vuonna projekti sai lisärahoitusta työn valtakunnallistamiseen, mikä on mahdollistanut mm. yhden puolipäiväisen työntekijän palkkaamisen rahoituksen turvin. (Itu-uutiset 2014.)

Työn alkuvaiheessa Englannista löytyi yhteistyötaho Care Centres Network (CCN)/ Care Confidential), joka oli tehnyt vastaavaa työtä jo vuodesta 1985 eli 20 vuotta kirkon piirissä. Vuoteen 2005 mennessä Englannissa kriisiraskaus-keskuksia oli 150. CCN oli kehittänyt koulutusmateriaalin kriisiraskaus-keskustensa ohjaajien koulutusta varten. Tämä materiaali saatiin Itu-projektin käyttöön ja se muokattiin Suomen oloihin sopivaksi. Materiaalit ovat nimeltään: Journey - matka aborttikokemuksesta toipumiseen (2005) ja Kutsuttu välittämään, kristillisen kriisiraskausneuvonnan käsikirja (2007).

Itu-projektin tekemä työ pohjautuu kristilliseen ihmiskäsitykseen, psykologisiin lainalaisuuksiin ja kriisipsykologiseen tietoon ihmismielestä. Näin voidaan esimerkiksi Journey- ohjelmaa käyttää auttamaan kaikkia abortin jälkiseurauksista kärsiviä heidän uskostaan, uskonnostaan ja vakaumuksestaan riippumatta. Edelleen kriisiraskausneuvontatyö perustuu asiakkaan hyvään informointiin kaikista olemassa olevista vaihtoehtoista (abortti, raskauden jatkaminen, adoptio) sekä hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittamiseen päätöksentekoprosessissa. Naiselle annetaan mahdollisuus rauhassa miettiä raskauteen liittyviä tekijöitä ja vaihtoehtoja koulutetun vapaaehtoisen kanssa. (Journey - käsikirja 2005; Papunen 2014.)

## 4.2 Mitä Itu-työ tekee tänä päivänä?

Itu-projektin työnimi on tänä päivänä Itu-työ ja tänä vuonna toimintavuosia on takana siis kymmenen. Työ on laajentunut Tampereelta valtakunnallisesti eri puolille Suomea. RAY:n rahoituksen loputtua vuonna 2009, projektin rahoitus on ollut valtakunnallisen rahankeräysluvalla saatujen lahjoitusten varassa. Siitäkin huolimatta työ on laajentunut, **vapaaehtoisia** on koulutettu sekä abortin läpikäyneiden vertaistukiryhmien vetämiseen, että yllätysraskaustilanteessa olevien naisten neuvontatyöhön ja tukemiseen. **Itu-neuvontapisteitä**, joissa voi tavata vapaaehtoisia tukihenkilöitä ja saada henkilökohtaista keskusteluapua ja neuvontaa, on tällä hetkellä Suomessa Helsingissä, Espoossa, Oulussa, Kuopiossa, Lahdessa, Sastamalassa, Savonlinnassa ja Seinäjoella. Miehillä, ruotsinkielisillä sekä englanninkielisillä on omat yhteyshenkilönsä. Valtakunnallinen Itu-puhelinpäivystys on auki arkisin klo 9-21 ja lisäksi jokaisella neuvontapisteellä on omat puhelinpäivystyksensä. (Itu-uutiset 2014; [www.ituprojekti.net](http://www.ituprojekti.net).)

Vuoden 2013 tilastot Itu-työn asiakaskontakteista ovat:

- Uusia yhteydenottoja 181: 142 yllätysraskaustilanteessa olevaa ja 39 abortin läpikäynyttä (noin puolet puheluista Tampereelta tai Pirkanmaalta)
- Asiakaskäyntejä Yhteensä 1777 (lapsia 840), sisältää eri ryhmät
- Näistä yksilötapaamisia 185
- Tuettu 36:tta äitiä ja 39:ää lasta. (Papunen 22.10. 2014)

Tampereen NNKY:n Itu-työ on toimintavuosiensa aikana luonut työmuodon, jolla on selkeä tarve yhteiskunnallisesti. Raskauden keskeytys on osalle naisista vaikea päätös, joka herättää paljon erilaisia tunteita. **Yllätysraskaus-neuvonta** tukee naista pohtimaan asiaa kaikilta mahdollisilta puolilta. Näin nainen voi tehdä informoidun ja harkitun päätöksen, jota ei myöhemmin tarvitse katua. Tutkimukset osoittavat, että tarkkaan harkitusta päätöksestä tulee vähemmän haitallisia jälkiseurauksia. Jos nainen on päätenyt aborttiin, myös tällöin asiaan liittyviä tunteita olisi hyvä käsitellä, jotta ne eivät vaikuttaisi laajemmin naisen hyvinvointiin ja elämän piiriin. **Askeleet-**

**toipumishjelma (Journey)** on yhdeksän kerran prosessiluonteinen vertaisryhmä kaikille elämäkatsomukseen katsomatta. **Armahdettu ja vapautettu-ohjelma** toimii selkeästi kristillisestä viitekehyksestä käsin ja sisältää sielunhoidollisia interventioita, kuten rukousta. Itu-tyo järjestää myös valtakunnallisia vertaistukiviikonloppuja (ITU-projekti, RAY:n loppuraportti 2010.) Seuraava kuvio 2 osoittaa Itu-projektin monimuotoiseksi kehittyneen työ- ja toimintamallin.



Kuvio 2. Itu-tyon työmuotoja

### ASKELEET-vertaisryhmän periaatteita:

Kokemukset abortin vaikutuksista naisten seksuaalisuuteen on tullut esille edellä mainituissa vertaistuki -ja toipumisryhmissä. Vaikka ryhmässä keskitytään nimenomaan aborttiin, sen aikana käsitellään väistämättä myös naisen suhdetta itseensä, muihin ihmisiin, arvoihin, uskomuksiin sekä ajatus- ja toimintatapoihin. Askeleita abortista toipumiseen on kymmenen. Ryhmä kokoontuu kerran viikossa yhdeksän viikon ajan, aina noin kaksi tuntia kerrallaan. Ryhmässä on kaksi ohjaajaa, joista ainakin toinen on kokemusasiantuntija ja itse ryhmän läpikäynyt.

1. Ensimmäinen askel on avun tarpeen myöntäminen ja hakeminen silloin kun aborttiin liittyvät ajatukset ja tunteet eivät jätä rauhaan. Tällöin Itu-projektin työntekijä tai vapaaehtoinen tapaa naista kahden kesken, jolloin voidaan purkaa tilannetta ja tehdä yhteinen päätös siitä, sopiiko ryhmätyöskentely naiselle. Esimerkiksi ryhmää ei suositella naisille, joiden aborttikokemuksesta on alle puoli vuotta. Tällöin yksilötapaamiset ovat parempia.
2. Avun hakemisen jälkeen toinen askel on oman tarinan kertominen. Vieraassa ryhmässä tämä voidaan kokea luonnostaan pelottavaksi, mutta vertaisryhmän voima on siinä, että kaikki osallistujat ovat käyneet läpi saman kriisin. Avautuminen vaatii turvallisuuden tunnetta siitä, että toiset eivät tuomitse.
3. Vertaisryhmän kolmas askel on kieltämisestä pois siirtyminen. Tällä tarkoitetaan sen tosiasian kohtaamista, että abortilla on ollut vaikutusta naisen elämään ei-toivotusti. Nyt esiin nousevia tunteita saa luvan kanssa ja vapaasti ilmaista luottamuksellisessa ilmapiirissä. Kaikkien yksilöllistä kokemusta kunnioitetaan ja otetaan todesta. Jokainen saa olla juuri sellainen kuin on. Tästä eteenpäin käsitellään vaikeita tunteita, jotka usein liittyvät aborttiin.
4. Viha ja masennus. Ensimmäinen tunne, joka usein tulee sen jälkeen kun kieltämisestä on päästy eteenpäin, on viha. Vihan käsittely on tärkeää, koska se

saattaa peittää alleen muita tunteita, kuten esim. surun. Ilmaisematon viha voi patoutua, kääntyä itsevihaksi tai aiheuttaa masennusta.

5. Syyllisyys ja häpeä. Nämä ovat tunteita, joita saatetaan tuntea samanaikaisesti ja niitä ei aina pystytä erittelemään. Syyllisyys liittyy väärin tekemisen tunteeseen siitakin huolimatta, että nainen on tehnyt laillisen ja loogiselta vaikuttavan ratkaisun. Häpeä liittyy laajemmin arvottomuuden tunteeseen. Viidennessä askeleessa keskitytään syyllisyydestä ja häpeästä vapautumiseen.
6. Suru. Abortin läpikäyneet naiset kokevat usein, ettei heillä ole oikeutta surra tapahtunutta, koska se oli heidän oma valintansa. Kuudennen askeleen tavoitteena on päästä surun tunteeseen käsiksi ja sen ilmaiseminen. Näin menetys ja siihen liittyvä kipu tulee hyväksyttäväksi.
7. Vastuu. Tässä askeleessa otetaan vastuu tapahtuneesta ja erotellaan oma ja muiden henkilöiden osuus tehtyyn aborttiin.
8. Anteeksianto. Vastuun myöntämisen jälkeen naisesta saattaa tuntua, että hän kantaa suurta taakkaa. Anteeksianto itselle ja niille, jotka ovat olleet mukana prosessissa, on tärkeä askel toipumisessa. Itselle anteeksiantaminen saattaa olla vaikeinta, mutta itsensä tuomitsemisesta pitää vapautua. Monelle tieto kristillisestä armosta tässä vaiheessa helpottaa anteeksiannon hyväksymistä.
9. Hyväksyminen ja luopuminen. Edellinen askel auttaa hyväksymään tapahtunut ja päästämään irti menetyksen tunteesta.
10. Tulevaisuuteen suuntautuminen. Muistohetki esimerkiksi kirkossa kynttilän sytyttäminen tai muistorunon/kortin kirjoittaminen yms. antaa konkreettisen päätöksen prosessille. Tämä askel antaa mahdollisuuden katsoa elämässä eteenpäin. Samalla mietitään, tarvitaanko jollain elämän alueella vielä tukea aborttikokemukseen liittyen. (Itu-uutiset 2014; Askeleita abortista toipumiseen-esite.)

Itu-työn kanssa yhteistyössä tehty opinnäytetyö selvitteli vertaisryhmässä käyneiden naisten ajatuksia ja kokemuksia Askeleet- vertaisryhmästä. Sari Ahola (2011) haastatteli viittä vertaisryhmän käynyttä naista opinnäytetyössään. Tutkimuksen tuloksissa naiset olivat kokeneet kaikki askeleet tärkeiksi ja ne olivat auttaneet naisia olennaisesti selvittämään tunteitaan ja ajatuksiaan sekä suuntautumaan toiveikkaasti tulevaisuuteen. Ohjelman läpikäymisen jälkeen päällimmäiseksi tunteeksi oli jäänyt suru häpeän ja syyllisyyden sijaan. Surun jatkotyöstämiseen ohjelma oli antanut välineitä. Tärkeimmäksi ohjelman anniksi naiset kokivat vertaistuen saamisen, ohjaajan asiantuntemuksen ja ohjelmassa käytetyt toiminnalliset menetelmät.

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää raskauden keskeytyksen eli abortin vaikutuksia naisen seksuaalisuuteen ja erityisesti Itu-projektin vertaistukiryhmissä käyneiden naisten seksuaalisuuteen. Tavoitteena on löydettyistä aiemmista tutkimuksista sekä tästä tutkimuksesta saadun tiedon ja ymmärryksen kautta kehittää ja tuoda lisäarvoa Itu:ssa tehtävään neuvonta- ohjaus- ja tukityöhön sekä raskaudenkeskeytystä harkitsevan naisen kohdalla, että abortin jälkihoidossa.

Itu-työn johtajan ja vapaaehtoisten vertaisohjaajien kokemus on, että jokaisessa vertaisryhmässä on abortin vaikutus seksuaalisuuteen tullut esille jollakin tavalla. Lisätiedon saaminen aiheesta on tärkeää, jotta esimerkiksi ryhmissä voisi toteutua luvan antoa ja normalisointia abortin vaikutusten ulottumisesta joissain tapauksissa seksuaalisuuteen saakka. Abortin hoidossa kokonaisvaltaisen neuvonnan antaminen on kirjattu tavoitteeksi sekä Käypä hoito-suosituksessa (2013), että uusimmassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa vuosille 2014 - 2020 (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 130). Näin ollen työn tekeminen tästä aiheesta on kansallisten suositusten mukainen ja tuo merkittävää lisätietoa aiheesta, johon on kiinnitetty vain vähän huomiota. Kokonaisvaltaiseen neuvontaan sopii erittäin hyvin seksuaalisuuden

näkökulma. Henkilökohtaisesti hyödyn tutkielman tekemisestä tästä aihepiiristä ammattiroolissani seksuaalineuvojana ja tulevana seksuaaliterapeuttina.

## TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön alkupuolella esittelin WHO:n antaman laajan määritelmän seksuaalisuudelle. Siinä seksuaalisuuden sanotaan olevan keskeinen osa ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa. Seksuaalisuus -käsite sisältää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin, sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, intiimiyden ja lisääntymisen. Sitä koetaan ja ilmennetään monin eri tavoin ja eri tasoilla, esim. ajatuksin, uskomuksin, asentein, roolein, suhteiden ja käyttäytymisen kautta. Seksuaalisuuteen vaikuttavat yhdessä niin biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät kuin poliittiset, kulttuuriset, historialliset ja hengelliset tekijätkin. Tästä määritelmästä käsin haluan työlläni selvittää:

- Millä tavoin Itu- projektin vertaistukiryhmän läpikäynyt nainen on kokenut abortilla olleen vaikutusta omaan seksuaalisuuteensa?
- Minkälaisia ajatuksia ja kokemuksia naisilla on tuen ja keskusteluavun saamisesta seksuaalisuuteen liittyen aborttiprosessin aikana? Mitä mieltä he ovat sen tarpeellisuudesta?

## 6 Tutkimuksen toteuttaminen

### 6.1 Kvalitatiivinen menetelmä ja fenomenologinen lähestymistapa

Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmänä käytän kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan tutkitaan jotain tiettyä ilmiötä ja annetaan teoreettisesti mielekäs tulkinta sille. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä kuvaamaan ja ymmärtämään jotain ilmiötä, tapahtumaa tai toimintaa. Tällöin on tärkeää, että henkilöt, joilta kerätään tietoa, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon eli heillä on kokemusta asiasta.



