

## Huomioita lain perusteella suoritetuista raskaudenkeskeytyksistä vv. 1950–52

*Mauri Rouhunkoski ja Mikko Olki.*

### I. JOHDANTO.

Suhtautuminen raskaudenkeskeytykseen on vaihdellut huomattavasti vuosisatojen kuluessa, riippuen uskonnollisista, sosiaalisista, sivistyksellisistä ja väestöpoliittisista tekijöistä. Vielä viime vuosisadalla ongelma oli oleellisesti toinen kuin nykyisin. Teollistuva ja kaupunkilaistuva yhteiskunta ei ole lapsiperheille otollinen. Seurauksena on ollut toisaalta kriminellien aborttien runsas lisääntyminen, toisaalta kasvava paine yhteiskuntaa kohtaan laillisen raskaudenkeskeytyksen saannin helpottamiseksi. Useimmissa maissa (*Klinskog: Svenska Läkartidningen 1952: 10: 610*) kehitys onkin johtanut erikoiseen aborttilainsäädäntöön, jonka tarkoituksena on määritellä keskeytyksen perusteet; lähinnä äidin terveyteen kohdistuvat vaarat. Lakia tai sen tulkintaa väljentämällä on samalla pyritty vähentämään rikollisia abortteja. Vapain lainsäädäntö lienee nykyisin Japanissa, jossa aborttien avulla yritetään vähentää vaikeata ylikansoitusta. Monissa maissa (Ruotsi, Tanska, Sveitsi) on alkujaan puhtaasti medisiinisten indikaatioiden lisäksi hyväksytty lääketieteellisiä-sosiaalisia, eugeenisiä ja humanitäarisia syitä. Vastakohtana muodostavat roomalais-katolisen kirkon piiriin kuuluvat maat, joissa uskonto yksinkertaisesti kieltää sikiön uhraamisen äidin terveyden tähden.

Suomessa on kehitys kulkenut lähinnä muita pohjoismaita vastaan. Olevaiset olot vaativat, että yhteiskunnan oli määriteltävä kantansa sekä aborttia anovan, että keskeytyksen suoritta-

jan suhteen. Heinäkuun 1 päivänä 1950 voimaanastunut laki ras-  
kaudentilan keskeyttämisestä muistuttaa monessa suhteessa Ruot-  
sin vastaavaa lainsäädäntöä.

Jo aikaisemmin oli lääkärikunnan taholta kiinnitetty vakavaa  
huomiota kärjistyvään aborttitilanteeseen ja sen aiheuttamiin epä-  
kohtiin (Apajalahti, Pélkonen, Anttinen, Valle). Suomen Gyneko-  
logiyhdistys teki 1946 aloitteen eri spesiaaliojen keskeytysindi-  
kaatioiden täsmentämiseksi. Tuomikoski julkaisikin 1947 kirurgi-  
yhdistyksen hyväksymät keskeytysperusteet. Samoihin aikoihin kä-  
sittelivät aborttikysymystä vielä Pitkänen, Reenkola, Rouhunkoski  
ja Timonen.

Laki syntyi kompromissin tuloksena alan asiantuntijain pi-  
täessä kiinni lääketieteellisistä indikaatioista, eräiden maallikko-  
piirien kannattaessa hyvinkin väljien sosiaalisten indikaatioiden  
hyväksymistä. Voimaantullut laki edustanee tavallaan myös ny-  
ky aikaista lääketieteellistä näkemystä, jonka mukaan sairaudet  
on nähtävä osana kokonaisuudesta; on hoidettava sairasta ihmistä  
eikä määrättyä tautia.

Kuitenkin juuri tämän seikan arviointi on — kuten odottaa  
saattoi — erittäin vaikeata. Laki jätti tulkinta- ja määräämisval-  
lan lääkäreille, jotka näin joutuivat määrittelemään kantansa uu-  
siin ja osittain tuntemattomiin kysymyksiin nähden. Laki ei ym-  
märrettävästi voi olla mikään indikaatioluettelo ja jokainen ta-  
paus onkin ratkaistava »in casu». Näin ollen ovat tehtävään mää-  
rätyt lääkärit joutuneet itse kiteyttämään keskeytysindikaatiot,  
ei ainoastaan puhtaasti lääketieteelliseltä kannalta vaan myöskin  
samalla huomioiden lain mainitsemat, erikoisen vaikeat elämän-  
olot ja muut olosuhteet. Pelkästään sosiaalista indikaatiota laki ei  
tunne.

Tehtävän vaikeuden ja erikoislaatuisuuden huomioonottaen on  
ymmärrettävää, että indikaatioiden arvosteluperusteissa esiintyy  
runsaasti epäyhdenmukaisuutta ja suuria eroavaisuuksia. Tämä  
huolimatta sitä, että lain täytäntöönpanovalta on keskitetty mää-  
rätyille erikoislääkäreille, joiden luo saapuvat potilaat useasti  
ovat jo kulkeneet jonkun muun lääkärin »seulan» läpi.

Koska raskaudenkeskeytyksissä olisi pyrittävä mahdollisimman yhdenmukaiseen menettelyyn koko maassa, olemme katso-neet aiheelliseksi analysoida lain voimaantuloa seuranneina vuo-sina suoritettut keskeytystapaukset selvittämällä millaisiin rat-kaisuihin käytäntö on päätenyt. Toisaalta antanee potilaiston rakenteen tutkimus viitteitä aborttiin turvautuvien naisten muista olosuhteista, joiden tunteminen puolestaan on tärkeätä kaikelle abortintorjuntatyölle.

Tässä yhteydessä haluamme lausua kiitoksemme Lääkintöhal-litukselle, joka on luovuttanut aineiston sekä tarvittavat asiakir-jat käyttöömme sekä Väestöliitolle, jonka taloudellisen tuen turvin tämän tutkimuksen suorittaminen on ollut mahdollista.

## II. AINEISTO.

Aineiston muodostavat kaikki 1. 7. 50—31. 12. 52 välisenä ai-kana suoritettut lailliset keskeytykset, yhteensä 7 386 tapausta. Näitä koskevat tiedot on kerätty suorittajalääkäriin lääkitöhalli-tukselle lähettämistä ilmoituslomakkeista. Lääkitöhallituksen päätökseen perustuvissa keskeytystapauksissa on tiedot saatu lää-kintöhallituksen arkistosta.

Aineiston potilasmäärä on todellisuudessa 7 011, johtuen siitä, että 343:lle (4.9 %) potilaalle on tehty kaksi ja 16:lle (0.2 %:lle) 3 keskeytystä. Samalle potilaalle suoritettut keskeytykset on käsi-telty erillisinä tapauksina.

Keskeytysten (AA) yhteydessä on 1 475:lle potilaalle (20.0 %) samalla suoritettu sterilisointi. Niissä osissa tutkimusta, joissa sterilisoitujen potilaiden erikoispiirteiden on katsottu selventä-vän kulloinkin käsiteltäviä kysymyksiä, nämä potilaat on käsi-telty omana ryhmänä (AAS). Aineiston jakautuminen vuosittain ja vuosineljänneksittäin selviää taulukosta 1.

Taulukko 1. Raskaudenkeskeytystapausten lukumäärä vuosineljänneksittäin.

Vuosi	1950				1951				1952				
	Neljännes III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	Kaikkiaan		
AA	384	555	554	579	541	672	668	626	657	675	5 911		
AAS	81	134	143	120	140	171	181	165	165	175	1 475		
Yht.	465	689	697	699	681	843	849	791	822	850	7 386		
Vuositt. 1 1954					2 920				3 312				7 386

Tapausten lukumäärä osoittaa jatkuvaa nousua. Keskeytysten lisääntyminen ilmenee myös ennakkotiedoista, joiden mukaan vuonna 1953 on suoritettu 3 750 keskeytystä. Johtuen tarkkailtavana olevan ajan lyhyydestä olemme seuraavassa käsitelleet aineiston yhtenä kokonaisuutena puuttumatta vuosittaiseen kehitykseen.

### 1. Keskeytyssairaalat.

Sairaalat, joissa lääkintöhallitus on hyväksynyt keskeytyksiä suoritettaviksi, on tutkimuksessa jaettu valtion, kuntien ja yksityisten omistamiin sairaaloihin. Tapaukset jakautuvat näiden kesken seuraavasti:

Valtion sairaalat .....	4 209 = 57 %
Kunnalliset ,, .....	1 389 = 19 %
Yksityiset ,, .....	1 788 = 24 %

Kun otetaan huomioon keskeytyssairaloiksi hyväksytyjen yksityissairaaloiden häviävän pieni paikkaluku muihin sairaaloihin verrattuna, on merkillepantavaa, että lähes  $\frac{1}{4}$  tapauksista on hoidettu yksityissairaaloissa. On selvää, että tähän ovat olleet vaikuttamassa yksityiselle sairaanhoidolle luonteenomaiset tekijät; huomaamattomampi asioiden käsittely sekä nopeampi paikan saanti. Ilmeisesti on valintaan kuitenkin vaikuttanut muitakin tekijöitä. Taulukko 2 osoittaa tapausten jakautumisen eri sairaalaryhmien kesken siviilisäädyn perusteella.

Taulukko 2. Eri keskeytyssairaaloihin hakeutuneet potilaat jaoiteltuna sivilisäädyn perusteella.

(luvut prosentteina)

	Naima- ton	Naimi- sissa	Leski	Eronnut	Ei tietoa	Yhteensä
Valtion sairaalat .....	48.4	58.2	57.6	50.5	52.9	57.0
Kunnalliset sairaalat ....	14.7	19.6	15.1	14.9	9.8	18.8
Yksityiset sairaalat .....	36.9	22.2	27.3	34.6	37.3	24.2
Kaikkiaan	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Taulukosta ilmenee, että suhteellisesti huomattava osa naimattomista (36.9 %), eronneista (34.6 %) ja leskistä (27.3 %) hakeutuu yksityissairaaloihin. Syy on tuskin yksinäisten naisten muita paremmassa taloudellisessä asemassa, vaan lähinnä siinä »että ilmitulemisen vaara» pienessä laitoksessa on vähäisempi kuin suuressa. Kuitenkin on myös pidettävä mahdollisena, että keskeytysindikaatioiden arvioiminen, lähinnä niin kutsuttujen sosiaalisten tekijäin huomioiminen, voi tapahtua subjektiivisemmassa hengessä silloin kun keskeytys suoritetaan yksityissairaalassa. Nimenomaan yksinäisten naisten kohdalla sosiaaliset syyt muodostavat perustekijän heidän aborttimotivaatioonsa ja psyykiseen reaktioonsa. Tämän puolesta puhuu myöskin se, että kaikki ne potilaat ovat hakeutuneet juuri yksityissairaaloihin, joille sosiaalivolojen lääkärlautakuntien annettua kielteisen päätöksen, muualla on suoritettu raskaudenkeskeytys.

2. Alueellinen jakautuminen.

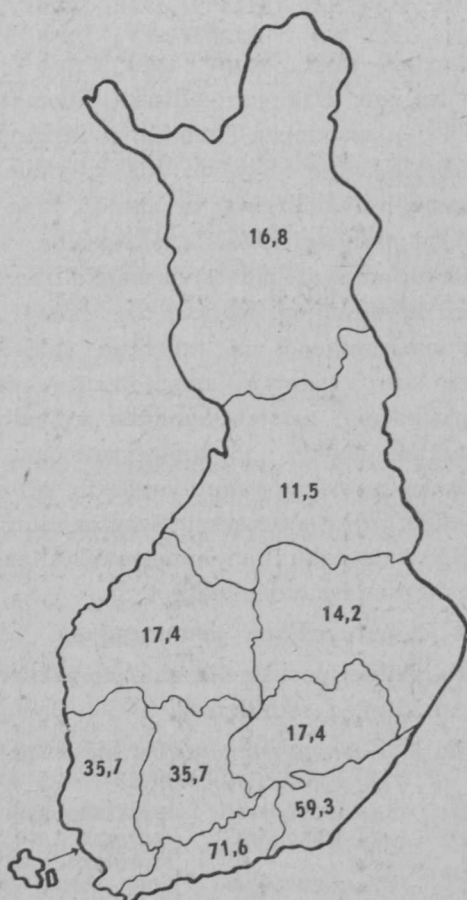
Potilaiden kotipaikan perusteella aineisto jakaantuu suhteessa synnytysten lukumäärään seuraavasti

Taulukko 3. Keskeytysten määrä lääneittäin 1 000 synnytystä kohti.

Lääni	Potilaiden lukumäärä	Raskauden kes- keytyksiä 1 000 synnytystä kohti	Potilaista sterilisoitu
Uusimaa .....	2 194	71.6	15.7
Turku ja Pori .....	1 210	35.7	16.4
Häme .....	1 058	35.7	18.3
Mikkeli .....	259	17.4	30.1
Kuopio .....	458	14.2	39.3
Kymi .....	998	59.3	17.6
Vaasa .....	644	17.4	32.0
Oulu .....	321	17.5	17.1
Lappi .....	236	16.8	18.2
Asuinpaikka tuntematon ..	8		12.5
Yhteensä	7 386	31.1	20.0

Kuvio 1.

Helsinki .....	1 322	81.4	14.8
Muut kaupungit ja kauppalat	2 545	38.4	17.8
Maaseutu .....	3 511	20.5	22.3



Kartta havainnollistaa läänien välisiä eroja.

Raskaudenkeskeytykset suhteessa synnytyksiin jakautuvat hyvin eri tavoin maan eri osissa. Suhteellisesti vähiten keskeytyksiä suoritetaan Oulun läänistä kotoisin oleville. Myöskin Kuopion, Lapin, Vaasan ja Mikkelin läänien keskeytysluvut ovat huomattavasti keskimäärää matalampia. Selvä nousu on todettavissa ete-

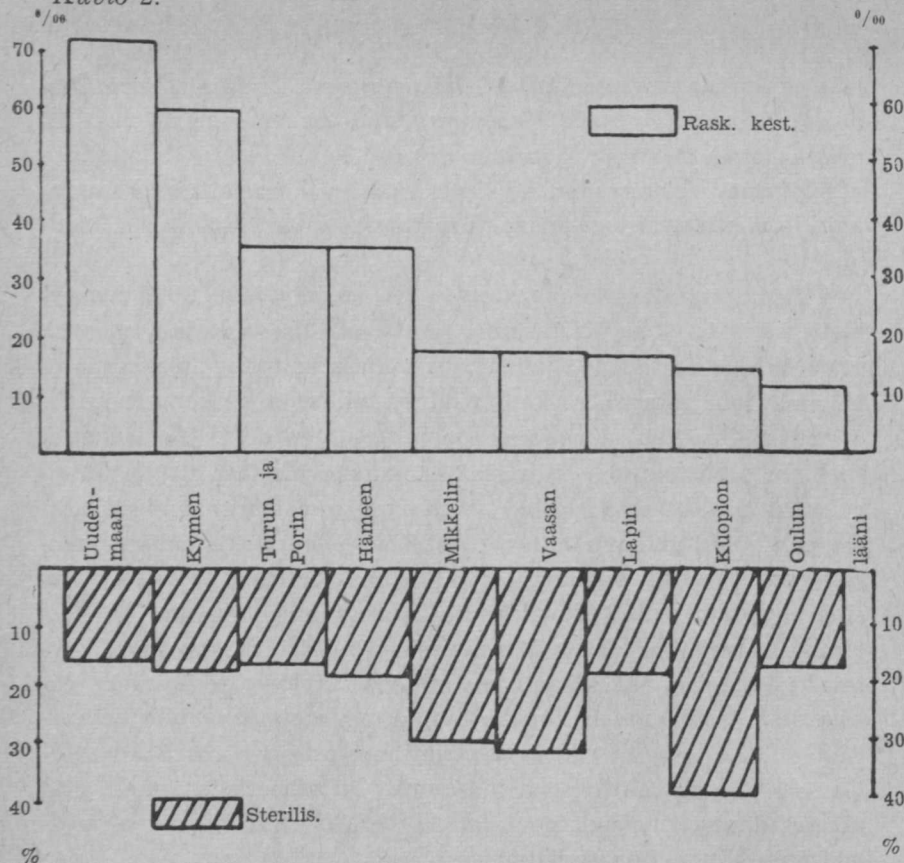
lään ja lounaaseen siirryttäessä Hämeen sekä Turun ja Porin lää-neissä. Luvut saavuttavat huippunsa Uudenmaan sekä Kymen lää-neissä, joissa ne ovat yli kaksinkertaiset koko maan suhdeluukuun verrattuina. Vastaavanlainen ilmiö esiintyy korostettuna kaupun-keja ja maaseutua keskenään verrattaessa kuten taulukosta 3 sel-viää.

