

Raskaudenkeskeytys, äitiys ja vastuullinen naiseus pietarilaisilla naistenklinikoilla

Artikkelissa tarkastellaan pietarilaisten gynekologien raskaudenkeskeytystä koskevia näkemyksiä ja käytäntöjä. Tavoitteena on avata niitä keskeisiä kulttuurisia olettamuksia, jotka ohjaavat gynekologien työtä. Etnografinen aineisto on kerätty julkisen sektorin naistenklinikoilla keväällä 2005 ja koostuu havainnoinnista ja teemahaastatteluista. Informantit pyrkivät ymmärtämään raskaudenkeskeytysten yleisyyttä kahtaalta: miksi naiset eivät käytä luotettavaa ehkäisyä ja miksi he eivät raskaaksi tultuaan synnytä. Yleisellä tasolla gynekologit suhtautuivat raskaudenkeskeytykseen kielteisesti, mutta asennoituivat yksittäisiin potilaisiin ymmärtäväisemmin. Informantit kertoivat haastatteluissa pyrkivänsä aktiivisesti vaikuttamaan raskaudenkeskeytystä suunnittelevien naisten päätökseen, mutta käytännössä he näyttävät toimivan toisin. Eksplisiittisellä tasolla gynekologit perustelivat kielteistä suhtautumistaan abortteihin terveyshaitoilla, mutta lähemmässä tarkastelussa heidän toimintaansa ohjasi myös näkemys vastuullisesta naiseudesta ja äitiydestä.

MERI LARIVAARA

JOHDANTO

Useissa itäisen Euroopan post-sosialistisissa maissa raskauden ehkäisystä vastakohtana raskaudenkeskeytykselle tuli 1990-luvun vuosina kansallisen edistyksen vertauskuva. Sosialismin aikaisen ja uudenlaisen lisääntymispolitiikan vastakkainasettelu korosti uusien demokraattisin vaalein valittujen hallitusten moraalista paremmuutta verrattuna sosialistiseen hallintoon. Nykyaikainen raskauden ehkäisy alkoi symboloida modernia demokraattista ja moraalisesti vastuullista elämäntapaa (Gal ja Kligman 2000a: 28–29, ks. myös Gal ja Kligman 2000b). Pietarissakin monet terveydenhuollon ammattilaiset mielsivät 1990-luvulla naisten lisääntymisterveyden ongelmat neuvostoajan kasvattamiksi vinoumiksi. Heidän puheessaan yhdistyivät uudenlainen vastuullinen seksuaali- ja lisääntymisterveysmoraali ja ensiaskeleitaan ottava demokraattinen yhteiskuntajärjestys (Rivkin-Fish 2005: 91–119).

Tarkastelen tässä artikkelissa pietarilaisten gynekologien raskaudenkeskeytystä koskevia nä-

kemyksiä ja käytäntöjä julkisen sektorin naistenklinikoilla keväällä 2005. Rajaamalla tämän artikkelin ulkopuolelle raskaudenkeskeytykset, jotka tehdään syntymättömän lapsen tai raskaana olevan naisen terveysongelmien vuoksi. Kytken tuloksia yleisempiin naiseutta ja äitiyttä koskeviin keskusteluihin nyky-Venäjällä. Tavoitteena on avata niitä keskeisiä kulttuurisia olettamuksia, jotka ohjaavat gynekologien työtä naisten poliklinikoilla. Etnografian kentässä tutkimukseni sijoittuu terveydenhuollon ja terveysteknologian tutkimuksessa käytettyyn tavanomaista fokusoidumman etnografian kenttään. Artikkelin lopussa pohdin oman tutkimukseni kautta rajatun etnografian mahdollisuuksia terveydenhuoltotutkimuksessa.

Kun raskaudenkeskeytys laillistettiin Neuvostoliitossa vuonna 1955, siitä tuli pääasiallinen keino säännöstellä syntyvyyttä. Raskauden ehkäisyyn kiinnitettiin vain vähän huomiota lisääntymisterveyspalveluissa, ja luotettavien ehkäisymenetelmien saatavuus ja laatu olivat heikkoja (Re-

mennick 1991, 1993, Chalmers ja Sand 1998, Rankin-Williams 2001). Ehkäisytablettien katsottiin heijastavan lännen moraalista rappiota, ja niiden haittavaikutuksia korostettiin. Terveysministeriö kielsi ehkäisytablettien käytön raskauden ehkäisemiseen vuonna 1972. Terveystieteiden ammattilaiset tukivat virallista linjaa (Kon 1995: 178–193, Rankin-Williams 2001).

Vasta 1980-luvun lopulla luotettavia ja hyvälaatuisia ehkäisymenetelmiä alkoi olla saatavilla Neuvostoliitossa (Remennick 1991, 1993), ja nykyisin tuoreimmatkin innovaatiot löytävät tiensä suurten kaupunkien apteekkeihin nopeasti. Luotettavien ehkäisymenetelmien käyttö onkin lisääntynyt esimerkiksi Pietarissa, mutta silti monet ehkäisyä tarvitsevat naiset eivät käytä mitään tai turvautuvat epäluotettaviin menetelmiin (Chalmers ja Sand 1998, Rankin-Williams 2001, Regushevskaya ym. 2008). Raskaudenkeskeytysten määrä koko maassa on puoliintunut 1990-luvun alkuvuosista, mutta on edelleen korkea verrattuna länsimaihin (WHO 2007, ks. Pietarin osalta myös Kesseli ym. 2005: 68).

Yhdysvaltalaisen antropologin Michele Rivkin-Fishin tutkimus (1997, 2005) on ainoa kansainvälisesti julkaistu etnografinen tutkimus, joka käsittelee naisten lisääntymisterveyttä Venäjällä. Pietarissa on tehty aiheesta jonkin verran maisteritason tutkimusta, jota on julkaistu ainoastaan venäjäksi (ks. synnytyssairaaloista esim. Belozerova 2002). Niinpä nojaudun kirjallisuudessa pitkälti Rivkin-Fishin tutkimukseen, vaikka hänen puutteellinen metodikuvauksensa tekee vaikeaksi arvioida, kuinka mittavaan aineistoon hänen johtopäätöksensä perustuvat. Menetelmäpuolesta huolimatta Rivkin-Fishin tutkimus yhdistyy luontevasti muihin samaa aihepiiriä sivuaviin Venäjällä tai Pietarissa tehtyihin laadullisiin tutkimuksiin (ks. esim. Kon 1995, Pilkington 1996, Rotkirch ja Haavio-Mannila 1996, Rotkirch 2000).

Pietarissa virisi 1990-luvun alussa lukuisia yrityksiä parantaa naisten lisääntymisterveyttä. Toimijakenttä oli laaja ja vaihteli kansainvälisten järjestöjen edustajista paikallispoliitikoihin ja terveydenhuollon työntekijöihin. Näkemykset siitä, mikä johtaisi parhaiten toivottuihin tuloksiin, ulottuivat demokratian ja naisten oikeuksien edistämisestä taloudellisten kannusteiden luomiseen terveydenhuollon työntekijöille. Tässä kentässä paikalliset gynekologit hahmottivat naisten lisääntymisterveyden ongelmien johtuvan ennen kaikkea naisten yleisestä heikosta terveydestä,

tietämättömyydestä, välinpitämättömyydestä omaa tilannettaan kohtaan ja heidän puutteellisesta moraalisistaan. Ne gynekologit, jotka antoivat vapaaehtoista seksuaalikasvatusta, keskittyivätkin työssään yksilön moraalisen kasvun tukemiseen. He korostivat omasta kehosta huolehtimista ja hoitomyöntyvyyttä keinoina kasvaa moraalisesti vastuulliseksi naiseksi, joka kykenee huolehtimaan muista ihmisistä. Naisen ruumis kuvautui ennen kaikkea lisääntymisen välineenä. Henkilökohtainen hygienia ja pidättyväinen asenne seksuaalisuuteen näyttäytyivät askelina kohti tulevaa vastuuntuntoista äitiyttä. Asiantuntijaneuvoihin piittaamattomasti suhtautuville piirtyi uhkakuvaksi moraalinen rappio ja hedelmättömyys (Rivkin-Fish 1999, 2005).

Gynekologien kasvatukselliset pyrkimykset eivät tapahtuneet sosiaalisessa tyhjiössä, vaan nivoutuivat tiiviisti historialliseen ja sosiaaliseen ympäristöönsä. Sosialismin aikana lisääntymistä ja seksuaalisuutta koskeva tieto rajautui asiantuntijatiedoksi, ja maallikoiden oli vaikeaa saada asianmukaista informaatiota näistä kysymyksistä. Niin kutsuttu perhe-elämäkasvatus tuli koulujen opetusohjelmaan 1980-luvun alussa, mutta sen tavoitteena oli vahvistaa sukupuolimoraalia ja konventionaalisia sukupuolirooleja eikä antaa nuorille tietoa lisääntymisterveydestä ja seksuaalisuudesta. Julkisessa keskustelussa seksuaalisuus loisti poissaolollaan, kunnes se perestroikan myötä ryöpsähti katukuvaan ja julkiseen tilaan. Samalla nuorten sukupuolikäyttäytyminen vapautui. Nämä kehityskulut herättivät venäläisessä yhteiskunnassa ristiriitaisia tunteita ja vahvistivat konservatiivisia äänenpainoja julkisessa keskustelussa (Kon 1995, Chervyakov ja Kon 2000, Rotkirch 2000).

