



TARJA TAMMENTIE

Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen  
vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde  
lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Esitetään Tampereen yliopiston  
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteen laitoksen  
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,  
perjantaina 27. päivänä marraskuuta 2009 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos  
Tampereen yliopistollinen sairaala

*Ohjaaja*  
Professori Eija Paavilainen  
Tampereen yliopisto

*Esitarkastajat*  
Dosentti Kaisa Haatainen  
Kuopion yliopisto  
Dosentti Merja Nikkonen  
Tampereen yliopisto

Myynti  
Tiedekirjakauppa TAJU  
PL 617  
33014 Tampereen yliopisto

Puh. (03) 3551 6055  
Fax (03) 3551 7685  
taju@uta.fi  
www.uta.fi/taju  
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu  
Juha Siro

Acta Universitatis Tamperensis 1440  
ISBN 978-951-44-7799-7 (nid.)  
ISSN-L 1455-1616  
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 872  
ISBN 978-951-44-7800-0 (pdf)  
ISSN 1456-954X  
<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print  
Tampere 2009

*Minkalle*

# TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja minkälainen yhteys äidin synnytyksen jälkeisellä masennuksella on perheen toimivuuteen, ja kuvata perheiden kokemuksia äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Tavoitteena oli lisäksi kehittää synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivän äidin perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan välistä vuorovaikutusta kuvaava substansiivinen teoria. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitohenkilöstön ja perheiden välisen vuorovaikutuksen kehittämiseen. Tutkimus on toteutettu Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella yhteistyössä Tampereen yliopistollisen sairaalan kanssa.

Tutkimukseen osallistui 373 perhettä, jotka täyttivät Family Dynamics Measure II (FDMII)- ja Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)-mittarit. Näistä 55:lle synnytyksen jälkeen masentuneen äidin perheille lähetettiin pyyntö osallistua haastattelututkimukseen. Yhdeksän perhettä haastateltiin. Lisäksi haastateltiin 14:ää lastenneuvolassa työskentelevää terveydenhoitajaa. Haastattelut toteutettiin väljästi teemoitettuna avoimena haastatteluna.

Tutkimus on luonteeltaan sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto analysoitiin kyselylomakkeista käyttäen SPSS-tilasto-ohjelmaa ja aineistoa kuvataan frekvenssi- ja prosenttijakaumin, varianssianalyysin, korrelaatioin ja mallituksin. Laadullinen aineisto analysoitiin käyttäen grounded teoria–menetelmän jatkuvan vertailun menetelmää.

Tutkimuksen tuloksena oli, että selkeää syytä äitien masennukselle ei voida osoittaa sosiodemografisista tekijöistä. Masentuneiden äitien perheissä vanhemmat olivat käyneet koulua vähemmän kuin muiden perheiden vanhemmat, masentuneet äidit imettivät lastaan lyhyemmän ajan ja he olivat tyytymättömämpiä perhe-elämäänsä kuin muut äidit. Niiden perheiden, joissa äidillä oli synnytyksen jälkeinen masennus, toimivuus oli huonompaa muihin perheisiin verrattuna.

Masentuneiden äitien perheissä vanhemmilla oli raskaudenaikaisten odotusten ja lapsen syntymän jälkeisen todellisuuden välillä selkeä ristiriita. Masentuneiden äitien perheet kokivat vuorovaikutuksessaan lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen vuorovaikutuksen puutetta. Lastenneuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat kokivat vuorovaikutuksen masentuneiden äitien perheiden kanssa kokonaisvaltaisena yhteistyönä yksilöllisen perheen kanssa. Vuorovaikutusta kuvaava substantiivisen teorian perusprosessi on synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivän äidin ja lastenneuvolan terveydenhoitajan samojen toiveiden ja odotusten kohtaamattomuus.

Perhehoitotyö tarvitsee lisää tutkimusta potilaiden ja heidän perheenjäsentensä sekä hoitohenkilökunnan välisestä vuorovaikutuksesta, jotta siitä tulisi luonteva osa jokapäiväistä käytännön hoitotyötä.

Avainsanat: synnytyksen jälkeinen masennus, perhe, perhehoitotyö, lastenneuvola, grounded-theory, vuorovaikutus



# ABSTRACT

The purpose of this study was to describe what kind of connection is between mother's postnatal depression and family dynamics, are there any connections between sociodemographic variables and mother's postnatal depression and what are the family's experiences when mother suffers of postnatal depression. In addition, the purpose of the study was to develop substantive theory describing families and public health nurses' experiences of interaction in child health clinic when mother suffers of postnatal depression.

The data of the study were gathered by using Family Dynamics Measure II and Edinburgh Postnatal Depression Scale and by interviewing nine families where mother had displayed symptoms of postnatal depression and 14 public health nurses working in child health clinics.

The data were analysed using SPSS statistical programme and frequency and percentage distributions, means and standard deviations were examined. Correlations were analysed using Spearman's correlation coefficients. Qualitative data were analysed using continuous comparative analysis of grounded-theory.

There is no one reason for mother's postnatal depression. Mothers with depressive symptoms had fewer years of education, shorter duration of breast-feeding and were more dissatisfied with family life compared with mothers who exhibited no depressive symptomatology. Family dynamics was weaker in the families where mother had postnatal depression. The families with mother's postnatal depression felt discrepancy between hopes and reality and lack of holistic co-operation with unique family in child health clinic. The public health nurses perceived it to be their main mission to encounter the families individually and holistically. The basic process of substantive theory describing interaction between families with postnatal depression and public health nurses is the lack of same expectations and hopes.

Family nursing science needs more investigation of interaction between patients and their families and nursing staff to get family nursing natural part of everyday nursing.

Key words: postnatal depression, family, family nursing, child health clinic, grounded-theory, interaction





# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	4
ABSTRACT.....	7
LUETTELO TEKSTISSÄ OLEVISTA TAULUKOISTA.....	13
LUETTELO TEKSTISSÄ OLEVISTA KUVIOISTA.....	15
LUETTELO OSAJULKAISUISTA .....	17
1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	19
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	24
2.1 Barnhillin terveen perheen toimintamalli.....	24
2.2 Uuden perheenjäsenen syntymä .....	29
2.3 Synnytyksen jälkeinen masennus .....	30
2.3.1 Synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyminen ja yleisyys .....	30
2.3.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen syyt .....	32
2.3.3 Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet .....	33
2.3.4 Synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutukset perheeseen.....	34
2.3.5 Synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisy ja hoito.....	36
2.4 Perheen ja lastenneuvolan yhteistyö äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä .....	38
2.5 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista .....	40
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	42
4. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA METODIT.....	44
4.1 Metodologinen perusta.....	44
4.2 Aineiston keruu.....	47
4.3 Tutkimuksessa käytetyt mittarit.....	50
4.4 Aineiston analyysi .....	51
4.4.1 Tilastollinen analyysi (artikkelit I ja II).....	51
4.4.2 Grounded-teorian jatkuva vertaileva analyysi (artikkelit III, IV, V ja yhteenvedo).....	53
4.5 Eettiset näkökohdat.....	54