Pääkaupunkilaisille suoritetaan 81 keskeytystä 1 000 synny-tystä kohti t. s. joka 12. raskaus päättyy lailliseen keskeytykseen. Maaseudulla vastaavasti joka 48. ja muissa kaupungeissa ja kaup-paloissa noin joka 26. raskaus päättyy lailliseen keskenmenoon.

Syyt tällaiseen alueelliseen jakautumiseen eivät ole lääketie-teellisin perustein selitettävissä. Ei voitane olettaa, että kaupun-geissa ja niissä osissa maata, joissa elintaso on korkein ja sosiaali-set olot kehittyneimmät, tavattaisiin 3—4 kertaa enemmän kes-keytystä vaativia sairaustiloja kuin maaseudulla ja vähävarai-silla syrjäkulmilla. Alueellinen jakautuminen osoittaa mieles-tämme selvästi kuinka suuressa määrin laillista keskeytystä käy-tetään syntyvyyden säännöstelykeinona. Nyky-yhteiskunnan so-siaalisten varjopuolien koko asteikko, asuntopulasta miehen sai-rauteen ja alkoholin väärinkäyttöön asti, esiintyy aborttia pyytä-vien naisten subjektiivisena motiivina. On aiheellista todeta, että tämän tapaiset motiivit ovat huomattavasti vaikuttaneet abortti-lakimme käytäntöön soveltamisessa.

Sterilisaatio keskeytyksen yhteydessä on merkinä indikaa-tion painavuudesta. AAS tapausten prosentuaalinen määrä lää-neittäin selviää kuviosta 2.

Kuvio 2.



Sen mukaan niissä lääneissä, joissa keskeytysprosentti on suurin, sterilisaatiofrekvenssi on suhteellisesti matalin ja päinvastoin. Niinpä Kuopion, Vaasan ja Mikkelin lääneissä sterilisaatio-prosentti on yli 30, Uudenmaan sekä Turun ja Porin lääneissä alle 17. Samaa seikkaa valaisee myös AA ja AAS tapausten prosentuaalisen jakautumisen Helsingin, muiden kaupunkien ja kauppaloiden sekä maaseudun kesken (taulukko 3). Maaseutulaisille on suoritettu sterilisaatio 22.3 0/0:ssa ja helsinkiläisille 14.8 0/0:ssa. Nämä luvut osoittanevat, että rintamailla ja korkeamman elintason paikkakunnilla suoritetaan raskaudenkeskeytyksiä lievemmin indikaatioin kuin muualla. Tosin on otettava huomioon, että abortinpyytäjien paine lääkärikumtaa kohtaan on juuri näillä seuduilla suurin ja aborttiongelma kaupungeissa oleellisesti erilainen kuin maaseudulla.

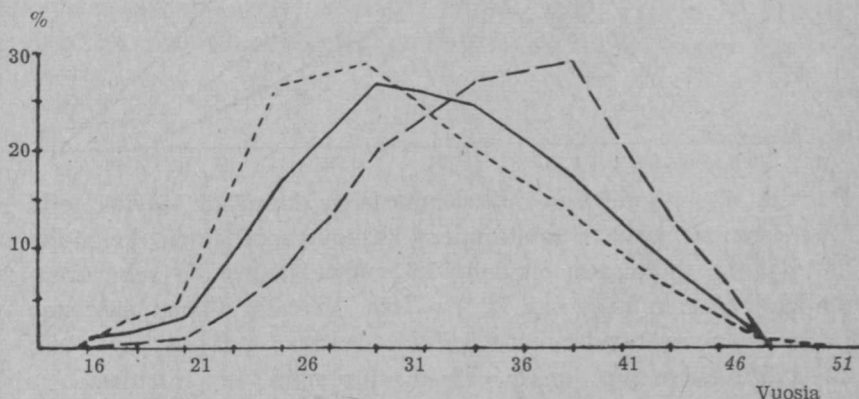


### 3. Ikä- ja siviilisääty.

Enemmistö jakaantuu jokseenkin tasaisesti ikävuosien 26—35 välillä, joskin 36—40 vuotiaita on vielä  $\frac{1}{5}$  aineistosta. Alaikäisiä eli alle 16 vuotiaita on 45 ja yli 46 vuotiaita 40. Keski-ikä on 32.1 vuotta. Kun maamme kaikkien synnyttäjien keski-ikä vuonna 1951 oli 28.4 vuotta, kuuluvat keskeytyspotilaat huomattavasti vanhempaan ikäluokkaan. Tämä osoittanee, paitsi, että keskeytyksiä anotaan enemmän vasta myöhemmällä iällä lapsiluvun lisääntyttyä myöskin lääkärikunnan konseivatiivisempaa suhtautumista nuorten keskeytyksiin. AAS-potilaiden keski-ikä on 34.9 vuotta eli 3.5 vuotta korkeampi kuin AA-potilailla.

— AA-potilaat  
- - - AAS-potilaat  
- - - Synnyttäneet

Kuvio 3.

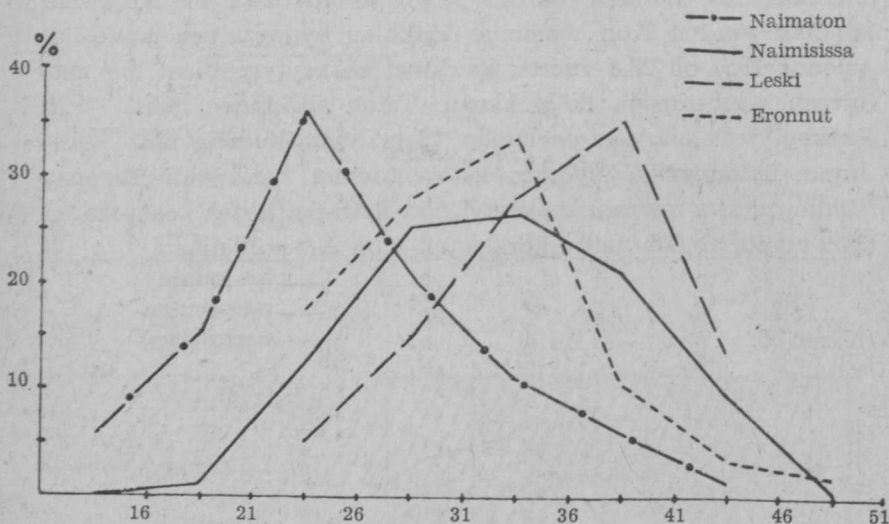


Mainittavampia vaihteluita ikäryhmitäksiin nähden ei eri läänien alueilla ole havaittavissa. Sensijaan maaseutulauset ovat 0.8 vuotta vanhempia kuin kaupungeissa ja kauppaloissa asuvat, sekä 1.0 vuotta vanhempia kuin pääkaupunkilaiset, jotka muodostavat aineiston nuorimman osan.

Naimisissa olevia on 6 311 (85.4 %), naimattomia 818 (11.1 %), leskiä 99 (1.4 %) ja eronneita 107 (1.4 %). Vastaava siviilisäätyryhmitä Ruotsissa eroaa tästä huomattavasti. Esim. 1949 keskeytyksen saaneista naisista oli naimisissa olevia 62.1 %, naimattomia 26.4 %, eronneita 9.2 % ja leskiä 2.3 %. Naimattomat

muodostavat aineiston nuorimman osan, keski-ään ollessa 24 vuotta. Eronneet ovat vanhempia kuin naimattomat, mutta nuorempia kuin naimisissaolevat. Korkein on leskien keski-ikä 36.1 vuotta.

Kuvio 4.



Ruotsin aborttikomitean julkaisemasta mietinnöstä selviää, että Ruotsissa oli 1949 naimattomien keskeytyspotilaiden keski-ikä 24.1 vuotta, naimisissa olevien 31.9 vuotta ja leskien sekä eronneiden yhteinen keski-ikä 32,5 vuotta. Vertailu tämän aineiston ja ruotsalaisen tutkimuksen välillä osoittaa, että keskeytyksen saajat Ruotsissa ovat jonkin verran nuorempia kuin Suomessa.

Yksinäiset naiset jakaantuvat prosentuaalisesti suhteessa naimattomien lukumäärään lääneittäin seuraavasti:

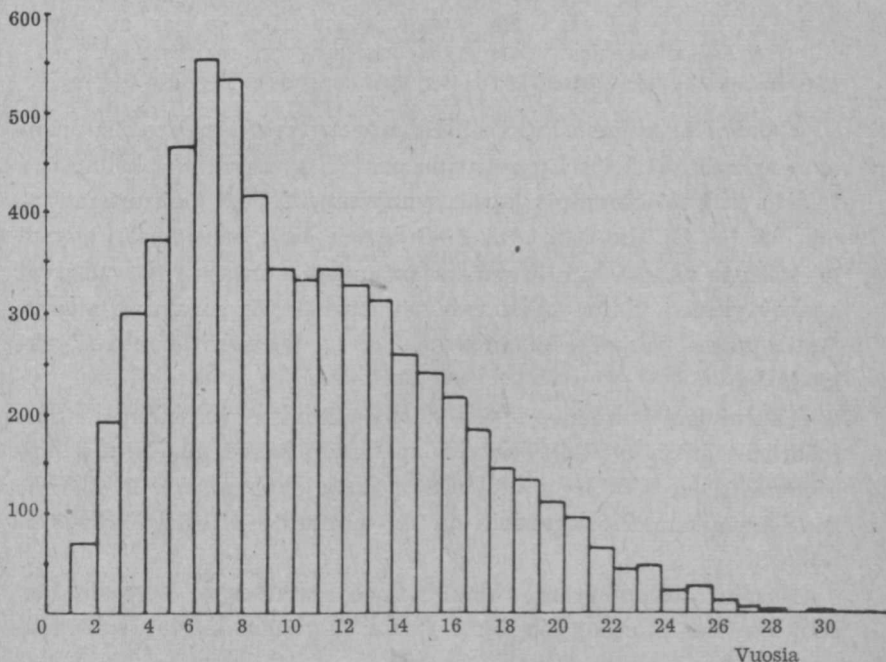
Uudenmaan lääni	.....	36.6 0/0
Hämeen	„	16.4 0/0
Turun ja Porin	„	15.9 0/0
Kymin	„	9.2 0/0
Vaasan	„	8.2 0/0
Kuopion	„	4.2 0/0
Oulun	„	3.8 0/0
Mikkelin	„	3.3 0/0
Lapin	„	2.4 0/0

Tässäkin ilmenee Uudenmaan läänin (Helsingin) erikoisasema verrattuna esim. Lapin lääniin. Maaseudulla ei aviottoman lapsen synnyttäminen ilmeisesti muodosta sellaisia sosiaalisia tai taloudellisia ongelmia kuin kaupunkioloissa.

#### 4. Naimisissaoloaika.

Aineiston potilaista on naimisissa 6 311 (85.4 %). Tutkimuslomakkeista ei selviä kuinka monella näistä potilaista on kysymyksessä ensimmäinen tai useampikertainen avioliitto. Jos lomakkeeseen on merkitty esim. ensimmäisen ja toisen avioliiton solmiamisvuosi, on tällöin huomioitu vain viimeisin, eli se avioliitto, jonka aikana keskeytetty raskaus on syntynyt. Tämän periaatteen mukaisesti on leskien ja eronneiden naimisissaoloaika jätetty kokonaan huomioimatta. Avioliiton kesto on laskettu naimisiinmenovuodesta sairaalaantulopäivään. Seuraava kuvaaja osoittaa naimisissa olevien potilaiden avioliiton keston vuosissa. Lukum.

Kuvio 5.



Keskimäärin on avioliiton solmiamisesta kulunut 8.5 vuotta. Pisin aika on 30 vuotta. Yleisin avioliiton kesto aika aineistossa on 5—6 vuotta, jota on pidettävä varsin luonnollisena, koska tänä aikana on perheeseen ennättänyt syntyä mahdollisesti 3—4 vielä leikki-ikäistä lasta. Perheen äiti on tällöin suurimman rasituksen alainen. Avioliitto itsessäänkin on näinä vuosina erikoisen vaikea päätellen avioeroista, joita sodan jälkeisistä avioliitoista on tapahtunut eniten avioliiton kestänyä 8 vuotta.

### 5. Lapsiluku.

Potilaiden lapsiluku sekä suoritettujen toimenpiteiden laatu selviävät seuraavasta taulukosta:

Taulukko 4. Lasten lukumäärä.

Toimenpide	Lapsiluku										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8-12	Ei tietoa	Yht.
AA	850	915	1 368	1 760	684	405	219	127	158	25	5 911
AAS	91	142	250	284	214	173	114	77	109	21	1 475
Yhteensä	941	1 057	1 618	1 444	898	578	333	204	267	46	7 386
AAS prosentteina	9.7	13.4	15.5	19.7	23.8	29.9	34.2	37.7	40.8	45.7	20.0

Kahden ja kolmen lapsen äidit muodostavat aineiston suurimman ryhmän 41.5 %. Lapsettomia on 12.7 prosenttia. Yksilapsisia 14.3 % ja 4 tai useampia lapsia synnyttäneitä 30.9 %, tuntemattomia 0.6 %. On ilmeistä, että 2—3 lapsen äidit halutessaan syystä tai toisesta välttää lapsiluvun lisääntymistä kernaasti turvautuvat keskeytykseen. Sama pyrkimys heijastuu myös maamme synnytystilastoissa, joiden mukaan toisen lapsen jälkeen tapahtuu jyrkkä lasku.

Taulukosta 4 ilmenee miten sterilisaatioiden suhteellinen lukumäärä lisääntyy erittäin selvästi lapsiluvun kasvaessa. Niinpä lapsettomista on 9.7 % ja kahdeksan lasta synnyttäneistä 40.8 % AAS-tapauksia. Keskimäärin on AA-potilailla 2 lasta, AAS-potilailla 3.