Rivkin-Fish (2005) esittää, että 1990-luvun seksuaalikasvatus omaksui moralistisen ja yksilön vastuuta korostavan lähestymistapansa kahdesta syystä. Ensinnäkin sosialismin aikana terveyskasvatus oli keskittynyt kurinalaistamaan yksilön suhdetta omaan ruumiiseensa. Ruumiillinen kurinalaisuus ja mukautuminen lääketieteelliseen auktoriteettiin olivat symboloineet jo pitkään vastuullisia persoonallisuuspiirteitä. Toiseksi moraalisen vastuuntunnon painottaminen oli reaktio konservatiivisiin kampanjoihin, jotka hyökkäsivät seksuaalikasvatusta ja perhesuunnittelua vastaan (Rivkin-Fish 2005). Tulevan äitiyden painottaminen asettuu luontevasti venäläiseen kontekstiin, jossa äitiydellä on vahva kulttuurinen merkitys luonnollisena ja itsestäänselvänä osana naisen

elämänkaarta (Attwood 1996, Rotkirch ja Haavio-Mannila 1996, Rotkirch 2000).

Lukuun ottamatta Rivkin-Fishin (1997, 2005) tutkimusta lääkäreiden roolia ehkäisykäytön edistämässä ja raskaudenkeskeytysten ehkäisemisessä on tutkittu Pietarissa varsin vähän. Koko maata tai jotain muuta Venäjän aluetta koskevissa 1990-luvun alun kyselytutkimuksissa venäläisten lääkäreiden tiedot raskauden ehkäisystä olivat puutteellisia tai virheellisiä (Hutter 1996, Kulakov ym. 1997, Stephenson ym. 1997). Keväällä 2005 keräämäni etnografinen tutkimusaineisto kertoo, että julkisella sektorilla työskennelleet gynekologit suhtautuivat myönteisesti luotettaviin ehkäisy menetelmiin, mutta heidän suhtautumisensa ns. luonnollisiin menetelmiin – keskeytetty yhdyntä, kalenterimenetelmä ja vaginahuuhdetelut – oli ristiriitainen. He pitivät ehkäisykäytön lisääntymistä positiivisena kehityskulkuna, ja tekivät normatiivisen eron moderneja ehkäisy menetelmiä käyttävien ja käyttämättömien naisten välillä (Larivaara 2008a). Lääkäreiden ja etenkin gynekologien näkemykset ja käytännöt saattavat vaikuttaa naisten lisääntymisterveyskäyttäytymiseen merkittävästi, sillä ehkäisy- ja aborttineuvonta kuuluvat heidän toimenkuvaansa julkisessa terveydenhuollossa.

Keski- ja Itä-Euroopan post-sosialistisissa maissa käytyä aborttikeskustelua on tutkittu laadullisin menetelmin mm. Puolassa (Zielińska 2000, Leppämäki 2006), Romaniassa (Băban 2000) sekä Virossa (Gail Grantin käynnissä oleva julkaisematon tutkimus), mutta nämä tutkimukset eivät keskity lääkäreiden näkemyksiin. Länsieurooppalaisten ja pohjoisamerikkalaisten lääkäreiden asennoitumista raskaudenkeskeytyksiin koskevat tavanomaisin kirjallisuushauin löytyvät tutkimukset ovat pääosin kyselytutkimuksia (tuoreina esimerkkeinä mm. Francome ja Freeman 2000, Shotorbani ym. 2004, Fischer ym. 2005, Finnie ym. 2006), jotka keskittyvät usein tiettyyn ajankohtaiseen kysymykseen, kuten muutamia vuosia sitten lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen (esim. Beckman ym. 2002, Raymond ym. 2002). Muutamat löytämäni laadulliset tutkimukset syventyvät niin ikään johonkin tiettyyn kysymykseen kuten nuorten raskaudenkeskeytyksiin (Welsh ym. 2001), sikiödiagnostiikkaan ja raskaudenkeskeytyksiin (Garel ym. 2002) tai raskaudenkeskeytysten tekemiseen tai niistä kieltäytymiseen (Lazarus 1997, Wear 2002). Näin ollen en ole onnistunut paikantamaan luontevia vertailututkimuksia muista maista.

Teoreettisesti artikkelini lähtee liikkeelle ajatuksesta, että ruumiiseen, terveyteen ja sairauteen liittyvä tieto on kulttuurisesti rakentuvaa ja neuvoteltua. Lääketieteellinen antropologia pyrkii avaamaan systemaattisesti niitä kulttuurisia oletuksia, joille lääketiede pohjautuu, ja osoittamaan, kuinka nämä oletukset kietoutuvat lääketieteellisen tiedon tuottamiseen ja soveltamiseen käytännössä (Lock ja Gordon 1988, Lock ja Scheper-Hughes 1996, De Vries 2004, Van der Geest ja Finkler 2004). Toisaalta vuorovaikutus terveydenhuollon ammattilaisten ja heidän sosiaalisen ympäristönsä välillä ei kulje ainoastaan yhteen suuntaan, vaan ammattihenkilöt rakentavat omalta osaltaan ympäristön käsityksiä terveydestä. Terveydenhuollon toiminta onkin mahdollista nähdä myös yrityksenä juurruttaa uusia käytäntöjä ja arvoja ympäröivään yhteisöön.

Tässä artikkelissa pyrin ymmärtämään pietarilaisten gynekologien raskaudenkeskeytykseen liittyviä näkemyksiä ja käytäntöjä niiden kulttuurisessa kontekstissa. Keskeinen kysymys artikkelissani on, kuinka terveys ja moraalit kietoutuvat toisiinsa raskaudenkeskeytyksen yhteydessä. Sitä kautta esiin nousee myös gynekologien työn uusia arvoja ja käytäntöjä synnyttävä kasvatuksellinen luonne. Toisena punaisena lankana tekstissä kulkee kysymys metodologiasta. Pohdin, mikä tekee tutkimuksestani etnografiaa ja mitä annettavaa etnografisella lähestymistavalla on terveydenhuollotutkimuksessa.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Artikkelin aineisto on kerätty tammikuusta toukokuuhun 2005 ulottuvalla ajanjaksolla venäläisen tutkimusavustajan kanssa ja koostuu havainnoinnista ja teemahaastatteluista. Aineistoni rajautuu julkisen sektorin naistenpoliklinikoihin (ks. seuraava kappale). Havainnoimme kolmella naistenklinikalla yhteensä 20 gynekologia heidän tavanomaisessa potilastyössään. Yhteensä havainnoituja vastaanottokäyntejä kertyi 208. Havainnoinnin aikana sekä minä että tutkimusavustaja kirjoitimme muistiinpanoja, jotka kävimme keskustellen läpi jokaisen päivän päätteeksi. Kirjasin muistiin myös nämä jälkikeskustelut. Vastanottokäyntien ääninauhottamiseen tai videoimiseen en ryhtynyt, koska sen ennakoitiin vaikeuttavan pääsyä vastaanottotilanteisiin ja koska tavoitteena ei ollut vuorovaikutuksen yksityiskohtainen analysoiminen samalla tavoin kuin esimerkiksi keskusteluanalyttisessä tutkimuksessa (esim. Peräkylä 2002).

Havainnoinnin jälkeen haastattelimme 12 lääkäriä sekä teimme neljä niin sanottua verrokkihaastattelua neljällä eri naistenklinikalla. Haastattelurunko kartoitti lääkäreiden näkemyksiä raskaudenehkäisystä ja -keskeytyksestä, lastenhankinnan ajoittamisesta, sekä naisten seksuaalikäyttäytymisestä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Puolet haastatteluista tehtiin englanniksi tutkimusavustajan toimiessa tulkkina. Loput haastattelut tutkimusavustaja teki venäjäksi minun läsnä ollessani. Verrokkihaastattelujen avulla arvioitiin, poikkeavatko aineistonkeruuklinikat jollain erityisellä tavalla muista klinikoista. Havainnoinnin ja haastattelujen lisäksi aineistoa täydentävät vapaamuotoiset klinikan toimintaa koskevat keskustelut yhteensä kahdeksan naistenklinikan johtavien lääkäreiden kanssa sekä asian tuntijahaastattelut yhdeksän terveydenhuollon virkamiehen kanssa.

Kaikki informantit naistenklinikoilla olivat naisia, mikä vastaa gynekologien tilastollista sukupuolijakaumaa Venäjällä – noin 97 prosenttia ammattikunnasta on naisia. Haastateltavien ikä vaihteli 27–60 vuoden välillä. Puolet haastateltavista oli 25–35-vuotiaita ja neljännes yli 45-vuotiaita. Havainnoitavien lääkärien joukossa oli enemmän myös iäkkäämpiä lääkäreitä. Yksikään lääkäri ei suoraan kieltäytynyt osallistumasta tutkimukseen, mutta vanhempien lääkäreiden kanssa oli vaikeampi löytää sopivaa haastattelu-aikaa. Potilaiden lupa havainnointiin oli tarkoitus saada siten, että lääkäri kertoisi jokaisen vastaanotokäynnin alussa lyhyesti tutkimuksesta ja pyytäisi lupaa. Useimmiten lääkärit informoivat potilasta, mutta lupaa pyydettiin harvoin sellaisella tavalla, että potilaalle olisi jäänyt aidosti mahdollisuus kieltäytyä. Toisaalta yksikään niistä potilaista, joilta lupa pyydettiin asianmukaisesti, ei kieltäytynyt.