Tutkittavien eli tutkimuksen tiedonantajien asiantuntijuus aiheesta on tärkeää ja tutkittavien valintakin ei näin ollen voi olla satunnaista, vaan tarkoituksenmukaista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85 - 86.)

Tämän tutkimuksen tieteellisenä paradigmana eli lähestymistapana on tutkimuksen luonteen vuoksi fenomenologia. Fenomenologisen tutkimuksen keskeisin tutkimuskohde on ihmisen kokemus. Sen lähtökohtana on aina ollut yksilön subjektiivinen kokemus eli ihmisen mielessä rakentuneet merkitykset. Mielen merkitysmaailma koostuu erilaisista kokemuksista, havainnoista, tunne-elämyksistä, mielikuvista, kuvitelmista, uskomuksista, mielipiteistä, käsityksistä ja arvostuksista. Tutkija voi tavoittaa tämän subjektiivisen merkitysmaailman silloin, kun tutkittava kertoo tai jollain muulla tavalla kuvailee mielensä kokemuksia. Laadullinen tutkimusprosessi perustuu pitkälti tutkijan omaan intuitioon, tulkintaan, järjestykykyyn ja luokittamisvalmiuksiin (Metsämuuronen 2006, 82,152,157.)

Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkimuskohde on siis määritelty ihmisen tietoiseksi kokemukseksi. Tämän vuoksi on tärkeää pohtia, mitä ymmärrämme ihmisellä ja mikä on tutkijan ihmiskäsitys? Tutkijan ihmiskäsitys tulee tutkimuksesta aina esiin hänen tietäen tai tietämättään. Opinnäytetyöni ja tutkimukseni tausta-ajatuksena on holistinen ihmiskäsitys. Sen mukaan ihminen on tajunnallinen, situationaalinen ja kehollinen. Tajunta muodostuu mm. tietämisen, uskomisen, tuntemisen, toivomisen ja elämyksien kautta tietynlaiseksi sisäiseksi kokonaisuudeksi. Kehollisuuteen kuuluu orgaaninen olemassaolo ja tapahtuminen. Situationaalisuus on ihmisen olemista suhteessa hänen elämäntilanteeseensa. Elämäntilanne on jotain, johon ihminen on kiinnostuneena; maantieteelliset olot, kulttuuri, taloudellinen asema, muut ihmiset, arvostukset, jne. Kun tutkitaan ihmisen kokemusta, tutkitaan samalla sitä missä kokemus on. (Metsämuuronen 2006, 161 - 163, 167.)

## 6.2 Tutkimuskohde ja aineistonhankinta kirjoituspyynnöllä

Tutkimuksen kohteena ovat Itu: n vertaistukiryhmissä käyneiden naisten kokemukset abortin vaikutuksesta heidän seksuaalisuuteensa. Tämän laadullisen tutkimuksen aineistonhankintamenetelmänä toimi kysymyksillä johdateltu kirjoituspyyntö, joka lähetettiin naisille sähköpostitse. Tutkimuksessani tiedonantajien valinta oli selkeä, sillä aineistonkeruumenetelmäksi valittu kirjoituspyyntö lähetettiin kaikille niille noin 40 abortin kokeneille ja Itu-työn vertaisryhmän läpikäyneille naisille, joiden sähköpostiosoitteet ovat Itu- työn huomassa. Näin saatiin optimoitua vastaaja- joukon suuruus ja aineiston laajuus. Todellisuudessa vertaisryhmissä on ollut yli 200 naista kymmenen toimintavuoden aikana.

Tavoitteena oli, että vastausprosentista riippuen tällä joukolla voitaisiin saavuttaa aineiston riittävyys (saturaatio eli kylläntyminen). Tuomi ja Sarajärvi (2009, 85, 87) mainitsevat kirjassaan, että noin 15 vastausta riittää aineiston kylläntymiseen, eli tilanteeseen, jossa tiedonantajat eivät tuota tutkimuskysymysten kannalta enää mitään uutta tietoa. Toisaalta voidaan myös ajatella, että aineiston koko ei ole laadullisen tutkimuksen merkittävin kriteeri. Tärkeämpää on tutkimustulosten tulkintojen kestävyys ja syvyys. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 85, 87.)

Tutkimuksen toteutuksen muina vaihtoehtoina olivat haastattelu tai kyselylomake. Päädyimme Itu-työn vastavan kanssa kirjoituspyyntöön aiheen sensitiivisyyden vuoksi. Tavoitteena oli, että mahdollisuus anonyymina vastata kirjallisesti avoimiin kysymyksiin saattaisi madaltaa kynnystä saada vastauksia naisilta. Toiseksi saatoimme kirjoituspyynnöllä sähköpostin välityksellä tavoittaa kaikki ryhmissä käyneet naiset eri puolilta Suomea eli saada kokoon mahdollisimman monta informanttia. Saatu aineisto tulisi suoraan kirjallisessa muodossa, joka sopi tutkimuksen aikatauluun hyvin. Kirjoituksen sai palauttaa joko sähköpostin liitetiedostona tai täysin anonyymisti tavallisena kirjepostina.

Kirjoituspyynnön lähettäminen kaikille eli melko laajalle joukolle antaisi vastausprosentista riippuen käsityksen siitä, kuinka yleistä abortin vaikutus naisten seksuaalisuuteen tässä joukossa on ollut. Se antaisi myös kuvan siitä, minkälaisia vaikutukset ovat olleet naisten elämässä ja kokemusmaailmassa. Lopuksi halusin kysyä halukkuutta mahdolliseen haastatteluun. Haastattelumahdollisuus antaa tilaisuuden syvällisempään tietoon siinä tapauksessa, jos vastaukset kirjoituspyynnön avoimiin kysymyksiin ovat olleet liian niukkasanaisia tai vastauksia tulee määrällisesti hyvin vähän. Kirjoitukset antoivat kuitenkin tällä erää vastauksia riittävästi tutkimuskysymyksiin nähden ja haastatteluoptio jäi käyttämättä.

Fenomenologisen lähestymistavan tavoite on saada esille tutkittavan välitön kokemus. Opinnäytetyössäni etsin siis vastausta kysymykseen abortin ja seksuaalisuuden välisestä yhteydestä eli sitä kokemusta, jossa nainen olisi kokenut abortin vaikuttaneen jollain tavalla omaan seksuaalisuuteensa. Tutkimustilanne ja aineistonhankinta tuleekin järjestää niin, että tutkittavat voivat vapaasti ja avoimesti tuoda esille kokemuksiaan. Tärkeää on myös se, että tutkija vaikuttaa mahdollisimman vähän kokemuksiin, joita tutkittavat tuovat esiin. Lisäksi mahdollisten kysymysten laadulla on merkitystä. Niiden on hyvä olla mahdollisimman avoimia ja strukturoimattomia sekä yksiselitteisiä sekä rakennettu tutkimusongelmien mukaisesti. Tärkeintä on, että kysymys antaa tilaa tutkittavan liittää vastaukseensa kokemiaan mielikuvia ja elämyksiä aiheesta. (Metsämuuronen 2006, 170- 171; Aaltola & Valli 2010, 103- 104.) Sähköpostilla lähetetty kirjoituspyyntö ja yhteisesti mietityt avoimet kysymykset loivat tilanteen, jossa edellä mainittu avoimuus ja vapaus toteutuivat.

Kirjoituspyynnön vastaukset ovat kirjallinen materiaali, yksityinen dokumentti. Yksityisten dokumenttien käyttö tutkimusaineistona sisältää oletuksen että kirjoittaja kykenee tai osaa ilmaista itseään tarkoittamallaan tavalla kirjallisesti, vaikka näin ei aina kuitenkaan ole asian laita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73, 84). Suunnitelmassani otin tämän asian huomioon ja vastauskynnyksen madaltamiseksi mietimme yhdessä ltu-työn johtajan kanssa kirjoitusta ohjaavia avoimia kysymyksiä. Kysymysten tarkoituksena oli herätellä vastaajia pohtimaan aihetta monesta eri näkökulmasta ja samal-

la saada vastauksia juuri niihin kysymyksiin, jotka kiinnostavat sekä toimeksiantajaa, että tutkijaa.

Tuomi & Sarajärvi (2009, 75) mainitsevat kirjassaan, että kysymykset eivät voi olla mitä tahansa, vaan niiden tulee olla tarkoituksenmukaisia tutkimuksen tehtävään ja ongelmanasetteluun sekä viitekehyykseen liittyen. Lisäksi kirjoituspyynnössä on määriteltynä seksuaalisuus-käsite (WHO, THL), jotta vastaajat saisivat ymmärryksen siitä, mitä käsitteellä seksuaalisuus tässä tutkimuksessa tarkoitetaan. Kirjoituspyynnön kysymyksineen lähetin arvioitavaksi kahdelle henkilölle, joista toinen on seksologian ammattihenkilö ja toinen Itu-projektissa vapaaehtoisena pitkään toiminut henkilö. Heiltä sain korjausehdotuksia kysymyksiin, jotka toteutin ennen kirjoituspyynnön eteenpäin lähettämistä. Tavoitteena oli, että olisimme saaneet kirjoituspyynnön lähettämään tutkittavalle joukolle kesäkuussa 2014. Käytännön aikataulusyistä lähetys siirtyi elokuun alkuun kesälomien jälkeen.

Tutkimusluvan saatuamme Itu-projektin johtaja lähetti laatimamme kirjoituspyynnön sähköpostitse omalla postituslistallaan olevalle 30 naiselle heti elokuun alussa. Lisäksi hän lähetti kirjoituspyynnön kahdelle vertaisryhmän ohjaajalle Etelä- Suomeen ja Itä-Suomeen. He puolestaan laittoivat kirjoituspyynnön eteenpäin omille ryhmäläisilleen, toinen viidelle ja toinen neljälle naiselle, eli yhteensä kirjoituspyyntö lähti 39: lle naiselle. Vastausaikaa oli elokuun 2014 loppuun asti eli lähes kuukausi. Koska vastauksia oli tullut tuohon mennessä vain muutama, lähetimme muistutus-sähköpostia ja pidensimme vastausaikaa vielä syyskuun puoleen väliin asti. Näin oletamme tavoittaneemme yhteensä 39 abortin kokenutta ja vertaistukiryhmässä ollutta naista.

Vastauskirjeitä tuli yhteensä seitsemän, yksi kirjepostina, loput sähköpostina. Tuomen ja Sarajärven (2009, 74) mukaan postikyselyssä haasteena on aina vastaamattomuus ja täten saadun aineiston niukkuus, joka jälleen johtaa tilanteeseen, että tutkimus ei kerro mitään tutkittavasta ilmiöstä. Sähköpostikyselyissä erityisesti tulee tarkkaan miettiä sen soveltuvuutta kohderyhmälle ja suhteessa tutkimusaiheeseen. Toisaalta (sähkö)postikyselyiden etu on puolestaan se, ettei se ole sidottu maantie-

teellisesti eikä ajallisesti. Kyselyyn ja kirjoituspyyntöön voi vastata oman aikataulunsa mukaisesti missä tahansa, kuitenkin tutkimuksen aikarajojen puitteissa. (Aalto & Valli 2010, 107, 113.)

Metsämuuronen (2006, 171) toteaa myöskin, että hyvin pieni informanttien määrä ei tuo kokemuksen koko vaihtelevuutta esiin. Vastausprosentti tutkimuksessani jäi 18 prosenttiin, mikä oli odotettavaa, sillä vastuu vastaamisesta jätetään vastaajalle annettujen vastausohjeiden mukaan. Ohjeiden tulee olla mahdollisimman tiiviit ja kysymysten on oltava selkeitä ja mahdollisimman yksiselitteisiä. Siitäkin huolimatta erityisesti avoimiin kysymyksiin jätetään helposti vastaamatta ja vastaukset ovat ylimalkaisia tai epätarkkoja. Aina vastaaja ei myöskään vastaa suoraan kysymykseen vaan sen vierestä. (Aalto & Valli 2010, 107, 126.) Pyrin ohjeiden tiiviyyteen ja kysymysten selkeyteen. Siitäkin huolimatta edellä mainittu heikkous näkyi joissakin kirjoituksissa, joissa oli kirjoitettu kysymyksen vierestä, hyvin niukasti tai oli jätetty vastaamatta kokonaan kysymykseen.

### 6.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Yleinen kuvaus laadullisen tutkimuksen analyysin kuvauksesta sisältää päättämisen siitä, mikä aineistossa kiinnostaa, aineiston läpikäynti ja merkitseminen, näiden kerääminen yhteen ja luokittelu tai teemoittelu sekä yhteenvedon kirjoittaminen. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavana olevaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on yksinkertaisesti luoda sanallinen selkeä kuvaus tutkittavasta asiasta. Valitsin tutkimukseeni teoriaohjaavan analyysitavan, jonka katsoin soveltuvan parhaiten tähän työhön. Lähtökohtaisesti aineistoa lähdetään lähestymään aineistosta käsin, mutta analyysin loppuvaiheessa tuodaan aiheeseen liittyvää teorian tietoa mukaan. Toin tulosten tulokinnassa aiempia tutkimustuloksia mukaan vertailun vuoksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91- 99, 100 - 117.)

Saatuani vastaukset (n=7) kirjoituspyyntöön, otin niistä kopiot ja luin niitä muutaman kerran läpi ilman merkintöjä. Alkuperäiset kirjeet talletin kaapin perälle pois kenenkään näkyviltä. Aineisto oli valmiina kirjallisessa muodossa, joten asiaan oli helppo käydä nopeasti. Seuraavassa vaiheessa nimesin aineiston eli kunkin vastaajan kirjoitukset X1, X2, X3, jne. ja kirjasin paperin sivuun taustatietoja iän, aborttien lukumäärän ja ehkäisyn sekä parisuhdetilanteen perusteella. Katsoin ja merkitsin ne kirjeet, jotka olivat mahdollisesti halukkaita jatkotutkimukseen. Näitä kirjeitä oli viisi kappaletta. Tämän jälkeen tunnistin tekstistä asioita, joista tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ja esiin nousi viisi teema-kokonaisuutta. Näitä ilmaisevia lauseita ja sanoja yliviivasin erivärisillä huomiotusseilla. Kirjoituspyynnön kysymykset olivat selkeästi apuna teemojen löytymisessä ja ne auttoivat tätä vaihetta analyysiä. Esimerkiksi tunnetta ilmaisevat sanat ja lausekokonaisuudet yliviivasin vaaleanpunaisella, parisuhteeseen liittyvät sanat ja asiat vaaleansinisellä, lasten saamiseen liittyvät ajatukset ja tunteet ruskealla, jne.