Lasten lukumäärän vertaileminen suhteessa kotipaikkaan osoittaa, että monilapsiset äidit (5 tai enemmän lapsia) suhteelli-

sesti eniten ovat Oulun, Mikkelin ja Vaasan lääneistä, joissa suuriperheiset muodostavat noin  $\frac{1}{3}$  läänien raskaudenkeskeytyspotilaista. Kuopion ja Lapin lääneissä vastaava luku on noin  $\frac{1}{4}$ . Uudellamaalla sensijaan jää suuriperheisten osuus alle 10 %.

Tarkasteltaessa suuriperheisten osuutta Helsingissä, muissa kaupungeissa ja kauppaloissa sekä maaseudulla todetaan vastaavien lukujen olevan 6.7 %, 14.5 % ja 26.3 %.

Jonkinlaisena vertailukohteena aineiston potilaiden lapsiluvun suhteen voidaan tässä yhteydessä pitää maassamme lapsilisää saaneiden perheiden lasten lukumäärää. Tällaisilla perheillä oli 70.1 %:lla 1—2 lasta ja ainoastaan 6.7 %:lla 5 tai useampia lapsia. Aineistomme potilailla oli 41.8 %:lla 1—2 lasta sekä 5 taikka useampia lapsia 21.6 %:lla. Esitetyt luvut eivät tosin ole täysin vertailukelpoiset, koska lapsilisää saaneiden perheiden lapsiluvut käsittävät ainoastaan alle 16 vuotiaat lapset, kun taas tässä aineistossa on huomioitu myös 16 vuotta vanhemmat lapset. Koska kuitenkin 70 % aineistomme potilaista on 35 vuotiaita taikka nuorempia, eli siinä iässä, että heillä ei käytännöllisesti katsoen voi olla 16 vuotta vanhempia lapsia, voitane päätellä, että koko aineiston potilaston keskimääräinen lapsiluku on suurempi kuin maamme äideillä yleensä.

#### *6. Edellisen raskauden päättymisestä kulunut aika.*

Aika edellisen raskauden päättymisestä on laskettu sairaalaan tulopäivään. Kun keskeytykset useimmiten on suoritettu toisen raskauskuukauden lopulla ovat alempana esitetyt aikamäärät noin 2 kuukautta pitempiä kuin edellisen raskauden loppumisen ja uuden alkamisen välinen aika todellisuudessa. Seuraava taulukko osoittaa aikaeron vuosissa.

Taulukko 5. Edellisen raskauden päättymisestä kulunut aika.

Aika	Edellinen raskaus päättynyt				Yhteensä	
	Synnytykseen	Keskenmenoon	Ei tietoa			
alle 1 vuosi	1 428	402	54	1 884	} 51.9 %	
1—2 „	1 557	327	68	1 952		
2—3 „	753	193	35	981		
3—4 „	474	95	20	589	} 35.4 %	
4—5 „	300	47	11	358		
5—10 „	491	58	18	567		
10—15 „	86	10	—	96	} 1.8 %	
yli 15 „	21	—	1	22		
Ei tietoa	69	18	47	134		
Yhteensä	5 179	1 150	254	6 583		
Ei aik. rask.	—	—	—	803	10.9 %	
Kaikkiaan				7 386		

Raskauksien välinen aika on näin ollen 25.5 %:lla alle vuoden, 26.4 %:lla 1—2 vuotta ja siitä yli 35.4 %:lla. Aikaa ei tunneta 1.8 %:lla. Yli puolessa tapauksista on keskeytykseen johtanut raskaus alkanut kun aikaa edellisen päättymisestä on kulunut 2 vuotta tai vähemmän.

Uuden raskauden alkamisen on katsottava erikoisen vakavasti vaikuttavan naisen psyykiseen ja fyysiseen reagointiin silloin, kun edellinen lapsi on vielä imeväisiässä eli alle vuoden ikäinen. Näitä äitejä on aineistossa 1 428 ja lisäksi on 402 naista, joilla edellisestä keskenmenosta on kulunut vajaa vuosi. Samaan ryhmään kuuluvien 54 naisen kohdalta edellisen raskauden lopputulos on tuntematon. Seuraava taulukko osoittaa kuinka pitkä aika kuukausissa on synnytyksen jälkeen kulunut alle vuoden kuluessa uudelleen raskaudentilaan joutuneilla.

Taulukko 6. Edellisen raskauden päättymisestä kulunut aika niillä, joilla tämä aika on alle 1 vuosi.

Aika	Edellinen raskaus päättynyt			Yhteensä
	Synnytykseen	Keskenmenoon	Ei tietoa	
alle 2 kk	9	1	2	12
2—4 „	48	24	2	74
5—6 „	220	100	9	329
7—8 „	403	101	17	521
9—10 „	402	99	8	509
11—12 „	346	77	16	439
Yhteensä	1 428	402	54	1 884

Taulukosta ilmenee, että synnytyksestä uuden raskauden alkamiseen kulunut aika on keskimäärin noin 2 kuukautta pitempi kuin tapauksissa, joissa edellinen raskaus päättyi keskenmenoon. Tämä johtunee osalta fysiologisesti alentuneesta fertiilitetistä osaltaan ehkä pitemmästä abstinenssiajasta synnytyksen jälkeen.

Kun yli 50 %:ssa tapauksista on keskeytys jouduttu suorittamaan naisille, jotka ovat olleet edellisen kerran raskaina vähemmän kuin 2 vuotta aikaisemmin, osoittanee tämä miten tärkeä osuus raskauksien tiheydellä on aborttiongelmassa. Siinä ilmenee syntyvyydensäännöstelyn (child spacing) tarve, joskin vähemmän suositeltavaan menetelmään turvautuen.

### III. KESKEYTYSINDIKAATIOT.

Lain mukaan keskeytys voidaan suorittaa seuraavin perustein:

- 1) lääketieteellisin indikaatioin,
- 2) eettillisin tai humanitäärisin indikaatioin,
- 3) eugeenisin indikaatioin sekä
- 4) hätätapauksina.

Kahdessa ensimmäisessä ryhmässä saadaan keskeytys suorittaa kahden lääkärin lausunnon perusteella. Eugeeniset indikaatiot arvostelee lääkintöhallitus. Seuraava taulukko osoittaa tapauksien jakautumisen lääkintöhallituksen päätöksen, kahden lääkärin päätöksen ja hätätapausten kesken, sekä suoritettujen AA ja AAS tapauksien määrän kussakin ryhmässä.

*Taulukko 7. Indikaatioryhmät ja päätöksenantajat.*

Ratkaisun tehnyt	Medisininen indikaatio		Eettill. indik. alaik. Rikosl.				Eugeninen indikaatio		Hätätapaus		Yhteensä		AAS prosentteina
	AA	AAS	AA	AAS	AA	AAS	AA	AAS	AA	AAS	AA	AAS	
Kaksi lääkäriä	5 781	1 338	35	—	11	—	15	5	—	—	5 842	1 343	18.7
Lääkintöhall.	20	2	5	—	—	—	42	130	—	—	67	132	66.3
Yksi lääkäri	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—
Yhteensä	5 801	1 340	40	—	11	—	57	135	2	—	5 911	1 475	20.0

Valtaosa keskeytyksistä eli 97.3 % on suoritettu kahden lääkärin antaman yhteisen lausunnon perusteella. Lääkintöhallituksen osuus on ainoastaan 2.7 %. Hätätapauksia on vain 2. Sterilisaatioprosentti koko aineistossa on 20.0. Vastaava luku kahden lääkärin lausunnoilla suoritetuissa keskeytyksissä on 18.7 %, mutta lääkintöhallituksen päätöksellä suoritetuissa keskeytyksissä 66.3 %. Tämä erittäin korkea sterilisaatioprosentti johtuu siitä, että valtaosassa lääkintöhallituksen käsiteltäväksi tulleista tapauksista on keskeyttäminen perustunut eugeenisiin syihin, jolloin lain mukaan on samalla — »mikäli painavat syyt eivät sitä estä» — suoritettava sterilisaatio.

Tapauksia, joissa kahden lääkärin kielteisestä päätöksestä on vedottu lääkintöhallitukseen, on 13. Näistä on hyväksytty 2 anosta.

Aineiston jaoittelu eri indikaatioryhmiin on suoritettu suorittajalääkärin (A-lääkärin) ilmoituslomakkeelle merkitsemien diagnoosien mukaisesti. Silloin kun raskaudenpäättös perustuu lääkintöhallituksen antamaan lausuntoon, on ryhmitys suoritettu muiden asiakirjojen perusteella. Mikäli keskeytyksen syyksi on ilmoitettu useampia sairauksia (diagnooseja) on ryhmittelyyn pyritty tärkeimmäksi katsottavan diagnoosin perusteella. Tärkeysjärjestyksen arvioiminen on joissakin tapauksissa ollut vaikeaa, joskin tärkein syy raskaudenkeskeytykseen tavallisesti esiintyy ensimmäisenä. Mikäli ilmeisesti näin ei ole ollut asianlaita, on kunkin potilaan kohdalla muiden käytettävissä olevien asiatietojen perusteella pyritty oikeaan arviointiin. Tämän ryhmityksen avulla olemme toivoneet saavamme selville tärkeimmät ja pääasiallisimmat raskaudenkeskeytykseen oikeuttaviksi katsotut indikaatiot.

Taulukko 7 esittää aineiston jakautumisen eri pääindikaatioryhmien kesken. Hätätapaukset muodostavat käytännössä lääketieteellisen indikaation alaryhmän. Eetilliset eli humanitääriset indikaatiot jakautuvat alaikäisyyden perusteella sekä rikoslain perusteella suoritettuihin keskeytyksiin.



## A. Lääketieteelliset indikaatiot.

Seuraava taulukko, jossa ovat mukana myös lääkintöhallituksen päätöksellä lääketieteellisistä syistä tehdyt keskeytykset (22 tapausta), esittää indikaatioiden jakautumisen eri tautiryhmien kesken sekä AA- ja AAS-tapausten osuuden kussakin ryhmässä. Sydän- ja verisuonistotaudit on käsitelty muista sisätaudeista erillisenä ryhmänä, johtuen niiden suuresta lukumäärästä.

Taulukko 8. Lääketieteelliset indikaatioryhmät.

	AA	AAS	Yhteensä	% :na
Tuberkuloosi .....	1 592	193	1 785	25.0
Sydän- ja verisuoniston taudit .....	564	184	748	10.5
Sisätaudit .....	887	247	1 134	15.9
Väsymys- ja heikkoustilat .....	901	157	1 058	14.8
Mielitaudit .....	1 149	313	1 462	20.5
Hermotaudit .....	58	32	90	1.3
Gynegologis-obstetr. taudit .....	323	100	423	5.9
Kirurgiset taudit .....	258	75	333	4.7
Korvataudit .....	28	22	50	0.7
Iho- ja sukupuolitaudit .....	24	8	32	0.4
Silmätaudit .....	17	9	26	0.3
Yhteensä	5 801	1 340	7 141	100.0

Lääketieteellisillä indikaatioilla keskeytys on näin ollen suoritettu 7 141 tapauksessa (96.7 %). Näistä 1 340:llä (18.8 %) perusteet ovat olleet niin painavat, että samanaikainen sterilisointi on katsottu aiheelliseksi. Seuraavassa käsitellään tarkemmin eri tautiryhmät.

### 1. Tuberkuloosi.

Tuberkuloosin perusteella suoritettut raskaudenkeskeytykset muodostavat aineiston enemmistön. Käsiteltävän kahden ja puolen vuoden aikana suoritettiin tuberkuloosin perusteella 1 785 raskaudenkeskeytystä, vastaten koko aineistosta 24.2 %.

Taulukko 9. Tuberkuloosi.

	AA	AAS	Yhteensä
Tub. pulmonum .....	1 470	171	1 641
Spondylitis tub. ....	29	9	38
Tub. lymphogl. colli .....	21	2	23
Tub. renum .....	8	3	11
Tub. articuli et ossea .....	14	3	17
Recidus p. pleuritidem .....	42	3	45
Varia .....	8	2	10
Yhteensä	1 592	193	1 785

Tuberkuloosiryhmään kuuluvat potilaat muodostavat aineiston nuorimman osan. Keski-ikä koko aineistossa on 32.1 vuotta ja tuberkuloosipotilaiden kohdalla 29.4 vuotta. AAS-potilaiden kohdalla ovat vastaavat luvut 34.9 vuotta ja 32.7 vuotta. Verrattaessa tuberkuloosiin sairastuneiden keski-ikää esim. yleensä sisätauteihin sairastuneiden keski-ikään tuntuu nuoremmuus tässä aineistossa luonnolliselta.

Tuberkuloosin perusteella suoritettujen sterilisaatioiden määrä on huomattavan matala, 10.8 %, mikä lienee pidettävä osoituksena taudin melkoisen hyvästä prognoosista, sekä osittain siitä, että joukossa on runsaasti lieviä tautitapauksia, joissa sosiaaliset tai muut tekijät ovat kallistaneet vaa'an keskeytyksen puolelle.

Tarkasteltaessa missä määrin sosiaaliset syyt ovat olleet vaikuttamassa raskaudenkeskeytyspäätökseen tuberkuloosin perusteella näyttää tämä ryhmä muodostavan lääketieteellisesti arvostellen puhtaimman osan aineistosta. Sen osalta ovat sosiaaliset syyt merkityt vaikuttaneen ratkaisuun ainoastaan 9.4 %:ssa, keskiprosentin koko aineistossa ollessa 29.7. Tämä sinänsä yllättävä havainto selittynee siitä, että ilmoituslomakkeen täyttävä A-lääkäri ei ole ollut tietoinen kaikista B-lääkärin ratkaisuun vaikuttaneista tekijöistä ja on pitänyt tuberkuloosidiagnoosia puhtaasti medisiinisten indikaatioiden osoituksena.

Tuberkuloosin perusteella suoritettut keskeytykset jakautuvat maassamme lääneittäin erittäin epätasaisesti ja epäyhdenmukaisesti. Varsinaisilla tuberkuloosiseuduilla suoritetaan suhteellisesti

vähemmän keskeytyksiä tuberkuloosin perusteella kuin seuduilla, joissa tuberkuloosin frekvenssi on matala ja sosiaaliset olot yleensä hyvät.

Suomen Tuberkuloosilääkäriyhdistys ja Gynegologiyhdistys ovat yhteisessä kokouksessaan todenneet tuberkuloosi-indikaatioiden arvostelussa epäkohtia ja suurta epäyhdenmukaisuutta. Kokonaislukumäärä on ilmeisesti asiattoman korkea, sosiaalisten tekijäin esittäessä suhteettoman suurta osaa. Edellämäinitut yhdistykset ovat Suomen Lääkärilehdessä N:o 12. 1954 esittäneet maan lääkärikunnalle kysymystä koskevan julkilausuman.

## 2. Mielitaudit.

Mielitautien perusteella on suoritettu kaikkiaan 1 462 keskeytystä eli 19.8 %. Sterilisaatioita on tässä ryhmässä suoritettu 313 eli 21.4 %:lle. Ryhmän potilaat jakautuvat diagnoosien mukaan seuraavasti:

Taulukko 10. Mielitaudit.