Tutkiessani venäläisiä lääkäreitä tutkijan rooliani määritti se, että olen suomalainen ja että olen koulutukseltani sekä lääkäri että antropologi. Ulkomaalaisuuteni erotti minua informanteista, mutta lääkäriys edisti suhteen rakentumista heihin, mikä lyhyellä aineistonkeruujaksolla oli merkityksellistä. Esittäytymisvaiheessa kerroin avoimesti molemmat koulutukseni – tosin korostin, etten ole gynekologi enkä arvioi tutkimuksessani heidän ammatillisista osaamistaan. Informanttini viittasivat lääkäriyteen eri tilanteissa sivumennen me-muodossa ja sitä kautta rakentui yhteisyyden tunne. He olivat myös kiinnostuneita kuulemaan suomalaisesta terveydenhuoltojärjes-

telmästä, lääkäreiden asemasta ja palkoista sekä naistentautien hoitokäytännöistä. Syntyi mahdollisuus vastavuoroisuuteen ja jakamiseen, mikä osaltaan helpotti yhteistyösuhteen rakentamista lyhyessä ajassa. Toisaalta pyrin usein vastaamaan lyhyesti ja mahdollisimman neutraalisti sekä varaamaan enemmän aikaa tällaiselle keskustelulle haastattelun loppuun, etteivät vastaukseni vaikuttaisi informanttien minulle ilmaisemiin näkemyksiin. Varovaisuuteni lienee ollut osin turhaa, sillä informanttini ilmaisivat itsevarmasti vankkoja mielipiteitä vertailutilanteissa ja haastoivat aktiivisesti suomalaisia toimintamalleja. Esimerkiksi venäläinen äitiyshuolto sai vertailuissa arvostusta osakseen, sillä Venäjällä raskaana olevat naiset ovat kaupungeissa gynekologien seurannassa, kun taas Suomessa erikoislääkärien osuus normaalin raskauden seurannassa jää vähäiseksi. Monista kommenteista ilmeni yhtä aikaa tietoisuus lännen ylemmydentuntoisesta suhtautumisesta Venäjään ja ylpeys venäläisen terveydenhuollon vahvuuksista.

Kielitaito oli rajoittava tekijä aineistonkeruussani. Heikko venäjätaitoni pakotti minut työskentelemään tutkimusavustajan kanssa, ja tulkkaus hidasti ja kömpelöitti vuorovaikutusta informanttien kanssa. Toisaalta tutkimusavustajalani oli luonteva kyky rakentaa kontaktia informantteihin ja säilyttää minut mukana keskusteluissa. Hänen sosiologin koulutuksensa mahdollisti vastavuoroisen tulkintojen peilaamisen päivittäin havainnointijaksojen jälkeen, ja jossain määrin hän toimikin porttini yhteisöön eikä vain välttämättömänä välikätenä.

Kielitaito heijastuu myös haastatteluaineiston analyysiin, joka perustuu ensisijaisesti haastatteluaineiston englanninnoksille. Olen kuitenkin tarkistanut keskeiset kohdat ja sanavalinnat venäjänkielisistä litteraateista ja keskustellut tulosten tulkinnasta aihepiiriin perehtyneiden venäläisten yhteiskuntatieteilijöiden kanssa.

Koko tutkimusaineisto on siirretty kirjallisesa muodossa tietokoneelle ja analysoitu käyttäen laadullisen aineiston analyysiin suunniteltua tietokonepohjaista Atlas.ti-ohjelmaa. Analyysimenetelmänä olen käyttänyt sisällönanalyysia. Jokaisella informantilla on yksilöllinen koodinsa, joka on annettu tekstissä aineisto-otteiden perässä yhdessä informantin syntymävuoden kanssa.

Gynekologeja koskevassa aineistossa saavutettiin hyvä saturaatio. Verrokkihaastattelut vierailuklinikoilla vahvistivat tosin, että aineistonkeruuklinikoiden aineelliset olosuhteet olivat pa-

remmat kuin useimmilla muilla klinikoilla ja ne olivat tavanomaista paremmassa maineessa. Haastattelut olivat kuitenkin sisällöllisesti samankaltaisia, mikä viittaa siihen, että samankaltaiset teemat nousisivat esiin muillakin naistenklinikoilla. Tulokset ovat myös yhteneviä aikaisempien Pietarissa tehtyjen tutkimusten kanssa (Rivkin-Fish 1997, 1999, 2005).

NAISTEN LISÄÄNTYMISTERVEYSPALVELUT

Lääkäreiden terveystaloudelliset vaikutusmahdollisuudet muodostuivat sosialismin aikana vähäiseksi, eivätkä venäläiset lääkärit ole Neuvostoliiton hajottuakaan järjestäytyneet vahvoiksi ammattiliitoiksi, joilla olisi vastaavanalaista terveystaloudellista vaikutusvaltaa terveyttä ja terveydenhuoltoa koskeissa kysymyksissä kuin esimerkiksi Suomessa (Riskä 2001, s. 73–86). Neuvostoliitossa lääkäreiden palkka oli matala verrattuna muun muassa teollisuustyöntekijöihin, ja yhä edelleen julkinen sektori tarjoaa lääkäreille niukan toimeentulon.

Lääkärinkoulutus kestää Venäjällä kuusi vuotta, jonka jälkeen monet suorittavat kaksivuotisen erikoislääkärinkoulutuksen. Säilyttääkseen lääkäri-oikeutensa lääkäreiden tulee osallistua viiden vuoden välein yliopistotasoiseen täydennyskoulutukseen omalla erikoisalallaan. Lisäksi aineistonkeruuklinikat järjestivät kahden viikon välein ulkopuolisen kouluttajan vetämän noin tunnin mittaisen täydennyskoulutusseminaarin lääkäreille. Ammattikirjallisuuden ja -lehtien lukeminen oli harvinainen keino päivittää tietoja, ja tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä vain muutama osasi englantia niin hyvin, että olisi kyennyt lukemaan alan kansainvälistä kirjallisuutta.

Pietarin perusterveydenhuolto on järjestetty julkisella sektorilla siten, että lähiöpoliklinikoiden verkosto vastaa oman väestövastualueensa potilaista, mutta tätä verkostoa täydentävät lastentautien ja naistentautien poliklinikat. Jokaisessa kaupunginosassa on yksi tai useampi julkisen sektorin naistentautien poliklinikka (keväällä 2005 yhteensä 41), joista käytän jatkossa yksinkertaisuuden vuoksi nimeä naistenklinikka. Naiset voivat varata naistenklinikoilla ajan suoraan gynekologille ilman lähetettä lähiöpoliklinikan lääkäriltä. Tavallisimpia naistenklinikoiden tarjoamia palveluita ovat raskaudenseuranta, polikliiniset tutkimukset ja hoitotoimenpiteet erilaisiin gynekologisiin vaivoihin, päiväsairaala, määrääkaistarkastukset, ehkäisyneuvonta ja maksulliset raskaudenkeskeytykset. Lisäksi naistenklinikat

tarjoavat naistentautien alaan liittyviä suppeampien erikoisalojen palveluita, joihin naisilla on pääsy gynekologin läheteellä. Järjestelmä on lääkärikeskeinen, ja esimerkiksi raskaudenseurannat on keskitetty lääkäreille.

Koko virallisesti Pietarissa asuva väestö on vakuutettu joko työnantajansa tai julkishallinnon toimesta pakollisella terveystaloudellisuudella, jonka tulisi taata maksuttomat terveystaloudelliset palvelut julkisella sektorilla. Käytännössä monista tutkimuksista kuitenkin peritään alueellisten terveystaloudellisten vahvistama maksu, minkä lisäksi potilaat saattavat joutua maksamaan epävirallisia maksuja (Larivaara ym. 2008).

Pietarissa on nykyisin joukko yksityisiä lääkäriasemia, ja etenkin naistentautien alalla yksityinen sektori on kehittynyt nopeasti. Myös julkisen sektorin klinikoilla on usein erillinen maksullinen vastaanotto. Vaihtoehtoisesta tarjonnasta huolimatta suuri osa pietarilaisista naisista käyttää taloudellisista syistä pääasiassa julkisen sektorin naistenklinikoiden maksutonta vastaanottoa (ks. myös Kesseli ym. 2005, 107). Yksityinen sektori ja julkisen sektorin maksullinen vastaanotto tarjoavat potilaille yleensä viihtyisämmät vastaanottotilat ja pidemmän vastaanottoajan. Julkisen sektorin maksuttomalla vastaanotolla lääkäri tapaa viidestä kuuteen potilasta tunnissa, mikä tekee käynneistä usein kiireisiä. Maksullisella puolella vastaanottokäynnin pituus riippuu potilaan toiveesta, mutta keskimäärin yksi käynti kestää noin 20 minuuttia.

Venäjän aborttilainsäädännön mukaan nainen voi saada raskaudenkeskeytyksen omasta pyynnöstään 12. raskausviikon loppuun saakka. Sen jälkeen keskeytys on mahdollista 22. raskausviikon loppuun saakka seuraavin sosiaalisin perustein: nainen on sopimaton äidiksi, hänet on raiskattu, hän on saanut vankilatuomion tai lapsen isä on sairastunut vakavasti. Aikaisemmin hyväksyttävien sosiaalisten syiden joukko oli laajempi, mutta se rajattiin edellä lueteltuihin neljään kesäällä 2004. Raskaudenkeskeytys tulee suorittaa sairaalassa tai muussa hyväksyttävässä terveydenhuollon yksikössä, ja tekijän tulee olla laillistettu lääkäri.

