

Geneettisen raskaudenkeskeytyksen kokeneen tukeminen

Suomen laissa on määritelty perusteet, joilla raskaudenkeskeytys voidaan tehdä. Geneettinen raskaudenkeskeytys eroaa muista lain määrittelemistä perusteista, sillä silloin lapsella on todettu luotettavalla tutkimuksella vaikea sairaus, rakenne- tai kromosomipoikkeavuus. Jos raskaus on ylittänyt normaalin raskaudenkeskeytyksen rajan, eli viikon 12, tulee raskaudenkeskeytykseen hakea lupa Valviralta (sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto). Raskaus voidaan keskeyttää 24. raskausviikkoon saakka, jos lapsella on todettu vakava poikkeavuus. Raskaudenkeskeytys tehdään sairaalassa. Raskaudenkeskeytyksen kokenut voi jäädä hyvinkin yksin, koska läheiset eivät välttämättä ole vielä tienneet raskaudesta. Keskeytyksen kokeneelle on saatavilla erilaista tukea terveydenhuollon ammattilaisilta sekä tukipalveluista koko raskaudenkeskeytysprosessin ajan.

Tukiverkosto

Avun kanavia/ tukea ja keskusteluapua tarjoavat:

- Äitiysneuvola ja perheneuvola
- Sairaala; lääkäri, hoitaja ja sairaalapastori
- Terveyskeskus; lääkäri ja hoitaja
- Psykologi, psykoterapia; ohjaus neuvolasta, sairaalasta, työterveyshuollosta
- Seurakuntien erilaiset vertaistukiryhmät
- Vertaistukiyhdistykset: Lapsettomien yhdistys Simpukka ry ja KÄPY ry mm. vertaistapaamiset ja verkossa tapahtuva vertaistuki; suljetut keskusteluryhmät
- Tyhjän sylin messut: messusta löytävät lohtua niin tahattomasti lapsettomat, lapsensa menettäneet kuin muutkin tyhjää syyliä surevat. Tietoa löytyy Simpukan ja KÄPY ry:n sivuilta sekä seurakuntien tapahtumat/tilaisuudet
- Sururyhmiä: kriisikeskukset, seurakunnat, sairaalat ja terveyskeskukset

Vaikutukset

Tutkimusten mukaan sikiöpoikkeavuuden perusteella tehtävä raskaudenkeskeytys johtaa hyvin samanlaiseen surureaktioon kuin lapsen kohdunsisäinen kuolema. Raskaus on ollut vanhemmille odotettu ja toivottu. Raskaudenkeskeytykseen päätyminen ja sen läpikäyminen on koko perheelle raskas kokemus. Molempien vanhempien tukeminen on tärkeää. Menetykseen liittyy monenlaisia tunteita kuten surua, syyllisyyttä ja vihaa. Tunteet ovat jokaiselle hyvin yksilöllisiä ja usein hyvinkin ristiriitaisia.

Surureaktion voimakkuudet ja tunteet voivat vaihdella hyvin paljonkin. Sureminen on hyvin henkilökohtaista ja yksilöllistä: Jokainen suree omalla tavallaan ja eri tahtiin. Kaikki eivät aina halua keskustella tai tarve keskustelulle herää vasta myöhemmin. Tärkeintä on antaa vanhemmille mahdollisuus puhua asiasta. Asia tulee usein esiin seuraavissa raskauksissa. Pelko ja epävarmuus saattavat

vaikuttaa jo seuraavan raskauden suunnittelussa eikä pelkästään raskaudessa tai raskauden jälkeen. Tutkimusten mukaan naiset tarvitsevat tukea jo ennen seuraavan raskauden alkamista. Tukea saattavat tarvita naisten lisäksi myös miehet. Nämä asiat tulisi huomioida äitiysneuvoloissa. Aikaisempi historia tulisi ottaa puheeksi neuvolassa ja tarvittaessa tarjota keskustelutukea sitä tarvitseville.

Miten tukea raskaudenkeskeytyksen kokenutta?