	AA	AAS	Yhteensä
Reactio psychogenea depressiva .....	505	91	596
Exhaustio nervosa. Neurasthenia. Neurosis gravis ..	210	47	596
Psychopathia. Psychasthenia .....	153	21	174
„ Reactio psychogenea depressiva ....	85	13	98
Reactio psychogenea depressiva et hysteri- seu neu- rastheniformis .....	69	14	83
Epilepsia .....	44	43	87
Schizophrenia .....	25	40	65
Oligophrenia. Psychoinfantilisuus .....	14	21	35
Debilitas .....	10	8	18,
Psychopathia. Reactio psychogenes hysteri et neu- rastheniformis .....	14	3	17
Imbesillitas .....	4	10	14
Reactio depressiva exogenea .....	11	—	11
Idiotia .....	1	—	1
Varia .....	4	2	6
Yhteensä	1 149	313	1 462

Potilaiden keski-ikä on 31.3 vuotta ja keskimääräinen lapsiluku 2.9 lasta. Huomiota kiinnittää se, että varsinaisia mielitau-

teja ja vajaamielisyytiloja esiintyy suhteellisen vähän. Valtaosan tapauksista (1 034) muodostavat erilaiset psyykkiset reaktiot ja hermostoperäiset väsymystilat. Reaktiivisten tilojen suurta lukumäärää osoittaa myöskin se, että koko ryhmässä yli 40 %:ssa on katsottu sosiaalisten syitten vaikuttaneen ratkaisevasti keskeytyspäätökseen.

Huomattava osa tästä ryhmästä lienee väsymys- ja heikkouksiin läheisesti liittyviä raja-tapauksia, joissa esiintyy joko väsymyksen perheenäidin psyykinen reaktio uutta raskautta kohtaan tai naimattoman naisen reaktio hänen mielestään katastrofaalisessa tilanteessa. Edellistä ryhmää huomattavasti korkeampi sterilisaatioprosentti (26.3) johtunee varsinaisten mielitautien osuudesta.

Psyykkisen reaktion arvostelemisen, sosiaaliset tekijät huomioon ottaen, on eräs vaikeimmista tehtävistä abortti-indikaatioista päätettäessä. Fysiologisena pidettävä graviditeettidepressio vaihtelee eri yksilöillä suuresti. Yhteiskunnalliset olosuhteet etenkin yksinäisillä naisilla ja vaikeat sosiaaliset olot monilapsisten perheiden äideillä lisäävät psyykkistä reaktiota, joka usein lähenee patologisuuden rajaa. Rajan vetäminen normaalin ja patologisen välille etenkin raskauden ensimmäisinä kuukausina voi asiantuntijallekin olla suorastaan mahdotonta. Ruotsissa tämä kysymys on erittäin ajankohtainen psyykkisten reaktioiden nojalla tehtyjen, suuresti lisääntyneiden raskaudenkeskeytysten takia. Ruotsin gynekologiyhdistys onkin esittänyt, ettei tällä perusteella koskaan saataisi tehdä raskaudenkeskeytystä ennen kolmannen raskauskuukauden loppua. Yhdistys perustelee kantaansa sillä, että neljännen raskauskuukauden alettua on potilas usein mukautunut tilaansa ja ainakin suureksi osaksi vapautunut raskauden alkujalle ominaisesta depressiosta. Huomioonottaen tapauksien suuren lukumäärän myös meidän aineistossamme olisi mielestämme suotavaa, että Suomen vastaavat erikoislääkäriyhdistykset ottaisivat tämän kysymyksen tarkemman pohdinnan alaiseksi ja pyrkisivät määrittelemään minkälaisissa tapauksissa ja missä ulkonaisissa olosuhteissa raskaudenkeskeytys psyykkisen depression perusteella on katsottava aiheelliseksi. Depressiotilan kärjisty-

minen suisidiasteelle lienee meillä, huolimatta potilaiden tätä koskevista uhkauksista, erittäin harvinaista. Tuntuu todennäköiseltä, että tällä perusteella suoritettavien raskaudenkeskeytysten määrää voitaisiin huomattavasti vähentää, mikäli pystyttäisiin entistä paremmin kiinnittämään huomiota näiden potilaiden vaatimaan hoitoon, huoltoon ja sosiaaliseen turvaan.

### 3. Sisätaudit.

Sisätautien perusteella on raskaudenkeskeytys suoritettu 1 134 tapauksessa, joka vastaa 15.4 % koko aineistosta. Eri diagnoosiryhmät selviävät oheisesta taulukosta.

*Taulukko 11. Sisätaudit.*

	AA	AAS	Yhteensä
Hypertonia arterialis .....	174	65	239
Thyreotoxicosis .....	210	30	240
Nephropathia chr. ....	151	76	227
Anaemia .....	116	14	130
Polyarthritis chr. Febris rheumatica .....	53	18	71
Asthma bronchiale .....	61	15	76
Hepatitis chr. Cholecystopathia .....	28	5	33
Diabetes mellitus .....	19	8	27
Obesitas .....	11	3	14
Ulcus ventriculi .....	10	1	11
Dystonia neurovegetativa .....	47	11	58
Varia .....	7	1	8
Yhteensä	887	247	1 134

Thyreotoxicosis, joka muodostaa lähes viidennen osan kaikista sisätautiryhmän raskaudenkeskeytysaiheista, on viimeaikaisen käsityksen mukaan joko sisämedisiinisesti tai kirurgisesti hoidettavissa raskauden neljän ensimmäisen kuukauden aikana. Sen osuus raskaudenkeskeytyksen syynä tuntuu liian suurelta. Myöskin tarkemmin määrittelemätön anemia-diagnoosi vaikuttaa keinotekoiselta, sillä anemiaa sellaisenaan ei katsota riittäväksi syyksi raskaudenkeskeyttämiseen. (Tuomo Kauppinen 1954).

Tämän ryhmän potilaiden keski-ikä on 34.5 vuotta ja tavallisin lapsiluku 3—4 lasta. Sterilisaatioprosentti 21.8.

Yksityiskohtaisemmat tutkimukset sekä sydän- ja verisuoniston taudeista ja muista sisätaudeista raskaudenkeskeytysindikaatioina tullaan julkaisemaan erillisenä tutkimuksena.

#### 4. Väsymys- ja heikkoustilat.

Väsymys- ja heikkoustilan perusteella on keskeytys suoritettu 1 058 potilaalle eli 14.3 %:lle koko aineistosta. Ilmoitettujen diagnosiryhmien mukaisesti jakautuvat väsymys- ja heikkoustilat seuraavasti:

Taulukko 12. Väsymys- ja heikkoustilat.

	AA	AAS	Yhteensä
Asthenia universalis .....	365	55	420
Exhaustio seu defatigatio .....	532	100	632
Indicatio socialis .....	4	2	6
Yhteensä	901	157	1 058

Tähän ryhmään kuuluvat potilaat ovat ilmeisesti olleet joko synnynnäisesti heikkoja yksilöitä tai toistuvien tiheiden synnytysten, vaikeiden synnytyskomplikaatioiden sekä huonojen sosiaalisten olosuhteiden ylenmäärin rasittamia äitejä. Ryhmään sisältyy ruotsalaista käsitettä »utsläpade mödrar» vastaavat tapaukset. Väsymystila on merkitty keskeytysindikaatioksi 632 ja synnynnäinen heikkous 420 potilaalle. Ryhmän keski-ikä on 32.3 vuotta, keskimääräinen lapsiluku 4.1 lasta. Tämän ryhmän potilaat ovat selvästi aineiston lapsirikkaimpia, mutta silti nuorimpia potilaita. Tämä kuvastaa nopeasti toisiaan seuranneiden synnytysten äitiin kohdistuvaa räsitusta.

Sterilisaatioprosentti on koko tässä ryhmässä 14.8. Näin matala sterilisaatioprosentti aineistossa, jonka keskimääräinen lapsiluku on keskimäärää korkeampi, osoittaa, että kekeytykseen johtaneet perusteet eivät aina ole olleet laadultaan lääketieteellisiä, vaan että lääketieteellis-sosiaalisten indikaatioiden osuus tässä ryhmässä on kaikkein huomattavin. Näin on varsinkin asthenia diagnosilla kulkevissa tapauksissa. Tämä käy selvästi ilmi myös jäljempänä seuraavasta katsauksesta, jossa esitetään sosiaalisten

indikatioiden osuutta raskaudenkeskeytyspäätöksissä. Toisaalta on huomattava, että exhaustiotiloissa sterilisaatioprosentti nousee 19.7 %:iin, osoittaen tähän ryhmään kuuluvien monisyntyttäjien suhteellisen suurta osuutta.

Kuudessa tapauksessa on keskeytyksen perusteeksi merkitty indikatio socialis. Koska laki ei tällaista tunne, lienee kyseessä lähinnä väsymys- ja heikkoustita.

### 5. Sydän ja verisuonistontaudit.

Sydän- ja verisuoniston tautien perusteella on suoritettu kaikkiaan 748 raskaudenkeskeytystä, vastaten 10.1 % koko aineistosta. Tämän indikaatioryhmän jakautuminen diagnooseittain selviää oheisesta taulukosta.

Taulukko 13. Sydän- ja verisuoniston taudit.

	AA	AAS	Yhteensä
Myodegeneratio cordis. Insufficientis cordis .....	211	72	283
Vitium valv. mitralis cordis .....	117	46	163
Vitium cordis .....	61	20	81
Vitium cordis congenita .....	17	4	21
Varices permagna St. post. thrombophlebitidem ....	115	32	147
Myocarditis. Pericarditis .....	30	4	34
Insuff. art. coron. cordis .....	7	3	10
Cardiosclerosis .....	5	1	6
Coarctatio aortae .....	1	2	3
Yhteensä	564	184	748

Taulukossa kiinnittää huomiota lähemmin määrittelemättömän vitium cordis-ryhmän suhteellisen suuri osuus. Myöskin varices-tapaukset, jotka muodostavat lähes viidennen osan koko indikaatioryhmästä (19.7 %) tuntuvat huomattavan lukuisilta. Yleensä ollaan sitä mieltä, etteivät suonikohjut sinänsä muodosta syytä raskaudenkeskeyttämiselle. Kirurgien keskuudessa on korostettu suonikohjujen operatiivisen hoidon mahdollisuutta ja täten saatutuja hyviä tuloksia myöskin raskauden aikana. Onkin todennäköistä, että valtaosa varices-ryhmään lasketuista potilaista itse asiassa olisi kuulunut väsymys- ja heikkoustitilojen ryhmään, mutta ilmoitukseen merkityksi on tullut ainoastaan tämä todettavissa oleva lääketieteellinen oire.

Sydän- ja verisuoniston tautiryhmän potilaiden keski-ikä on 35.6 vuotta, eli siis 3.5 vuotta korkeampi kuin koko aineiston potilaiden keski-ikä. Lapsiluku on myöskin aineiston keskimäärää korkeampi, ollen se 3—4 lasta. Lapsettomien potilaiden prosentuaalinen osuus on tässä ryhmässä 7.4 %.

Sterilisaatioprosentti on 24.6. Suoritettujen sterilisaatioiden lukumäärä eri diagnoosiryhmissä selviää edellisestä taulukosta.

#### 6. Gynecologis-obstetriset tautitilat.

Gynecologis-obstetrisistä syistä on keskeytys suoritettu 423 potilaalle eli 5.9 %:lle. Sterilisaatioprosentti 23.6. Diagnoosien mukaan jakaantuvat ryhmän tapaukset seuraavan taulukon mukaisesti.

#### Taulukko 14. Gynecologis-obstetriset taudit.

	AA	AAS	Yhteensä
Nephropathia gravidarum .....	123	33	156
Hyperemesis gravidarum .....	100	17	117
Immunisatio Rh. matris .....	29	16	45
St. post sectionem propter pelvis angusta .....	17	11	28
Toistuneet hengenvaaralliset verenvuodet synnytyksissä .....	13	9	22
Prolapsus uteri gravidii .....	11	2	13
Hepato- seu dermatogestoris .....	6	5	11
St. post operationem propter prolapsus uteri .....	7	1	8
Chorea gravidarum .....	2	—	2
St. post operationem propter fistulae urethro-vaginalis .....	2	—	2
St. post septicaemiame puerperalis .....	2	—	2
Fractura pelvis post partum .....	2	—	2
Myomata uteri .....	—	2	2
Incontinentia urinae .....	3	2	5
Retroversio flexio uteri fixata .....	2	—	2
Abortus habitualis .....	1	1	2
Varia .....	3	1	4
Yhteensä	323	100	423

Yli kolmannes (36.9 %) keskeytyksistä on suoritettu nephrogestosin takia. Tässä ryhmässä on lausunnonantajalääkärinä yleensä ollut gynecologi, kun taas sisätauteihin kuuluvassa nephropat-



hia chronica-ryhmässä on lausunnon antajana tavallisimmin ollut sisätautilääkäri. Nämä molemmat ryhmät peittävät osittain toisensa sillä nephropathia chronica-ryhmään kuuluu varmasti monia potilaita, joiden nephropathian pohjana on graviditeetin aikana alkanut munuaistauti. Seuraavaksi suurimman diagnoosiryhmän muodostavat hyperemesis gravidarum-potilaat, luvultaan 116 (27.4 %). Hyperemesiksen osuus tuntuu verrattain korkealta huomioonottaen, että sen aiheuttamat vakavimmat komplikatiot, hepato- tai dermatogestosis ovat suhteellisen harvinaisia. Aineistossamme on niitä 11, edustaen 2.6 % ryhmän tapauksista. Voidaan olla eri mieltä siitä, onko hyperemesis tapaukset käsiteltävä gynekologis-obstetristen vaiko psyykisten indikaatioiden ryhmään kuuluvina. Useasti ne kuuluisivat lähinnä psyykisten reaktioiden joukkoon, mutta koska tapaukset nykyään hoidetaan obstetrisissa sairaaloissa olemme katsoneet aiheellisiksi sijoittaa ne tähän ryhmään. Joka tapauksessa tuntuisi aiheelliselta vaatimus, että vaikeat hyperemesistapaukset alistettaisiin sairaalahoitoon ja -tarkkailuun ennenkuin keskeytykseen tällä perusteella ryhdytään.

Rh-immunisatio on muodostanut keskeytyksen aiheen 45 tapauksessa eli 10.6 %:ssa. Rh-immunisasiota ei enää nykyään pidetä absoluuttisena abortti-indikaationa, oli sitten äidin vasta-aine tiiteri korkea taikka matala. Vasta kun äiti on huonolla menestyksellä synnyttänyt Rh-lapsia ja omaa jo terveitä, elinkykyisiä lapsia ennestään, voidaan katsoa uusiutuvien raskauksien aiheuttavan äidille niin suuren psyykisen rasituksen, että raskauden keskeyttäminen on aiheellinen. Suurin osa Rh-immunisation perusteella suoritetuista keskeytyksistä onkin tehty monisyntyäjille.

### 7. Kirurgiset taudit.

Kirurgisten inkidatioiden perusteella on suoritettu raskauden-keskeytys 333 potilaalle eli 4.5 %:lle koko aineistosta. Sterilisatioprosentti 22.5. Oheisesta taulukosta selviävät eri diagnostiset ryhmät.

*Taulukko 15. Kirurgiset taudit.*

	AA	AAS	Yhteensä
Luuston- ja nivelten sairaudet .....	115	30	145
Leikkauksen jälkitila .....	59	18	77
Struma nodosa .....	50	12	62
Tumor malignum .....	13	9	22
Bronchiectasiae .....	14	2	16
Hernia umbilicalis .....	1	1	2
Varia .....	6	3	9
Yhteensä	258	75	333

Tavallisimmin kirurginen keskeytysindikaatio on perustunut luuston tai nivelten sairauksiin. Näistä taas muodostavat selkärangan sairaustilat suurimman osan, kuten seuraava taulukko osoittaa.