Pietarin julkisen sektorin hoitoketjun mukaan aborttia tarvitsevan naisen tulisi käydä oman alueensa naistenklinikalla kahdesti ennen lähetettä raskaudenkeskeytykseen. Ensimmäisellä käynnillä raskaus vahvistetaan, otetaan tarvittavat laboratoriokokeet ja aloitetaan aborttineuvonta. Toisella käynnillä noin viikon kuluttua jatketaan

aborttineuvontaa, ja nainen saa lähetteen lisääntymisterveys- ja perhesuunnittelukeskukseen, joka on mm. raskaudenkeskeytyksiä suorittava erikoisklinikka. Käytännössä naiset hakeutuvat usein suoraan lisääntymisterveys- ja perhesuunnittelukeskukseen, jossa heidät otetaan vastaan ilman lähetettä, jos raskaus on edennyt ensimmäisen kolmanneksen lopulle. Vaihtoehtoisesti naiset voivat hakeutua keskeytykseen yksityissektorille tai julkisen sektorin naistenklinikoiden maksullisiin palveluihin.

MIKSI RASKAUDENKESKEYTYKSIÄ TAPAHTUU?

Suurin osa informanteista arvioi raskaudenkeskeytystä tarvitsevien potilaiden määrän vähentyneen viime vuosina heidän vastaanotollaan. Tähän informantit löysivät kaksi syytä. Ensinnäkin naiset käyttävät maksullisia palveluja tai hakeutuvat suoraan lisääntymisterveys- ja perhesuunnittelukeskukseen. Toiseksi lääkärit arvioivat ehkäisykäytön lisääntymisen vähentäneen keskeytysten määrää, kuten seuraava haastatteluote kuvaa:

Abortteja tehdään vähemmän. Kun avasimme klinikan vuonna 1991, oli tavallista, että joka päivä lääkäri lähetti noin 20 naista aborttiin. Meitä oli silloin vähemmän, lääkäreitä oli noin kolme... Kysyin: ”Mitä tämä on?”. Sain: ”Hyvä Luoja, koko alue on raskaana.” Ja kaikki menivät aborttiin. Sitten aloimme työskennellä ehkäisyyn puolesta, aloimme edistää kaikkien tuotteiden käyttöä, annoimme kierukoita heille, naimisissa oleville naisille, joilla oli yksi kumppani. Me ”kierukoimme” heidät, kuten minulla on tapana sanoa, tarkoitan, suosittelimme. Ja nyt lähetteitä on kuukaudessa kahdesta kolmeen lääkäriä kohden [lääkäreitä on kymmenen]... Ymmärrätän, kuinka tilanne on parantunut näinä 13 vuotena, kun olemme työskennelleet (I 48, ikä: 58).

Kaiken kaikkiaan informanttien oli vaikeaa kuvailla tyypillisiä potilaita tai tilanteita, joissa raskaudenkeskeytyksiä tarvitaan. He korostivat pikemminkin jokaisen naisen yksilöllistä tilannetta. Kun kysyin haastatteluissa, miksi keskeytyksiä tehdään niin paljon, lääkärit vastasivat kuvailemalla yksittäisiä potilasesimerkkejä. Heidän ajatuksensa seurasivat yleensä kahta vaihtoehtoista polkua. Ensinnäkin he pohtivat, miksi ei-toivotuja raskauksia on edelleen, vaikka nykyaikaisia ehkäisykeinoja on helposti saatavilla. Toiseksi he pyrkivät selittämään, miksi naiset eivät synnytä

suunnittelemattomasti alkunsa saaneita lapsia. Jälkimmäiset selitykset olivat tavallisempia.

RASKAUDENKESKEYTYKSET JA TERVEYSKULTTUURIN ALHAINEN TASO

Miettiessään ehkäisyyn riittämätöntä käyttöä raskaudenkeskeytysten taustalla informantit valittivat usein venäläisen terveyskulttuurin puutetta tai alhaista tasoa. Puhe terveyskulttuurin alhaisesta tasosta rakentui tietämättömyyden, vastuunottamisen ja itsekunnioituksen teemoille. Se sisälsi usein moralisoivan sävyn (ks. myös Larivaara, 2008b).

Lääkärit arvelivat tiedon ja koulutuksen puutteen olevan yleisiä syitä abortteihin. He olivat sitä mieltä, että naiset tietävät yleisesti ottaen vain vähän terveydestä yleensäkin ja lisääntymisterveydestä erityisesti. Tiedon puutetta pidettiin usein myös merkkinä vastuuntunnottomasta asenteesta.

Sittenkin tämä ryhmä naisia, joilta puuttuu koulutus... He säntäävät aborttiin heti, kun he ovat raskaana, ja samaan aikaan he eivät käytä mitään. Uskon, että tämä todennäköisesti liittyy matalaan koulutustasoon ja yleiseen sivistyksen puutteeseen (I 60, ikä: 37).

Erilaisten hormonaaliseen ehkäisyyn kohdistuvien ennakkoluulojen ja pelkojen katsottiin myös juontavan juurensa tietämättömyydestä. Lääkärit kertoivat, että naiset pelkäävät yleisesti ehkäisytablettien aiheuttavan painonnousua, aknea ja lisääntynyttä karvan kasvua. Vanhemman sukupolven esimerkin ja neuvostoaikaisen aborttikäytännön arveltiin kietoutuvan yhteen raskaudenkeskeytyksen riskeihin liittyvän tietämättömyyden kanssa:

Kaiken kaikkiaan meillä ei ollut aikaisemmin ehkäisyä. Ja se juurtui ihmisten mieliin: ”Isoäidilleni tehtiin 15 aborttia ongelmitta.” (I 42, ikä: 29).

Suurin osa lääkäreistä oli sitä mieltä, että naiset suhtautuvat terveyteensä huolettomasti tai vastuuntunnottomasti eivätkä murehdi raskaudenkeskeytykseen liittyviä terveysriskejä. He arvelivat, että on venäläisen mentaliteetin mukaista murehtia terveydellisistä seuraamuksista vasta sitten, kun ongelmia ilmenee.

Mutta enimmäkseen useimmat naiset eivät ole siitä pahoillaan. Tarkoitan, että he pelkäävät aborttia todennäköisesti vähemmän kuin vastuuta tulevasta lapsesta. Tavallinen tilanne on tämä: ”Niin, muistin, että kuukautiseni

eivät alkaneet. Tohtori, ehkä olen raskaana? Mutta en halua tätä lasta.” Siis jos nainen tulee aborttiin, keskustelu menee usein näin: ”Käytittekö ehkäisyä?” ”En, miksi?” Pääsääntöisesti sellaisia naisia tuli lääkäriin viisi vuotta sitten. Tai heillä oli kokonaan uudet paperit [eivät olleet käyneet klinikalla aikaisemmin] (I 75, ikä: 33).

Lääkärit nimesivät erityisryhmäksi ”asosiaaliset” naiset, jotka elävät liian kaoottisissa olosuhteissa kyetäkseen huolehtimaan ehkäisystä. Heidän kuvattiin suhtautuvan terveyteensä välinpitämättömästi ja vastuuntunottomasti. Informantit toteivat usein, etteivät he arvosta itseään tai eivät välitä itsestään tarpeeksi huolehtiakseen terveydestään:

Meillä on esimerkiksi paljon sosiaalitapauksia. Ihmiset eivät ole kiinnostuneita terveydestään, he eivät välitä terveydestään: nainen tulee raskaaksi ja tekee abortin, taas raskaaksi, taas abortti. Alueellani on eräs 27-vuotias nainen, jolla on kaksi lasta. Kahdeksan kertaa hän on ollut raskaana. ... 27-vuotias nainen, joka ei välitä itsestään – se on venäläinen piirre – tulee ja arpeuttaa itsensä. Tekee abortin eikä arvosta terveyttään lainkaan (I 72, ikä: 27).

Itsekunnioituksen tai oman terveyden arvostuksen teema nousi esiin myös puhuttaessa säännöllisempää elämää viettävistä naisista, jotka tarvitsevat raskaudenkeskeytyksiä. Informantit kuvaivat, kuinka osa naisista kamppailee taloudellisten, perheeseen tai työhön liittyvien ongelmien kanssa arjessa. Heidän voimavarojensa ei katsottu riittävän ehkäisyn miettimiseen. Koulutettujen uranaisten arveltiin puolestaan olevan liian kiireisiä, jotta he ehtisivät kiinnittää huomiota ehkäisyyn. Näihin jälkimmäisiin ryhmiin kuuluvien naisten arveltiin asettavan kaiken muun elämänsään etusijalle ennen terveyttään.

Terveyskulttuurin vähäisyyden tai alhaisen tason ympärille rakentuva puhe juontaa juurensa 1900-luvun kuluessa kehittyneestä hyvän käytöksen ja sivistyksen merkitystä korostavasta arvo maailmasta. Rivkin-Fishin mukaan (1997: 328–333, 2005: 12, 210–211) sivistys (*kultura*) ja sen omaksuminen (*kulturnost*) rakensivat sosiaalisia eroja ja toimivat symbolisen vallankäytön välineinä. Terveyskulttuurin alhainen taso määrittänyt tämän vuosituhannen alun venäläisissä terveyspoliittisissa asiakirjoissakin yhdeksi venäläisen terveyspolitiikan ongelmaksi. Asiakirjoissa terveyskulttuurin vähäisyys tarkoittaa väestön epä-

terveellisiä elämäntapoja, tietämättömyyttä ja vääränlaisia asenteita (Aarva ym. 2006).

MIKSI NAISET EIVÄT SYNNYTÄ?

Toinen tapa ymmärtää raskaudenkeskeytyksiä lähti yrityksistä selittää sitä, miksi naiset eivät synnytä suunnittelematta alkunsa saaneita lapsia. Perhesyitä pidettiin keskeisenä tekijänä. Ihanne-lapsiluvuksi Venäjällä määrittäyty usein kaksi lasta, vaikka tavallisinta on, että perheessä on ainoastaan yksi lapsi. Vastaavasti monilapsiset perheet (enemmän kuin kolme lasta) mielletään perhepoliittisessa keskustelussa riskiperheiksi (Isola 2008, Rotkirch ja Kesseli 2008).