Seuraavaksi kirjoitin nämä värilliset lauseet ja sanat raakadatana ryhmitellen yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi kukin omalle paperilleen. Teemakokonaisuudet eli erilaisten värien ilmaisut muotoutuivat otsikoiksi: tunne-elämä ja psyykinen hyvinvointi, uusi raskaus ja lasten hankinta, seksuaalikäyttäytyminen ja suhtautuminen seksiin, parisuhde, sekä neuvonnan ja tuen tarve. Suhtautuminen seksiin ja seksuaalikäyttäytymisen teeman alle löytyi vielä pienempiä otsikoita: Ei mitään vaikutusta, välinpitämätön asenne ja riskikäyttäytyminen, kumppanin pettäminen, seksuaalisten tunteiden kuolema ja ajattelun, seksuaalikäyttäytymisen ja elämänmuutos pidemmällä aikavälillä. Toisin sanoen samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistin samaan kategoriaan ja näille annoin sisältöä kuvaavan nimen. Tässä vaiheessa tutkija voi päättää tulkintansa mukaan, millä perusteella eri ilmaisut kuuluvat samaan tai eri kategoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 101.) Ratkaisin asian niin, että jos samassa lauseessa oli ilmaisuja, jotka sopivat useampaan ryhmään, laitoin kyseisen lauseen kaikkiin sopiviin ryhmiin.

Tutkimustulokset jaoin siis teemakokonaisuuksittain otsikoiksi. Kirjoittaessani dataa auki, vertailin keskenään sekä samanlaisuuksia että eroavuuksia liittyen teemakoko-

naisuuteen naisten välillä ja toin myös situationaalisuuden analyysiin ja pohdintaan mukaan. Raakadata on elävöittämässä auki kirjoitettua analyysiä. Niissä kohdin, missä oli aiempia tutkimuksia olemassa, pyrin vertailemaan oman tutkimukseni tuloksiin pääasiassa pohdinnassa. Näitä aiemmin tutkittuja vaikutuksia olivat siis psyykkinen vointi, parisuhde ja seksuaaliset toimintahäiriöt.

## 7 Tutkimustulokset ja tulosten tarkastelu

Vastauksia kirjoituspyyntöön tuli kaiken kaikkiaan seitsemältä naiselta kolmestakymmenestäyhdeksältä naisesta. Naisista siis, joille kirjoituspyyntö lähetettiin 18 % vastasi siihen. Yhden naisen kirjoituksen jätin harkinnan jälkeen tutkimuksen analyysin ulkopuolelle (X5). Koska olin jo ehtinyt nimetä kirjoitukset, ei tätä nimeä (X5) näy siis analyysissä ollenkaan. Kyseessä oli kirjoitus, jossa moneen kysymykseen oli jätetty vastaamatta ja muutkin vastaukset olivat niukkasanaisia. Nainen otti tutkijaan yhteyttä puhelimitse ja kertoi vaikeuksistaan vastata kirjoituspyyntöön huonon näkökyvyn vuoksi. Hän ajatteli myös, ettei osaa ilmaista itseään kirjallisesti ja kyseli kelpaavuuttaan tutkimukseen muutenkin. Hänen raskautensa oli saanut alkunsa insestistä. En osannut puhelimesta heti arvioida asiaa, joten kannustin naista tekemään niin kuin itse kokee ja kirjoittamaan sen, mikä hyvältä tuntuu. Kirjoituksen saatuaani arvioin kuitenkin tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta parhaaksi olla ottamatta sitä mukaan aineiston analyysiin. Analysoitavaksi päätyivät kuuden naisen kirjoitukset.

Kirjoituspyyntöön vastanneet naiset olivat iältään 23, 26, 27, 61, 62 ja 64. Abortista oli kulunut joiltakin vuosikymmeniä, toisilla vain muutama vuosi. Kolme naista ei käyttänyt mitään ehkäisyä raskaaksi tulon aikaan ja yksi heistä käytti jälkiehkäisyä. Kahdella naisella oli e-pillereitä käytössä ja yhdellä naisella kuparikierukka. Neljä naista ei ollut vakituisesa parisuhteessa raskaaksi tulon aikoihin. Kaksi naista eli vakituisesa suhteessa, toinen avoliitossa ja toinen avioliitossa.

## 7.1 Seksuaalikäyttäytyminen ja suhtautuminen seksiin

Naiset kirjoittivat kaikkein eniten kuvauksia siitä, mitä abortin jälkeen tapahtui heidän suhtautumiselleen seksuaalista kanssakäymistä kohtaan. Useimmista teksteistä oli löydettävissä seksuaalisen riskikäyttäytymisen ja välinpitämättömän asenteen ilmaantumista, uskottomuutta, seksuaalisuuden kuolemaa, pakonomaista seksuaalikäyttäytymistä ja itsensä altistamista hyväksikäytölle. Toisaalta jotkut naiset kuvailivat abortin olleen alkusysäys täysin uudenlaisen ajattelutavan ja elämäntavan löytymiselle suhteessa seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen. Kolmasosalle naisista abortti ei näyttänyt vaikuttavan seksuaaliseen käyttäytymiseen tai seksuaalitoimintoihin millään lailla.

### 7.1.1 Ei mitään vaikutusta

Kaksi naista kuudesta kertoi, ettei abortti ollut vaikuttanut heidän seksuaaliseen käyttäytymiseensä, tyytyväisyyteen tai kiinnostukseen seksiä kohtaan. Molemmat naiset kuitenkin kiinnittivät tarkemmin huomiota ehkäisyn käyttöön abortin jälkeen. Kirjoituksista oli pääteltävissä, että molempien naisten suhtautuminen seksuaalisuuteen on ollut mutkatonta ja tyytyväistä sekä ennen, että jälkeen abortin. X1:n kohdalla kyseessä oli raskaaksi tulo kesäretken yhden kerran tilanteesta 25-vuotiaana ja ehkäisyä ei ilmeisesti ollut. Hän alkoi melko pian abortin jälkeen seurustella tulevan aviomiehensä kanssa, jolle nainen pystyi kertomaan asiasta ja mies suhtautui siihen asiallisesti. Vaikka tunnistettua vaikutusta seksuaalisuuteen ei abortilla ollut tämän naisen kohdalla, nousi hänelle omien lastenlasten myötä aborttiasia myöhemmin mieleen, mikä johti hänet käsittelemään asiaa Itun vertaisryhmässä.

*En ole ajatellut, että abortti vaikuttaisi seksuaalisuuteeni, koska minun ei tarvinnut salata. En muista, muuttuiko se mitenkään, sillä aika pian aloin seurustella tulevan mieheni kanssa. Mutta miten se on vaikuttanut tiedostamattomalla tavalla, sitä on vaikea sanoa. Seksiin olen ollut yleensä tyytyväinen. (X1, ikä 64 v., abortista 39 vuotta)*



X2 oli raskaaksi tullessaan 18-vuotias. Hän ei ollut vakituksessa parisuhteessa, mutta tapaili fyysisissä merkeissä jo pitkään tuntemaansa miestä ja käytti e-pillereitä. Hän kirjoitti olleensa aina hyvin seksuaalinen eikä abortti vaikuttanut tuntemaansa mielenkiintoon seksiä kohtaan eikä tyytyväisyyteen seksuaalielämässään. Hänen kohdallaan abortin vaikutus näkyi kuitenkin muissa asioissa. Hän mainitsi abortin vaikuttaneen erittäin vahvasti henkiseen ja hengelliseen hyvinvointiin, mutta ei kokenut näiden vaikutusten ulottuneen seksuaalisuuteen asti. Kirjoituksessaan nainen ei avannut sen tarkemmin vaikutuksia henkiseen ja hengelliseen hyvinvointiin. Tämän lisäksi naiselle tuli raskaaksi tulemisen pelkoa ja samalla uudelleen raskautumisen tarve parin vuoden sisällä.

*Seksuaalinen käyttäytymiseni ei sinänsä muuttunut abortin jälkeen. Abortin jälkeen olin tosin tarkempi ehkäisyn käytöstä. (X2, ikä 23 v., abortista 5 vuotta)*

*Olen aina ollut hyvin seksuaalinen ja kiinnostunut seksistä ja koen, ettei abortti ainakaan vähentänyt kiinnostustani. En huomaa mitään eroa kiihottumisen, kostumisen, orgasmin, kivun ja yleisen tyytyväisyyden suhteen. (X2)*

### 7.1.2 Välinpitämätön asenne ja riskikäyttäytyminen

Yksi naisista (X3) kirjoitti abortin vaikuttaneen seksuaaliseen käyttäytymiseensä erityisen paljon. Se muuttui välinpitämättömämpään suuntaan aiemmin kokemansa moraalin, partnereiden ja seksisuhteiden suhteen. Hän altisti itsensä sukupuolitaudeille ja uudelle raskaudelle harrastamalla suojaamatonta seksiä tuntemattomien kanssa. Hän myös kuvaa tilannettaan niin, että ajalehti seksuaalisiin kontakteihin eikä pystynyt lopettamaan tilanteiden etenemisen, vaikka olisi halunnut. Seksikumppaneita oli peräkkäisinä päivinä tai viikkoina, joskus jopa samana päivänä. Näistä kontakteista seurasi ahdistusta ja hyväksikäytetyksi tulemisen kokemusta. Seksikumppaneiden lukumäärä abortin jälkeen oli neljä, kun se ennen aborttia oli ollut viisi. Partnereiden lukumäärä ei kuitenkaan kasvanut paljon, mutta seksisuhteet heidän kanssaan olivat päällekkäisiä. Yksi partnereista oli hänen isänsä ikäinen mies. Nainen ei ollut koskaan ajatellut voivansa kiinnostua niin paljon itseään vanhemmasta miehestä.

Suhteesta hän haki huomiota ja oli siitä riippuvainen, mutta koki tilanteen epänormaaliksi.

Abortin jälkeinen seksuaalinen käyttäytyminen johti edelleen sekä fyysiseen että henkiseen turvattomuuteen. Hän kuvailee eläneensä itselle vierasta elämää, jossa voi pahoin. Tämä nainen ei kokenut abortilla olleen vaikutusta kiihottumiseen tai orgasmin kokemiseen, koska yleinen tyytyväisyys seksuaalielämään oli ollut muutenkin heikkoa. Seksin mekaaninen toteutus onnistui, mutta tunnepuoli ei ollut mukana ja siksi nautintokin oli jäänyt vajaaksi. Tämän hän arveli johtuvan yleisesti ottaen siitä, ettei hänellä ollut ollut turvallista ja arvostavaa suhdetta miehiin. Mielenkiintoinen seikka on se, että nainen saattaa tosiaankin harrastaa runsaastikin seksiä ilman nautinnon kokemusta, kuten X3:n tapauksessa. Seksuaalinen kanssakäyminen voi toimia yrityksenä muiden mahdollisesti tiedostamattomien tarpeiden täyttämiseksi, kuten tarve saada hyväksyntää, turvaa, rakkautta?

Nainen (X3) oli abortin tehdessään 20-vuotias, avoliitossa ja kihloissa 2 vuotta itseään nuoremman miehen kanssa. Ehkäisynä toimi satunnaisesti kondomi ja raskaaksi tulemisen hetkellä sitä ei käytetty. Aborttiin nainen päätyi poikaystävänsä ja tämän äidin painostuksesta. Hän koki jäävänsä yksin kipunsa, surunsa ja syyllisen olonsa kanssa, koska poikaystävä ei suostunut puhumaan asiasta sanaakaan eikä näinollen ollut naisen tukena. Nainen reagoi tilanteeseen pettämällä poikaystävänsä ja lopulta jättämällä miehen heti ensimmäisen pettämiskerran jälkeen, koska arveli tekevänsä niin uudelleen. Myöskään pettämisen mahdollisuus ei ollut tullut koskaan aiemmin naisen mieleen. Abortin jälkeen alkoi siis hänelle itsellekin yllättävä käyttäytyminen eli pettäminen ja edellä kuvattu seksuaalinen holtittomuuskausi. Edelleen kolme vuotta abortin jälkeen, nainen joutui myös työkaverinsa raiskaamaksi, jonka koki vaikuttaneen seksuaalisuuteensa aborttia enemmän. Raiskaus nosti myös aborttiin liittyvät muistot ja pelot pintaan.

*Seksuaalinen käyttäytyminen muuttui välinpitämättömämpään suuntaan (abortin jälkeen). Oikeastaan se ilmeni niin, että ajelehdin tilantei-*

*siin ja seksisuhteisiin, joissa en uskaltanut ilmaista omaa tahtoani tai lopettaa tilanteen eteneminen, vaikka olisin kokenut sen epämiellyttäväksi. Samalla kun toimin itseäni vastaan, koin myös tulleeeni hyväksikäytetyksi. (X3, ikä 27 v., abortista 7 vuotta)*

*Vein myös kerran bussipysäkiltä tuntemattoman miehen kotiini ja harastin suojaamatonta seksiä keskellä päivää, tavallisen kauppareissun yhteydessä. Tämän jälkeen pelkäsin yli 2 vuotta saaneeni HIV:n ja tartuttaneeni mahdollisesti jonkun, koska en uskaltanut käydä uusintatesteissä. (X3)*

Välinpitämätön asenne esittäytyi myös toisen vastaajan elämässä, joka tuli ensimmäisestä yhdynnästä raskaaksi. Jostain syystä asenne ei jäänyt asumaan naisen elämään vaan vain käväisi siellä.

*Alkuun ajattelin, että ihan sama millaista elämää elän, koska tulin raskaaksi eka kokeilusta. Tätä holtittomuuskautta ei kuitenkaan tullut. (X6, abortista 43 vuotta)*

Naisella, jonka seksuaalikäyttäytyminen muuttui radikaalisti, abortin tekemiseen liittyi siis muiden ihmisten painostus sekä yksin jääminen asian kanssa. Näyttää siltä, että aborttiin liittyvät asiat aiheuttivat ongelmia, joka laukaisi edellä mainittua naiselle uudenlaista terveydelle vahingollista seksuaalikäyttäytymistä. Tutkimuksen ihmiskäsityksen mukainen situationaalisuus eli elämän olosuhteet ja ihmissuhteet abortin aikoihin näyttelevät suurta roolia abortista selviytymisessä. Kun abortti ei ollut naisen oma valinta eikä tukea ollut saatavilla, johti se tämän nuoren naisen kohdalla edellä kuvattuun seksuaalikäyttäytymisen muutokseen vastoin hänen omaa moraalikäsitystään ja hyvinvointiaan.