*Taulukko 16. Luuston ja nivelten sairaudet.*

Degeneratio seu prolapsus disci intervertebralis .....	36
Spondylolisthesis .....	23
Spondylarthrosis seu osteochondrosis vertebrae .....	18
Syndroma lumbo-ischiadica .....	16
Luxatic seu coxa vara congenita .....	9
Deformatio columnae vertebr. ....	8
Spina bifida occulta .....	6
Insufficiencia dorsi seu sacrum acutum .....	6
Insufficiencia artic. sacro-iliacalis .....	5
Sequelae post spondylitidem tub. ....	5
Stat. p. fracturam vertebrae seu pelvis .....	4
Osteomyelitis chr. seu stat. p. osteomyelitidem .....	4
Arthrosis seu ankylosis genu .....	3
Ankylosis coxae .....	1
Fractura cruris .....	1
Yhteensä	145

Leikkauksen jälkitilat muodostavat toisen huomattavan suuren ryhmän. Oheinen taulukko selventää ryhmitystä.

### Taulukko 17. Leikkauksen jälkitilat.

St. post. strumectomiam .....	26
Abhesiones intra-abdominales .....	20
St. post. oper. propter ca .....	12
Raajoihin ja luustoon kohdistuneitten leikkausten jälkitila	11
St. post. nephrectomiam .....	3
St. post. oper. propt. hernia ventralis .....	3
St. post. splenectomiam .....	1
St. post. oper. propter aneurysm. ....	1
Yhteensä	77

Vielä suuremmalla syyllä kuin kysymyksen ollessa thyreo-toxicosista luulisi olevan mahdollista pienentää struma nodosa-ryhmän lukumäärää varsinkin kun trachean kompressiota on esiintynyt vain 10 %:lla.

Kirurgisten tautien ryhmään kuuluvien potilaiden keski-ikä on 34.3 vuotta ja keskimääräinen lapsiluku 3.4 lasta.

### 8. Hermotaudit.

Hermotautien perusteella keskeytys on suoritettu 90 tapauksessa eli 1.2 %:ssa. Sterilisaatioprosentti 35.6 osoittaa ryhmän vahvasti lääketieteellistä luonnetta. Diagnoosien mukaan jakautuvat hermotaudit seuraavan taulukon mukaisesti.

### Taulukko 18. Hermotaudit.

	AA	AAS	Yhteensä
Status post poliomyelitidem .....	15	8	23
Encephalopathis posttraumatica .....	10	6	16
Sclerosis disseminata .....	8	5	13
Status post myelitidem .....	5	2	7
Status post autointoxicationem .....	4	2	6
Enecephalopathia spastica infantilis .....	2	1	3
Myasthenis gravis .....	2	—	2
Varia .....	12	8	20
Yhteensä	58	32	90

Potilaiden keski-ikä tässä ryhmässä on 32.9 vuotta ja keskimääräinen lapsiluku 2.7 lasta.

## 9. Korvataudit.

Korvatautiin perusteella on jouduttu suorittamaan raskaudenkeskeytys 50 tapauksessa eli 0.7 %:ssa koko aineistosta. Sterilisaatioprosentti on niin korkea kuin 44.0. Potilaiden keski-ikä on 35 vuotta ja keskimääräinen lapsiluku 2.6 lasta.

Taulukko 19. Korvataudit.

	AA	AAS	Yhteensä
Otosklerosis .....	22	20	42
Periytyvä kuurous .....	3	1	4
Otitis media adhesiva chr. ....	1	—	1
Thrombosis cerebri .....	1	—	1
Hypacusis gravidarum .....	—	1	1
Degeneratio auris interni .....	1	—	1
Yhteensä	28	22	50

Korvatautiin jakautuminen eri diagnoosiryhmiin selviää taulukosta N:o 19. Yli  $\frac{4}{5}$ :ssa on kyseessä ollut otosclerosis. Otosclerosisin prognoosi, joka yleensä on jatkuvasti huonontuva ja jota raskaus erikoisesti on omiaan pahentamaan selvittänee myös tämän ryhmän korkean sterilisaatioprosentin.

## 10. Iho- ja sukupuolitaudit.

Ihotautien perusteella on suoritettu keskeytys 32 tapauksessa eli 0.4 %:ssa koko aineistosta. Sterilisaatioprosentti on 25.0. Potilaiden keski-ikä 32.3 vuotta ja keskimääräinen lapsiluku 2.8 lasta. Ihotautien nojalla suoritettujen raskaudenkeskeytykset jakautuvat diagnoosiryhmittäin seuraavan taulukon mukaisesti.

Taulukko 20. Iho- ja sukupuolitaudit.

	AA	AAS	Yhteensä
Prurigo Besnier .....	8	2	10
Luesseropositiva .....	4	2	6
Lues congenita, tabes .....	4	3	7
Rubeola .....	2	—	2
Psoriasis .....	2	—	2
Neurodermatitis chr. circumscripta .....	2	—	2
Varia .....	2	1	3
Yhteensä	24	8	32

Suurin osa tapauksista on Prurigo Besnier potilaita. Näissä tapauksissa on ilmeisesti ollut kysymyksessä ko. ihottuman paheneminen raskauden aikana. Ihmetystä herättää lues diagnoosin esiintyminen keskeytysindikaationa 13 tapauksessa. Vakiintunut käsityshän on, että lues myöhäisessäkään raskaudenvaiheessa hoidettuna ei aiheuta pysyviä muutoksia lapseen.

Rubeola on käsitelty tässä yhteydessä, vaikkakaan se ei kuulu varsinaisiin ihotauteihin. Sen esiintyminen keskeytyksen perusteena on harvinaista. Lääkintöhallituksen päätöksistä ilmenee, että kaikki raskaudenkeskeytysanomukset, jotka perustuvat äidin sairastamaan rubeolaan raskauden alkuvaiheessa, ovat tulleet hylätyiksi. Myöskin Ruotsissa, jossa vuosina 1951—52 suoritettiin useita satoja raskaudenkeskeytyksiä rubeolan perusteella on myöhemmin päädytty siihen käsitykseen, että raskaudenkeskeytys rubeolan perusteella ei ole aiheellista.

### 11. Silmätaudit.

Silmätautien perusteella on suoritettu 26 raskaudenkeskeytystä eli 0.4 % koko aineistosta. Sterilisaatioprosentti on 34.6. Potilaiden keski-ikä 32.9 vuotta ja keskimääräinen lapsiluku 2.4 lasta. Ryhmä jakaantuu diagnoosittain seuraavan taulukon mukaisesti.

Taulukko 21. Silmätaudit.

	AA	AAS	Yhteensä
Sclerokeratitis tuberculosa .....	3	1	4
Uveitis tuberculosa .....	4	—	4
Retinopathia gravis .....	1	2	3
Glaucoma juvenilis .....	3	—	3
Choroiditis disseminata .....	1	1	2
Atrophia retinae pigmentosa .....	1	1	2
Amaurosis .....	2	—	2
Neuritis retrobulbaris .....	—	1	1
Hydrophthalmus congenita .....	1	—	1
Atrophia nervi optivi .....	1	—	1
Myopia maligna .....	—	1	1
Anophthalmia .....	—	1	1
Amblyopia o. amb. ....	—	1	1
Yhteensä	17	9	26

Huomiota kiinnittää se, että tuberkuloottisten silmäaffektioiden osuus on yli neljännes.

### *B. Eetilliset indikaatiot.*

Eetillisen indikation perusteella on kaikkiaan keskeytetty 51 raskautta. Näistä 40 on suoritettu alaikäisyyden nojalla ja 11 riskoslakiin perustuen. Alaikäisyyden perusteella suoritetuista keskeytyksistä on päätöksen 35 tapauksessa antanut kaksi lääkäriä ja 5 tapauksessa lääkintöhallitus. Kun aineistossa kuitenkin on 45 alle 16 vuotiasta potilasta, on 5:lle alaikäiselle potilaalle suoritettu keskeytys jollain muulla indikatiolla. Näistä on neljälle tehty keskeytys mielitaudin perusteella, (joista yhdelle steriliisaatio) ja yhdelle sydäntaudin perusteella. Rikoslakiin nojautuvat 11 raskaudenkeskeytystä ovat kaikki kahden lääkärin päätöksellä suoritettuja.

### *C. Eugeeniset indikaatiot.*

Päätöksen eugeenisella indikatiolla suoritettavasta raskaudenkeskeytyksestä voi lain mukaan tehdä ainoastaan lääkintöhallitus. Aineistosta käy kuitenkin ilmi, että 20 potilaalle on tällä perusteella tehty raskaudenkeskeytys kahden lääkärin päätöksellä. Koska ei voitane olettaa, että kysymyksessä olisi lausunnonantajalääkärin heikko laintuntemus, on mahdollista, että näissäkin tapauksissa on kysymyksessä lääkintöhallituksen päätös, joskin se on jäänyt ilmoituslomakkeeseen merkitsemättä. Tätä olettamusta vahvistaa se seikka, että lääkintöhallitus on ko. aikana antanut useampia puoltavia päätöksiä raskaudenkeskeytyksen suorittamiseksi eugeenisella indikatioilla, kuin mitä sille on vastaavalta ajalta saapunut keskeyttämisilmoituksia. Oheisesta taulukosta selviää, mikä tähän ryhmään kuuluvien potilaiden tai heidän läheistensä periytyvä ominaisuus on ollut syynä raskaudenkeskeytykseen.

Taulukko 22. Eugenisella indikaatiolla suoritettut raskauden keskeytykset.

Sairauden esiintyminen	Mielitauti		Vajaamielisyys		Kaatumatauti		Muut perityvät psyykl. ominaisuudet		Perityvät fyysiset ominaisuudet		Sairauden laatu tuntematon		Yhteensä	
	AA	AAS	AA	AAS	AA	AAS	AA	AAS	AA	AAS	AA	AAS	AA	AAS
Äidissä itsessään ..	2	27	1	44	1	16	5	22	—	5	—	9	9	123
Äidin suvussa .....	—	2	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	3
Lapsissa .....	—	—	1	—	—	—	—	—	6	6	—	—	7	6
Miehessä .....	25	—	1	—	8	—	2	—	—	—	4	—	40	—
Miehen suvussa ....	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Äidissä ja hänen miehessään .....	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Yhteensä	29	30	3	44	9	16	7	22	7	12	4	9	59	133

Eugenisella indikaatiolla raskaudenkeskeytyksen saaneista potilaista on 70.3 %:lle suoritettu samalla sterilisaatio. Potilaiden keski-ikä on 31.6 vuotta ja keskimääräinen lapsiluku 1.5 lasta.

Tarkasteltaessa ryhmän potilaiden jakautumista siviilisäädyn mukaan kiinnittää huomiota naimattomien suuri osuus (26.0 %) vastaavan luvun koko aineiston kohdalla ollessa ainoastaan 11.1. Syynä tähän lienee se, että suurin osa tämän ryhmän potilaista ei ole avioliittokelpoisia.

#### D. Hätätapaukset.

Hätätapauksia on aineistossa ainoastaan 2 ja ne ovat molemmat gynekologisten laparotomiain yhteydessä todettuja raskauksia, joista toisessa ovarialitumorien poiston, toisessa vaikeiden yhteenkasvettumien irroituksen oli katsottu indisoivan raskauden keskeyttämisen leikkauksen yhteydessä.

#### IV. SOSIAALISTEN TEKIJÄIN VAIKUTUS RASKAUDEN- KESKEYTYSPÄÄTÖKSEEN.

Vaikkakaan laki ei tunne pelkin sosiaalisin perustein tehtäviä raskaudenkeskeytyksiä, ei sosiaalisia tekijöitä ole kuitenkaan täysin suljettu pois lain piiristä, vaan ne voivat olla myötävaikuttamassa aborttiratkaisuun. Lain sanamuoto on tältä kohdaltaan seuraava:

*Raskaus voidaan keskeyttää kun raskauden jatkuminen tai lapsen synnyttäminen naisen sairauden, ruumiinvian tai heikkouden vuoksi aiheuttaisi hänen ruumiinsa tai sielunsa terveydelle vakavan vaaran; tätä vaaraa arvesteltaessa otettakoon huomioon myöskin naisen terveyteen vaikuttavat erikoisen vaikeat elämänot ja muut olosuhteet.*

Sairauden ja ruumiinvian arvioiminen suhteessa raskauden aiheuttamaan rasitukseen on lääkärille useimmiten mahdollista suorittaa. Sen sijaan sellaisen epämääräisen käsitteen kuin heikkouden selvittäminen tuottaa suurempia vaikeuksia. Perehtyminen potilaan sosiaalisiin olosuhteisiin sekä näiden arvosteleminen raskaudenkeskeytykseen vaikuttavina tekijöinä on lääkärille useimmiten erittäin vaikeaa ja jopa käytännössä mahdotontakin. On otettava huomioon, että potilaiden itsensä antama kuvaus olosuhteistaan ja taloudellisista oloistaan on useimmiten subjektiivisuutensa takia melkoisen arvoton. Sosiaalisten indikaatioiden oikea arvioiminen edellyttäisi, että lääkäri itse henkilökohtaisesti tutustuisi potilaan kotioloihin ja ympäristöön sekä lisäksi ottaisi selvää hänen miehensä elintavoista ja työkyvystä. Sanomattakin on selvää, että tämä järjestely on käytännössä mahdoton. Sosiaalisia tekijöitä yhdenmukaisesti ja puolueettomasti huomioitaessa olisi pyrittävä siihen, että niiden arvostelemiseksi järjestettäisiin lausunnon antavalle lääkärille asiantuntevaa apua sosiaalihoitajien tai sosiaalihoitajien taholta. Tehokas toimintamuoto olisi epäilemättä myöskin se, että kaikki ne potilaat joilla sosiaaliset syyt muodostavat merkittävän osuuden raskaudenkeskeytyksen ratkaisussa keskitettäisiin erikoisiin sosiaalineuvoloihin. Tämä edellyttäisi kuitenkin sosiaalineuvoloiden lukumäärän huomattavaa li-



säämistä. Koska sosiaaliset tekijät kuitenkin muodostavat muihin abortti-indikaatioihin verrattuna sikäli eriävän komponentin, että ne ovat toisin keinoin vältettävissä, olisi mielestämme tehokkaasti organisoidulla avioliitto- ja sosiaalineuvolatoiminnalla erittäin suuri mahdollisuus saada raskaudenkeskeytysten lukumäärä näissä tapauksissa vähenemään, mikäli neuvoloiden käytössä on tähän riittävät mahdollisuudet.

*1. Sosiaalisten tekijäin vaikutus lääketieteellisillä indikatioilla tehtyihin keskeytyksiin.*

Tutkimuslomakkeesta ei ilmene minkäläatuinen sosiaalinen tekijä kulloinkin on päätökseen vaikuttanut, vaan huomio on kiinnitetty yksinomaan siihen, onko ratkaisu puhtaasti medisiininen vai ovatko sosiaaliset tekijät vaikuttaneet päätökseen »jossain määrin» tai »ratkaisevasti».