5. TULOKSET .....	57
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot .....	57
5.1.1 Perheet .....	57
5.1.2 Terveydenhoitajat .....	58
5.2 Äidin mieliala synnytyksen jälkeen .....	58
5.3 Äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen yhteydessä olevat tekijät (artikkeli I) .....	60
5.4 Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteys perheen toimivuuteen (artikkeli II) .....	61
5.5 Perheiden kokemukset äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta (artikkeli III) .....	62
5.6 Perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan välinen vuorovaikutussuhde äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä .....	64
5.6.1 Perheiden kokemus vuorovaikutussuhteesta lastenneuvolan terveydenhoitajien kanssa äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä (artikkeli IV) .....	64
5.6.2 Lastenneuvolan terveydenhoitajien kokemukset vuorovaikutuksesta perheen kanssa äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä (artikkeli V) .....	65
5.7 Substantiivinen teoria perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan vuorovaikutussuhteesta äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä .....	66
6. JOHTOPÄÄTÖKSET .....	72
7. POHDINTA .....	73
7.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS .....	73
7.1.1 Kvantitatiivisen osan luotettavuus .....	73
7.1.2 Kvalitatiivisen osan luotettavuus .....	76
7.2 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU .....	78
7.3 TUTKIMUKSEN MERKITYS KÄYTÄNNÖN HOITOTYÖLLE .....	83
7.4 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET .....	85
KIRJALLISUUS .....	86
KIITOKSET .....	99

## **LIITTEET**

Liite 1 Family Dynamics Measure II (FDMII)

Liite 2 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ja Taustatietokysely

Liite 3 Saatekirje

Liite 4 Haastatteluaiheet/perheet

Liite 5 Haastatteluaiheet/terveydenhoitajat

Liite 6 Esimerkki analyysin etenemisestä

# LUETTELO TEKSTISSÄ OLEVISTA TAULUKOISTA

- Taulukko 1. (s. 52) Perheen toimivuutta kuvaavat pistemäärät
- Taulukko 2. (s. 59) EPDS-mittarin summapisteiden keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit koko aineistossa (n = 373) ja EPDS-mittarin summapisteiden mukaan muodostetuissa luokissa
- Taulukko 3. (s. 75) FDM II-mittarin Cronbachin alfat osioittain ja koko aineistossa sekä osioita kuvaavat muuttujat



# LUETTELO TEKSTISSÄ OLEVISTA KUVIOISTA

Kuvio 1.	(s. 24)	Perheen terveyssykli
Kuvio 2.	(s. 28)	Yhteenveto Barnhillin terveen perheen toimintamallista (mukaeltu)
Kuvio 3.	(s. 49)	Tutkimuksen tiedonkeruu
Kuvio 4.	(s. 66)	Substantiivinen teoria perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan välisestä vuorovaikutussuhteesta äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä. Käsitteet, käsitteiden väliset suhteet ja ydinkategoria





# LUETTELO OSAJULKAISUISTA

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu seuraaviin osajulkaisuihin. Osajulkaisuihin viitataan tekstissä käyttäen roomalaista numerointia:

- I Tammentie T, Tarkka M-T, Åstedt-Kurki P & Paavilainen E (2002): Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *International Journal of Nursing Practice* 8: 240-246
- II Tammentie T, Tarkka M-T, Åstedt-Kurki P & Paavilainen E (2004): Family dynamics and postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11(2): 141-149.
- III Tammentie T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Tarkka M-T (2004): Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing* 13: 65-74
- IV Tammentie T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Tarkka M-T (2009): Families' experiences of interaction with the public health nurse at well-baby clinic in connection with mother's postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16: 716-724
- V Tammentie T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Tarkka M-T (): Public health nurses' experiences of interaction with the families at the well-baby clinic in connection with mother's postnatal depression. *Primary Health Care. Research and Development*. Resubmitted.

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajan lupa.



# 1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Perheiden hoitaminen ja tukeminen eri elämänvaiheissa on yksi hoitotyön keskeisistä tehtävistä. Perhehoitotyön päämääränä on koko perheen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä tukeminen. Sen lähtökohtana on auttaa perhettä selviytymään perheenjäsenen sairastumisesta aiheuttamasta tilanteesta. (Mm. Åstedt-Kurki 1992, Pelkonen 1994, Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen 1999, Bomar 2004, Harmon Hanson ja Kaakinen 2005.) Perhe on useimmiten asiakkaan kannalta voimavara, jota olisi osattava hyödyntää hoidossa. Yhden perheenjäsenen sairastaminen vaikuttaa koko perhekokonaisuuteen ja muuttaa perhesysteemiä, koska jokainen perheenjäsen reagoi eri tavalla sairauden mukanaan tuomiin muutoksiin. Perhe hoitotyön asiakkaana kohdistaa kiinnostuksen yksilön lisäksi koko perheeseen ja huomioi jokaisen perheenjäsenen kokemukset, tarpeet ja odotukset. (Friedman 1998, Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen 1999, Hopia 2006, Manninen 2008.) Vaikka perhekeskeisyys määrittellään hyvän hoidon ihanteeksi, se ei kuitenkaan ole konkretisoitunut hoitotyössä (Rantanen ym. 2006).

Perhe on tutkimusyksikkönä monimuotoinen, ja sopivien mittarien laatiminen perheiden tutkimiseksi on ongelmallista. Perhettä voidaan tarkastella monesta näkökulmasta, se toimii kontekstissaan, eikä sitä voi irrottaa kokonaisuudestaan (Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen 1999, Joronen ym. 2008). Tutkimustietoa tarvitaan sekä yksilön että lähiympäristön näkökulmasta, jotta perhettä voitaisiin ymmärtää entistä monipuolisemmin ja sitä kautta kehittää perhehoitotyötä terveydenhuollon eri sektoreilla sekä löytää vastauksia siihen, miten käytännön hoitotyössä hoitohenkilöstö voi tukea ja auttaa perheitä. (Paunonen ym. 1999, Tomlinson ym. 2002, Paavilainen ym. 2006, Joronen ym. 2008.) Perhehoitotieteen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa, jonka avulla perheiden terveyden edistäminen paranee ja perheiden hyvinvointi lisääntyy. Tutkimuksen kautta saatu

tieto käytetään hoitotyön toiminnan kehittämiseen. (Åstedt-Kurki ja Paavilainen 2002.)

Hoitotieteessä perinteisen ydinperheen määritelmän rinnalle tai sijalle on noussut näkökulma, joka korostaa yksilöiden ja perheiden juridisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. Tässä tutkimuksessa perhe on määritelty ryhmäksi ihmisiä, jotka ovat sitoutuneet toisiinsa ja asuvat yhdessä (Lasky ym.1985). Sitoutuminen voi olla juridista (avioliitto), biologista (sukulaisuus) tai sopimukseen perustuvaa (avioliitto). Tämä näkemys perheestä pohjautuu systeemiteoreettiseen ajatteluun, jonka vahvuus on sen kokonaisvaltaisuudessa ja laaja-alaisuudessa. Systeemiteoreettisessa ajattelussa perhe nähdään kokonaisuutena, jolla on oma organisaationsa ja joka toimii myös vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Systeemiteoreettinen lähestymistapa näkee perheen enemmän kuin osiensa summana ja perhettä sekä sen toimintaa tarkastellaan perheen eri vaiheissa. Perheen vaiheisiin vaikuttavat perheen koon muutokset, erilaiset kriisivaiheet ja erilaiset häiriöt ja ongelmat. (Mm. Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen 1999.) Systeeminen lähestymistapa antaa mahdollisuuden tarkastella perheen dynamiikkaa ja muutoksia kokonaisuutena (Åstedt-Kurki ja Paavilainen 1999, Friedemann 2002). Perheeseen kuuluu alasysteemejä, joita yhdistävät tunnesiteet. Lisäksi perhe on yksilöiden systeemi, jossa henkilökohtaiset alasysteemit ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja ympäristön ja perhesysteemin kanssa. Perheen hyvinvointi nähdään vuorovaikutuksellisena prosessina, joka sisältää perheelle yksilölliset kysymykset ja ratkaisut (Anderson 2000).