Itu-työn johtajan kymmenenvuotinen kokemus etenkin nuorista naisista on samansuuntainen. Monilla seksuaalisen käyttäytymisen muutos abortin jälkeen on edelleen holtittomampaan suuntaan kohti lukuisampia partnereita ja turvattomampaa seksiä. Gissler & Heino (2013,3086) toteavat artikkelissaan, että erityisesti tytöt, jotka keskeyttävät raskauden myöhään toisen raskauskolmanneksen aikana, saattavat olla muita alttiimpia sosiaalisille ja psykologisille ongelmille, mikä voi johtaa riskialttiiseen seksuaalikäyttäytymiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) rekisterin mu-

kaan toistuvien aborttien lukumäärä on noususuunnassa. Vaikka aborttien ilmaantuvuus on pysynyt viime vuosina suhteellisen vakaana ja on ollut alle 20-vuotiaiden kohdalla laskusuunnassa, niin toistuvien keskeytysten esiintyvyys on hieman nousussa ja ne painottuvat yhä nuoremmille. Vuonna 2013, 36 % aborteista tehtiin naisille, joille oli tehty abortti jo aiemmin. Alle 20- vuotiaista 12 prosentille oli tehty aikaisempi abortti. Edelleen tutkijat kirjoittavat, että toistuvat raskaudenkeskeytykset voivat vaikuttaa haitallisesti lisääntymisterveyteen ja naisten hyvinvointiin (mts.3083).

### 7.1.3 Kumppanin pettäminen

Molemmat naiset, jotka elivät vakituudessa parisuhteessa, löysivät itsensä yllättävässä reaktiotavassa abortin jälkeen. Kahdella naisella ilmeni siis abortin jälkeistä puolison pettämistä kostoksi siitä, että mies ei ollut ottanut vastuuta tilanteesta ja sallinut naisen pitää lasta. X3 oli avoliitossa ja kihloissa eli ulkoisesti vakaassa elämäntilanteessa ainakin parisuhteen osalta. Naiselle tuli kuitenkin yllätyksenä ja järkytyksenä se, että alkuun poikaystävän innostunut suhtautuminen raskauteen muuttui kokonaan toiseksi. Pettymys, painostus aborttiin ja ilman tukea jääminen johti naisen seksuaalikäyttäytymisen muutokseen, jonka yksi ilmentymä oli pettäminen. Myöskin X4 oli vakaassa parisuhteessa, avioliitossa. Raskaaksi tuleminen ei kuitenkaan ilmeisesti ollut suunnitelmassa, sillä naisella oli kuparikierukka ehkäisynä ja jo kaksi lasta ennestään. Hänelle tehtiin kaksi aborttia vuoden sisällä miehen pakottamana. Naiselle tuli avioliiton ulkopuolisia suhteita, joista hän ei kuitenkaan nauttinut seksuaalisesti. Vainkosto tuotti hänelle tyydytystä ja tunne siitä, että oli haluttu miesten silmissä. Molemmilla naisilla abortin jälkeen ilmaantui pettämisen lisäksi muullakin tavoin terveyttä vahingoittavaa ja välinpitämätöntä kohtelua suhteessa itseän.

*Pian abortin jälkeen petin poikaystävääni. En koskaan uskonut voivani pettää tai olla kiinnostunut isäni ikäisestä miehestä. ( X3, ikä 27 v., abortista 7 vuotta)*

*Kostoksi aloin harrastaa avioliiton ulkopuolisia suhteita, enkä piitannut suojautumiselta. ( X4, ikä 62 v., aborteista 38 - 39 vuotta)*

Pettymys siihen, että mies ei ota vastuuta raskaudesta, hylkää naisen emotionaalisesti ja pahimmassa tapauksessa pakottaa naisen abortoimaan lapsen, voi olla naiselle sietämätön tunne-taakka kantaa. Pettymyksen aiheuttaman vihan käsittely vaatii näiden kahden naisen kohdalla järeitä konsteja, joka oli kumppanin pettäminen. Tämä tapahtui siitäkin huolimatta, että toiminta oli naisen aiempaa arvomaailmaa ja moraalikäsitystä vastaan. Hylkääminen ja tuetta jääminen parisuhteessa, johon liittyy vastuun pakoilua tai painostusta voi olla hyvin tuhoavaa. Painostus tai pakottaminen on henkistä väkivaltaa. Pettäminen kostoksi on ollut näiden naisten reaktio ja tapa käsitellä tilanteeseen liittyvien tunteiden sietämätön ristiriita.

#### 7.1.4 Seksuaalisten tunteiden kuolema

Kolme naisista kirjoitti siitä, miten abortti vaikutti haluun, kiihottumiseen, orgasmin saamiseen ja yleiseen tyytyväisyyteen seksuaalielämässään. Muutokset olivat melko dramaattiset näiden kolmen naisen kohdalla. X7 kirjoitti kokeneensa niin syvää ahdistusta abortin jälkeen, että mietti olevansa loppuelämän ilman seksiä ja parisuhdetta. X6 kuvitteli abortin vahingoittaneen häntä niin, ettei kykenisi saamaan koskaan orgasmia yhdynnässä. Hänellä abortti vaikutti kaikkeen (halu, kiihottuminen, orgasmi, yleinen tyytyväisyys). Kuitenkin hänellä jäi toive siitä, että asia korjaantuisi avioliitossa, mutta näin ei käynyt.

X4 koki seksuaalisuutensa kuolleen (frigidi) aborttien myötä. Tämä oli nainen, joka alkoi pettämään miestänsä kostoksi aborttiin pakottamisista. Hän ei kokenut avioliiton ulkopuolisista seksisuhteista saavansa muuta tyydytystä kuin koston ja tunteen hallittavuudesta muiden miesten silmissä. Seksuaalista nautintoa ja tunteita ei suhteisiin kuulunut. Saattaa olla että seksuaalisten tunteiden kuolemaan ovat olleet edelleen myös vaikuttamassa aviomiehen pakottamiset yhdyntöihin. Hänen kirjoituksensa saa sen käsityksen, että yhdyntään pakottamiset alkoivat abortin ja naisen hallittomuuden alkamisen jälkeen, vaikka sitä ei suoraan sanota. Surullista on, että nainen vaikuttaa ottaneen kahdesta abortistaan syyn itselleen, vaikka mies oli pakottanut vaimonsa niihin. Hän koki häpäisseensä oman ruumiinsa ja ansainneen siksi sek-

suaalisen kuoleman. Joka tapauksessa sekä pakottamiset abortteihin, että yhdyntöihin aborttien jälkeen viittaavat henkiseen ja seksuaaliseen väkivaltaan.

*Aborttien jälkeen seksuaalisuuteni kuoli ja minusta tuli frigidi avioliitossa. Puolisoni pakotti minut yhdyntöihin, koska hänen mielestään ne kuuluivat avioliittoon ja olivat ”miehen oikeus ja vaimon velvollisuus”. (X4, ikä 62 v., aborteista 38 – 39 vuotta)*

*Koin häpäisseeni ruumiini, minkä vuoksi ansaitsin seksuaalisen kuoleman. (X4)*

*Abortin jälkeen seksi tuntui kamalalta ajatukselta ja ajattelin, etten enää ikinä harrasta seksiä. (X7, ikä 26 v., abortista 5 vuotta)*

#### 7.1.5 Ajattelun, seksuaalikäyttäytymisen ja elämän muutos pidemmällä aikavälillä

Kaksi naista (X3,X7) kertoi kirjoituksessaan siitä, miten abortti oli pitkällä aikavälillä mullistanut heidän ajatuksensa, asenteensa ja seksuaalikäyttäytymisensä täysin uudelleen. Molemmilla tapahtuma oli johtanut hengelliseen heräämiseen ja sitä kautta tulleeeseen täydelliseen elämänmuutokseen. Näiden kahden nuoren naisen kirjoituksissa tulee ilmi se, että abortti oli heidän kohdallaan kriisi, joka toisella johti masennukseen ja itsetuhoisiin ajatuksiin ja toisella vakavaan itseä vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen.

Kumpikin naisista tuli uskoon löytäen helpotuksen ahdinkoonsa kristinuskon Jumalasta. Sen myötä myös heidän ajatusmaailmansa muuttuivat ja arvot uudistuivat vaikuttaen kokonaisvaltaisesti elämäntapoihin. Kumpikin naisista päätyi siis elämään selibaatissa, jonka naiset kokevat toisaalta olevan vaikeaa ja toisaalta turvallista. Kriisin läpikäyminen ei ole ollut turhaa, sillä naisten kirjoituksista voi lukea, että asiat heidän elämässään ovat nyt paremmin kuin koskaan ja abortti on ollut tärkein tekijä naisten hengelliseen heräämiseen ja kasvuun sekä kasvamiseen ihmisenä.

*Seksuaalinen käyttäytymiseni muuttui täysin (abortin jälkeen). Lopetin esiaviolliset suhteet kokonaan. Abortti herätti minut näkemään irtosuhteiden ja esiaviollisen seksin kamalat seuraukset kipeällä tavalla. Se mullisti koko ajattelu tapani (X7, 26v., abortista 5 vuotta)*

*Olen myös oppinut ottamaan vastuuta teoistani. Uskoontuloni myötä suhde seksiin muuttui täysin. Aloin ymmärtää, että se on kaunista vain silloin, kun kaksi ihmistä oikeasti rakastavat toisiaan ja haluavat pitää toisistaan huolta. (X7)*

*Pelko ja syyllisyys ajoivat minua muutokseen ja löysin tieni seurakuntaan, josta pikkuhiljaa koko elämäni, seksuaalielämä mukaan lukien, on alkanut muuttumaan. Seuraavan vuoden loppuun mennessä oli elämästäni karsiutunut pois kaikki seksisuhteet. Olen elänyt nyt 4 vuotta seksitöntä sinkkuelämää. Olen suojellut itseäni joutumasta uudelleen samoihin tilanteisiin, minkä vuoksi en juurikaan tapaille miehiä. (X3, ikä 27 v., abortista 7 vuotta)*

## 7.2 Tunne-elämä ja psyykinen hyvinvointi

Suurin osa kuudesta naisesta koki abortin vaikuttaneen psyykkiseen hyvinvointiinsa vahvasti tunne-elämänsä kautta. Vain yksi nainen ei kokenut samalla tavalla. Tämä nainen alkoi pian abortin jälkeen seurustella tulevan miehensä kanssa ja pystyi kertomaan asiasta sekä miehelleen, että miehen sukulaiselle, jolle oli myös tehty abortti. Saattaa olla, että asian jakaminen, avoin kertominen, miehen hyväksyntä ja vertaistuki auttoivat naista. Kuitenkin terveydenhuollossa asiasta puhuminen tuntui vaikealta. Dykes ym. (2011,100) saivat saman tuloksen omasta tutkimuksestaan, jossa abortista avautuminen nykyisessä suhteessa oli auttanut toipumisessa ja partnerit koettiin kannustavina ja ymmärtävinä.

*...sillä pian aloin seurustelemaan tulevan mieheni kanssa. Pystyin kertomaan hänelle abortista ja hän suhtautui siihen asiallisesti. Myös hänen serkkunsa vaimolle oli tehty abortti ja sain jakaa hänen kanssaan tätä asiaa. (X1, ikä 64 v., abortista 39 vuotta)*

*Abortti kummitteli aina neuvolassa, kun siitä piti kertoa. Silloin se tuntui piikkinä lihassa. (X1)*

Muun viiden naisen kertomuksissa oli luettavissa ilmaisuja monista vahvoista vaikeuksista ajatuksista ja tunteista. Naiset kuvailivat kirjoituksissaan oloaan ja tuntemuksiaan monin ilmaisin. He kokivat abortin jälkeen häpeää, syyllisyyttä, ahdistusta, itsevihaa, huonommuuden tunnetta naisena, pahoinvointia, itsensä tuomitsemista, surua, ki-

pua, vihaa, pelkoa, petetyksi ja loukatuksi tulemisen tunnetta, ruumiin häpäisyä, häpeää naiseudesta, rikkinäisyyttä. Kaksi naista kertoi vajonneensa masennukseen. Molemmat kirjoittivat itsetuhon ajatuksista. Heistä toinen alkoi lääkittää itseään alkoholilla ja toinen mietti itsemurhaa (X4, X7). Yksi nainen kertoi abortin vaikuttaneen erittäin vahvasti henkiseen ja hengelliseen hyvinvointiin, mutta ei nähnyt sen vaikuttaneen seksuaalisuuteen asti eikä kuvaillut vaikutuksia henkiseen hyvinvointiin sen kummemmin (X2)

*Sairastuin masennukseen ja aloin hukuttaa murheita alkoholiin. Olin itsetuhoinen ja välinpitämätön itseäni kohtaan. (X4, ikä 62 v., aborteista 38 -39 vuotta)*

*Vajosin sen jälkeen syvään epätoivoon ja masennukseen, joka olisi voinut päättyä itsetuhoon, ellen olisi tullut uskoon...mietin itsemurhaa. (X7, ikä 26 v., abortista 5 vuotta)*

*Tuomitsin itseni alimpaan kastiin. Olin mielestäni huonompi kuin masamurhaaja. Tulin uskoon n. 10 vuotta abortin jälkeen. Senkin jälkeen oli häpeää naiseudesta ja aborttiin liittyen...huonommuuden tunne, koska en ollut tarpeeksi vahva pitääkseni lapseni. (X6, ikä 61 v., abortista 43 vuotta)*

*Koin huonommuutta naisena. Oikeastaan koin, että olin tuhonnut itsensä ja elämässäni kaiken hyvän ja kauniin. Häpesin itseäni ja tekoani...olin hyvin ahdistunut ja täynnä itsevihaa. (X7)*

### 7.3 Parisuhde

Yksi naisista (X1) ei ollut parisuhteessa raskauden alkaessa, vaan kyseessä oli kesäretken tanssiheila-suhde. Hänen kohdallaan abortin jälkeen alkoi pian uusi parisuhde, johon abortti ei näyttänyt vaikuttavan mitenkään. Lisäksi hän sai käsitellä ja jakaa asiaa miehen sukulaisen kanssa, jolle oli myös tehty abortti.

*Mielestäni abortti ei vaikuttanut parisuhteeseemme. Ehkä se oli niin oma juttu, naisten juttu, ettei miehelläni ollut siihen mielipidettä muutoin kuin että hän hyväksyi minut. (X1, ikä 64 v., abortista 39 vuotta)*



Toinen nainen (X2) tapaili lähinnä fyysisissä merkeissä jo muutaman vuoden tuntemaansa miestä, mutta ei ollut varsinaisesti parisuhteessa. Hänen kirjoituksestaan ei käy ilmi miten tämän ihmissuhteen kävi, muuta kuin että se on jossain vaiheessa päättynyt. Kolmannen naisen raskaus sai alkunsa yhden illan suhteesta (X6). Vain kolme naista kuudesta olivat jonkinlaisessa parisuhteessa abortin aikoihin. Näistä erään naisen (X7) suhde oli kestänyt viikon ja abortti katkaisi välit mieheen. Myös pelkkä ajatus parisuhteesta abortin jälkeen tuntui vaikealta. Abortti avasi nuoren naisen silmät myös suhtautumaan uudella tavalla satuttaviin suhteisiin ja väliaikaisiin suhteisiin rajaamalla ne kokonaan pois elämästään.