Lääkäreiden mukaan pienten lasten äidit päätyvät aborttiin, jos toinen raskaus tulee liian nopeasti ensimmäisen lapsen syntymän jälkeen. He saattavat toivoa enemmän lapsia, mutta haluavat odottaa vielä. Toisaalta lääkärit kertoivat, että teini-ikäisten lasten äidit päätyvät usein raskaudenkeskeytykseen. Taloudelliset tekijät ja ahtaat asuinolot olivat lääkäreiden mukaan myös merkittävä tekijä raskaudenkeskeytysten taustalla:

Jos nainen on työtön ja hänellä ei ole koulutusta, mitä hän voi antaa lapselleen? Hänen täytyy ajatella sitäkin. Ja luonnollisesti, jos ei ole aviomiestä tai miestä, joka kantaisi vastuun lapsen kasvattamisesta... luonnollisesti naisen täytyy keskeyttää raskaus (I 60, ikä: 37).

Suhteen lapsen isään arveltiin vaikuttavan asiaan erityisesti nuorempien naisten kohdalla. Toisaalta suhde isään tuli usein vasta kolmantena olemassa olevien lasten ja taloudellisten ongelmien jälkeen.

Informantti: Suunnittelematon raskaus. Hänellä on lapsia, ja ehkäisy petti. Sitten on jotain taloudellisia ongelmia, jotka voitaisiin jotenkin ratkaista.

Haastattelija: Voimmeko sanoa, että naiset, joilla ei ole lapsia, pitävät useammin lapsen, ja ne, joilla on lapsia, tekevät useammin abortin?

Informantti: Kyllä, tietysti. Tarkoitan, että vaikka olisi sellainen tilanne, että nainen on noin 30 ja hän ei ole edes naimisissa ja hänellä ei ole lapsia. Jopa sellaisessa tilanteessa, ilman aviomiestä, hän pitää mitä todennäköisimmin lapsen (I 80, ikä: 29).

GYNEKOLOGIEN SUHTAUTUMINEN RASKAUDENKESKEYTYKSIIN

Informanteilla oli yleisesti ottaen kielteinen asenne raskaudenkeskeytykseen. He ilmaisivat tämän

suunnittelevan naisen pitämään lapsen. Heidän mielestään tämä oli yleinen ja luonnollinen toimintatapa. He korostivat asiaa sellaisilla ilmauksilla kuten ”tietysti” tai ”yritän aina puhua heidät ympäri”. He tuntuivat myös hämmentävän siitä, jos pyysin heitä kertomaan, miksi he toimivat näin. He kuvasivat, kuinka he ensin kartoittavat raskaudenkeskeytyksen syitä ja yrittävät ratkaista niitä yhdessä naisen kanssa. Tämän jälkeen he kertoivat soittavansa naisen äidille tai kumppanille saadakseen tukea raskauden jatkamiselle. Jotkut lääkärit kertoivat, että raskauden ollessa vielä varhaisvaiheessa he saattavat pitkittää lähetteen kirjoittamista antaakseen naiselle enemmän harkinta-aikaa. Lääkärit kertoivat olevansa aktiivisempia lapsettomien naisten kohdalla ja erityisesti ensimmäisen raskauden kohdalla, sillä he ovat huolissaan raskaudenkeskeytyksen mahdollisista terveysvaikutuksista ja etenkin hedelmättömyydestä:

Meidän täytyy ratkaista tapaukset yksilöllisesti. Ja tietysti yritämme suostutella naista synnyttämään, harkitsemaan... ja jos hän pitää päänsä: ”Teen abortin”, teemme hänelle minimilistan tutkimuksia ja sanomme: ”Tule viikon kuluttua.” Sitten puhumme hänelle uudelleen, onko hän miettinyt asiaa (I 48, ikä: 58).

Mutta useimmissa tapauksissa, etenkin jos nainen on raskaana ensimmäistä kertaa ja hänellä ei ole lapsia, me olemme hyvin aktiivisia. Joskus me jopa viivytämme, emme anna lähetettä heti, kehotamme häntä ajattelemaan vielä (I 78, ikä: 49).

Lääkärit olivat sitä mieltä, että naiset eivät yleensä koskaan kadu lapsen pitämistä, vaikka heidät olisi suostuteltu siihen vastoin alkuperäistä tahtoaan:

On ollut tapauksia, joissa onnistuin puhumaan naiselle, ettei hän tekisi aborttia. Eikä yksikään nainen ole tullut synnytyksen jälkeen, laittanut lasta työpöydälleni ja sanonut: ”Sinun syytäsi!” He ovat tulleet ja sanoneet: ”Kiitos siitä, että...” Tarkoitan, ettei yksikään nainen ole luonnollisesti ollut pettynyt synnytyksen jälkeen (I 30, ikä: 27).

Tarkoitan, että toisinaan onnistun puhumaan heidät ympäri. Minulla on ollut useita [potilaita], jotka saivat lapsia ongelmitta. Ja he ovat olleet varsin onnellisia siitä. Tarkoitan, että yritän ensin suostutella heitä. Jos he tulivat raskaaksi, heidän täytyy pitää lapsi. Sillä raskaudella oli joku tarkoitus (I 75, ikä: 33).

Toisaalta lääkärit olivat sitä mieltä, että naista on vaikea taivutella muuttamaan mieltään. Tämän vuoksi he kuvasivat keskittyvänsä niihin naisiin, jotka ovat epävarmoja ratkaisustaan.

Osa nuoremmista informanteista arveli, että vanhemman lääkäripolven suhtautuminen ehkäisyyn ja raskaudenkeskeytyksiin saattoi olla toisenlainen, ja näin ollen he eivät olisi yhtä huolissaan raskaudenkeskeytyksistä kuin nuoremmat kollegansa. Eräs nuori lääkäri arveli näin:

Tosin on sellainen trendi, että mitä vanhempi lääkäri on, sitä vähemmän hän yrittää saada naista pitämään lapsen. Jos naisella on jo yksi lapsi, miksi hankkia vielä toinenkin? Saatan olla väärässä, mutta tämä on minun henkilökohtainen mielipiteeni, minusta näyttää siltä... Se on vain joltain kannalta helpompaa. Raskaus kestää yhdeksän kuukautta, naista pitäisi seurata, hänelle saattaa tulla ongelmia, siinä tapauksessa hän tarvitsee hoitoa, pitää ottaa vastuu hänestä... Abortti on siinä mielessä helpompi (I 75, ikä: 33).

Yli kahdesta sadasta vastaanottokäynnistä koostuva havainnointiaineisto sisältää vain seitsemän tapausta, jotka liittyvät raskaudenkeskeytykseen. Näin ollen sen perusteella on mahdotonta tehdä yleistyksiä, mutta nämä seitsemän käyntiä antavat hyvin erilaisen käsityksen ehkäisyneuvonnasta kuin yllä kuvattu haastatteluaineisto. Kuvaan ensin yhden vastaanottokäynnin ja tarkastelen sitten sen keskeisiä piirteitä.

Potilas on 40-vuotias nainen, joka vaikuttaa korkeasti koulutetulta ja hyvin toimeentulevalta. Hän ei ole käynyt gynekologilla kolmeen vuoteen. Lääkäri on juuri kysynyt käynnin syytä.

Potilas: Viimeinen vuoto ei ollut verta, ainoastaan jotakin. Minulla on ollut ruskeaa vuotoa viimeiset kaksi viikkoa. Minulla on todettu endometrioosi kolme vuotta sitten.

Lääkäri: Viimeinen normaali kuukautiskierto?

P: Maaliskuun alussa.

L: Ehkäisy?

P: Todennäköisesti ette pidä tästä, mutta oikeastaan ei mitään.

L: Yhdyntöjä säännöllisesti?

P: Kyllä, olen naimisissa.

L: Mutta miksi [ei ehkäisyä]?

P: Minä yksinkertaisesti ajattelin...

He keskustelevat raskauden mahdollisuudesta.

L: Teidän iässä tulisi käyttää ehkäisyä. Se on tärkeää. Teidän tulisi käyttää hormoni-tabletteja.

P: Noudatan suositustanne. [Hänen äänensävyänsä kuulostaa hyvin myönteiseltä.]

Gynekologisen tutkimuksen perusteella vaikuttaa todennäköiseltä, että hän on kahdeksannella viikolla raskaana. Lääkäri lähettää hänet ultraäänitutkimukseen varmistamaan tilanteen. Tässä vaiheessa nainen kertoo, ettei hän halua pitää lasta. Lääkäri vastaa, että hänen pitäisi nyt mennä ultraääneen ja tulla sitten takaisin lääkärin luo. Ultraäänitutkimus vahvistaa raskauden. Ilman jatkokeskustelua nainen saa lähetteen, ja he sopivat, että hän tulee uudestaan kahden viikon kuluttua [saamaan ehkäisyneuvontaa] (O 51, ikä: 33).

Esimerkki paljastaa useita havainnoituille tapauksille yhteisiä piirteitä. Raskaudenkeskeytyksen syistä keskustellaan vain vähän tai ei lainkaan, eikä lääkäri yritä taivutella naista pitämään lasta. Todennäköisesti lääkäri päättää taivutteleuryitykset turhiksi papereissa olevien esitetietojen tai sanattoman viestinnän perusteella. Taivuttelun vähäisyyttä saattaa selittää myös se, että venäläiset naiset hankkivat lapsia harvoin enää 40-vuotiaina. Nainen on myös selkeästi aikuinen ja vakaassa elämäntilanteessa oleva henkilö, jonka suostuttelemisen ei ehkä sittenkään ole sopivaa lääkärin näkökulmasta.