Perhe- ja asiakaskeskeisyyden paras lähtökohta on jokaisen perheenjäsenen oma käsitys siitä, ketkä muodostavat hänen perheensä ja mikä merkitys perheellä on. Jokainen perhe on yksilöllinen ja koostuu niistä merkityksistä, jotka sen jäsenet perheelle antavat. Yksilöt muodostavat yhdessä perheen, jossa jokainen yksilö elää omaa ainutkertaista elämäänsä yhteisessä perhetilanteessa. (Etzell ym. 1998.) Yhteistyö perheen ja hoitavien henkilöiden välillä voidaan nähdä auttavana kanssakäymisenä, jolla tarkoitetaan hoitavan henkilön läsnäoloa ja perheenjäsenten voimien lisäämistä. Perheenjäsen on sairastuneen asioista huolehtija, hoitoon osallistuja ja kanssakulkija (Potinkara 2004), ja siksi perhe tarvitsee tietoa. Yhden perheenjäsenen sairastuessa koko perheen olisi opittava puhumaan keskenään sairaudesta sekä sen monista vaikutuksista perheeseen ja perheen elämään (Koivisto ja Kiviniemi 2001, Tamminen 2008). Käytännön hoitotyössä perhe toimii

parhaimmillaan hoitavan henkilökunnan yhteistyökumppanina, mutta pääasiassa perheiden rooli on kuitenkin ollut tiedonantajana toimiminen (Åstedt-Kurki ym. 2001a).

Hoitohenkilöstölle on erityinen haaste kohdata perhe sen omista lähtökohdista käsin. Perheen arvot ja käsitykset saattavat poiketa hoitajan käsityksistä voimakkaastikin, mikä haastaa hoitavan henkilön jokaisen perhekohtaamisen aikana miettimään omaa suhtautumistaan tilanteeseen. Sen sijaan, että kiinnittää huomionsa perheen ongelmakohtiin tai pyrkii asettamaan perheen omien arvojensa mukaiseen muottiin, hoitajan olisi kyettävä näkemään ne perheen vahvuudet, joiden varaan yhteistyötä voidaan rakentaa. (Doane ja Varcoe 2006.)

Synnytyksen jälkeinen aika on useimmille perheille onnellista ja harmonista aikaa. Kuitenkin riski psyykkiseen oireiluun on naisen elämässä tänä aikana suurimmillaan. Tutkimusten mukaan noin joka kymmenes synnyttänyt äiti kärsii masennusoireista. Se tarkoittaa Suomessa vuosittain noin 6 000–10 000 masennusoireista kärsivää äitiä. Siitä huolimatta synnytyksen jälkeinen masennus on edelleen alidiagnosoitu sairaus (Tamminen 1990, Borrill 1998, Hendrick ym. 1998, Lawrie ym. 1998, Epperson 1999, Munro 2001, Seimyr ym. 2004, Horowitz ja Goodman 2005, Lumley 2005, Heikkinen ja Luutonen 2009, Pearlsten ym. 2009). Hoitamattomana synnytyksen jälkeisellä masennuksella saattaa olla voimakkaat vaikutukset lapsen kognitiiviseen ja emotionaaliseen kehitykseen (Beck 1998a, Nonacs ja Cohen 1998, Bewley 1999, Ramchandani ym. 2008, Heikkinen ja Luutonen 2009) ja koko perheen hyvinvointiin (Beck 1998b, Bewley 1999, Goodman 2004a, Horowitz ja Goodman 2005). Äitien synnytyksen jälkeinen masennus lisää myös terveydenhuollon kustannuksia (Holden ja Cox 1994, Isometsä ym. 2004).

Synnytyksen jälkeiset mielialamuutokset vaihtelevat lievästä alakuloisuudesta synnytyksen jälkeiseen psykoosiin (Hertzberg 2000, Hiltunen 2003, Sit ym. 2006). Vaikka synnytyksen jälkeisen masennuksen etiologia on epäselvä, nykytietämyksen mukaan suurimpana riskitekijänä nähdään sosiaalisen tuen puute (mm. Hiltunen 2003, Seimyr ym. 2004, Castle ym. 2008). Äidit, jotka synnytyksen jälkeen kokevat saavansa tukea puolisoiltaan, läheisiltään ja terveydenhuoltohenkilöstöltä, pitävät myös kokemuksiaan lastenhoidosta positiivisina (Tarkka ym. 1999, Tarkka ym. 2000, Simons ym. 2003, Ray ja Hodnett 2006).

Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen perhe on erittäin tiiviisti yhteydessä terveydenhuoltohenkilöstöön äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan kautta. Lähes jokainen suomalainen äiti ja noin kolme neljäsosaa isistä osallistuu neuvolan järjestämään perhevalmennukseen. Suomalaiset perheet ovat aktiivisia ja tietojen taso perheissä on suhteellisen korkea. Perheet odottavat neuvolalta sosiaalista tukea, joka sisältää tiedollisen, emotionaalisen ja konkreettisen tuen uudessa elämäntilanteessaan, erityisesti kun ensimmäinen lapsi syntyy perheeseen. (Vehviläinen-Julkunen 1999.)

Äitien synnytyksen jälkeistä masennusta on tutkittu melko vähän perheiden näkökulmasta, samoin tutkimus perheen vuorovaikutuksesta terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä on melko vähäistä. Tämän tutkimuksen avulla on tarkoitus tuoda uutta tietoa synnytyksen jälkeiseen masennukseen perhenäkökulmasta tarkasteltuna.

Tämä tutkimus on osa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen potilaan, perheen ja terveydenhuollon yhteistyö -tutkimusprojektia. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli ensiksikin tarkastella äitien synnytyksen jälkeiseen masennukseen yhteydessä olevia tekijöitä ja synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteyttä perheiden toimivuuteen sekä kuvata perheiden kokemuksia äitien synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Näiden synnytyksen jälkeistä masennusta kuvaavien taustatutkimusten lisäksi on tavoitteena luoda substantiivinen teoria perheiden ja lastenneuvolan terveydenhoitajien vuorovaikutussuhteesta äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä.