*...abortin jälkeen olin asiasta niin ahdistunut, etten olisi missään nimessä kyennyt harrastamaan seksiä tai olemaan parisuhteessa. (X7)*

Toinen nainen (X3) oli kihloissa ja avoliitossa, joka myös päättyi abortin jälkeen. Pettymys mieheen, joka laittoi äitinsä vaatimaan aborttia, oli suuri. Vastareaktionä nainen tuli välinpitämättömäksi poikaystävänsä kohtaan ja ajautui pettämään tätä.

*Parisuhde loppui abortin jälkeen. Yhtäkkiä hän (mies) halusikin abortin, muttei itse puhunut minulle siitä, vaan laittoi äitinsä kertomaan asian puolestaan. En enää nähnyt poikaystäväni tulevana aviomiehenä ja lapseni isänä. (X3, ikä 27 v., abortista 7 vuotta)*

*Tulin hyvin välinpitämättömäksi poikaystäväni kohtaan enkä halunnut hänen enää koskevan minuun. Kiukkuilin ja tiuskin. Kommunikointi oli aina ollut huonoa, mutta tapahtuneen jälkeen sen ongelman todella huomasi. (X3)*

Kolmas parisuhteessa olleista naisista (X4) eli avoliitossa, joka jatkui aborttien jälkeen vielä 20 vuotta, mutta nainen koki parisuhteensa (ja seksuaalisuutensa) kuolleen aborttien seurauksena. Asiaan liittyi miehen taholta pakottamista sekä abortteihin, että seksuaaliseen kanssakäymiseen avoliiton velvollisuuksiin vedoten. Mikään ei kuitenkaan voinut korvata menetyksiä.

*Parisuhde kuoli ja elin vain äitinä lasten kautta, organisaattorina, edustusvaimona kulissiliitossa, kokkina, taloudenhoitajana...jne...kostoksi aloin harrastamaan avoliiton ulkopuolisia suhteita enkä piitannut suojautumisesta. Käytin taloudellisesti hyväkseni puolison syyllisyyden tun-*

*netta, sain matkoja, koruja, vaatteita, uusia sisustussuunnitelmia suunnittelijoiden toteuttamina ym. Mitkään näistä eivät tuottaneet mitään mielihyvää. (X4, ikä 62 v., aborteista 38 – 39 vuotta)*

#### 7.4 Uusi raskaus ja lasten hankinta

Viidellä naisella kuudesta tuli abortin jälkeen pelkoa uudelleen raskaaksi tulemisesta. Yksi ilmoitti, että raskauspelkoa ei ollut (X1). Yksi naisista (X4) pelkäsi sekä raskaaksi tulemista, että uudelleen pakottamista aborttiin. Hänellä eli kuitenkin jollain tasolla vielä toive saada lisää lapsia, sillä hän ei halunnut ottaa sterilisaatiota itselle.

*En saanut enää lapsia lisää. Raskauden pelko avioliitossa painoi siihen asti kunnes puoliso päätti teettää itselleen sterilisaation. Pelkäsin uusia aborttiin pakottamisista...toivoin kyllä kovasti, että olisin saanut vielä lisää lapsia. (X4, ikä 62 v., aborteista 38 – 39 vuotta)*

Yksi naisista (X6) pelkäsi hysteerisesti uutta raskautta. Myös hänelle jäi raskauden pelko ja myös samalla pelko, ettei enää koskaan saa lapsia. Hän tuli raskaaksi tahallaan vielä samana vuonna kuin abortti oli tehty. Mielenkiintoista on huomata monempien naisten kohdalla tuo ristiriitainen tunnekokemus raskaaksi tulemisen pelon ja uudelleen raskaaksi tulemisen tarpeen tai toiveen välillä.

*Olin lähes hysteerinen pelätessäni uutta raskautta. (X6, ikä 61 v., abortista 43 vuotta)*

*Tulin raskaaksi samana vuonna tahallani kun abortti tehtiin. Raskauden pelko jäi ja ennen raskautta oli pelko, että en saa enää koskaan lapsia. (X6)*

Kaksi naista (X2,X3) kuvaili sitä, miten raskauden pelon lisäksi syntyi pelko siitä, että uudelleen raskaaksi tullessaan tämäkin mies lähtee ja jättää naisen yksin selviytymään tilanteesta. Näistä naisista toinen haaveili ennen aborttia useammasta lapsesta. Nyt hän ei ole varma haluaako yhtäkään. Toisaalta toivo äitiydestä vielä elää. Miehen osuus ja vastuun ottaminen tai ottamatta jättäminen näyttää vaikuttavan naisen tulevaisuuteen pitkälle. Luottamukseen miehiä kohtaan voi tulla niin suuri särö, että sitä voi olla vaikea korjata vielä vuosien jälkeenkään.

*Lapsia en ole vielä saanut. Ei ole ollut tarvetta tulla raskaaksi uudelleen. Vauvakuumetta ei ole. Toivon, että uskaltaisin olla äiti. Minulle on tullut raskauden pelkoa. Pelkään miehen jättävän minut selviytymään raskaudesta ja lapsen hoidosta. Ennen aborttia haaveilin useammasta lapsesta, enää en ole varma haluanko yhtäkään. Toivoisin, että joskus haluan. ( X3, ikä 27 v., abortista 7 vuotta)*

*Ensimmäiset pari vuotta tuli raskauden pelkoa, pelkäsin lähinnä, että jos tulen raskaaksi, mieheni lähtee, samalla tavoin kuin mies, joka oli syntymättömän lapseni isä, lähti. Myös uudelleen raskautumisen tarve tuli parin vuoden sisällä abortista. Tällä hetkellä yritän saada lasta (X2, ikä 23 v., abortista 5 vuotta)*

Seuraavan naisen kohdalla halu saada lapsia väheni entisestään mutta samanaikaisesti oli välillä kaipuu lapsen saamiseen. Ristiriitaiset tunteet ja kipeä kokemus on johtanut usean vuoden itsetutkiskeluun ja tarpeeseen saada sielunhoitoa, jotta menneisyys ei määrittäisi liikaa tulevaisuutta negatiivisella tavalla.

*Abortin jälkeisessä syyllisyydessä ajattelin, etten ikinä halua lapsia. Toisaalta taas välillä kaipasin lasta tuskaisesti. En ole kuitenkaan koskaan kauheasti kaivannut äitiyttä. (X7, ikä 26 v., abortista 5 vuotta)*

## 7.5 Neuvonnan ja tuen tarve

Kirjoituspyynnössä olleeseen kysymykseen siitä, saivatko naiset käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä aborttiprosessin missään vaiheessa, ei saatu suoraa vastausta. Tähän kysymykseen vastattiin varsinainen kysymys ohittaen niin, että kaikki naiset olivat kokeneet jääneensä ilman minkäänlaista tukea ja apua. Vuosikymmenten takaiset abortit ja viimeisten vuosien aikana tehdyt abortit ja niihin saatu apu ja tuki vaikuttivat samankaltaisilta näiden naisten kokemuksissa.

*En saanut minkäänlaista tukea mistään, jonka vuoksi olinkin tuuliajolla kaikki nämä vuosikymmenet. Hoitohenkilökunnan asenne oli välinpitämätön ja syyllistävä. (X4, ikä 62 v., aborteista 38 – 39 vuotta)*

*Se, että saisi jonkunlaista tukea ja ymmärrystä vaikeassa tilanteessa silloin, kun on aivan yksin, auttaisi tekemään järkevämpiä päätöksiä. (X3, ikä 27 v., abortista 7 vuotta)*

*Sain erittäin tyyliä kommenttia lähes kaikilta henkilöiltä, joiden kanssa asioin ennen aborttia, sekä terveydenhoitajalta että kättilöltä... Ylipäänsä neuvontaprosessi ennen ja jälkeen abortin oli täysin olematon (X2, ikä 23 v., abortista 5 vuotta)*

Jos tuki näiden naisten kohdalla on aborttiprosessissa ollut olematon, voidaankin päätellä, että myöskään seksuaalisuus-kysymykset eivät ole sen vuoksi tulleet millään lailla käsittelyyn. Yksi nainen kertoi häneltä kysytyn vain ehkäisymuotoa, ei mitään muuta. Naisten kokemus tuetta jäämisestä on Käypä hoito-suosituksen ja seksuaali-terveyden edistämisen suosituksen kanssa vastakkainen. Vaikka kyseessä on vain kuuden naisen kokemus, voidaan sitä pitää suuntaa antavana? Kysymykseeni siitä, kokevatko he tarpeelliseksi sen, että abortin vaikutuksista seksuaalisuuteen tulisi puhua, vastasi neljä naista kuudesta myöntävästi.

*Kyllä pitäisi ottaa esille myös tuo seksuaalinen puoli, koska abortin jälkeen voi tulla tarve elää holtitonta elämää (X6, ikä 61 v., abortista 43 vuotta).*

*Minulle ei puhuttu mitään abortin vaikutuksista seksuaalisuuteen. Mielestäni asiasta pitäisi puhua. Abortti vaikuttaa naiseen kokonaisvaltaisesti ja sitä kautta myös pysyvään parisuhteeseen, jos sellainen on. Syyllisyydestä, häpeästä, masennuksesta ja itseinhosta pitäisi varoittaa etukäteen.(X7, ikä 26 v., abortista 5 vuotta)*

*En ole käsitellyt abortin vaikutuksia seksuaalisuuteen. En ole osannut ajatella koko asiaa, ennen kuin hakeuduin Itu-projektin vertaistukiryhmään. Asiasta olisi varmasti ihan tärkeä puhua. (X3, ikä 27 v., abortista 7 vuotta)*

Erityisesti yksi kirjoittajista otti kantaa siihen, miten vaihtoehtoisista ratkaisuista keskusteleminen jonkun ammattihenkilön kanssa olisi voinut tuoda toisenlaisen ratkaisun yllätysraskaustilanteeseen abortin sijaan. Hän kirjoittaa:

*Kukaan ei kertonut vaihtoehtoisista ratkaisuista tai ohjannut juttelemaan tilanteesta jonkun kanssa, jolloin olisin saattanut päätyä eri ratkaisuun abortin suhteen. Mielestäni aborttia ei pitäisi suorittaa, ennenkuin nainen on saanut keskustella asiasta perusteellisemmin ammattilaisen kanssa. Samalla voisi valistaa abortin vaikutuksia seksuaalielä-*

*mään ja muihinkin elämänalueisiin....tärkeää olisi myös kertoa, että tukea on saatavilla, mikäli päättää synnyttää lapsen...olen huomannut, että abortista aiheutuvia ongelmia vähätellään tai ei haluta niitä nähdä. (X3).*

Opinnäytetyö-tutkimus naisten kokemuksista tunteista ja tuen tarpeesta (Kalinko & Kleimola 2012) tukee edellä esitettyä näkemystä. Tutkimuksen mukaan naiset kokivat jääneensä vaille riittävää tukea vaikeiden tunteiden käsittelyssä sekä ennen että jälkeen abortin. Tutkimuksen mukaan myös tiedon saannissa koko aborttiprosessin aikana oli puutteita sekä vertaistuelle koettiin olevan tarvetta. Malisen (2007,2) opinnäytetyö-tutkimus naisten kokemuksista ohjauksesta raskaudenkeskeytysprosessissa sai tuloksena myöskin sen, että naiset olisivat kaivanneet hoitohenkilökunnalta aktiivisempaa ohjausta päätöksentekovaiheessa. Ohjauksen tarve tiedostettiin usein vasta keskeytyksen jälkeen. Myös aborttiin liittyvien tunteiden käsittelyyn toivottiin enemmän huomiota.

## 8 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden ja uskottavuuden takaa parhaiten hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen. **Hyvään tieteelliseen käytäntöön** kuuluvat toimintatavat, jotka noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia asioita. Näitä ovat avoimuus, rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimustulosten arvioinnissa. Tutkijan tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn arvo omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Aineiston säilyttämistä koskevat kysymykset on määritelty ja kirjattu ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkimusetiikka läpäisee koko tutkimuksen teon prosessin. (Kuula 2006, 34- 36.)

Omassa tutkimuksessani toteutuvat edellä mainitut seikat lukuun ottamatta aineiston säilyttämistä koskevat yksityiskohdat. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa aineiston säilyttämisessä otin huomioon turvalliseen tietosuojattuun säilyttämiseen liittyvät seikat, mutta en huomionnut enkä informoinut vastaajille sitä, mitä kerätylle aineistolle tapahtuu tutkimuksen lopussa. Tästä olisi pitänyt olla maininta kirjoituspyyntö- ja saatekirjeessä. Aineisto tullaan kuitenkin kokonaan hävittämään, koska tietoa aineiston säilyttämisestä tutkimuksen jälkeen ei erikseen annettu tai lupaa siihen kysytty ja tämä asia liittyy luottamuksellisuuteen. Tutkimusaineiston käsittelyn lähtökohtana on aina aineiston luottamuksellisuus ja tutkijan on noudatettava tutkitaville antamia lupauksia aineiston käytöstä ja käsittelystä. (Mäkinen 2006, 148.) Lisäksi Mäkisen (2006, 120) mukaan aineiston mahdollinen arkistointi tulisi toteuttaa vasta perusteellisen pohdinnan jälkeen ja kysyä neuvoa asiaan asiantuntijoilta. Toisaalta aineiston arkistointiin ei ole aihettakaan, jos tutkimuksen mittari on ollut validi ja helposti toistettavissa.

Ihmistieteissä eettisten normien tärkein lähtökohta on ihmisen **kunnioittamista** ilmentävät arvot. Tällaisia eettisiä periaatteita ovat **tutkittavien ihmisten itsemääräämisoikeus, vahingoittamisen välttäminen ja yksityisyyden ja tietosuojan kunnioittaminen**. Tutkittavien itsemääräämisoikeus näkyy osallistumisen vapaaehtoisuutena tutkimukseen. Osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja perustua riittävän tietoon. Tutkittava voi antaa suostumuksensa suullisesti tai kirjallisesti. Tutkimuksessani kohteliaaseen kirjoituspyyntöön vastaaminen osoittaa tutkittavan suostuneen tutkitavaksi eikä näinollen erillistä kirjallista suostumusta tarvita (mts.231- 232). Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen liittyy läheisesti **tutkittavien informointi**, jotta päätöksenteko tutkimukseen osallistumisesta olisi eettisesti kestävä.