Lääkäri ei myöskään kerro raskaudenkeskeytykseen liittyvistä riskeistä, ja ehkäisyneuvonta jää pintapuoliseksi. Kolmessa muussa tapauksessa ehkäisystä ei puhuttu lainkaan. Venäjällä kaikki ehkäisymenetelmät ovat reseptivapaita, joten potilaalla on mahdollisuus aloittaa ehkäisy ilman lääkärin suositustakin. Toisaalta tutkimukseen osallistuneet gynekologit olivat sitä mieltä, että ehkäisymenetelmän valinnan tulisi perustua lääkärin suositukseen (Larivaara 2008a). Otan vielä toisen esimerkin, jossa vastakohtana edelliselle ehkäisyneuvonta on perusteellista.

Potilas on nuori nainen, alle 30-vuotias. Hän on raskaana ja menossa raskaudenkeskeytykseen. Kyseessä on toinen käynti, ja lääkäri laatii lähetettä. Naisella on pieni lapsi, joka odottaa käytävällä. Potilas kysyy ehkäisystä raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Hän on kiinnostunut hormonikierukasta.

Lääkäri: Se ei ole hyvä. Kuinka monta aborttia teille on tehty?

Potilas: Viisi.

Lääkäri: Kierukka ei todennäköisesti asetu hyvin kohtuunne.

Lääkäri kertoo ehkäisy-laastareista ja vaginarenkaasta. Hän kertoo kummankin käyttö-

tavoista ja hinnoista. Tämän jälkeen hän siirtyy puhumaan ehkäisytableteista, joista löytyy sopiva vaihtoehto potilaalle.

Potilas: Suojaako se hyvin raskaudelta? Aviomieheni sperma on niin aktiivista.

Lääkäri: Se on 99 prosenttisesti varma, mutta vasta toisesta kuukaudesta alkaen. Ensimmäisen kuukauden aikana teidän täytyy olla varovaisia.

Lääkäri kirjoittaa lähetteen valmiiksi. Potilas tulee uudelleen vastaanotolle kahden viikon kuluttua keskeytyksestä.

Tässäkään tapauksessa lääkäri ei pyrkinyt vaikuttamaan potilaan ratkaisuun. Keskustelu on saatettu toki käydä jo edellisellä vastaanottokäynnillä. Potilas avaa keskustelun ehkäisymenetelmästä, ja lääkäri tarttuu aiheeseen perusteellisesti. Kuten aikaisemmassa esimerkissä, lääkäri ei nytkään kerro raskaudenkeskeytykseen liittyvistä riskeistä. Toisaalta potilaalle on tehty jo useita keskeytyksiä, joten hänen voi olettaa tietävän toimenpiteen mahdollisista haitoista.

Jälkimmäisessä havainnointiotteessa ehkäisyneuvonta on poikkeuksellisen monipuolista verrattuna kaikkiin aineistossa esiintyneisiin esimerkkeihin ehkäisyneuvonnasta (ks. Larivaara 2008a). Lääkäri torjuu potilaan ensisijaisen vaihtoehdon, mutta perustelee mielipiteensä potilaalle. Sen jälkeen hän kuvaa käytännöllisesti katsoen kaikki saatavilla olevat luotettavat ehkäisyvaihtoehdot, joista potilas valitsee itselleen sopivimman.

Kaikille havainnointitapauksille oli tyypillistä, että raskaudenkeskeytykseen liittyvistä riskeistä ei keskusteltu. Yhdessä tapauksessa lääkäri tiedusteli potilaalta, eikö tämä kuitenkin haluaisi pitää lasta. Keskusteltu tyrehtyi, kun 35-vuotias nainen totesi, että hänen tyttärensä on 15-vuotias. Näin ollen lääkäreiden kuvaukset antamastaan aborttineuvonnasta ja havainnoidut tapaukset poikkeavat toisistaan huomattavasti.

POHDINTA

Tutkimukseen osallistuneet lääkärit olivat huolissaan raskaudenkeskeytysten yleisyydestä. He pyrkivät ymmärtämään tilannetta kahta kautta: miksi naiset eivät käytä luotettavaa ehkäisyä ja miksi he eivät raskaaksi tultuaan synnytä lapsia. Informanttien pohdinta painottui usein jälkimmäiseen, mikä on ymmärrettävää historiallista taustaa vasten. Kysymys luotettavan ehkäisyn vähäisestä käytöstä on vielä suhteellisen tuore, kun taas sosialismin aikana koko kysymys raskaudenkeskey-

tyksistä keskittyi lähinnä niihin syihin, jotka estivät naisia pitämästä syntymättömän lapsen.

Yleisellä tasolla informantit suhtautuivat raskaudenkeskeytykseen kielteisesti, mutta ilmaisivat myötätuntoa ja ymmärrystä kertoessaan yksittäisistä potilaista etenkin, jos potilaan syyt keskeyttää ei-suunniteltu raskaus olivat lääkärin näkökulmasta ymmärrettäviä. Haastatteluissa kuvatut ja havainnoidut raskaudenkeskeytykseen liittyvät neuvontakäytännöt poikkesivat toisistaan.

Aineistossa nousi esiin osin samoja teemoja kuin 1990-luvun alun seksuaalikasvatuksessa (Rivkin-Fish 1999, 2005). Informantit kokivat, että naisten tietämättömyys, välinpitämätön suhtautuminen terveyteen ja vastuuntunnottomuus vaikeuttivat raskaudenkeskeytysten vähentämistä. Ilmitasolla lääkärit keskittyivät naisten lisääntymisterveyden vaalimiseen, mutta lähemmässä tarkastelussa heidän odotuksensa vastuullisemmasta terveystyöskäytännöstä sisältää naisen moraalista arvottavan sävyn. Naisen päätöksen tehdä raskaudenkeskeytys tulisi perustua lääkärin näkökulmasta ymmärrettäville syille, jotta lääkäri suhtautuisi myönteisesti ratkaisuun. Hoito-omyyntyydestä ja asiantuntijanäkemyksen kunnioittamisesta tulee tapa ansaita moraalinen arvostus.

Huolimatta naisiin kohdistuvista vaatimuksistaan lääkärit suhtautuvat myös varsin realistisesti potilaidensa arkeen. Naiset ovat tyypillisesti kantaneet kaksoistaakkaa venäläisessä yhteiskunnassa: he ovat käyneet palkkatyössä kodin ulkopuolella ja huolehtineet lasten kasvatuksesta. Naisten osallistuminen työelämään ei ole johtanut kotitöiden tasaisempaan jakautumiseen puolisoitten kesken, vaan nainen on edelleen kantanut päävastuun lasten kasvatuksesta ja kotiaskareista. Heidän arkeaan on kuormittanut myös taloudellinen epävarmuus (Rotkirch ja Haavio-Mannila 1996, Rotkirch 2000). Lääkärit tunnistavat nämä realiteetit osoittaessaan ymmärrystä niitä naisia kohtaan, jotka keskeyttävät raskauden jo olemassa olevien lastensa vuoksi tai taloudellisista syistä. He jakavat mielikuvan vastuullisesta perheenäidistä, joka ajattelee perheensä parasta.

Raskaudenkeskeytysten välttäminen palvelee informanttien puheessa ennen kaikkea naisen hedelmällisyyden säilyttämistä ja tulevan äitiyden vaalimista, mikä sisältää vahvan kannanoton äitiydestä itsestään selvänä osana naisen elämäntaakkaa. Informantit kertovat pyrkivänsä suostuttelemaan etenkin lapsettomia naisia pitämään

lapsen. Vaikka raskaudenkeskeytyksen voidaan nähdä sotivan vastoin naisen roolia äitinä, pienten tai sairaiden lasten äidit saavat enemmän ymmärrystä osakseen tehdessään keskeytyspäätöksen. Voisiko olla niin, että raskaudenkeskeytyksestä tuleekin päivastainen teko – hyvän äitiyden ilmentymä – jos se tehdään jo olemassa olevien ja äidin huolenpitoa tarvitsevien lasten vuoksi?

On myös syytä huomata, että moralisoivasta sävystä huolimatta lääkärit keskittyivät raskaudenkeskeytystä tarvitseviin naisiin aidosti yksilöinä. He pohtivat raskaudenkeskeytystä naisen näkökulmasta eivätkä esimerkiksi syntymättömän lapsen, tämän isän tai laajemman perheen kannalta. Gynekologit eivät myöskään liittäneet yksittäisiä potilastapauksia Venäjällä laajasti ilmaistuun huoleen kutistuvasta väestöstä (ks. Iso-la 2008). Lääkäreiden yksittäisiin naisiin kohdistuvasta huolesta tulee kuitenkin moraalisesti vaativaa, kun siitä puuttuu naisen yksilöllisen kokemuksen empaattinen ymmärtäminen. Naisen odotetaan kantavan yksin moraalinen vastuu lisääntymisterveydestään. Hänen on joko käytettävä luotettavaa ehkäisyä tai synnyttävä lapsi ja oltava vastuussa omasta sukupuolikäyttäytymisestään. Tästä näkökulmasta nainen jää varsin yksin vastaamaan lääkärin odotuksiin olla moraalisesti kunniallinen yksilö, joka kantaa vastuun teoistaan.