Tutkimuksen teoreettisissa lähtökohdissa kuvattu kirjallisuuskatsaus perustuu vuosina 1999–2009 tehtyihin hakuihin Tampereen yliopiston kirjaston tiedonhakuportaalissa. Käytettyjä elektronisia tietokantoja ovat olleet muun muassa Medic, Cinahl, British Nursing Index (Ovid), Science Citation Index Expanded (ISI), Medline (Ovid), Aleksi, Elektra ja Arto. Hakusanoina käytettiin sanoja ”perhe”, ”perheen toiminta”, ”perheen terveys”, ”synnytyksen jälkeinen masennus”, ”lastenneuvola”, ”terveydenhoitaja”, ”perhehoitotyö”, ”perhehoitotiede”, ”perhekeskeisyys” sekä englanninkielisiä sanoja ”family”, ”family dynamics”, ”family health”, ”postnatal depression”, ”postpartum depression”, ”health baby clinic”, ”public health nurse”, ”family nursing”, ”family nursing science” ja ”family-centered care”. Edellä mainittuja sanoja käytettiin haussa sekä yksin että erilaisina yhdistelminä. Tässä tutkimusraportissa käytetty kirjallisuus on rajattu

pääasiassa vuosina 1995–2009 ilmestyneisiin artikkeleihin. Lisäksi mittareiden (FDMII ja EPDS) tausta-ajattelun perusteella mukaan on otettu muutamia vanhempia lähteitä.





Barnhillin terveen perheen toimintamallissa perheen toimivuus määritellään identiteettiprosessien (yksilöityminen–kietoutuminen ja yhteenkuuluvuus–eristäytyminen), muutoskyvyn (joustavuus–jäykkyys ja pysyvyys–hajaannus), informaation prosessoinnin (selkeä–epäselvä havainnointi ja selkeä–epäselvä kommunikointi) ja roolirakenteiden (roolien vastavuoroisuus–epäselvyys ja selkeät–epäselvät sukupolvien väliset rajat) kautta (Barnhill 1979) (kuvio 2, s. 28).

Identiteettiprosesseihin Barnhillin mukaan kuuluvat yksilöityminen–kietoutuminen ja yhteenkuuluvuus–eristäytyminen. Yksilöityneessä perheessä perheenjäsenten ajatukset, tunteet ja päätökset ovat riippumattomia ja jokaisella perheenjäsenellä on luja autonomia, henkilökohtainen vastuu ja oma identiteetti. Yksilöityminen on kykyä rajata itsensä, kestää rajat ja säilyttää empaattinen kontakti toisiin ihmisiin. (Barnhill 1979, Stierlin ym. 1979, Fawcett 1993.) Sen sijaan kietoutuminen ilmentää huonoja itsen rajoja, riippuvaisuutta muista ja symbioosia (Barnhill 1979). Perheen jäsenet kytkeytyvät tiiviisti toisiinsa. Kietoutumista voi ilmetä esimerkiksi äidin ja lapsen välillä, jolloin isä suljetaan ulkopuolelle tästä alasytemistä. Ristiriitoja ei voida ilmaista, ei myöskään omia toiveita, odotuksia eikä ajatuksia. Kietoutuminen vaikeuttaa myös sopeutumista uusiin tilanteisiin ja kompromissien teko on vaikeaa. (Minuchin 1974, Danielsson ym. 1993.) Lapsen syntymän jälkeen perheen on sopeuduttava muutoksiin, joten perheessä, jossa ihmissuhteet ovat kietoutuneita, on vaarana, että isä kokee itsensä ulkopuoliseksi äidin ja vauvan muodostaessa tiiviin yksikön.

Yhteenkuuluvuudella Barnhill (1979) tarkoittaa tunnetta yhteisestä emotionaalista yhteenkuuluvuudesta ja identiteetistä. Yhteenkuuluvuuden tunne ehkäisee Gellesin (1997) mukaan stressiä ja auttaa perheenjäseniä selviytymään paremmin vaikeista tilanteista. Sen sijaan eristäytyminen ilmentää vieraantumista ja irrottautumista muista. Se voi esiintyä kietoutumisen yhteydessä, jolloin identiteetit ovat niin yhdistyneitä, ettei läheisyys ole mahdollista, koska identiteetit eivät kylliksi eroa toisistaan. (Barnhill 1979.) Uuden perheenjäsenen syntymän jälkeen yksilöityneellä ja yhteenkuuluvalla perheellä on mahdollisuus sopeutua muutokseen ja kestää uuden tilanteen aiheuttama stressi paremmin kuin perheellä, joka on kietoutunut ja eristäytynyt. Äiti kaipaa tukea synnytyksen jälkeen erityisesti omalta puolisoaltaan (ks. Tarkka ym. 1999, Tarkka ym. 2000), mutta eristäytyneessä ja kietoutuneessa perheessä tuen antaminen toiselle ja kyky vastaanottaa sitä on vähäistä tai sitä ei ole lainkaan.

Muutoskykyyn Barnhillin (1979) mukaan kuuluvat ulottuvuudet joustavuus–jäykkyys ja pysyvyys–hajaannus. Joustavuus on perheen kykyä mukautua ja sopeutua erilaisiin tilanteisiin ja muutosprosesseihin. Terve perhe kykenee kohtaamaan muutokset eikä sillä ole vain yhtä ainoaa oikeaa tapaa toimia ja tehdä päätöksiä (Fawcett 1993). Jäykkyys ilmentää joustavuuden puutetta ja epäonnistunutta vastausta vaihteleviin olosuhteisiin. Se ilmenee stereotyyppioina ja samanlaisina toistuvina käyttäytymismalleina. (Barnhill 1979.) Pysyvyys on perheen vuorovaikutuksen johdonmukaisuutta, vastuullisuutta ja turvallisuutta; hajaannukseen liittyy ennustettavuuden puute ja kyvyttömyys selkeään vastuunottoon (Barnhill 1979). Synnytyksen jälkeen perheet joutuvat muuttamaan toimintojaan ja sopeutumaan uuteen tilanteeseen, jossa ajankäyttöä ja toimintoja ei ole mahdollista suunnitella tarkasti etukäteen, vaan vastasyntynyt omine tarpeineen on perheen keskipisteenä. Mikäli perheessä ei ole joustavuutta ja pysyvyyttä, perheen toiminnan mukautuminen uuteen tilanteeseen ja vastuunotto uudesta ihmiselämästä vaikeutuvat.

Selkeä–epäselvä havainnointi ja selkeä–epäselvä kommunikointi ovat informaation prosessointiin kuuluvat ulottuvuudet Barnhillin (1979) terveen perheen toimintamallissa. Selkeän havainnoinnin edellytyksenä on häiriintymätön tietoisuus itsestä ja muista, ja tämän taustalla on selkeä liittymisen havaitseminen ja yhteisten tapahtumien yksimielinen vahvistaminen (Barnhill 1979). Vaikka perheenjäsenten mielipiteet vaihtelisivatkin, se ei aiheuta ongelmia perhesysteemille (Fawcett 1993). Epäselvä havainnointi on selkeän havainnoinnin puutetta ja ilmenee hämmentävinä ja epäselvinä tulkintoina muille perheenjäsenille (Barnhill 1979).