Aineistonkeruun suunnittelussa tuleekin kiinnittää huomiota tutkittavien informointiin, sillä se vaikuttaa siihen, saako tutkija tutkimukseensa tutkittavia. Informoinnissa tulisi löytyä tutkijan nimi ja yhteystiedot, tutkimuksen tavoite, osallistumisen vapaaehtoisuus ja aineistonkeruun toteutustapa, luottamuksellisesti annettujen tietojen suojaaminen ja niiden käyttötarkoitus. Ehdottomin osa informoinnissa on kirjallinen

tieto siitä, mikä on tutkimuksesta vastaava taho ja keneen voi ottaa yhteyttä lisätietojen saamiseksi tutkimuksesta (Kuula 2006, 101- 104; Mäkinen 2006,95). Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien valintaperusteiden tulee olla tutkittavien tiedossa. Itsemääräämisoikeudessa olennaista on myös se, että tutkittavat voivat itse määritellä sen, kenelle ja missä määrin omaa yksityiselämäänsä valottavat. (Kuula 2006,80.)

Mahdollisuus vastata kirjoituspyyntööni anonymisti suojelee erittäin hyvin tutkittavien **itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä**. Vastaajille jää mahdollisuus itse säädellä sitä, vastaavatko he kirjoituspyyntöön ollenkaan (vapaaehtoisuus) ja jos vastaavat, niin kuinka laajasti tai syvästi (itsemääräämisoikeus). Vastaajille jää täydellinen itesesäätelyn mahdollisuus sekä rauha mieltä vastauksiaan. Tutkimuksen tekijän läsnäolo ei ollut vaikuttamassa saatuihin vastauksiin ja kirjoituksiin, mikä osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta tarkentavien lisäkysymysten tekeminen ei ollut mahdollista, mikä saattaa heikentää luotettavuutta.

Saatekirje, joka sisälsi kirjoituspyyntöä ohjaavat kysymykset, antoivat tutkittaville riittävästi informaatiota tutkimuksen tarkoituksesta sekä tutkimuksen tekijän yhteystiedot lisäinformaatiota varten. Seksuaalisuus-käsitteen auki kirjoittaminen saatekirjeeseen lisää luotettavuutta siinä mielessä, että käsitteet merkitsevät eri ihmisille eri asioita. Seksuaalisuus-käsite oli tärkeää avata, jotta kaikki tutkimukseen osallistuvat ymmärtävät, mitä tällä käsitteellä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan.

Tietosuojan kunnioittaminen toteutui aineiston asiallisella säilyttämisellä tutkimuksen aikana sekä sen hävittämisellä tutkimuksen jälkeen. **Tietosuoja** tarkoittaa ihmisen yksityisyyden kunnioittamista ja suojelemista mikä käytännössä tarkoittaa velvollisuutta noudattaa tietosuojalainsäädäntöä. Lain huolellisuusvelvoite edellyttää tutkittavien yksityisyyden suojan loukkaamattomuutta. Suojaamisvelvoite vaatii henkilötietojen suojaamista niin, että asiattomat eivät pääse niihin käsiksi. Tietosuoja liittyy tunnistettavuuteen, aineistojen anonymisointiin ja arkistointiin. (Kuula 2006, 63 -64; Mäkinen 2006, 120)

Vahingoittamisen välttämistä mietin tutkimuksen edetessä myös eli sitä, minkälainen riski on nostaa kenties ahdistusta aiheuttavaa muisto- aineesta esiin. Luotin kuitenkin naisten itsesääteilykykyyn sekä siihen tosiasiaan ja tietoon, että jokainen vastaaja oli käsitellyt jo aborttiinsa liittyvät tunteet sekä tilanteet Itu: n Askeleet- vertaistukiryhmässä. Vain yksi vastaajista kirjoitti, että aihe oli edelleen raskas ajatella ja hän jätti vastaamatta moniin kysymyksiin. Hänen kohdallaan tilanne oli monimutkaisempi ja sisälsi enemmän raskasta muistoinesta kuin muilla vastaajilla. Tämän takia tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta jätin hänen kirjoituksensa analyysin ulkopuolelle.

Kuulan (2006, 62 -63) mukaan **henkisen ja fyysisen vahingoittamisen välttäminen** on normi, joka on kaikissa ihmistieteiden eettisissä ohjeissa. Fyysiset vahingot ovat sangen harvinaisia, mutta tutkimuksella voidaan aiheuttaa myös henkisiä, sosiaalisia ja mahdollisesti taloudellisia vahinkoja. Henkisen vahingon välttämiseen kuuluu tutkittavien kunnioittaminen vuorovaikutustilanteessa. Saatekirjeessä pyrin kunnioittamaan sävyyn tuomaan esille tutkittavien kokemuksen merkityksen aiheesta, jota on tutkittu hyvin vähän. Henkisen rasituksen ja vahingon mittaaminen ja etukäteisarviointi on kuitenkin vaikeaa. Uutta tietoa pitää pystyä tuottamaan myös arkaluonteisista ja vaikeista asioista. Tutkija voi suojata tutkittavien henkistä vahingoittumista raportoinnin yhteydessä huolehtimalla tutkittavia kunnioittavasta ja positiivisesta kirjoitustyylistä sekä huolehtimalla tarkasti siitä, että anonymius ja tunnistamattomuus säilyvät.

**Metodin käyttö** liittyy tutkimusprosessiin ja eettisyyteen. Kun metodina on kirjoituspyyntö, kuinka voidaan varmistaa se, että vastaukset ovat luotettavia? Myös kirjoituspyyntöä ohjaavien kysymysten asettelua on syytä pohtia. Olivatko ne tarkoituksenmukaisia ja yksiselitteisiä? Kysymykset mietittiin yhdessä Itu-työn vastaavan kanssa huolellisesti. Lisäksi ne lähetettiin kahdelle henkilölle korjausehdotuksia varten. Toinen heistä oli seksologian ammattihenkilö ja toinen Itu-työssä toiminut vapaaehtoinen. **Validiteetilla eli pätevyydellä** tarkoitetaan sitä, että mittaako mittari (kirjoituspyyntö kysymyksineen) sitä asiaa, josta halutaan saada tietoa ja ymmärtääkö vas-



taaja kysytyt kysymykset. Pätevyyden näkökulmasta esimerkiksi kysely tai tässä tapauksessa esitetyt kysymykset pitäisi aina testata kriittisillä vastaajilla. (Mäkinen 2006, 87,92- 93.)

Kysymyksiin tulikin muutama pieni korjaus, lähinnä sananvalintoihin liittyen. Muuten ajattelen, että kysymykset ohjasivat vastaajia kirjoittamaan aiheista, joista Itu-työn vastaava ja tutkija itse olivat kiinnostuneita. Erityisesti yhdessä kirjoituksessa haasteena oli se, että varsinaisiin kysymyksiin oli vastattu niukkasanaisesti. Sitä vastoin asian vierestä oli kirjoitettu runsaammin kirjoittajan näkemyksiä. Kuten aiemminkin todettu, tämä riski oli tiedossa. Mielestäni valittu metodi eli kirjoituspyyntö ohjaavien kysymysten kera toimi riittävän hyvin ja oli pätevä kyseiseen tutkimukseen ja vastausten saamiseen tutkimuskysymysten valossa. Tutkimus on myös toistettavissa samalla metodilla ja uutta aineistoa on mahdollista saada tulevaisuudessakin ollen näin validi eli pätevä tässäkin suhteessa.

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy tutkijan oma **subjektipositio** tutkimukseen nähden. Metsämuuronen (2005, 25) kirjoittaa, että tieto tulisi hankkia objektiivisesti ja puolueettomasti. Toisaalta tieteellinen tiedonanto ei koskaan voi olla täysin arvovaapaata. Vaatimus täydellisestä objektiivisuudesta on tieteen ihanne, tavoite jonne pyritään. Tutkijan käsitykset todellisuudesta ja luotettavasta tiedosta ja etenkin ihmiskäsitys vaikuttaa aina tutkimuksen tekemiseen. Tutkijana minulla on edeltä käsin sekä kokemuksellista, että koulutuksesta saatua tietoa abortista ja sen vaikutuksista naiseen. Toimin vapaaehtoisena työntekijänä Itu-työssä ja olen saanut molemmat koulutukset sekä kriisiraskaustyöhön, että abortin vertaisryhmän ohjaajan rooliin. Tutkimuksessani pyrin objektiivisuuteen ja koko työssä monipuolisten näkökulmien esilletuomiseen. Pyrin tietoisesti koko työn tekemisen ajan pitämään mielessäni sen seikan, että puolueellisuus ja mustavalkoinen ajattelu ei palvele ketään eikä myöskään ole eettistä toimintaa. Kokemani arvostus NNKY:n tekemää Itu-työtä kohtaan näkyy kuitenkin siinä, että haluan tuoda esiin järjestön tekemän tärkeän työn naisten hyvinvoinnin eteen ja kuinka se palvelee ja noudattaa laajemmassa mittakaavassa

myös kansainvälisiä ja kansallisia seksuaaliterveyden toimintaohjeita abortin hoidossa.

## 9 Pohdinta ja johtopäätökset

Kolmannen sektorin Itu-työ on pieni, mutta sitäkin tärkeämpi osa laajempaa seksuaaliterveyden edistämisen kenttää ollen ainoa taho Pohjoismaissa, joka antaa systemaattiseen ohjelmaan ja kriisipsykologiseen malliin perustuvaa tukea ja apua kriisiraskaustilanteisiin ja abortin jälkiseurauksiin. Seksuaaliterveyden edistäminen on yksi terveyden edistämisen painopistealueista. Työssäni halusin tuoda näkyville sen laajemman viitekehyksen, johon Itu-projekti (Itu-työ) on syntymästään lähtien liittynyt ja jossa se nykyäänkin toimii. **Psykososiaalisen tuen ja tiedon antamisen tarve sekä tärkeys aborttiprosessissa** on tunnustettu WHO:n turvallisen abortin suosituksessa (2014, 55- 57), Suomen seksuaaliterveyden edistämisen toimintaohjelmissa (2007-2011 ja 2014- 2020) ja sen pohjalta laaditussa Suomen Käypä hoito-suosituksessa abortin hoidossa (2013). Lisäksi ohjeissa korostetaan **kokonaisvaltaisen neuvonnan antamista**, johon mielestäni kuuluu vaihtoehtojen pohtimisen lisäksi myös tiedon antamista abortin mahdollisista vaikutuksista naisen seksuaalisuuteen. Kokonaisvaltaisen neuvonnan kehittäminen Itussa oli tämän työn päätavoite.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Itu-työn kanssa ja vastasi tarpeeseen saada lisätietoa abortin vaikutuksista naisten seksuaalisuuteen. Jo työn alkuvaiheessa selvisi tutkimusaiheen merkitys senkin vuoksi, että tutkittua tietoa asiasta löytyy hyvin vähän. Suomessa ei abortin vaikutuksia seksuaalisuuteen ole tutkittu lainkaan ja maailmalla-kin tutkimusta aiheesta on melko vähän. Läpinäkyvyyden vuoksi kappaleessa 3. on lueteltu tiedonhaussa käytetyt hakusanat ja tietokannat sekä synteesiä tutkimusten tuloksista ja johtopäätöksistä. Koska tutkimustietoa abortin vaikutuksesta seksuaalisuuden ja parisuhteen psykodynamiikkaan on todellakin vähän, koin tärkeäksi ottaa mukaan myös tutkimustietoa abortin vaikutuksesta fyysiseen ja erityisesti psyykkiseen terveyteen holistisen ihmiskuvan mukaisesti. Suomessa seksuaalisuutta paljon tutkinut Osmo Kontula (2012) on sanonut kirjassaan *Mielen seksuaalisuus:* ” Nautinto

on mielen ja kehon liitto”. Näin ollen seksuaalisuuteen vaikuttavat hyvin monet psykofyysiset tekijät ihmisen elämässä. WHO:n määritelmä seksuaalisuudesta, joka on tämän työn pohjana, on vielä laajempi sisältäen jopa kulttuuriset ja poliittiset tekijät. Tästä näkökulmasta aihetta tarkastellessa hypoteesini oli, että abortti saattaa vaikuttaa myös naisen seksuaalisuuteen jollakin tavalla ja ainakin joidenkin naisten kohdalla. Tämä hypoteesi osoittautui oikeaksi.

Kun tutkin kirjallisuudesta abortin vaikutuksia terveyteen, löysin mielenkiintoisen seikan, jonka haluan pohdinnassani tuoda esille. Liittyen abortin vaikutuksiin naisten mielenterveyteen, abortin hoidon Käypä hoito-suosituksen lähdeluettelossa näkyi olevan kaiken kaikkiaan viisi tutkimusartikkelia, joista kaksi on mielestäni melko vanhoja (2 kpl vuodelta 1992). Näihin viitaten Suomen virallinen hoitosuositus toteaa, että abortti ei lisää psykiatrista sairastuvuutta suurimmalla osasta naisia. Kun tutkin tarkemmin lähdeluettelossa olleen yhden tutkimuksen johtopäätöksiä (Zolese & Blacker, 1992) löytyi sieltä tulos, että suurin osa naisista ei sairastu psyykkisesti abortin jälkeen. Sen mukaan ”vain” noin 10 %:lla naisista on vakavia tai pitkäaikaisia psyykkisiä ongelmia (ahdistus ja masennus) abortin jälkeen.

Mielenkiintoista on myös se, että suomalaisen tutkijan Gisslerin ym. (1996) laajaa suomalaiseen rekisteriin vuosilta 1987- 1994 perustuvaa tutkimusta ei Käypä hoitosuosituksesta enää löytynyt. Todistettavasti se on jossakin vaiheessa siellä ollut. Todistusaineistoa asiasta löytyy vanhemmista opinnäytetöistä, mutta kuitenkin 2000-luvulta, joissa viitataan Käypä hoidon lähteeseen ja Gisslerin tutkimukseen. Tämä tutkimus nimenomaan tutki itsemurhien esiintyvyyttä liittyen erityyppisiin raskauksiin. Abortin tehneillä naisilla Itsemurhaluku oli kuusinkertainen verrattuna synnyttäneisiin naisiin ja kolminkertainen (34,7 / 100 000) verrattuna keskimääräiseen naisten tekemään itsemurhalukuun (11,3 / 100 000).