Gynekologien näkemykset ja käytännöt välittävät yhtä aikaa uusia ja vanhoja mielikuvia hyvästä naiseudesta. Aikaisemmat tutkimukset post-sosialistisissa yhteiskunnissa ovat korostaneet, kuinka menneisyys on läsnä nykyisyydessä, mutta uusissa muodoissa (esim. Burawoy ja Verdery 1999). Toisinaan se, mikä näyttää uudelta, onkin pohjimmiltaan vanhaa. Vastuullisuuteen ja terveystietoisuuteen kohdistuvat vaatimukset eivät ole uusia, mutta lääkäreiden puheessa ne näyttävät uudenlaisen lisääntymiskulttuurin ilmentymänä vastakohtana neuvosto-ajan runsaalle raskaudenkeskeytysten määrälle. Kun uusi ja vanha kohtaavat, vanha määrittyy takapajuisuudeksi ja välinpitämättömyydeksi. Uusi puolestaan ilmentää edistystä ja oikeanlaista sopeutumista muuttuvassa yhteiskunnassa. Samanlaisia kulkujia on kuvattu muissakin post-sosialistisissa maissa (ks. Gal ja Kligman 2000a, 2000b). Kytökset demokratisoituvaan yhteiskuntaan puuttuivat informanttien puheesta kuitenkin kokonaan (vrt. Rivkin-Fish 2005). Painopiste on sivistyneessä ja vastuullisessa elämäntavassa, jonka uusi sosialismin jälkeinen aika mahdollistaa.

Haastatteluissa kuvattu aborttineuvonta poikkesi huomattavasti havaintoaineiston muuttamista raskaudenkeskeytyksiin liittyneistä vastaanotokäynneistä. Haastattelujen ja havainnoinnin ristiriita on tuttu ilmiö etnografisesta tutkimuksesta. Sen nosti aikanaan esiin jo osallistuvan havainnoinnin ja etnografisen kenttätöön isä Bronislaw Malinowski vuonna 1922 ilmestyneessä teoksessaan *Argonauts of the Western Pacific* (Malinowski 1999). Ihmisillä on taipumusta vastata haastatteluihin ja kyselyihin sen mukaan, mitä he pitävät ihanteellisena tai tyypillisenä toimintatapana. Havainnointi paljastaa helpommin, miten arjessa todella toimitaan ja miten erilaiset tosielämän tilanteet vaikuttavat käytökseen. Lääkärit saattoivatkin kuvata haastatteluissa ihanteellista aborttineuvontaa, jossa lääkäriin odotetaan ohjaavan naisen päätöksentekoprosessia kohti sosiaalisesti hyväksytympää valintaa. Rivkin-Fishin mukaan (2005) terveyskasvattajat mielsivät 1990-luvun alussa yksilön moraalisen kasvun tukemisen yhdeksi päätehtäväkseen. Tätä taustaa vasten voisi ajatella, että taivutelllessaan naisen pitämään lapsen lääkäri tukee naisen moraalialia ja auttaa tätä toteuttamaan naiseuttaan tulemalla äidiksi.

Tutkimukseen osallistuneet lääkärit kertoivat kokemuksistaan ja näkemyksistään ulkomaalaiselle kollegalle. Vierasmaalaisuuteni heijastuu aineistoon siten, että minulle täytyi selittää perusteellisemmin venäläisen elämän realiteetteja. Venäläinen yhteiskunta kuvautui informanttien mielikuvissa usein järjestäytymättömämmäksi kuin esimerkiksi suomalainen. Potilaiden ajateltiin olevan terveystietoisempia ja panostavan enemmän terveyskäyttäytymiseen lännessä. Lääkäreiden vaikeus työskennellä näissä oloissa nousi vastakohtien kautta yhdeksi puheen teemaksi. Lääkärinkoulutukseni saattoi vahvistaa tätä puhetta, koska toisen lääkärin voitiin olettaa ymmärtävän, kuinka hankalaa on tehdä potilastyötä sellaisissa olosuhteissa. Toisaalta informanttini saattoivat olettaa, että lääkäriä ymmärrän jotkin asiat automaattisesti. Tämä saattoi osaltaan selittää esimerkiksi sitä, että informantit hämmensivät kysyessäni, miksi he yrittävät taivutella naisia luopumaan raskaudenkeskeytyksestä.

Lääkäritausta vaikutti väistämättä myös siihen, mihin tutkijana kiinnitin huomiota. Ohitin jotkut seikat informanttien puheessa ja toiminnassa lääketieteellisinä itsestäänselvyyksinä. Toisaalta löysin itseni ajoittain arvioimasta informanttien lääketieteellisiä perusteluja, hoitoratkai-

suja tai toimintatapoja suomalaisen lääkärin silmin. Näissä tilanteissa jouduin siirtämään lääkäri-minäni sivuun ja keskittymään tutkimuskysymyksiin.

Kuten tämän teemanumeron johdantoartikkelissa kuvataan, etnografia on perinteisesti merkinnyt pitkää ja perusteellista kenttätöitä tutkitavan yhteisön parissa. Oma aineistonkeruuni jäi ajallisesti suppeaksi ja rajautui pääosin vain yhteen osa-alueeseen informanttien elämässä: heidän työhönsä. Osana havainnointia kertyi paljon vapaamuotoista keskusteluaineistoa, mutta fokuroidummat ja nauhoitetut haastattelut muodostavat sittenkin keskeisen osan aineistoa. Tässä mielessä aineistoni poikkeaa perinteisestä etnografiasta ja paikantuu esimerkiksi bioteknologian tutkimuksessa käytettyyn rajatun etnografian kenttään (Honkasalo tässä numerossa, ks. myös esim. Franklin ja Lock 2004) tai sovelta-vaan lääketieteellisen antropologian traditioon (ks. esim. Trostle 2005), joille molemmille on ominaista tavanomaista lyhyemmät, tiettyihin tutkimuskysymyksiin keskittyvät kenttäjaksot

Toisaalta aineiston keruu ja sen analyysi noudattavat klassisia etnografian piirteitä. Kontekstuaalisoin tutkimusaineistoni huolellisesti pietarilaisten naistenklinikoiden historialliseen ja sosiaaliseen ympäristöön sekä yritän ymmärtää gynekologien ajatuksia ja toimintaa osana tätä ympäristöä. Olen myös pyrkinyt tavoittamaan tutkittavien oman näkökulman tutkimuksen teemoihin ja ymmärtämään heidän kokemustaan arkipäivän työstään.

Mitä etua sitten etnografisesta tutkimuksesta on tutkimusaiheelleni ja miten sitä voisi soveltaa laajemminkin terveydenhuoltotutkimuksessa? Etnografiassa tyypillisesti yhdistyvät laadulliset haastattelut ja erityisesti havainnointi antavat sellaista tietoa informanttien toimintaperusteista ja ajattelumaailmasta, johon on vaikeaa pureutua kyselytutkimusten tai tilastojen avulla. Yleensä havainnointi on aikaa vievää, mutta lyhyelläkin havainnointijaksolla – kuten tässä tutkimuksessa – tavoittaa sellaisia käytäntöjä ja informanttien toimintaa ohjaavia tekijöitä, joihin ei pääse kiinni muilla menetelmillä. Yhdistämällä havainnointi ja haastattelut voidaan avata jännittävä todellisuuden ja ideaalitalan välillä sekä tavoittaa tutkittava ilmiö monitasoisempina kuin pelkin haastattelumenetelmin. Erotuksena muihin laadullisiin menetelmiin etnografisen tiedonintressi ohjaa tarkastelemaan informanttien kokemusta ja näkökulmaa tutkimuksen kohteena ole-

vaan ilmiöön. Tällöin tutkimusaihe avautuu sisältäpäin ja tulee ymmärrettävämmäksi kuin muilla laadullisilla menetelmillä.

Kiitokset

Tutkimus on saanut taloudellista tukea Suomen Akatemian Muuttuva Venäjä -tutkimusohjelmasta (projekti-

numerot 208180 ja 208186) ja Ulkoasiainministeriön Baltic Sea Task Force -ohjelmalta. Haluan kiittää Pietarin lääketieteellistä jatkokoulutusakatemiaa (MAPS), Pietarin eurooppalaista yliopistoa, Pietarin terveystieteiden komiteaa, aineiston keruuseen osallistuneita naistenklinikkoita sekä erityisesti tutkimusavustajaani Darja Odintsovaa heidän avustaan tutkimuksen toteuttamisessa.

Larivaara M. Termination of pregnancy, motherhood and responsible womanhood in women's clinics in St. Petersburg
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2008;45:18–32

The article examines St. Petersburg gynaecologists' views and practices on termination of pregnancy. The aim is to unfold some of the key cultural assumptions that are guiding the gynaecologists' work. The ethnographic data have been collected at public sector women's clinics in spring 2005 and consist of observations and thematic interviews. The informants strove to understand the commonness of abortions in two alternative ways: why do women not use reliable contraception and why do they not, once pregnant, keep the unborn baby. On general level, the

gynaecologists had negative attitude towards termination of pregnancy, but they were more understanding towards individual patients. During the interviews, the informants described their active attempts to persuade women seeking abortion into keeping the baby, but in practice they seldom seemed to act accordingly. On explicit level, the gynaecologists justified their negative attitude towards termination of pregnancy by health consequences, but on closer study their behaviour was guided also by their views of responsible womanhood and motherhood.