Läketieteellisten syiden nojalla on tehty kaikkiaan 7 119 raskaudenkeskeytystä kahden lääkärin päätöksellä. Näihin ovat sosiaaliset syyt vaikuttaneet jossain määrin 23.0 %:ssa ja ratkaisevasti 6.7 prosentissa. 22 raskaudenkeskeytystä lääketieteellisin indikatioin on suoritettu lääkintöhallituksen päätöksellä. Näissä ovat vastaavat luvut niin pienet, ettei niillä ole tilastollista merkitystä. Sosiaalisten tekijöiden osuus eri diagnosoiryhmissä ilmenee seuraavasta taulukosta:

*Taulukko 23. Sosiaalisten tekijäin vaikutus lääketieteellisistä syistä tehtyihin raskaudenkeskeytyksiin.*

	Sosiaaliset syyt vaikuttaneet				
	Potilaiden luku	Ei lainkaan	Jossain määrin	Ratkaisevasti	Ei mainintaa
Tuberkuloosi .....	1 785	87.9	6.7	2.7	2.7
Mielitaudit .....	1 462	52.5	37.6	6.5	3.4
Sisätaudit .....	1 134	69.8	22.1	5.2	2.9
Väsymys- ja heikkoustitilat .....	1 058	37.0	41.6	17.9	3.5
Sydän- ja verisuoniston taudit .....	748	73.2	18.2	5.5	3.1
Gynegologis-obstetriset taudit .....	423	76.1	14.2	5.7	4.0

Kirurgiset taudit ..	333	74.2	18.6	4.2	3.0
Hermotaudit .....	90	86.7	10.0	1.1	2.2
Korvataudit .....	50	88.0	6.0	2.0	4.0
Iho- ja sukupuoli- taudit .....	32	71.9	18.7	9.4	—
Silmätaudit .....	26	76.9	19.2	—	3.9
Yhteensä	7 141	67.2	23.0	6.7	3.1

Eri diagnoosiryhmissä eroaa sosiaalisten tekijäin päätökseen vaikuttava osuus huomattavasti. Vähiten niillä on ollut osuutta korvatautien ja tuberkuloosin ryhmissä ja eniten ne ovat painaneet heikkous- ja väsymystilojen sekä mielitautien perusteella tehdyissä keskeytysratkaisuissa.

Tuberkuloosin perusteella tehtyihin keskeytysratkaisuihin on sosiaalisten tekijöiden merkitty vaikuttaneen vain noin 10 %:ssa. Suomen Gynokologiyhdistyksen ja Suomen tuberkuloosilääkärien yhdistyksen yhteisessä kokouksessa 30. 1. 54 käydystä keskustelusta ilmeni kuitenkin, että sosiaalisilla tekijöillä on kaikesta huolimatta ollut suurimmassa osassa tapauksista merkittävä osuus. Koska tuberkuloosin sinänsä on katsottu muodostavan absoluuttisen raskauskeskeytysindikation ei sosiaalisten tekijöiden osuutta ole A-lääkärin taholta tullut alleviivatuksi.

On todennäköistä, että myös muissa diagnoosiryhmissä esiintyy vastaavanlaista tulkintaa ja että sosiaalisten syiden prosentuaalinen osuus koko aineistossa on tämän perusteella todellista matalampi.

Kun väsymys- ja heikkoustiloissa sosiaalisten tekijöiden osuus on ollut erikoisen suuri, lienee näiden lähempi tarkastelu aiheellista. Kuten edellä mainittiin kuuluvat väsymys- ja heikkoustilaryhmän potilaat joko synnynnäisesti heikkoihin yksilöihin tai toistuvien, tiheiden synnytysten, vaikeiden synnytyskomplikaatioiden ja huonojen sosiaalisten olosuhteiden ylenmääräisesti rasittamiin äiteihin. Tämän mukaan ryhmässä voidaan erottaa teoreettisesti puhtaasti lääketieteelliseksi indikatioksi luettava synnynnäinen heikkous, joka yksinään voi olla puhtaasti medisininen keskeytysperuste varsinkin silloin, kun siihen liittyy

vät toistuvat synnytykset ja synnytyskomplikaatiot, ja toisaalta lääketieteellis-sosiaalinen indikatio silloin, kun tämä on johtunut rasittavista — lähinnä taloudellisista — elämänoloista.

Väsymys- ja heikkoustillaryhmään kuuluu 420 synnynnäisesti heikkoa ja 632 vaikeiden olosuhteiden rasittamaa äitiä.

Synnynnäisesti heikoilla yksilöillä ovat sosiaaliset syyt vaikuttaneet ratkaisuun »jossain määrin» (39.3 %) ja »ratkaisevasti» (14.5 %). Vastaavat luvut ovat väsymystiloissa (43.5) ja (19.3). Sosiaalisten tekijäin osuus eroaa näissä suhteissa odotettuun suuntaan, vaikkei ero olekaan varsin suuri. Käytännössä onkin vaikeaa vetää rajaa synnynnäisesti heikkojen ja olosuhteiden aiheuttaman rasittuneisuuden välillä, koska vaikeat elämänolosuhteet usein muodostavat synnynnäisesti heikkorakenteisilla yksilöillä juuri sen sekundäärisen tekijän, joka johtaa väsymystilaan.

Mielitautien ryhmässä on 1 034 sellaista potilasta, joille keskeytys on myönnetty erilaisten psykoosien, psyykisten depressioiden, reaktioiden tai neuroosin vuoksi. Näiden tautitilojen puhkeamisessa on ympäristötekijöillä tietty osuutensa. Kun odotettava äiti on tavallista herkempi reagoimaan ympäristötekijöille, on luonnollista, että vastoinkäymiset ja vaikeat elämänolot saattavat aiheuttaa piilevän psyykisen heikkouden puhkeamisen. Eräänä sosiaalisia oloja ilmentävänä tekijänä voidaan pitää lasten lukumäärää. Oheinen taulukko esittää väsymys- ja heikkoustilloihin sekä mielitautien ryhmään kuuluvien potilaiden lapsilukua muiden lääketieteelliseen indikatioryhmään kuuluvien potilaiden lapsilukuun verrattuna. Luvut on ilmoitettu prosenteissa.

*Taulukko 24. Lapsien lukumäärä prosenteissa väsymys- ja heikkoustillatila- sekä mielitautiryhmissä.*

Dg-ryhmä	Ei yhtään	Lapsia				
		1—2	3—4	5—6	7 tai useampi	Ei tietoa
Väsymys- ja heikkoustillat	2.5	25.0	39.3	19.8	12.6	0.8
Mielitaudit	18.1	34.3	34.8	9.4	3.1	0.3
Muut dg-ryhmät	12.3	39.7	29.6	12.0	6.1	0.3
Yhteensä	12.0	36.4	32.1	12.7	6.5	0.3

Väsymys- ja heikkoustilojen ryhmä käsittää suhteellisen runsaasti monisynnyttäjiä. Lapsettomia potilaita on vain 2.5 %. Yleisin lapsiluku on 3—4 lasta, kuten mielitautienkin ryhmässä. Äitejä, joilla on enemmän kuin neljä lasta, on tässä ryhmässä suhteellisesti eniten. On ilmeistä, että väsymys- ja heikkoustilojen ryhmässä havaittuun sosiaalisten tekijäin suureen osuuteen on lasten lukumäärä vaikuttanut erittäin paljon. Sensijaan mielitautien ryhmissä sen vaikutus ei ole havaittavissa niin selvästi. Mielisairasryhmän kohdalla eroaa nimittäin lukusarja toisista ryhmistä varsin erikoisella tavalla. Lapsettomia potilaita on suhteellisesti eniten, kun taas niitä äitejä, joiden lapsiluku on yli neljä, on vähemmän kuin muissa ryhmissä. Sensijaan 3—4 lapsisten äitien osuus on huomattavasti suurempi kuin aineistossa yleensä.

Mielitautien ryhmän lapsettomien potilaiden suuri osuus viittaa puolestaan toiseen sosiaalisena perusteena pidettävään tekijään, potilaiden siviilisäättyyn. Naimattomat, joihin tässä yhteydessä voidaan rinnastaa myöskin lesket ja eronneet, ovat naimisissa oleviin verrattuna sikäli erikoisasemassa, että näillä kaikilla on raskaudenkeskeytystä hakiessaan olemassa myös vahva sosiaalinen motivatio.

Mielitautiryhmän potilaiden siviilisäättyjako eroaa aineiston muiden potilaiden siviilisäättyjajoituksesta seuraavan taulukon mukaisesti.

*Taulukko 25. Siviilisäättyjakautumat prosenteissa väsymys- ja heikkoustila- sekä mielitautiryhmissä.*

Dg-ryhmä	Naimaton	Naimisissa	Leski	Eronnut	Ei tietoa
Väsymys- ja heikkoustitilat . . . . .	3.1	93.9	0.9	1.3	0.8
Mielitaudit . . . . .	19.7	75.3	2.1	2.3	0.6
Muut dg-ryhmät . . . . .	8.7	88.2	1.2	1.2	0.7
Yhteensä	10.1	86.4	1.4	1.4	0.7

Väsymys- ja heikkoustilojen ryhmässä on naimattomia potilaita keskimääräistä vähemmän (3.1 %). Mielitautien ryhmässä taas on naimattomien potilaiden lukumäärä huomattavan korkea (19.7 %). Naimattomia on molemmissa ryhmissä enemmän kuin

lapsettomia potilaita. Tämän mukaan on naimattomista potilaista pienellä osalla jo aikaisemmin ollut yksi ja useampia synnytyksiä, mikä subjektiivisesti on painava sosiaalinen tekijä.

Leskien ja eronneiden luvut eroavat toisistaan esiteltävissä ryhmissä muuhun aineistoon verrattuna varsin mielenkiintoisella tavalla. Kun muissa diagnoosiryhmissä leskien osuus on suurempi kuin eronneiden, on asianlaita väsymys- ja heikkoustitiloissa sekä mielitautien kohdalla päinvastainen. Mielitautien kohdalla näyttää tämä eroavaisuus sitäkin mielivaltaisemmalta, koska lapsiluku, joka tässä ryhmässä on yleensä ollut suurena tekijänä, on leskillä korkeampi kuin eronneilla.

	0 lasta	1—2 lasta	3—4 lasta	5—6 lasta	7 tai yli	Ei main.
Lesket	7	53	26	6	3	2
Eronneet	8	74	21	3	—	1

## 2. Sosiaalisten tekijäin vaikutus siviilisäätiryhmittäin.

Kuten edellisessä mainittiin, on naimattomilla potilailla aina olemassa objektiivisestikin ottaen määrätty sosiaalinen motiivi keskeytystä anottaessa. Seuraava taulukko osoittaa missä määrin ratkaisuun vaikuttamatta, yksinäisen äidin asemasta johtuvaa keskeytysperustetta voidaan tilastollisesti valaista.

### Taulukko 26. Sosiaalisten tekijäin vaikutus siviilisäätiryhmittäin.

Sosiaaliset syyt vaikuttaneet päätökseen	Naimaton	Naimisissa	Leski	Eronnut	Siviilisäätytuntem.	Yht.
Ei lainkaan .....	64.2	68.0	51.0	59.8	62.0	67.2
Jossain määrin ....	25.4	22.2	38.8	32.4	32.0	23.0
Ratkaisevasti .....	6.8	6.7	8.2	4.9	—	6.7
Ei tietoa .....	3.6	3.1	2.0	2.9	6.0	3.1
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Taulukosta ilmenee, että yksinäisten naisten kohdalta sosiaaliset syyt ovat painaneet keskeytystä ratkaistaessa suhteellisesti enemmän kuin naimisissa olevilla, eronneilla enemmän kuin yksinäisillä ja kaikkein huomattavimmin leskien kohdalla.

Kuitenkin naimattomien ja naimisissa olevien välillä on ero sosiaalisten tekijöiden vaikutuksessa niin vähäinen, että se osoittaa, ettei yksinäisiä äitejä sellaisenaan ole haluttu asettaa poikkeusasemaan. Sosiaaliset tekijät näyttävät olevan ensi kädessä taloudellista laatua. Tähän viittaa näiden suurempi vaikutus leskillä kuin eronneilla, jolloin myös tulee kysymykseen häpeämotiivi aikaisempiin lapsiin nähden. Leskien lapsiluku on suurempi kuin eronneiden ja he joutuvat huoltamaan lapsensa taloudellisessakin mielessä yksin, kun sensijaan eronneet yleensä saavat taloudellista tukea entisiltä aviomiehiltään.

### 3. Sosiaalisten tekijäin vaikutus alueittain.

Asutuksen harventuessa maassamme etelästä pohjoiseen ja lännestä itään laskee samanaikaisesti sosiaalinen elintaso. Seuravasta taulukosta ilmenee missä määrin tämä ilmiö kuvastuu eri lääneissä asuvien potilaiden keskeytysratkaisuisissa.

Taulukko 27. Sosiaalisten tekijäin vaikutus alueittain.

Asuinpaikka	Sosiaaliset tekijät vaikuttaneet								
	Ei laink.		Jossain määrin		Ratkaisev.		Ei tietoa		Yht.
		%		%		%		%	
Uusimaa .....	1 388	65.6	508	24.0	165	7.8	54	2.6	2 115
Turku ja Pori .....	778	65.6	277	23.3	102	8.6	30	2.5	1 187
Häme .....	720	70.4	234	22.9	34	3.3	35	3.4	1 023
Mikkeli .....	142	59.4	78	32.7	13	5.4	6	2.5	239
Kuopio .....	321	75.0	64	15.0	24	5.6	19	4.4	428
Kymi .....	634	64.4	260	26.4	51	5.2	39	4.0	984
Vaasa .....	405	64.9	130	20.8	63	10.1	26	4.2	624
Oulu .....	212	69.5	72	23.6	15	4.9	6	2.0	305
Lappi .....	197	86.4	15	6.6	7	3.1	9	3.9	228
Asuinpaikka tuntematon ..	5		2		1				8
Koko maa	4 802	67.2	1 640	23.0	475	6.7	224	3.1	7 141
Suuret kaupungit .....	1 192	67.7	436	24.8	89	5.1	43	2.4	1 760
Kaupungit .....	858	67.0	276	21.6	113	8.8	33	2.6	1 280
Kauppalat .....	480	69.2	149	21.5	27	3.9	38	5.4	694
Maaseutu .....	2 267	66.7	777	22.9	245	7.2	110	3.2	3 399
Asuinpaikka tuntematon ..	5		2		1		—		8

Sikäli kuin ylläolevasta taulukosta voidaan päätellä läänien maantieteellisen sijainnin mukaista yhtenäistä linjaa, ovat elämänolot painaneet keskeytysratkaisuihin juuri päinvastaisessa järjestyksessä kuin sosiaaliset olot eri puolilla maatamme antaisivat aiheen odottaa. Lapin, Kuopion, Kymin ja Oulun lääneissä on sosiaalisten syiden vaikutus pieni, kun sitävastoin Uudenmaan ja Turun ja Porin lääneissä niiden osuus ratkaisuihin on varsin suuri. Poikkeuksen tekee Mikkelin lääni, missä asuvista aineiston potilaista vain 61 %:lla on keskeytys suoritettu puhtaasti lääketieteellisin indikatioin. Erikoista on myös Hämeen läänin yhtäläisyys Oulun lääniin verrattuna.