Antaako Suomen virallinen hoitosuositus liian positiivisen kuvan abortin vaikutuksista naisen psyykkiseen terveyteen? Jos linjaus on tarkoituksellinen, niin minkä vuoksi? Miksi erilaisista tutkimustuloksista ja johtopäätöksistä tai siitä pienestä kymmenen

prosentin naisjoukosta ei ole suoraa mainintaa? Onko tarkoituksena lieventää pelkoa, syyllisyyttä? Kuitenkin samassa hoitosuosituksessa korostetaan naisen oikeutta saada tukea psyykkiseen vointiinsa ja psykososiaalisen tuen tarpeen tarkistusta erityisesti jälkitarkastuksen yhteydessä. Tällainen ambivalenssi saattaa hämmentää suosituksen lukijoita, allekirjoittanutta ainakin. Totuus tutkimuksista on kuitenkin se, että niiden johtopäätökset ovat ristiriidassa keskenään ja asiallista olisi tuoda myös tämä ihmisten tietoisuuteen. Esimerkiksi nainen, joka tuntee pahaa oloa, masentuneisuutta, häpeää ja syyllisyyttä abortin jälkeen, voi ajatella, että hänellä ei kuuluisi olla tällaisia tuntemuksia, koska tutkimukset ovat toista mieltä. Toki em. tunteiden tuntemisesta on vielä matkaa psyykkiseen sairastumiseen. Toisaalta masennus ja ahdistus ovat psykiatrisessa sairausluokituksessa. Ambivalenssi omien tunteiden ja yleiseksi rakentuneen mielipiteen välillä saattaa johtaa siihen, että tunteiden olemassaololle ei anneta oikeutta ja nainen joutuu painamaan ne alas. Mielestäni rehellinen ja avoin tiedottaminen, neuvonta ja ohjaus abortin mahdollisista vaikutuksista palvelee asianomaisia ja heidän hyvinvointiaan aina parhaiten.

Vuonna 2008 aloitettu tutkimus (Trujillo ym. 2012, 333 – 337) käypä hoitosuosituksen käytöstä ja ohjeistuksista keskeytysyksiköissä sai tulokseksi mm. sen, että jälkitarkastus, johon myös psykososiaalisen tuen kartoitus kuuluu, oli heikosti ohjeistettu. Yksiköiden ohjeistuksissa 34 % :ssa ei ollut mainintaa psykososiaalisesta tuesta. Voisiko edellä mainitsemani ristiriitainen viesti siitä, että abortti ei juurikaan lisää psykiatrista sairastuvuutta olla yksi syy siihen, että psykososiaalisen tuen tarve on jäänyt vähemmälle huomiolle? Tämä on myös saattanut johtaa siihen, että tutkimukseni naiset ovat kokeneet jääneensä ilman minkäänlaista tukea?

Vaikuttiko abortti vertaisryhmissä käyneiden naisten seksuaalisuteen ja jos vaikutti, niin millä tavalla? Kirjoituspyynnön kysymysten tarkoituksena oli houkutella naisia pohtimaan aihetta monelta eri näkökulmalta ja tavoitteena myöskin oli saada vastauksia tutkijaa ja toimeksiantajaa kiinnostaviin kysymyksiin. Tutkimuskysymykset saivat vastauksensa. Vastausprosentin ollessa vain 18, ei tuloksista voi tehdä pitkälle meneviä yleistäviä johtopäätöksiä. Fenomenologisessa laadullisessa tutkimuksessa

pyritäänkin saamaan tietoa ihmisen kokemuksesta ja lisäämään ymmärrystä siitä, ei niinkään yleistettävää tietoa. Pitää muistaa se tosiasia, että informanttijoukko (39), jolta tietoa pyydettiin, olivat niitä henkilöitä, jotka olivat kokeneet abortin haittoja ja halunneet sen vuoksi käsitellä asiaa vertaisryhmissä. Tästä laajemmasta informanttijoukosta (7) vastasi kirjoituksellaan kertoen seksuaalisuuteen liittyvistä vaikutuksista ja analyysiin päätyi 6. Eli kyseessä on todellakin marginaalinen ryhmä naisia, joiden kokemukset päätyivät tutkimukseeni ja se on tärkeää tuoda tässä toistona erityisesti esille.

Tässä pienessä aineistossa abortin vaikutukset seksuaalisuuteen näyttivät olevan pääasiassa radikaaleja, mutta kuitenkin samansuuntaisia aiempien tutkimustulosten kanssa. Aiempia tutkimuksia löytyy erityisesti liittyen tunne-elämän ja psyykkisen voinnin muutoksiin sekä vaikutuksista parisuhteeseen. Omassa tutkimuksessani voimakkaimmat vaikutukset näkyivät psyykkisessä voinnissa, seksuaalisen käyttäytymisen muutoksissa, parisuhteessa ja ajatuksissa liittyen lapsen saantiin myöhemmin.

Lähes kaikki vastaajat voivat enemmän tai vähemmän huonosti abortin jälkeen kuvaten olojaan hyvin monipuolisin sanoin. Vakavimmillaan psyykkinen vointi romahti itsemurhan miettimiseen, päihteiden käytön lisääntymiseen ja itseä ja terveyttä vahingoittavaan käyttäytymiseen. Häpeä, ahdistus, syyllisyys ja itseinho olivat useimpien naisten päällimmäiset tunteet. Tämän aineiston tutkimustulokset liittyen naisten psyykkiseen hyvinvointiin ovat samansuuntaiset suomalaisen Mika Gisslerin ym. (1996), ruotsalaisen Soderbergin ym. (1998) ja Colemanin (2011) johtopäätösten kanssa, jotka löysivät yhteyksiä masennukseen, ahdistukseen, päihteiden liikkakäyttöön ja kohonneeseen itsemurhariskiin. Hanna Pelkosen (2007) pro gradu tutkimus 98 naisen kokemuksesta liittyen aborttiin ja syyllisyyden tunteeseen toi esille sen tosiasian, että abortin jälkeiseen syyllisyyteen vaikutti selkeimmin epävarmuus päätöksen tekemisestä. Kaikille naisille yhteistä oli tarve salata kokemuksensa ja suurin este käsitellä syyllisyyttä oli juuri häpeä. Pelkosen (2007) johtopäätös oli, että tuen tarve päätöstä tehtäessä on merkittävä, että nainen ei päätyisi liian helposti keskeytykseen. Samoin tuen tarve abortin jälkeen on ilmeinen. Edelleen Shuping (2011)

toteaa, että painostus ja pakottaminen lisäävät riskiä mielenterveysongelmiin abortin jälkeen. Dykes ym.(2011) saivat tulokseksi negatiiviset tunteet vielä vuosikymmenten jälkeen abortin kokeneilla naisilla. Tutkijoiden mukaan mahdollisuus abortin käsittelyyn tulisi olla koko elämänkaaren ajan.

Dykes ym. (2011, 93 - 112) tutkivat abortin vaikutuksia naisten elämässä pidemmällä aikavälillä. Tutkimuksen kahdeksalla naisella, joilla abortista oli kulunut vähintään 10 vuotta ja jotka olivat menopausi- iässä, kokivat negatiivisia emotionaalisia vaikutuksia vielä vuosikymmenten jälkeen. Aktiivinen unohtaminen ja asian hautaaminen olivat olleet pääasiallisia strategioita asian käsittelyssä, mutta muistoaines pyrki siitäkin huolimatta edelleen tietoisuuteen. Välittömiä tunteita ja ajatuksia tutkimuksen naiset kokivat samantapaisesti kuin oman tutkimukseni naiset. He kokivat katumusta, häpeää, salailua, itsensä tuomitsemista, pelkoa muiden tuomiosta, pelkoa että jää hedelmättömäksi rangaistukseksi ja yksijäämistä vastuun kanssa. Toisaalta naiset myös tunsivat kasvaneensa henkisesti ihmisinä hyväksyvämmäksi muita ihmisiä kohtaan, joilla vaikeita elämäkokemuksia. Tutkimuksessa mainitaan termi Post abortion syndrome (PAS), jolla ei ole virallista sijaa psykiatrisessa tautiluokituksessa, mutta on samantyyppinen kuin post traumatic stress disorder (PTSD). PAS: ssa nimenomaan tyypillistä on traumakokemuksen (abortti) aiheuttaman haitallinen stressi ja tietoisuuteen tunkeutuvat muistikuvat tapahtumista. Abortin käsittely tavalla tai toisella jonkun kanssa on tämänkin tutkimuksen johtopäätös ja suositus.

Naiset kirjoittivat kaikkein eniten kuvauksia siitä, mitä abortin jälkeen tapahtui heidän suhtautumiselleen seksuaalista kanssakäymistä kohtaan. Seksuaalikäyttäytymisen ja tähän liittyvän asenteen muutokset, joista ei kuitenkaan aiempia tutkimuksia ole tehty, olivat muutaman yksilön kohdalla yllättävän suuria. Osa naisista ilmoitti, että heillä abortti ei vaikuttanut mitenkään seksuaaliseen halukkuuteen tai käyttäytymiseen tai, että he eivät ainakaan tunnistaneet sellaista. Vaikutukset jaoin viiteen alalukuun esiin nousseiden asioiden pohjalta; ei mitään vaikutusta, välinpitämätön asenne ja riskikäyttäytyminen, kumppanin pettäminen, seksuaalisten tunteiden kuo-

lema sekä ajattelun, seksuaalikäyttäytymisen ja elämän muutos pidemmällä aikavälillä.

Vaikutukset parisuhteeseen olivat aiempien tutkimustulosten kanssa samansuuntaisia; lisääntyneitä ristiriitoja ja eroja. Negatiiviset vaikutukset parisuhteeseen tässä tutkimuksessa näyttävät olevan yhteydessä siihen, kokeeko nainen painostusta aborttiin miehen taholta ja/tai jääkö nainen ilman miehen tukea abortin jälkeisessä tunnekuormassa. Jälkiseuraukset olivat riitoja, välien kylmenemistä, kumppanin pettämistä ja eroja. Pari naista tuli uskoon ja päätyi elämään ilman parisuhdetta ja selibaatissa. Myös pelko solmia uusia parisuhteita ja tulla uudelleen satutetuksi jäi elämään. Konfliktiherkkyys ja ristiriidat nykyisessä parisuhteessa lisääntyivät abortin tekemisen jälkeen myös Bianchi-Demichelin ym. (2007) ja Colemanin (2009) laajassa kirjallisuuskatsauksessa. Yksi tulos oli, että jopa neljäsosa pariskunnista eroaa abortin jälkeen. Eräs johtopäätökseni omasta tutkimuksestani on se, että naisen vaikeat tunteet abortin jälkeen ovat ilmeisesti vaikuttamassa sekä seksuaalikäyttäytymisen, että parisuhteen hyvinvoinnin muutoksiin.

Naisten suhtautuminen uudelleen raskaaksi tulemiseen muuttui myös. Lähes kaikille naisista tuli raskaudenpelkoa ja pelkoa erityisesti siitä, että seuraavallakin raskauskerralla mies jättää naisen selviytymään yksin. Eräs nainen kuvaili pelkoa siitä, että ei enää voisi tulla ollenkaan raskaaksi ja sen vuoksi hankkiutui nopeasti uudelleen raskaaksi. Huomionarvoista on se kokonaisvaltainen kokemus, jossa nainen ei uskalla enää luottaa mieheen ja hänen vastuunottamiseensa ja tukeensa raskaustilanteessa. Raskaus on naiselle eräällä tavalla haavoittuva tila, jossa hän tarvitsee ja kaipaa miehen suojelua ja tukea. Tutkimukseni abortin kokeneet, etenkin nuoret naiset, ovat jääneet tilanteeseen, jossa halu saada lapsia on tullut uudelleen arvioitavaksi. Jotkut kuvasivat myös sitä, miten tarve tulla uudestaan raskaaksi ja toisaalta raskaudenpelko loivat ristiriitaa tunne-elämään.

Toiseen tutkimuskysymykseeni siitä, jossa kysyttiin saivatko naiset keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista aborttiprosessin aikana, ei saatu vastausta suoraan.

Naiset ilmaisivat asian niin, että he jäivät vaille ilman minkäänlaista tukea. Vaikka tuen saamista ei suoraan kysytty kirjoituspyynnön kysymyksissä, on aihe kuitenkin sen verran tärkeä, että otin sen mukaan analyysiin. Kaikilla naisilla oli se kokemus, että he olivat jääneet ilman tukea ja ohjausta aborttiprosessin aikana. Tulkintani vastauksista on se, että tällöin myös seksuaalisuus-aihe on kokonaan ohitettu aborttiprosessin aikana. Kuitenkin toisen tutkimuskysymyksen toiseen osaan saatiin vastauksia. Siinä kysyttiin, että kokevatko naiset tarpeelliseksi keskustella/käsitellä myös seksuaalisuuteen liittyvistä asioista aborttiprosessin aikana. Neljä naista kuudesta kirjoitti, että myös tämän puolen huomioonottaminen olisi tärkeää, koska abortti vaikuttaa niin kokonaisvaltaisesti naiseen. Naisten lausunnot puoltavat kokonaisvaltaisen neuvonnan antamisen tärkeyttä myös seksuaalisuuden osalta.

Tutkimustulosten pohjalta ja aiempien tutkimusten valossa voidaankin vetää johtopäätös, että joillekin naisille vaikutus seksuaalisuuteen sen laajan määritelmän perusteella, voi olla hyvinkin radikaali ja sitä ei tulisi jättää huomiotta aborttiprosessin neuvonnan ja siihen liittyvän tuen aikana. Naista voidaan informoida jo aborttimitintä vaiheessa mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen, jos sellainen on. Myös useimmissa aiemmissä tutkimuksissa tämä oli suosituksena johtopäätöksissä. Abortin jälkihoidossa joko yksilötapaamisen yhteydessä tai vertaisryhmässä voi myös asian suhteen tapahtua luvan antoa puhumiseen ja tiedon antamista, mikä jo yksistään on useimmille asiakkaille helpottavaa. Vaikutusten pitkäaikaisuutta seksuaalisuuteen on vaikea ennustaa ja holistisen ihmiskäsityksen mukaan siihen vaikuttavat monet yksilölliset ihmisen elämään, persoonaan, voimavaroihin ja ihmissuhteisiin vaikuttavat tekijät.