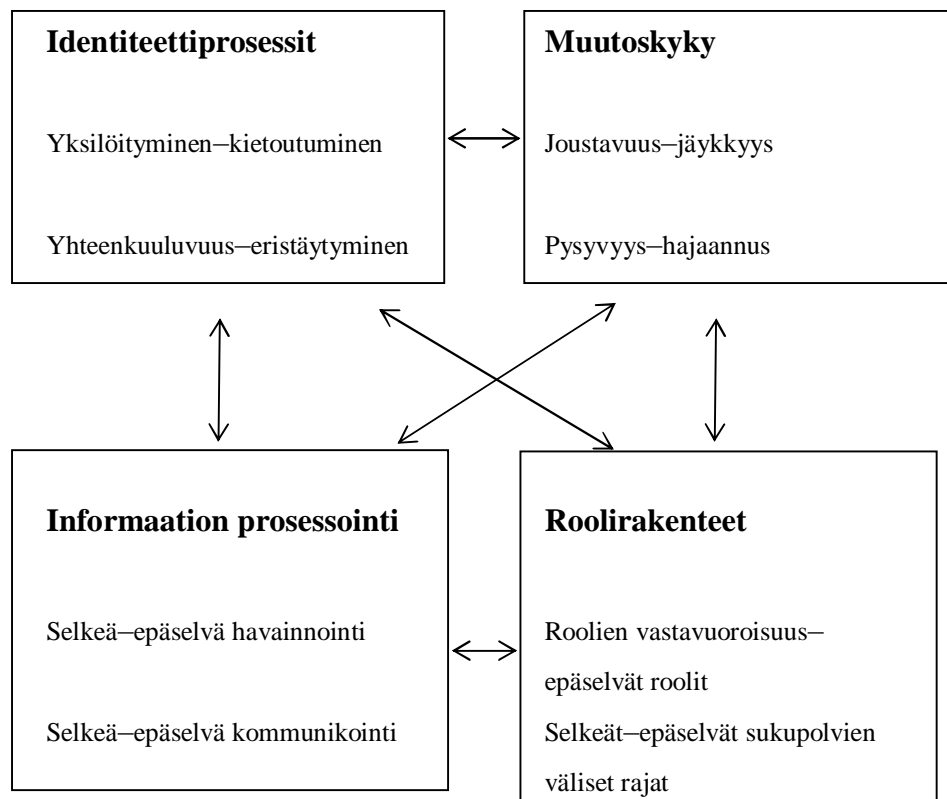
Selkeästi kommunikoiva perhe välittää informaatiota onnistuneesti perheenjäsenten kesken. Tarpeellinen tieto on oikeaa, selkeää ja tarkoitusta vastaavaa. (Barnhill 1979.) Toiveet esitetään suoraan, ei manipuloimalla. Tehokkaasti kommunikoivassa perheessä perheenjäsenet kykenevät esittämään oman kantansa epäröimättä sekä vastaanottamaan palautetta (mm. Satir 1978, Roberts 1983). Sen sijaan selkeän kommunikoinnin puute, epäselvä kommunikointi, ilmenee tiedon hämärtymisenä, jopa ristiriitaisena tai paradoksaalisena kommunikointina sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti, ja vaikeuttaa näin tunteiden jakamista (Barnhill 1979, Olson ym. 1989). Synnytyksen jälkeen perheessä roolit muuttuvat ja perhe on uuden tilanteen edessä uuden perheenjäsenen liittyttyä perheeseen. Perheen toimivuuden ehtona on selkeä

kommunikointi perheenjäsenten kesken, jotta uuteen tilanteeseen sopeutuminen olisi mahdollista ja jokaisen perheenjäsenen olisi mahdollista löytää oma paikkansa. Vastasyntyneen tarpeet ovat keskipisteessä perheessä, ja vanhemmat väsyvät muuttuneen rytmin myötä. Puhuminen, asioiden ja tunteiden kertominen ja kuvaaminen ovat tärkeitä, jotta perheenjäsenten ei tarvitse arvailla ja tulkita toistensa mielipiteitä, tunteita ja ajatuksia.

Roolirakenteet muodostuvat roolien vastavuoroisuus–epäselvyys-ulottuvuudesta sekä selkeät–epäselvät sukupolvien väliset rajat–ulottuvuudesta (Barnhill 1979). Roolien vastavuoroisuus on perheenjäsenten kykyä täydentää toistensa rooleja perheessä yleisesti hyväksytyjen käyttäytymismallien ja sääntöjen mukaan. Perheenjäsenet ovat tyytyväisiä sovittuun roolijakoon, ja roolit on selkeästi määriteltä. (Minuchin 1974, Barnhill 1979.) Sen sijaan epäselvät roolit tai roolikonfliktit ilmentävät perheenjäsenten välisten käyttäytymissääntöjen puutetta, jonka seurauksena on hämmentynyt roolikäyttäytyminen tai jatkuvat ristiriidat siinä (Barnhill 1979). Roolit eivät ole pysyviä, vaan ne muuttuvat ja joustavat ajan kuluessa. Jokaisella perheenjäsenellä on samanaikaisesti useampia rooleja (esim. äidin ja vaimon rooli). Terveessä perheessä jäsenet kykenevät joustavasti muuttamaan roolejaan vastauksena perheen kehitysmuutoksiin. (Ackerman 1958, Roberts 1983.) Uuden perheenjäsenen syntyminen perheeseen asettaa perheen tilanteeseen, jossa roolit muuttuvat; esimerkiksi vaimon rooli laajenee myös äidin rooliksi, samoin kuin miehen rooli saa rinnalleen isän roolin. Perheen roolikäyttäytymisen on tässä tilanteessa joustettava ja jokaisen perheessä on löydettävä uusi roolinsa ja sopeutettava myös vanha roolinsa uuteen perhetilanteeseen.

Selkeät sukupolvien väliset rajat edellyttävät perheenjäsenten välistä selkeää roolivastavuoroisuutta. Jokaisen sukupolven edustajat ovat läheisimmin liittoutuneita oman sukupolvensa kanssa. Sen sijaan epäselvät sukupolvien väliset rajat ilmenevät selkeyden puutteena sukupolvien välillä ja hämärtävät sukupolvien välisen rajan. (Barnhill 1979.) Terveelle perheelle on ominaista, että aikuisilla on perheessä aikuisen rooli ja lapsille annetaan mahdollisuus elää lapsena. Kun sukupolvien väliset rajat hämärtyvät, lapset joutuvat liian pian aikuisen ja vastuunkantajan rooliin, mikä aiheuttaa ongelmia lapsen henkiselle kehitykselle. Myös puolisoiden mahdollisuus tukea toisiaan edellyttää selkeitä sukupolvien välisiä rajoja, missä aikuiset ovat aikuisia ja kantavat vastuun perheestä yhdessä.

Kehämäiseen systeemiin sisältyy ajatus, että parantamalla toimintaansa yhdellä alueella perheen toiminta myös muilla ulottuvuuksilla paranee. Perhesysteemiin on mahdollista vaikuttaa jokaisesta ulottuvuudesta käsin ja näiden ulottuvuuksien avulla on mahdollista arvioida perheen terveyttä (kuvio 2) (Barnhill 1979). Jokainen perhe on erilainen ja jokainen perhesysteemi yksilöllinen. Perheet tekevät erilaisia valintoja ja käyttävät erilaisia selviytymiskeinoja, mutta perheiden voidaan katsoa kohtaavan myös kehitysvaiheita, jotka ovat niille yhteisiä. Eräs tällainen kehitysvaihe on uuden perheenjäsenen syntyminen.