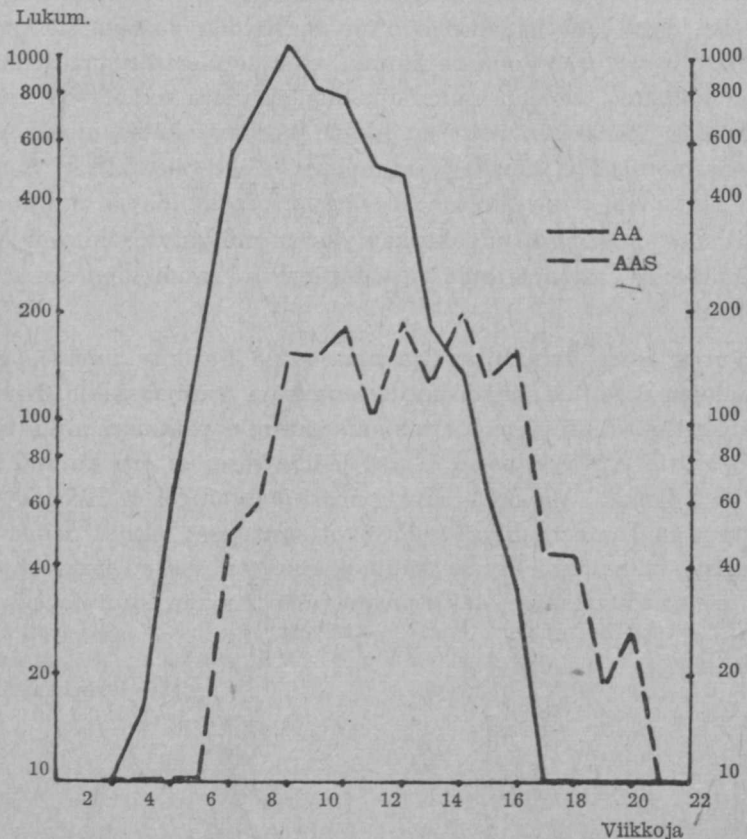
Sosiaalisten tekijäin suurempi vaikutus rintamailta syrjäseutuihin verrattuna saanee selityksensä lähinnä potilaiden subjektiivisesta aborttimotivaatiosta, joka ilmenee siinä, että raskauden keskeytyksiä anotaan suhteellisesti eniten juuri taajaan asutuilla alueilla. Syrjäseutujen väestö ottaa raskauden vastaan luonnonilmiönä, usein uskontoon nojautuen, eikä se ole tottunut kääntymään lääkärin puoleen ennenkuin hengenvaara todella on kysymyksessä. Tämä väestö ei myöskään herkästi katso olosuhteita ylipääsemättömiksi, koska vaatimukset eivät ole suuret. Sensijaan rintamaiden sivilisoituneen väestön keskuudessa turvaudutaan helpommin raskaudenkeskeytykseen määrätyn elintason säilyttämiseksi. Vastaava ilmiö on todettavissa kriminelien aborttien suhteen.

Verrattaessa kaupunkeja ja maaseutua toisiinsa ilmenee elämänolojen vaikutus samansuuntaisena kuin läänijaossakin. Niiden osuus ratkaisuihin pienenee taajaan asutuilta paikkakunnilta harvaan asutuille siirryttäessä. Tässä jaotuksessa ei ero kuitenkaan ole yhtä jyrkkä. Maamme suurimmissa kaupungeissa Helsingissä, Turussa ja Tampereella asuvilla ovat sosiaaliset tekijät painaneet ratkaisuihin eniten. Muissa kaupungeissa on sosiaalisten tekijöiden osuus ratkaisuun vaikuttavana vain hiukan suurempi kuin maaseudulla.

## V. KESKEYTYSVAIHE JA -MENETELMÄ.

Keskeytys on suoritettu 7147 tapauksessa ennen neljännen raskauskuukauden loppumista. Ainoastaan 169 graviditeettia (2.3 %) on keskeytetty sen jälkeen. Näistä on 140 tehty lääketieteellisellä indikaatiolla, 23 eugeenisella indikaatiolla ja 6 alaikäisyyden takia. 70 graviditeetin kesto-aika tuntematon. Ensimmäisen raskauskuukauden aikana on keskeytys suoritettu 92:lle. Yksi keskeytys on suoritettu raskauden kestänyt vain vajaat 2 viikkoa. Tavallisimmin on keskeytykset tehty toisen ja kolmannen raskauskuukauden vaihteessa, eli raskauden kestänyt noin 8 viikkoa. Keskeytysten lukumäärä tämän ajankohdan jälkeen on kuitenkin suurempi kuin sitä ennen. Seuraavasta kuviosta selviävät ne keskeytysmenetelmät sekä potilaiden lukumäärä kussakin ryhmässä ja raskauden kestämis-aika.

Kuvio 6.





Kuviossa kiinnittää erikoisesti huomiota sectio minor menetelmän kohdalla keskeytysten lukumäärän vaihtelu parillisten ja parittomien viikkojen kohdalla. Ero johtunee yksinomaan siitä yleisestä tavasta, että raskauden kesto aika ilmoitetaan myöhemmässä vaiheessa parillisina viikkoina.

Kun valtaosa keskeytyksistä suoritetaan kolmannen raskauskuukauden aikana, tuntuu yhdessä vaiheessa suoritettujen keskeytysten (evacuatio) lukumäärän suhde kahdessa vaiheessa suoritettuihin (applicatio lamin. + evacuatio) huomattavan suurelta. Tämä johtunee siitä, että ilmoituskortissa ei ole täsmennetty operaatiomenetelmää. Yleensä näyttään tyydytyn erottamaan toisistaan vain alateitse tapahtuva (evacuatio) sekä yläteitse tapahtuva (sectio minor) keskeytys. Kuvioista ilmenee, että sekä evacuatio että laminaria + evacuatio jakautuvat jotensakin tasaisesti ensimmäisen ja neljännen raskauskuukauden välille. Olisi ollut odotettavissa, että kahdessa vaiheessa suoritettua evacuatiota olisi käytetty enemmän raskauden myöhäisemmässä vaiheessa.

Sectio minor frekvenssin huippu on 14 raskausviikon kohdalla. Huomattavan suuri määrä sectioita on suoritettu myös kolmannen raskauskuukauden aikana, mikä selittyy siitä, että näissä tapauksissa on keskeyttämiseen liittynyt sterilisaatio.

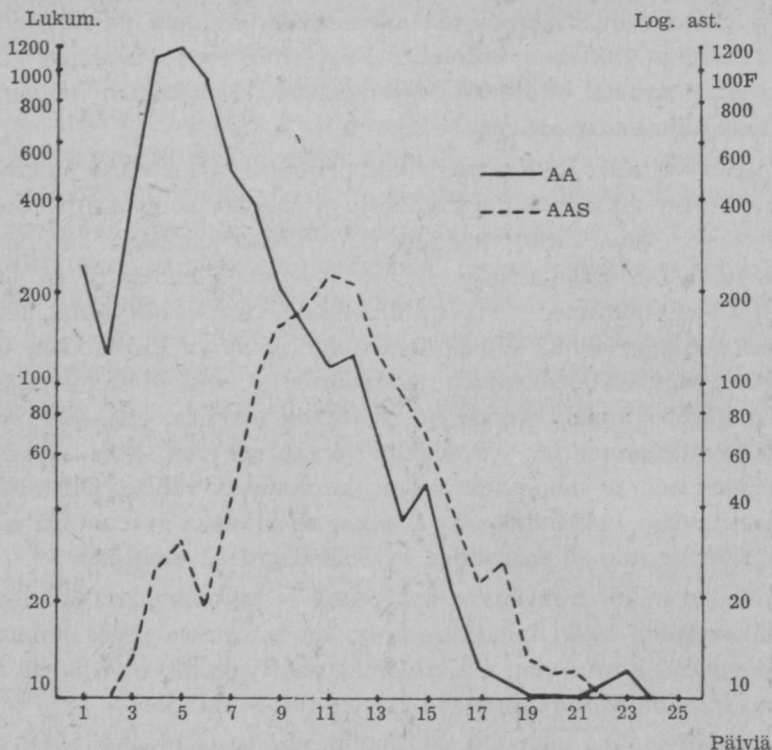
Hysterotomia vaginalis ei meillä ole laajemmassa käytössä, mitä osoittaa se, että ainoastaan 14 keskeytystä on suoritettu tätä menetelmää käyttäen.

Amputatio uteri on jouduttu suorittamaan keskeytyksen yhteydessä 16:ssa tapauksessa. Tähän ryhmään kuuluvat potilaat edustavat aineiston iäkkäintä osaa ja syyn amputatioon ovat tavallisesti aiheuttaneet kohdun lihaskasvaimet.

## VI. HOITOAIKA.

Potilaiden hoitoaika on laskettu sairaalaantulopäivästä lähtöpäivään. Taulukko 28 esittää hoitoajan erikseen AA- ja AAS-ryhmään kuuluvilla potilailla. Sitä selventää kuvio 7.

Kuvio 7.



Taulukko 28. Hoitoaika.

Keskeytysmenetelmä	Potilaiden lukumäärä		Keskihoitoaika päivissä	
	AA	AAS	AA	AAS
Evacuatio .....	3 568	153	5.4	9.0
Lamin. et. evacuatio .....	1 811	75	5.9	9.6
Sectio minor .....	431	1 212	12.4	12.1
Amputatio uteri .....	6	10	11.0	13.8
Hysterotomia vagin. ....	11	2	10.7	—
Yhteensä	5 827	1 452	6.1	11.6
Hoitoaika tuntematon	84	23	—	—
Kaikkiaan	5 911	1 475	—	—

Näistä ilmenee selvästi AA ja AAS-potilaiden hoitoajan eroavaisuudet. AA-tapauksissa on tavallisin hoitoaika neljännen ja viidennen päivän kohdalla, kun taas AAS-potilaiden hoitoajan kuvaaja saavuttaa huippunsa 11 ja 12 päivän kohdalla. Yksityiset poikkeamat ovat huomattavia.

Polikliinisesti AA on suoritettu 245 ja AAS 3 potilaalle. Tätä ei lääketieteellisesti eikä lain hengen mukaan arvostellen voida pitää tarkoituksenmukaisena. Näiden 248 potilaan hoitoajaksi tulee näin ollen ainoastaan 1 päivä. Yksi AAS-potilas on ollut sairaalassa 62 vrk.

AA-potilaat ovat olleet sairaalassa keskimäärin 6.1 päivää ja AAS-potilaat 11.6 päivää. Kun eri keskeytysmenetelmät vaikuttavat hoitoajan pituuteen ja kun nämä taas puolestaan ovat riippuvaiset raskauden kestoajasta, lienee paikallaan lyhyesti tarkastella tätä riippuvaisuussuhdetta. Seuraava taulukko esittää eri keskeytysmenetelmin suoritettujen raskaudenkeskeytyksiin kulu-  
neen hoitoajan päivissä.

*Taulukko 29. Keskeytysmenetelmä/hoitoaika.*

Päivää	Evacuatio		Laminaria		Sectio minor		Amputatio Hyster. ut.			
	AAP	APS	AAP	APS	AAP	APS	AAP	APS	AAP	APS
1	241	3	3	—	—	—	—	—	1	—
2	66	1	59	—	1	3	—	—	—	—
3	267	5	173	2	2	6	—	—	—	—
4	711	17	418	6	4	2	—	—	—	—
5	805	11	376	13	1	7	—	—	—	—
6	669	8	276	7	3	4	—	—	—	—
7	306	13	177	5	6	21	—	—	—	—
8	238	15	122	12	16	69	—	—	3	—
9	103	20	65	5	41	124	—	—	—	2
10	39	16	40	3	73	161	2	—	1	—
11	25	15	16	4	74	211	2	1	—	—
12	26	3	17	1	77	204	2	6	2	—
13	13	5	16	1	42	122	—	1	1	—
14	5	3	8	2	24	88	—	—	—	—
15	14	5	11	5	23	54	—	—	1	—
16	5	4	10	3	6	30	—	—	2	—
17	8	3	1	1	3	19	—	—	—	—
18	4	2	1	—	6	24	—	1	—	—
19	3	1	—	1	4	11	—	—	—	—
20	2	—	1	—	2	12	—	—	—	—
21	1	2	3	1	2	9	—	—	—	—
22	5	—	4	—	2	3	—	—	—	—

23	3	—	4	—	5	6	—	—	—	—
24	—	—	3	1	2	1	—	1	—	—
25	1	—	—	—	1	4	—	—	—	—
26	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—
27	1	—	1	1	—	2	—	—	—	—
28	—	—	1	—	—	3	—	—	—	—
29	1	—	—	—	—	6	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
32	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
34	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
37	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—
38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
40	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
41	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
42	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
43	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
44	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
47	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
48	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
— —	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
62	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Ei tietoa 30	1	47	—	6	22	—	—	1	—	—
Yht. 3 598	154	1 858	75	437	1 234	6	10	12	2	—
Keskihoi- toaik.	5.4	9.0	5.9	9.6	12.4	12.1	11.0	13.8	10.7	—

Potilaiden lukumäärää esittävästä sarakkeesta puuttuvat niiden 84 AA-potilaan ja 23 AAS-potilaan luvut, joiden hoitoaika on tuntematon. Hoitopäivien yhteenlaskettu määrä on tästä syystä myöskin todellisuutta pienempi.

Huomiota kiinnittää hoitoaikojen ero niiden AAS-potilaiden kohdalla, joille ensin on suoritettu evacuatio alateitse ja sen jälkeen sterilisaatio (9 vrk) ja niiden välillä, joille sterilisaatio on suoritettu sectio minorin yhteydessä (12.1 vrk). On ilmeistä, että

yllämainittu hoitoajan lisäys johtuu pitemmälle kehittyneestä raskauden tilasta sectio minor-tapauksissa. Sensijaan ei sterilisaation suorittaminen synnytykseen liittyvän section yhteydessä ole todettu lisäävän hoitoaikaa.

AA-potilaiden keskimääräisen hoitoajan mukaan laskettuna on raskauden keskeytysten aiheuttamaan hoitoon käytetty yhteensä 45.055 vrk. Tämä merkitsee, että nämä potilaat vaativat sairaaloissamme jatkuvasti noin 50 sairassijaa kautta vuoden. Pyrkimys laillisten raskauden keskeytysten lukumäärän vähentämiseen pienimpään mahdolliseen määrään on siis jo tältä, puhtaasti käytännölliseltä kannalta, erittäin suuriarvoista.

## VII. KOMPLIKATIOT.

Käytettävissä olevien tietojen perusteella ei mahdollisista komplikatioista saada yksityiskohtaisia tietoja. Tämän vuoksi on pyrittävä arvostelevaan komplikatiot hoitoajan pituuden sekä potilaan lähtötilan perusteella.