Lapsen menetys aiheuttaa vanhemmille ja muille perheenjäsenille suurta surua, riippumatta siitä miten ja minkä ikäisenä lapsi on kuollut. Lapsi on olemassa, kun raskaus on alkanut. Hoitohenkilökunta puhuu usein alkioista tai sikiöstä, mutta useimmiten vanhemmat haluavat puhua lapsesta: He ovat menettäneet lapsen. Myötätunnon ja osanoton ilmaiseminen on tärkeää. Sen voi osoittaa sanoin tai elein tavalla, joka on luonteenomaista itselle. Joskus olkapään tai käden puristuskin on riittävä. Eriytyisen tärkeää on kohdata vanhemmat avoimesti, antaa tietoa rehellisesti ja olla aidosti läsnä siten, että vanhemmat kokevat tulevansa kuulluksi. Jokaisen perheen kohtaaminen on erilainen ja ainutkertainen tapahtuma.

Sureminen on myös muistelemista. Vanhemmille ei välttämättä tule mieleen muistojen kerääminen lapsesta, tai ajatus muistoista saattaa tuntua mahdottomalta. Vanhempia on hyvä valmistella kuolleen lapsen näkemiseen ja sylissä pitämiseen, sillä ajatus lapsen näkemisestä saattaa pelottaa vanhempia. Tässä on hyvä olla hyvin hienovarainen: vanhempia ei saa painostaa, mutta heille tulisi antaa mahdollisuus päättää itse jäähyväisten jättämisestä, sylissä pitämisestä sekä muistojen keräämisestä. Ammatilainen voi rohkaista perhettä muistojen keräämiseen ja auttaa heitä siinä konkreettisesti ja olla mukana. Vanhemmilta voi kysyä, jos he haluavat olla perheen kesken, mutta perhettä ei tulisi jättää yksin kysymättä ja kertomatta, miten saa henkilökunnan paikalle tarvittaessa.

Geneettisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen lapsi tuhkataan sairaalan toimesta. Halutessaan vanhemmat voivat haudata lapsensa, ja tähän riittää lääkärin vapaamuotoinen todistus. Vanhemmille on hyvä kertoa hautaamisen mahdollisuudesta, jotta he voivat toimia oman tahtonsa ja vakaumuksensa mukaisella tavalla. Monet vanhemmat ovat kokeneet hautajaisten järjestämisen tärkeäksi. Se antaa heille myös mahdollisuuden jakaa surun läheistensä kanssa. Muistohetken voi järjestää haluamallaan tavalla silloinkin, kun ei ole haudattavaa. Joillakin hautausmailla on järjestetty oma paikka lapsettomille, lapsen menettäneille sekä niille joiden lapsi on haudattu muualle. Useat seurakunnat järjestävät myös muistohetkiä Kuolleiden lasten muistopäivänä. Lisäksi eri kirkoissa järjestetään Tyhjän sylin messuja. Monet ovat kokeneet tilaisuudet lohduttavana ja turvallisena paikkana, jossa voi muistella menetettyä lasta.

Kukaan ulkopuolinen ei voi arvioida surun tai menetyksen määrää tai kestoja. Perheelle on hyvä kertoa eri tukimuodoista ja rohkaista puhumaan tunteistaan ammattilaisen, perheenjäsenen tai hyvän ystävän kanssa. Ihmisten yksilölliset kokemukset tulee aina huomioida, suru ja tuen tarve vaihtelevat paljon. Tärkeintä on auttaa surevaa löytämään hänelle sopiva tapa käydä läpi menetystä ja sen aiheuttamia tunteita.



KÄPY

Lapsikuolemaperheet ry



Lähteet ja lisätietoja:

- Raskaudenkeskeytys (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., & Arolt, V. (2005). Trauma and grief 2–7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies—a pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 9-14.
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2017). Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: the predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress, & Coping*, 1-15.
- Lou, S., Jensen, L. G., Petersen, O. B., Vogel, I., Hvidman, L., Møller, A., & Nielsen, C. P. (2017). Parental response to severe or lethal prenatal diagnosis: a systematic review of qualitative studies. *Prenatal Diagnosis*.
- Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton M, Russo N, West C. Abortion and Mental Health, Evaluating the Evidence. *Am Psychol* 2009; 69(9): 863-90.



KÄPY

Lapsikuolemaperheet ry