Kuvio 2. Yhteenveto Barnhillin (1979) terveen perheen toimintamallista (mukaeltu)

## 2.2 Uuden perheenjäsenen syntymä

Perhe voidaan määritellä yksiköksi, jolla on struktuuri ja joka on järjestäytynyt ja toimii vuorovaikutuksessa sekä keskenään että ympäristönsä kanssa. Tässä tutkimuksessa perhettä tarkastellaan systeeminä ja siihen nähdään kuuluviksi useita alasysteemejä, joita yhdistävät erilaiset tunnesiteet ja yhteinen vastuu. Jokaisella perheenjäsenellä on selvästi erottuva suhde muihin perheen jäseniin. (Paunonen 1999.) Perheen hyvinvointi on muuttuva tila, jossa osa muutoksista on ennakoituja, osa odottamattomia. Nämä muutokset vaikuttavat aina kuitenkin perheen tasapainoon. Tasapainottomuuden tila ei ole pysyvä, vaan siitä on mahdollisuus edetä kohti aikaisempaa kehittyneempää toimintaa. (Hanson ym. 1998.)

Raskaus on naisen elämässä voimakkaiden biologisten, psykologisten ja sosiaalisten muutosten aikaa. Nainen mukautuu normaalisti näihin muutoksiin ja selviytyy näistä muutoksista ilman häiriöitä. (Mm. Saarikoski 1994.) Raskaus on naiselle ruumiillinen rasitus, jolloin hänen elimistönsä joutuu sopeutumaan uuteen tilanteeseen. Äidiksi tulemisen psyykkiseen prosessiin vaikuttavat äidin aikaisemmat kokemukset vauvoista, hänen saamansa sosiaalinen tuki sekä vauvan temperamentti. (Rogan ym. 1997.)

Kasvu ja muutos kohti vanhemmuutta alkavat ennen lapsen syntymää, raskauden aikana. Lasta odottava perhe elää konkreettista kasvamisen aikaa kehityksessään. (Paavilainen 2003). Tulevat vanhemmat määrittelevät uudelleen roolejaan yhteiskunnassa ja suhteessa toisiin ihmisiin. Tähän sisältyy vanhempien näkökulmasta usein kehityskriisi, jossa käydään läpi omaan lapsuuteen liittyviä toiveita ja kokemuksia. (Bondas 2000, Piensoho 2001.) Äiti samastuu omaan äitiinsä, mielikuvaan hänestä äitinä ja omiin kokemuksiinsa lapsena olosta. Tärkein voimavara ensimmäisen lapsen syntymän aiheuttamien muutosten läpikäynnissä on puolisoiden hyväksi kokema keskinäinen suhde. Puolisoiden välisiä ristiriitoja ei voida erottaa koko perhesysteemistä, vaan ne vaikuttavat perhesysteemiin ja sen toimivuuteen kiinteästi. Naiset odottavat saavansa puolisoiltaan tukea raskausaikana ja synnytyksen jälkeen. Hyvä parisuhde sisältää molemminpuolisen, lämpimän tunnesiteen ja puolisoiden tasavertaisuuden. (Ahonen 2001, Paavilainen 2003.) Parisuhteen vakiinnuttaminen ja muokkaaminen molempia tyydyttäväksi ennen ensimmäisen lapsen syntymää lisää puolisoiden välistä yhteenkuuluvuuden tunnetta

ja antaa näin tilaa syntyvälle lapselle. (Mm. Tarkka ym. 1999, Tarkka ym. 2000.) Uuden perheenjäsenen syntyminen mullistaa kuitenkin myös isän maailman. Isäksi kasvaminen ei välttämättä ole helppoa ja nopeaa. Isä saattaa vetäytyä syrjään ottamatta vastuuta lapsestaan. Tällaisessa tilanteessa isä tarvitsee runsaasti ulkopuolista tukea ja kannustusta, mutta myös äidin tarvitsema tuki neuvolasta lisääntyy isältä saadun tuen puuttuessa. (Kaila-Behm ja Vehviläinen-Julkunen 1999, Viljamaa 2003, Mesiäislehto-Soukka 2005.) Vanhempien sopeutumiseen uuteen tilanteeseen ovat yhteydessä myös tapahtumat synnytyssalissa. Mikäli vanhemmat kokevat synnytyksen positiivisena, sopeutuminen on helpompaa kuin vaikean synnytyksen jälkeen. (Wikander ja Theorell 1997.)

## 2.3 Synnytyksen jälkeinen masennus

### 2.3.1 Synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyminen ja yleisyys

Äidin mielentila on herkistynyt sekä raskauden aikana että synnytyksen jälkeen. Herkistymisen taustalla ovat psykofyysiset tekijät, muun muassa suuret hormonivaihtelut. Tämä herkistyminen auttaa äitiä samastumaan vauvaansa ja ymmärtämään vauvan varhaisia, sanattomia viestejä sekä kokemaan empatiaa. Usein ensimmäinen synnytyksen jälkeinen viikko on naisille epävakaisuuden aikaa, jolloin he saattavat itkeä vaikka tuntisivatkin itsensä onnellisiksi, tuntea vihaa tai turhautuneisuutta ilman syytä. Vaihetta kutsutaan synnytyksen jälkeiseksi herkistymiseksi (baby blues, post-partum blues tai maternity blues) ja se alkaa tyypillisimmin 2–4 päivän kuluttua synnytyksestä. (Bewley 1999, Heikkinen ja Luutonen 2009.) Synnytyksen jälkeisen herkistymisen taustalla on useimmiten todettu olevan hormonaalisten ja biologisten tekijöiden yhteisvaikutus. Synnyttänyt äiti on ärtyisä, alakuloinen, itkuinen, kireä ja ahdistunut ja saattaa kärsiä unihäiriöistä. Synnytyksen jälkeisen herkistymisen kesto on tyypillisimmillään vuorokauden tai kaksi, ja sitä esiintyy jopa 80 %:lla synnyttäneistä äideistä.

Jokaiselle äidille ja perheelle tilanne on kuitenkin uusi ja ainutkertainen, ja sekä äiti että koko perhe tarvitsevat tukea. (Tamminen 1990, Wickberg 1996, Bewley 1999.) Synnytyksen jälkeinen alakuloisuus saattaa hoitamattomana jatkua ja syventyä vähitellen synnytyksen jälkeiseksi masennukseksi (Bewley 1999, Heikkinen ja Luutonen 2009).

Vakavin muoto synnytyksen jälkeisistä mielialamuutoksista on synnytyksen jälkeinen psykoosi (puerperaalipsykoosi) ja riski siihen sairastumiseen on suurimmillaan 30 vuorokautta synnytyksen jälkeen (Terp ja Mortensen 1998, Sit ym. 2006). Useimmiten oireet alkavat 3–14 päivän kuluttua synnytyksestä joko rajaina manian tai syvinä masennuksen oireina. Tyypillisimmin vallitsevana oireena on masennus. (Murphey Lucas ja Pritchett 1993, Wickberg 1996.) Äiti voi myös olla yliaktiivinen, jolloin hän ei syö eikä nuku ja puhuu jatkuvasti, mutta puhe on sekavaa. Toisaalta oireena voi esiintyä myös vetäytymistä, reagoimattomuutta ulkomaailmaan tai harhoja. (Niemi 1997.) Psykoosi synnytyksen jälkeen on kuitenkin harvainen; sitä esiintyy noin 0.01–0.02 %:lla synnyttäneistä äideistä. Puerperaalipsykoosiin sairastuneen äidin hoito on aloitettava nopeasti psykiatrisessa sairaalassa tai erittäin tiiviissä psykiatrisessa avohoidossa, sillä siihen liittyy useimmiten suuri vaara, että äiti vahingoittaa joko itseään tai lastaan. (Wickberg 1996, Bewley 1999, Sit ym. 2008.)