Bianchi-Demicheli & Ortigue (2007) kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksissä todettiin, että pidemmän aikavälin negatiiviset vaikutukset seksuaalisuuteen ovat harvinaisia. Sitä vastoin samaisessa katsauksessa jopa 30 % naisista raportoi abortin jälkeisistä seksuaalisista toimintahäiriöistä. Oman tutkimukseni metodi ei vienyt tutkimusta tälle tasolle. Lisätutkimusta olisi mielenkiintoista saada erityisesti näistä toimintahäiriöistä suomalaisten naisten keskuudessa ja siihen on jo validoitu mittarikin olemassa



(FSFI).([www.fsfiquestionnaire.com](http://www.fsfiquestionnaire.com).) Lisätutkimusta olisi hyvä tietysti myös saada suuremmalla joukolla, Suomessa ja myöskin pidemmällä aikavälillä. Miehen näkökulma ja osallisuus niin usein unohdetaan lisääntymisterveys-palveluissa. Hyvä olisi tutkia miehen kokemuksia aborttiprosesseissa ja niiden vaikutuksia heidän elämänsä eri alueisiin, kuten esimerkiksi seksuaalisuuteen. Tämä aihepiiri on ilmeisen tutkimatonta vielä. Kiinalaisen tutkimuksen (Fok ym. 2005) mukaan myös abortin tehneiden naisten partneritkin kokivat seksuaalisen halun laskua abortin jälkeen.

Tällä kertaa kysymyksiin ohjattu kirjoituspyyntö metodina toimi kiitettävästi aiheen tutkimisen avauksena ottaen huomioon aiheen sensitiivisyys ja aineiston kerääminen laajalti ympäri Suomea. Tampereen NNKY:n Itu-työ; sen työntekijät ja vapaaehtoiset vertaisohjaajat voivat saada työstäni uutta tietoa ja materiaalia tekemälleen tuki- ja neuvontatyölle yllätysraskaustilanteissa ja abortin jälkihoidossa. Kokonaisvaltainen neuvonta kuuluu abortin hyvää hoitoon ja on kaikkien suositusten mukainen sekä löytyneiden tutkimusten johtopäätösten kanssa samansuuntainen. Tiedonanto, neuvonta, luvan anto seksuaalisuudesta puhumiseen sekä normalisointi ovat asiakasta auttavia ja helpottavia asioita silloin kun kysymykset abortin mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen tulevat esille.

## Lähteet

Aaltola, J & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3.uud.p. PS-kustannus.

Abortion statistics, England and Wales 2013. Viitattu 18.11.2014

<https://www.gov.uk/government/statistics/report-on-abortion-statistics-in-england-and-wales-for-2013>

Ahola, S. 2011. ”Ero kuin yöllä ja päivällä”. Kokemuksia Askeleet-tukiohjelmasta abortin jälkeisten tunteiden käsittelemisessä. Opinnäytetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Apter, D., Väisälä, L., Kaimola, K.(toim.) 2006. Seksuaalisuus.1.painos.Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Bianchi-Demicheli, F., Ortigue S. 2007. Insight of women`s sexual function and intimate relationships after termination of pregnancy: A review on recent findings and future perspectives. Current Women`s Health Reviews 2007, vol.3. Issue 1, p.31-41.

Bradshaw, Z. & Slade, P. 2005. The relationships between induced abortion, attitudes towards sexuality and sexual problems. Sexual and Relationship Therapy. Vol 20, No. 4, November 2005, p. 392-406.

Coleman, P. 2011. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. The British Journal of Psychiatry.199:p.180-186.

Coleman, P., Rue, V., Coyle, C. 2009. Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. Public Health (Elsevier). Apr. 2009, Vol.123. Issue 4, p. 331-338.

Dykes, K., Slade, P., Haywood, A. 2011. Longterm follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy: womens views at menopause. Journal of Reproductive and Infant Psychology. Vol.29, No.1, Feb.2011, 93 - 112.

Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Reija Klemetti & Eija Raussi-Lehto (toim.). Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Opas 33/2014. Viitattu 19.11.2014.

<http://www.julkari.fi/handle/10024/116162>

Fok, W., Siu, S., Lau, T. 2005. Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a chinese population. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Elsevier.

FSFI Website: [www.fsfiquestionnaire.com](http://www.fsfiquestionnaire.com). Viitattu 10.2.2015.

Gissler, M. & Heino, A. 2013. Toistuvat raskaudenkeskeytykset Suomessa 1983 - 2009. Suomen lääkirilehti 47/2013, 3083-3086.

Gissler, M., Hemminki E., Lonnqvist J. 1996. Suicides after pregnancy in Finland: 1987-94: register linkage study. British Journal of Medicine 313:1431-4. BMJ 1996; 313 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1431>. BMJ 1996;313:1431. Viitattu 9.12.2014.

Gissler M. 2005. Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000," European J. Public Health 15(5):459-63.

Glazier, A., Gulmezoglu, A., Schmid, G. Moreno, C. Van Look, P. 2006. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet 2006; 368: 1595-607.

Guttmacher Institute 2012. Induced Abortion Worldwide. Viitattu 2.2.2015. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/induced\\_abortion\\_2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortion_2012.pdf?ua=1).

Heikinheimo, O & Mentula, M. 2013. Raskaudenkeskeytyks toisella raskauskolmanneksella. Suomen lääkirilehti 12/2013, vsk 68, 917 - 922.

Itu-projektin kotisivut. Viitattu 17.11.2014. [Http://www.ituprojekti.net](http://www.ituprojekti.net)

Itu-työn esite. Askeleita abortista toipumiseen.

Itu-uutiset, syksy 2014. Tampereen NNKY. Tammerprint Oy, Tampere.

Journey-matka aborttikokemuksesta toipumiseen. 2005. CARE Centre Network. Suomenkielinen Copyright Ituprojekti Tampereen NNKY.

Kalinko, S. & Kleimola, S. 2012. Terveystoimittaja aborttiasiakkaan tukijana. Naisten kokemuksia tunteista ja tuen tarpeesta. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

Kauranen, V. 2011. Abortti ja siitä selviytyminen. 1. painos. Art House. Helsinki.

Kauranen, V. 2012. Alkuraskauden abortti ei lisää psyykkisiä ongelmia. Suomen lääkirilehti 8/2012 vsk 67, 575.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Heikinheimo, O., Tarnanen, K. 2013. Käypä hoito-suositus, raskauden keskeytys, potilaalle. Viitattu 8.11.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00025>

Käypä hoito- suositus 2013. Naisten taudit ja synnytykset, raskauden keskeytys. Viitattu 10.11.2014.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi27050.pdf>

Malinen, H. 2007. Naisten kokemuksia ohjauksesta raskaudenkeskeytysprosessissa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja.1.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimisen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3.laitos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Morotti, M., Calanni, L., Gianola G., Ansarini, P., Venturini, S., Ferrero, S. 2014. Changes in sexual function after medical or surgical termination of pregnancy. The Journal of Sexual Medicine. p. 1495- 1504.

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

Niinimäki, M. 2009. Medical compared with surgical management in induced abortions and miscarriages. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.

Niinimäki, M. 2012. Raskaudenkeskeytykseen päätyvä nainen tarvitsee tukea. Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 5/2012, vsk 67, 316.

PAHO, WHO, WAS 2000. Promotion for Sexual Health. Recommendations for action. Guatemala 2000.Viitattu 1.10.2014.

<http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/promotion-sexual-health.pdf>

Papunen, O. 2014. Tilastotietoa Itu-projektista 2013 ja RAY loppuraportti 10.8.2010. Sähköpostiviesti 22.10.2014.

Papunen, O. 2014. Itu-vastaava. Haastattelu 20.11.2014.

Pelkonen, H. 2007. Abortti ja syyllisyydentunne: Sisällönanalyysi abortin kokeneiden naisten kirjeistä. Pro gradu tutkimus. Helsingin teologinen tiedekunta.Helsingin yliopisto.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 20.5.2014.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012 -2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Shuping, M. 2011. Wantedness & Coercion: Key factors in understanding women`s mental health after abortion. Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change. Research Bulletin. Vol.23, no.2. 2011. Viitattu 18.11.2014.  
<http://www.abortionresearch.us/images/Vol23No2.pdf>

Soderberg, H., Janzon, L., & Soderberg, N-O. 1998. Emotional distress following induced abortion: A study of its incidence and determinants among abortees in Malmo, Sweden. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 79:173-178.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1970. Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1970. Asetus raskauden keskeyttämisestä 29.5.1970/359. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700359>

Terveyden edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Viitattu 21.5.2014.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1976-6>

THL. Raportti 27/2011. Seksuaalineuvonnan tueksi. Etiikka seksuaalineuvonnassa.  
<http://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvintointi/seksuaalineuvonnan-tueksi>

THL. Tilastoraportti 18/2013, 28.6.2013.  
Suomen virallinen tilasto, Raskaudenkeskeytykset. Viitattu 28.9. 2014  
<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/raskaudenkeskeytykset/raskaudenkeskeytykset>.

THL. Tilastoraportti 25/ 2014. Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Raskaudenkeskeytykset 2013. Viitattu 10.11.2014.  
<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/raskaudenkeskeytykset>

Thompson, J. (toim.) 2007. Kutsuttu välittämään. Kristillisen kriisiraskausneuvonnan käsikirja. Copyright CARE Centres Network. [www.pregnancy.org.uk](http://www.pregnancy.org.uk)

Tiitinen, A. 2014. Duodecim, terveyskirjasto, raskauden keskeytys. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00166](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00166)

Toffol, E. 2013. Mental health and reproductive health in women. Väitöskirja. Helsingin yliopisto  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-898-8>

Trujillo, L., Heikinheimo, O., Tuomi, S., Hurskainen, R. 2012. Toteutuuko Käypä hoitosuositus varhaisissa raskaudenkeskeytyksissä? Suomen Lääkärilehti 5/2012, vsk 67, 333-337.

Tuomaala, S. 2011. Keskeytyksiä elämässä. Naisten toimijuudet aborttikertomuksissa. Uskontotiede 13. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-6908-6>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. 10. uudistettu laitos.

WAS 2014. Other Documents; working definitions after WHO technical consultation on Sexual Health. Viitattu 20.11.2014.  
<http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/working-definitions-after-who.pdf>

WHO 2014. Sexual and reproductive health. Working definitions. Viitattu 20.11.2014.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

WHO 2012. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. The World Health Organization, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/)  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1)

WHO 2014. Clinical practice handbook for Safe abortion. Viitattu 2.2.2015.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf)

Zolse, G. & Blacker, CV. 1992. The psychological complications of therapeutic abortion. British Journal of Psychiatry 1992;160:742-9.

## Liitteet

### LIITE 1. Kirjoituspyyntö raskauden keskeytyksen vaikutuksista seksuaalisuuteen

Seksuaalisuutta voidaan määritellä monin eri tavoin. Lyhyesti voisi kuitenkin sanoa, että seksuaalisuus on se, mitä me olemme ja seksi sitä mitä me teemme. Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt seksuaalisuuden seuraavasti:

*”Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa ja se käsittää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin, sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, seksuaaliset suhteet ja lisääntymisen. Seksuaalisia kokemuksia ja seksuaalisuuden ilmenemismuotoja ovat ajatukset, fantasia, halut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, seksuaalisuuden harjoittaminen, roolit ja suhteet. Biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, eettiset, lailliset, historialliset, uskonnolliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat vuorovaikutuksessa seksuaalisuuteen”.* (THL- seksuaalisuus.)

Olet läpikäynyt abortin. Tutkimusten mukaan raskauden keskeytyksellä on vaikutuksia seksuaalisuuteen; seksuaalielämään, -toimintoihin ja lisääntymiseen. Seksuaali-neuvojana minua kiinnostaa nyt kuulla sinun kertomuksesi siitä, miten asia on vaikuttanut sinun seksuaalisuuteesi. Kirjoita myös siinä tapauksessa, jos mitään vaikutusta mielestäsi ei ole ollut tai vaikutus on ollut positiivinen. Koska aihetta on tutkittu vain vähän, on kirjoittamasi kokemus arvokas. Toivon, että vastaisit alla oleviin kysymyksiin omin sanoin.

Teen aiheesta opinnäytetyön Jyväskylän ammattikorkeakouluun (Terveiden edistäminen, ylempi AMK) ja toimeksiantajani on ITU- projekti, Tampereen NNKY. Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja perustuu luottamukselliseen tiedon keräämiseen, säilyttämiseen ja henkilöllisyystietojen salaamiseen. Voit osallistua täysin anonymisti, jos haluat. Vastausvaihtoehtoja ovat s-postilla vastaaminen esim. liitetiedostona tai maapostilla kirjeitse. Lisätietoja tutkimuksesta annan tarvittaessa! Palauta kirjoituksesi 31.8.2014 mennessä. Kiitos!

1. **Taustatietosi:** Ikäsi tällä hetkellä, ikäsi abortin ajankohtana, aborttien lukumäärä, ehkäisytilanne raskaaksi tulemisen aikoihin, parisuhdetilanne abortin aikoihin, seksuaalinen väkivalta elämän varrella...
2. **Seksuaalinen käyttäytyminen:** Muuttuiko seksuaalinen käyttäytymisesi jotenkin abortin jälkeen? Esimerkiksi enemmän/vähemmän seksipartnereita. Enemmän / vähemmän turvallista seksiä, jne. Kuvaile asiaa!
3. **Parisuhde:** Jos olit parisuhteessa abortin aikoihin, niin kuvaile miten abortti mielestäsi vaikutti parisuhteeseen.

4. **Lisääntyminen:** Saitko vielä lapsia, jäitkö lapsettomaksi, tuliko raskauden pelkoa tai tarve tulla uudestaan raskaaksi?
5. **Seksuaaliset reaktiot ja toiminnot:** Vaikuttiko abortti koettuun halun/kiinnostukseen seksiä kohtaan, kiihottumiseen, kostumiseen, orgasmiin, kipuun, yleiseen tyytyväisyyteen seksuaalielämään? Miten?
6. **Henkinen ja hengellinen hyvinvointi:** Vaikuttiko abortti mielestäsi jotenkin henkiseen hyvinvointiisi tai hengellisyyteesi ja sitä kautta seksuaalisuuteen?
7. **Muita vaikutuksia:** Haluatko kertoa vielä jotain muuta, jolla voisi olla vaikutusta seksuaalisuuteesi abortin jälkeen?
8. **Tuen tarve:** Saitko käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä ennen tai jälkeen abortin? Kysyttiinkö sitä? Otitko itse puheeksi? Onko mielestäsi tarvetta käsitellä myös seksuaalisuuteen liittyviä asioita neuvontaprosessin aikana ennen aborttia tai abortin jälkeen? Miten?
9. **Halukkuus jatkotutkimukseen:** Oletko halukas osallistumaan lisätiedon saantia varten haastatteluun joko tässä tutkimuksessa tai myöhemmässä vaiheessa?

Kirsi Lehtonen: kirsi.lehtonen7(at)gmail.com  
p. 041 5382653  
Ristimäenkatu 40 D 225. 33310 Tampere

Sydämellinen kiitos kaikista vastauksistasi 😊 Valmis tutkimus löytyy ja on luettavissa JAMK: n opinnäytetöiden tietokannasta (Theseus) loppuvuodesta 2014.