Taulukossa 29 ylin poikkiviiva on keskimääräisen hoitoajan kohdalla ja alempi poikkiviiva taas maksimaalisen, normaaliksi katsottavan hoitoajan kohdalla. Alemman poikkiviivan alapuolelle jäävät tapaukset on katsottu hoitoajan suhteen jossain määrin tavallisuudesta poikkeaviksi. Näitä potilaita on kaikkiaan 534 eli 7.2 % koko aineistosta. Näiden 534 potilaan keskimääräinen hoitoaika on ollut 16.8 vrk. Huomiota kiinnittää se, että pelkän raskauden keskeytyksen jälkeen, tapahtui se sitten yhdessä tai kahdessa vaiheessa, on sairausajan pitenemisenä ilmenneitä komplikaatioita esiintynyt vain noin 5 %:ssa. Sensijaan, jos toimenpiteeseen on liittynyt sterilisaatio on vastaavia komplikaatioita vastavasti lähes 20 %:ssa. Voidaan siis päätellä, että sterilisaatio liitetynä raskauden keskeytykseen lisää komplikaatiovaaraa noin 4—5 kertaiseksi.

Sensijaan sectio minor-menetelmällä tapahtuneissa raskauden keskeytyksissä yksinään sekä siihen liitetyissä sterilisaatioissa ei hoitoajan pidentymisenä ilmenevissä komplikaatioissa voida havaita merkittävää eroa. Molemmissa ryhmissä tavataan komplika-

katioita noin 10 %:ssa. Amputatio uteri ja hysterotomia vaginalis-tapaukset ovat aineistossa liian harvalukuisia oikeuttaakseen hoitoajan pituuden perusteella tehtäviin johtopäätöksiin.

Potilaan lähtöstatuksen pitäisi myöskin kyetä antamaan jonkinlainen kuva toimenpiteen onnistumisesta. Ilmoituslomakkeen jaoittelun mukaan ovat lähtöstatuksia kuvaavat luvut aineistossa seuraavat:

Sairaalasta on poistettu terveenä .....	5 301	potilasta
Parempana ..	1 777	„
Hoitamatta ....	12	„
Parantumatta	15	„
Kuolleena ....	5	„
Ei mainintaa ..	276	„
Yhteensä	7 386	potilasta.

Tätä jaoitusta arvosteltaessa voidaan todeta, ettei sen perusteella kyetä luomaan tarkempaa kuvaa toimenpiteen onnistumisesta. Ilmeisesti tämän ilmoituskohdan tarkoitus on monessa tapauksessa käsitetty väärin mitä osoittaa varsinkin se, että »hoitamatta» on poistettu 12 ja »parantumatta» 15 potilasta. Potilaan lähtöstatus on näissä tapauksissa arvosteltu perussairauden, siis raskaudenkeskeytyksen aiheuttaneen sairauden perusteella. Hoitamatta eivät nämäkään potilaat ole voineet sairaalasta poistua, koska heille on keskeytys suoritettu, joka tässä tapauksessa muodostaa perussairauden vaatiman hoidon. Parempana poistettujen ryhmään kuuluu ainakin joitakin sellaisia, joiden perussairautteen keskeytyksen on katsottu vaikuttaneen parantavasti. Sama pitänee paikkansa myöskin terveenä sairaalasta poistetuksi ilmoitettujen potilaiden ryhmässä. Nähdäksemme on nykyinen lähtöstatustien jaoittelu ilmoituslomakkeessa sekaannusta aiheuttava, ja näin ollen muutettava.

K u o l e m a n t a p a u k s i a sisältyy aineistoon kaikkiaan 5 (0.07 %). Tapaukset ovat lyhyesti seuraavat:

1. 23-vuotias, II-gravida. Raskauden kesto 17 viikkoa. Indikatio. Stenosis ostii atrio ventricularis sinistrii cordis, Insufficiencia cordis. Toimenpide: secio minor + sterilisaatio. Exitus letalis

kuukauden kuluttua toimenpiteestä. Kuolinsyy: sama kuin keskeytysindikaatio sekä oedema pulmonis.

2. 37-vuotias, IV-gravida. Raskaudenkesto 4 viikkoa. Indikaatio: Nephritis chronica. Toimenpide: evacuatio. Exitus letalis 10 vrk:n kuluttua toimenpiteestä uremia oirein.

3. 46-vuotias, III-gravida. Raskauden kesto 26 viikkoa. Indikaatio: Eclampsia gravidarum residivans. Toimenpide: sectio minor + sterilisaatio. Exitus letalis leikkauksen jälkeisenä päivänä. Kuolinsyy: haemorrhagia cerebri, thrombosis arteriae coronariae cordis, Modegeneratio et insufficientia cordis.

4. 43-vuotias, IV-gravida. Raskauden kesto 11 viikkoa. Indikaatio: Epilepsia symptomatica, Sclerosis disseminata, Exhaustio. Toimenpide: applicatio lamin. + evacuatio. Exitus letalis samana päivänä. Kuolinsyy: oedema pulmonum, status thymico-lymphaticus.

5. 41-vuotias, III-gravida. Raskauden kesto 14 viikkoa. Indikaatio: hypertensio arterialis. Toimenpide: evacuatio. Kaavintaa suoritettaessa tapahtuu kohdun seinämän perforatio, jonka yhteydessä sigma ja rectum vahingoittuvat. Suoritetaan laparotomia. Exitus letalis 10 vrk. leikkauksen jälkeen peritoniitti oirein.

Edellisestä selviää, että vain yhtä viidestä kuolintapauksesta voidaan pitää välittömästi toimenpiteestä johtuneena. Muut ovat selvästi perustaudin aiheuttamia.

## VIII. KUSTANNUKSET.

Raskaudenkeskeytyskysymyksen yhteydessä kiinnitetään harvoin huomiota sen aiheuttamiin taloudellisiin kustannuksiin ja menetyksiin. Vaikkakaan nämä eivät muodosta tärkeintä puolta kysymyksessä, aiheuttavat raskaudenkeskeytyksistä johtuvat hoitomenot sekä taloudelliset tappiot menetettyjen työpäivien muodossa huomionarvoisen menoeran.

Nykyisten laskelmien mukaan kohoavat hoitokustannukset valtion sairaaloissa potilasta kohden keskimäärin 1 500 markkaan vuorokaudessa. Jos jätämme huomioimatta yksityis- ja erikoissairaaloiden melkoista kalliimmat hoitokustannukset, olettaen, että jokainen potilas olisi hoidettu valtion sairaaloissa, muodostuvat hoitokustannukset tällöin seuraavan taulukon mukaisiksi.

*Taulukko 30. Sairaalahoidosta aiheutuneet kustannukset.*

Keskeytysmenetelmä	Lukumäärä	Keskihoitoaika	Hoitokustannukset	
			Potilasta kohti	Yhteensä
Evacuatio .....	3 752	5.4	8.100:—	30.4 milj. mk
Lamin. et. evacuatio .....	1 933	5.9	8.850:—	17.1 „
Sectio minor .....	1 671	12.4	18.600:—	31.1 „
Amputatio uteri .....	16	11.0	16.500:—	0.3 „
Hysterotomia vaq. ....	14	10.7	16.050:—	0.2 „
Yhteensä	7 386	—	—	79.1 milj. mk

Kun sterilisaation suorittaminen raskaudenkeskeytyksen yhteydessä pidentää suuresti hoitoaikaa ja muodostaa olennaisesti toisen probleeman kuin raskaudenkeskeytys sinänsä, on esitetyt taloudelliset menetykset laskettu pelkkien raskaudenkeskeytysten vaatiman hoitoajan mukaan. Taulukosta ilmenee, että laillisten raskaudenkeskeytysten aiheuttamat hoitokustannukset ovat tutkimuksen kohteena olleena aikana nousseet noin 80 milj. markkaan, mikä merkitsee runsaasti 30 milj. markan vuotuista menoerää.

Aineiston potilaiden työpäivien menetyksistä johtuvien taloudellisten tappioiden esittäminen perustuu arviointiin, koska heidän ammattiaan ei tunneta. Jos oletamme, että ansioitien ja kotona työskentelevien perheenemäntien keskimääräinen päiviansio vastaisi teollisuuden palveluksessa olevien naispuolisten työpäivien palkkatasoa, joka vuonna 1952 oli noin 100 mk tunnissa, muodostuisi työpäivien menetyksistä aiheutunut taloudellinen tappio seuraavan taulukon mukaiseksi.

*Taulukko 31. Työpäivien menetyksistä aiheutunut taloudellinen tappio.*

Keskeytysmenetelmä	Lukumäärä	Menetettyjä työpäiviä keskimäärin	Työpäivien menetykset markkoina	
			Potilasta kohden	Yhteensä (miljoonissa)
Evacuatio .....	3 752	5.4	4.320:—	16.2
Lamin. et. evacuatio ..	1 933	5.9	4.720:—	9.1
Sectio minor .....	1 671	12.4	9.920:—	16.6
Amput. uteri .....	16	11.0	8.800:—	0.1
Hysterot. vag. ....	14	10.7	8.560:—	0.1
Yhteensä	7 386	—	—	42.1



Käytännöllisistä syistä on menetetyksi työpäiviksi laskettu vain potilaan sairaalassaoloaika. Tosiasiassa on menetettyjen työpäivien määrä huomattavasti suurempi, koska suurin osa potilasta ei sairaalasta lähtiessään ole vielä työkykyisiä ja mahdollisten komplikaatioiden aiheuttamat sairaslomat lisäävät menetettyjen työpäivien lukumäärää.

Ylläolevassa taulukossa käytetyn laskutavan mukaan ovat kustannukset menetettyjen työpäivien muodossa potilasta kohti keskimäärin 5 709 mk. Mainittakoon, että Rouhunkosken ja Oljen (1951) tekemässä tutkimuksessa rikollisten aborttien aiheuttamista työpäivien menetyksistä olivat kustannukset vuonna 1951 potilasta kohti 13.800 mk. Tällöin oli tutkittavien henkilöiden keskimääräiseksi kuukausiansioksi laskettu 26.500 mk. Jos mainitun tutkimuksen potilaiden keskiansiot olisi laskettu 100 markaksi tunnilta, eli samaksi kuin tässä tutkimuksessa, nousisivat kustannukset potilasta kohti 12.320 markkaan. Näin laskien tultaisiin siihen tulokseen, että aborttien aiheuttamat kokonaistappiot, menetety työansion muodossa todellisuudessa olisivat runsaasti kaksinkertaiset.

Hoidon ja työpäivien menetysten aiheuttamat taloudelliset tappiot ovat yhteensä yli 120 milj. markkaa, mikä vuotta kohti tekee n. 50 milj. markkaa. Laskutavasta ja arvioperusteista johtuen ei summa ainakaan ylitä todellisia menetyksiä.

## IX. LOPPULAUSE.

Laillistettu raskauden keskeytys on ilmeisesti nykyisessä yhteiskunnassa ns. »välttämätön paha». Lukuunottamatta sellaisia, varmasti vähemmistönä olevia tapauksia, joissa raskaus muodostaa äidille todellisen hengenvaaran, on suurin osa niistä harkinnanvaraisia. Aborttilakimme käytäntöön soveltamisessa ilmenee samoja vaikeuksia kuin kaikkialla, missä inhimillisen arvioinnin olisi ulotuttava objektiivisen tutkimuksen saavuttamattomissa oleviin tekijöihin. Lääketieteelliseltä kannalta asiaa arvioiden olisi lähdeittävä siitä, milloin keskeytys on pakko suorittaa eikä siitä milloin sen saa suorittaa.

Vika ei kuitenkaan ole itse laissa, sillä laki ei voi olla indikaatioluettelo eikä sen avulla yleensäkään voida ratkaista kaikkia raskauden keskeytyksiin liittyviä ongelmia. Vika ei myöskään ole lain käytäntöön soveltamisessa, sillä tutkimuksemme osoittaa, että erinäisiä epäyhtenäisyyksiä lukuunottamatta, lääkärikunta on tehnyt parhaansa ja pyrkinyt toimimaan lain hengen mukaisesti. Perusvika kytkeytyy ilmeisesti nykyiseen elämänmuotoon.

Keskeytysten, samoin kuin niihin liittyvien sterilisaatioiden epätasainen jakaantuminen maan eri osissa, kaupunkien ja maaseudun välillä, osoittaa ennen kaikkea subjektiivisen aborttimotivation vaihtelevaisuutta olosuhteista riippuen. Siinä kuvastuu mitä selvimmin sosiaalisten tekijäin lapsilukua rajoittava vaikutus. Ei-toivotun raskauden sattuessa nähdään helposti apu sen keskeyttämisessä. Ei voitane kieltää, etteikö eräissä osissa maattamme, lähinnä suurissa kaupungeissa, jo vallitsisi eräänlainen »abortionmentaliteetti».

Ongelma on pohjaltaan enemmän eettillis-sosiaalinen kuin lääketieteellinen. Sen ratkaisu on lähinnä ihmisen uudenlainen mukautuminen nykyiseen elämänmuotoon. Tämä merkitsee toisaalta lasten arvon ja merkityksen tajuamista, toisaalta suvunjatkamisvietin sopeuttamista olevaisiin oloihin niin, että ristiriitoja ei pääsisi syntymään, toisin sanoen ehkäisemällä ei-toivottujen raskauksien syntyminen ennakolta. »Sosiaalisia vaikeuksia ei poisteta kyretillä» (Winter).

Käytännössä tämä merkitsee ennen kaikkea kasvatus ja valistustyötä. Kodeissa ja kouluissa annettava ns. perhekasvatus muodostaa pohjan sopeutumiselle elämän vaatimuksiin. Siihen liittyy myös kaikki kriminellien aborttien torjumiseksi tehtävä valistustyö. Jokainen lääkäri voi omalta osaltaan osallistua tähän ehkäisyneuvonnan avulla. Valitettavasti ehkäisy menetelmät vielä nykyisellään jättävät paljonkin toivomisen varaa, mutta niidenkin avulla voidaan torjua melkoinen osa ei-toivotuista raskauksista.

Ilmeisesti tulee kuitenkin aina olemaan keskeytystä anovia potilaita. Selvien, lääketieteellisesti indikoitujen tapausten ohella (1) esiintyy niitä, joissa keskeytys on lääketieteellisestikin kat-

soen oikea silloin kun »naisen terveyteen vaikuttavat erikoisen vaikeat elämänotot ja muut olosuhteet» voidaan perusteltuina tosiasiaina ottaa huomioon. (2) Valtaosan potilaista tulevat kuitenkin muodostamaan ne, joilla ei ole hyväksyttäviä (lain edellyttämiä) keskeytysindikaatioita. (3)

Ryhmiiin 2 ja 3 kuuluvien potilaitten keskeytysasioitten käsittelyn keskittäminen erikoisiin sosiaalineuvoloihin olisi koko aborttikysymyksen kannalta edullisinta. Lausunnonantajalääkärit vapautettaisiin tällöin rasittavimmasta potilasaineistostaan, sekä tehtävästä, jonka ratkaisemiseen heillä koulutuksensa ja käytännöllisten toimintamahdollisuuksien puolesta ei voida katsoa olevan edellytyksiäkään (kotikäynnit, sosiaalisten olosuhteiden arvosteleminen, tarkistusten suorittaminen viranomaisilta ja sairaaloista jne.). B-lääkäreiden ratkaistaviksi jäisivät vain selvästi lääketieteelliset tapaukset.

Tämän järjestelyn toteuttaminen vaatisi uusien sosiaalineuvoloiden perustamista, mutta kuten tutkimuksemme osoittaa, aiheuttavat lailliset keskeytykset niin suuria taloudellisia menetyksiä, että näiden vähentämiseen käytetyt varat eivät suinkaan ole hukkaan heitettyjä.