Suurin ongelma äitien synnytyksen jälkeisistä mielialamuutoksista on synnytyksen jälkeinen masennus. Noin 10–15 % synnyttäneistä äideistä sairastuu kliinisesti merkittävään masennukseen. (Tamminen 1990, Cox ym.1993, Hearn ym. 1998, Munro 2001, Hiltunen 2003, Horowitz ja Goodman 2005, Lumley 2005, Heikkinen ja Luutonen 2009, Leonardou ym. 2009, Pearlsten ym. 2009.) Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että myös isillä esiintyy synnytyksen jälkeistä masennusta. Äidit sairastuvat masennukseen tyypillisimmin pian synnytyksen jälkeen, mutta sen sijaan isillä masennus ilmenee useimmiten 4–12 kuukauden kuluttua vauvan syntymästä. Isillä masennus näyttäisi olevan yhteydessä aikaisempiin masennuksiin tai puolison samanaikaiseen masennukseen. (Webster 2002, Goodman 2004a, Schumacher ym. 2008). Usein äidin masentuessa synnytyksen jälkeen isä kokee avuttomuutta ja turhautuneisuutta sekä kyvyttömyyttä auttaa puolisoaan. Joskus myös vihan tunteet ovat mahdollisia. Tämä saattaa johtaa puolisoitten etäännyttämiseen toisistaan, ja myös avioero on mahdollinen. (Meighan ym. 1999, Webster 2002.)

### 2.3.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen syyt

Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen syyt ovat epäselvät. Eri kulttuureissa tehdyissä tutkimuksissa on todettu synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyminen yhtä yleiseksi kulttuuritaustasta riippumatta. (Mm. Lawrie ym. 1998, Stuchbery ym. 1998.)

Äitien synnytyksen jälkeiseen masennukseen yhteydessä oleviksi tekijöiksi on esitetty muun muassa lapsen alhaista syntymäpainoa (Bergant ym. 1999), äidin alemmaa koulutustaustaa (Bernazzani ym. 1997), vanhempien alhaista sosiaaliluokkaa (Bergant ym. 1999), perheen kokemia ongelmia, muutoksia ja sairauksia (Areias ym. 1996, Bernazzani ym. 1997, Gao ym. 2009), yksinhuoltajuutta (Wickberg ja Hwang 1997, Bryan ym. 1999), aikaisempia mielenterveysongelmia (Pariser ym. 1997, Bryan ym. 1999, Webster 2000, VanBussel ym. 2006, Akman ym. 2007, Young-Ku ym. 2008, Heikkinen ja Luutonen 2009, Skouteris ym. 2009) ja lapsen nukkumisvaikeuksia ja sitä kautta äidin riittävän unensaannin puutetta. Tällöin ei ehkä kuitenkaan ole kyse äidin masennuksesta vaan ainoastaan voimakkaasta väsymyksestä (Armstrong ym. 1998a, Armstrong ym. 1998b), joka puolestaan saattaa johtaa äidin masentumiseen, mikäli äiti tässä tilanteessa ei saa riittävästi tukea (Bewley 1999). Lisäksi on todettu, että äidin mieliala kolmantena päivänä synnytyksen jälkeen ennustaa myöhemmin alkavaa masennusta. (Fossey ym. 1997, Lane ym. 1997, Heikkinen ja Luutonen 2008.) Eri tutkimuksissa tulokset ovat kuitenkin erilaisia ja kumoavat osittain toisensa.

Sen sijaan synnytyksen jälkeisen masennuksen taustalla vaikuttavista tekijöistä yhteiseksi nimittäjäksi on noussut sosiaalisen tuen puute ja nimenomaan epätyytyttäväksi koettu parisuhde (mm. Stuchbery ym. 1998, Cooper ym. 1999, Nahas ym. 1999, Seguin ym. 1999, Matthey ym. 2000, Hiltunen 2003, Simons ym. 2003, Seimyr ym. 2004, Garcia-Esteve ym. 2008, Castle ym. 2008, Gao ym. 2009, Heikkinen ja Luutonen 2009). Sosiaalisen tuen muotoja ovat henkinen tuki, johon kuuluvat toisen ihmisen arvostaminen, luottaminen, välittäminen ja kuunteleminen; arviointituki, joka sisältää vahvistamisen, palautteen ja sosiaalisen tasavertaisuuden sekä tietotuki, johon kuuluvat neuvot, ohjaus, ehdotukset ja käytännön apu. (Vartia 1994, Väisänen 1995, Pelkonen ja Hakulinen 2002).



Uuden perheenjäsenen syntymä vaikuttaa voimakkaasti sekä äitiin itseensä että muihin perheenjäseniin. Äidit odottavat tässä tilanteessa tukea nimenomaan puolisoltaan sekä omalta äidiltään. Etenkin puolison läsnäolo ja käytännön tuki auttavat äitiä uudessa roolissaan. Äidit, jotka kokevat synnytyksen jälkeen saavansa tukea puolisoltaan, ystäviltään, sukulaisiltaan ja myös terveydenhuoltohenkilöstöltä, kokevat myös vauvan kanssa elämisen positiivisena. Vanhempien hyvä keskinäinen suhde on tärkeä koko perheen hyvinvoinnille. (Mm. Tamminen 1990, Brugha ym. 1998, Stuchbery ym. 1998, Cooper ym. 1999, Nahas ym. 1999, Seguin ym. 1999, Ahonen 2001, Webster 2002, Hiltunen 2003, Paavilainen 2003, Simons ym. 2003, Seimyr ym. 2004.)

Keskustelua on käyty myös hormonitoiminnan yhteydestä synnytyksen jälkeiseen masennukseen (mm. Abou-Saleh ym. 1998, Hendrick ym. 1998, Abou-Saleh ym. 1999, Perheentupa 2003, Kettunen ja Koistinen 2008), ja esimerkiksi Sugawara ym. (1997) sekä Garcia-Esteve ym. (2008) totesivat tutkimuksessaan, että mikäli äidillä on ollut ennen kuukautisia tapahtuvaa mielialanvaihtelua, hänellä on synnytyksen jälkeen suurempi riski kokea ahdistusta, epävarmuutta ja huolta lapsesta ja hyväksyä äidin roolinsa. Tässä tutkimuksessa hormonitoiminnan vaikutus on tietoisesti rajattu käsittelyn ulkopuolelle, koska huomio on haluttu keskittää perheiden kokemuksiin ja vuorovaikutukseen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa, vaikka tutkimusten mukaan äitien synnytyksen jälkeisen masennuksen takana vaikuttavat niin sosiaaliset, psykologiset kuin biologiset (esim. hormonaaliset) syyt.