KIRJALLISUUS

- Aarva P, Shek O, Rytönen M. Venäjän terveyspolitiikka muutoksessa. Yksilön asema ja tehtävät terveyden edistämisessä vuosien 1988, 1993, 1997, 2000 ja 2003 terveystieteellisissä asiakirjoissa. *Sosiaalilääk Aikak* 2006;43:88–100.
- Attwood L. Young people's attitudes towards sex roles and sexuality. Teoksessa Pilkington H, toim. *Gender, Generation and Identity in Contemporary Russia*. Routledge, London 1996, 132–151.
- Băban A. Women's sexuality and reproductive behaviour in post-Ceaușescu Romania. A psychological approach. Teoksessa Gal S, Kligman G, toim. *Reproducing Gender. Politics, Publics, and Everyday Life after Socialism*. Princeton University Press, Princeton 2000b, 225–255.
- Beckman LJ, Harvey SM, Satre SJ. The delivery of medical abortion services. The views of experienced providers. *Women's Health Issues* 2002;12:103–112.
- Belozerova J. Praktiki beremnoi ženštšiny. Litšnyi opyt [Raskaana oleviin naisiin kohdistuvat käytännöt. Henkilökohtainen kokemus]. Teoksessa Zdravomyslova E, Temkina A, toim. *V poiskah seksualnosti [Seksuaalisuutta etsimässä]*. Dmitrij Bulanin, Pietari 2002, 338–365.
- Burawoy M, Verdery K, toim. *Uncertain Transition. Ethnographies of Change in the Post-Socialist World*. Rowman & Littlefield Publishers, Lanham 1999.
- Chalmers B, Sand M. Contraceptive knowledge, attitudes and use among women attending health clinics in St. Petersburg, Russian Federation. *Canadian Journal of Human Sexuality* 1998;7:129–137.
- Chervyakov V, Kon I. Sexual revolution in Russia and the task of sex education. Teoksessa Moatti J-P, Souteyrand Y, Prier A, Sandford T, Aggketon P, toim. *AIDS in Europe. New Challenges for Social Sciences*. Routledge, London 2000, 119–134.
- De Vries R. *A Pleasing Birth. Midwives and Maternity Care in the Netherlands*. Temple University Press, Philadelphia 2004.
- Finnie S, Foy R, Mather J. The pathway to induced abortion. Women's experiences and general practitioner attitudes. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006;32:15–18.
- Fischer RL, Schaeffer K, Hunter RL. Attitudes of obstetric and gynecology residents toward abortion participation. A Philadelphia area survey. *Contraception* 2005;72:200–205.
- Francome C, Freeman E. British general practitioners' attitudes toward abortion. *Family Planning Perspectives* 2000;32: 89–91.
- Franklin S, Lock M, toim. *Remaking Life & Death. Toward an Anthropology of the Biosciences*. School of American Research Press, Santa Fe 2003.

- Gal S, Kligman G. The Politics of Gender after Socialism. Princeton University Press, Princeton 2000a.
- Gal S, Kligman G, toim. Reproducing Gender. Politics, Publics, and Everyday Life after Socialism. Princeton University Press, Princeton 2000b.
- Garel M, Gosme-Seguret S, Kaminski M, Cuttini M. Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy. A qualitative survey among physicians and midwives. *Prenatal Diagnosis* 2002;22:811–817.
- Hutter I. Induced abortion and contraceptive use in Russia. State of the art and need for a micro-approach. Population Research Centre, working paper 96–5, May 1996.
- Isola A-M. [Riskiperheet. Venäjän väestöhallinnan strategioiden retoriikka.] Teoksessa Zdravomyslova E, Temkina A, Rotkirch A, toim. *Novyi byt [Uusi arki]*. European University Press, Petersburg 2008, *tulossa*.
- Kesseli K, Regushevskaya E, Dubikaytis T, Kirichenko S, Rotkirch A, Haavio-Mannila E, Kuznetsova O, Hemminki E, the REFER group. Reproductive Health and Fertility in St. Petersburg. Report on a Survey of 18–44 Year Old Women in 2004. Working Papers No. 60, Department of Sociology, University of Helsinki 2005.
- Kon IS. The Sexual Revolution in Russia. From the Age of the Czars to Today. The Free Press, New York 1995.
- Kulakov V, Vikhlyaeva E, Nikolaeva E. The Epidemiology of Induced Abortions in Russia. Pilot Trial. WHO Regional Office for Europe, Kööpenhamina 1997. http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_RUS_FMLY_04_23_04.pdf. 8.9.2006.
- Larivaara M. [Tukemassa moraalista vastuuntuntoa. Gynekologien raskaudenehkäisyä ja -keskeytystä koskevia näkemyksiä ja käytäntöjä.] Teoksessa: Zdravomyslova E, Temkina A, Rotkirch A, toim. *Novyi byt [Uusi arki]*. European University Press, Petersburg, 2008a, *tulossa*.
- Larivaara M. Luottamus potilas-lääkärisuhteessa Pietarissa. Teoksessa Rotkirch A, Salmenniemi S, toim. *Suhteiden Venäjä*. Gaudeamus, Helsinki, 2008b, *tulossa*.
- Larivaara M, Dubikaytis T, Kuznetsova O, Hemminki E. Between a rock and a hard place. The question of money at St. Petersburg women's clinics. *International Journal of Health Services* 2008, *tulossa*.
- Lazarus ES. Politicizing abortion. Personal morality and professional responsibility of residents training in the United States. *Soc Sci Med* 1997;44:1417–1425.
- Leppämäki H. Puolalainen aborttikeskustelu. *Idäntutkimus* 2006;(4).
- Lock M, Gordon D, toim. *Biomedicine Examined*. Kluwer, Dordrecht 1988.
- Lock M, Scheper-Hughes N. A critical-interpretive approach in medical anthropology. Rituals and routines of discipline and dissent. Teoksessa Sargent CF, Johnson TM, toim. *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Praeger, Westport 1996, 41–70.
- Malinowski B. *Argonauts of the Western Pacific*. An account of native enterprise and adventure in the archipelagoes of Melanesian New Guinea. Routledge, London 1999.
- Peräkylä A. Agency and authority. Extended responses to diagnostic statements in primary care encounters. *Research on Language and Social Interaction* 2002;35:219–247.
- Pilkington H, toim. *Gender, Generation and Identity in Contemporary Russia*. Routledge, London 1996.
- Rankin-Williams A. Post-soviet contraceptive practices and abortion rates in St. Petersburg, Russia. *Health Care for Women International* 2001;22:699–710.
- Raymond E, Kaczorowski J, Smith P, Sellors J, Walsh A. Medical abortion and family physicians. *Canadian Family Physician* 2002;48:538–544.
- Regushevskaya E, Dubikaytis T, Nikula M, Kuznetsova O, Hemminki E. The socio-economic characteristics of risky sexual behaviour among reproductive age women in St. Petersburg. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008, *tulossa*.
- Remennick LI. Epidemiology and determinants of induced abortion in the U.S.S.R. *Soc Sci Med* 1991;33:841–848.
- Remennick LI. Patterns of birth control. Teoksessa Riordan J, Kon I, toim. *Sex and Russian Society*. Indiana University Press, Bloomington 1993, 45–63.
- Riska E. *Medical Careers and Feminist Agendas*. American, Scandinavian, and Russian Women Physicians. Aldine de Gruyter, New York 2001.
- Rivkin-Fish M. *Reproducing Russia*. Women's Health and Moral Education in the Construction of a Post-Soviet Society. Julkaisematon väitöskirjatutkimus, University of Princeton 1997.
- Rivkin-Fish M. Sexuality education in Russia. Defining pleasure and danger for a fledgling democratic society. *Soc Sci Med* 1999;49:801–814.
- Rivkin-Fish M. *Women's Health in Post-Soviet Russia*. The Politics of Intervention. Indiana University Press, Bloomington 2005.
- Rotkirch A. *The Man Question*. Loves and Lives in Late 20th Century Russia. Dept. of Social Policy, Research Reports 1/2000. University of Helsinki, Helsinki 2000.
- Rotkirch A, Haavio-Mannila E, toim. *Women's Voices in Russia Today*. Aldershot, Dartmouth 1996.
- Rotkirch A, Kesseli K. [“Sosiaalisen menestyksen vyöhyke – kaksilapsinen perhe”. Lasten lukumäärä pietarilaisten naisten lastenhankintasuunnitelmissa.] Teoksessa Zdravomyslova E, Temkina A, Rotkirch A, toim. *Novyi byt [Uusi arki]*. European University Press, Petersburg, 2008 *tulossa*.
- Shotorbani S, Zimmerman FJ, Bell JF, Ward D, Assefi N. Attitudes and intentions of future health care

- providers toward abortion provision. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2004;36:58–63.
- Stephenson P, Chalmers B, Kirichenko VF, Repina MA, Wagner M. Reducing maternal mortality in St. Petersburg. *World Health Forum* 1997;18:189–193.
- Trostle JA. *Epidemiology and Culture*. Cambridge University Press, Cambridge 2005.
- Van der Geest S, Finkler K. Hospital ethnography. Introduction. *Soc Sci Med* 2004;59:1995–2001.
- Wear D. From pragmatism to politics. A qualitative study of abortion providers. *Women & Health* 2002;36:103–113.
- Welsh P, McCarthy M, Cromer B. Abortion in adolescence. A four-country comparison. *Women's Health Issues* 2001;11:73–79.
- WHO Regional Office for Europe. *European Health for All Database*. <http://www.who.dk/hfadb>. 6.8.2007.
- Zielińska E. Between ideology, politics, and common sense. The discourse of reproductive rights in Poland. Teoksessa Gal S, Kligman G, toim. *Reproducing Gender. Politics, Publics, and Everyday Life after Socialism*. Princeton University Press, Princeton 2000, 23–57.

MERI LARIVAARA

LL, FM

Stakes