### 2.3.3 Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet

Äidit, jotka kärsivät synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, tuntevat itsensä yksinäisiksi, avuttomiksi, toivottomiksi, ahdistuneiksi, itkuisiksi ja eristäytyneiksi, sekä kokevat saavansa riittämättömästi sosiaalista tukea (Nahas ym. 1999). Myös paniikkihäiriöitä voi esiintyä (mm. Beck 1998c, Bewley 1999, Huttunen 2008). Masennuksesta kärsivät äidit kokevat tavallisten rutiinitehtävien suorittamisen usein ylivoimaisen vaikeana ja kokevat, että eivät selviä äiteinä ja vaimoina. Usein synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivät äidit myös pelkäävät, että

terveydenhuoltohenkilöstö pitää heitä huonoina äiteinä, mikäli he kertovat masennuksestaan. Heillä on usein liian vähän tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta sekä siitä, mistä olisi mahdollista hakea apua. (Nahas ym. 1999, Huttunen 2008.) Eräänä oireena äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta saattaa myös olla se, että äiti kokee lapsensa sairaaksi ilman, että lapsella voidaan todeta mitään sairautta, ja käyttää runsaasti terveydenhuoltopalveluja hakemalla apua lapselleen (Mandl ym. 1999).

Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet eivät eroa tavallisesta masennuksesta, ja diagnoosi tehdään samojen kriteerien mukaan kuin depressiodiagnoosi yleisestikin (Isometsä ym. 2004). Synnytyksen jälkeinen masennus on siitä huolimatta järkevää pitää erillisenä oirekokonaisuutena, koska sen taustalla olevat stressitekijät eroavat tavallisesta masennuksesta. Synnytyksen jälkeisen masennuksen taustalla vaikuttaa uuden perheenjäsenen syntymän aiheuttama biopsykososiaalinen stressi, kun toisaalta taas on esitetty, että masennus muissa elämänvaiheissa on useimmiten seurausta pitkäaikaisista tai voimakkaista sosiaalisista ongelmista. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus liittyy kiinteästi lapsen synnyttämiseen, ja sillä on pitkittyessään voimakkaita vaikutuksia äidin ja lapsen väliseen suhteeseen sekä lapsen kehitykseen (Sinclair ja Murray 1998, Manninen 2008, Heikkinen ja Luutonen 2009).

#### 2.3.4 Synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutukset perheeseen

Äidin synnytyksen jälkeinen masennus vaikuttaa hänen itsensä lisäksi myös vauvaan, puolisoon ja koko perheeseen. Masentuneet äidit imettävät vauvaansa lyhyemmän ajan kuin äidit, joilla masennusoireita ei ole (Tamminen 1990, Dunn 2006, Dennis ja Mc Queen 2007, Dennis ja McQueen 2009) ja suhtautuvat myös rooliinsa äitinä negatiivisemmin verrattuna niihin äiteihin, joilla ei masennusoireita ole (Fowles 1998). Masentuneen äidin ja hänen vauvansa välinen vuorovaikutus kärsii, ja masentuneiden äitien on todettu olevan vähemmän sensitiivisiä vauvojensa viesteille kuin niiden äitien, joilla masennusoireita ei esiintynyt. Lisäksi masentuneiden äitien vauvojen vuorovaikutus ympäristön kanssa ei ollut yhtä positiivista kuin sellaisten vauvojen, joiden äiti ei kärsi masennusoireista.

(Tamminen 1990, Beck 1995a, Cooper ym. 1999, Luoma ja Tamminen 2002, Hiltunen 2003, Stanley ym. 2004.) Vauvan univaikeudet saattavat lisääntyä äidin kärsiessä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta (Armstrong ym. 1998b). Synnytyksen jälkeinen masennus altistaa turvattomalle kiintymyssuhteelle ja vaikeuttaa siten lapsen psyykkistä kehitystä (Luoma ym. 2001, Luoma ja Tamminen 2002, Manninen 2008, Heikkinen ja Luutonen 2009). Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien vanhempien lapsilla on myöhemmin todettu enemmän käytöshäiriöitä ja oppimisvaikeuksia kuin sellaisten äitien lapsilla, jotka eivät ole olleet masentuneita synnytyksen jälkeen (Beck 1998b, Cicchetti ym. 1998, Sinclair ja Murray 1998, Luoma ym. 2001, Luoma ja Tamminen 2002).

Psyykkisten oireiden ja ongelmien ilmaantuminen aikana, jolloin ihmiset olettavat ja odottavat olevansa onnellisia, aiheuttaa perheelle ja parisuhteelle ongelmia. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus ei ole vain hänen henkilökohtainen kärsimyksensä, vaan sillä on vaikutusta koko perheen selviytymiseen ja parisuhteen kestämiseen vauva-ajan yli. (Heikkinen ja Luutonen 2009.)

Äidin synnytyksen jälkeistä masennusta on tutkittu melko vähän perheen kannalta. Masentuneet ihmiset ovat puolisoidensa kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa negatiivisempia kuin muiden ihmisten kanssa (George 1996). Meighanin ym. (1999) tutkimuksen mukaan synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien puoliset ovat hämmentyneitä ja peloissaan ja kokevat, että eivät pysty auttamaan puolisoaan. Kykenemättömyys ratkaista puolison ongelmaa herättää isissä turhautumista ja vihaa. Vaikka masennus myöhemmin väistyykin, se jättää puolisoille epävarmuuden tunteen suhteessa tulevaisuuteen. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen on todettu olevan yhteydessä myös puolison masentumiseen (Soliday ym. 1999, Webster 2002, Hiltunen 2003, Gao ym. 2004, Schumacher ym. 2008), jopa itsemurhiin (George 1996).

### 2.3.5 Synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisy ja hoito

Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen taustalla olevat tekijät ovat yksilöllisiä, ja siksi synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisy täysin ei ole mahdollista. Tärkeää on pystyä vastaamaan naisten ja heidän puolisoitensa yksilöllisiin tarpeisiin ja tukea heitä perheenä mahdollisimman paljon niin lapsen hoidossa kuin perhe-elämässään sekä tarjota mahdollisuuksia keskusteluun. (Paavilainen 2003, Viljamaa 2003, Mesiäislehto-Soukka 2005, Heikkinen ja Luutonen 2009.)

Äitiysneuvoissa työskentelevät kättilöt ja terveydenhoitajat ovat avainasemassa antamassa tuleville vanhemmille riittävästi ja riittävän hyvää tietoa lapsen syntymän jälkeisestä ajasta, mielialamuutoksista ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Perheiden auttaminen rakentamaan hyviä sosiaalisia tukiverkkoja jo ennen lapsen syntymää saattaa ehkäistä äitien masentumista synnytyksen jälkeen (Sealy ym. 2009). Äitiysneuvoissa isät saattavat kokea jäävänsä ulkopuolelle ja saavansa liian vähän tietoa puolisonsa raskausaikana niistä psykologisista muutoksista, joita lapsen syntyminen perheeseen aiheuttaa (Gao ym. 2009), vaikka suomalaisista miehistä yli 80 % osallistuu perhevalmennukseen ennen lapsen syntymää (Kaila-Behm 1997). Perhevalmennukseen kaivattaisiin myös enemmän mahdollisuuksia keskustella toisten, samassa tilanteessa olevien perheiden kanssa (Vehviläinen-Julkunen 1995a).

Äidin synnytyksen jälkeinen masennus olisi tunnistettava ja hoito aloitettava mahdollisimman varhain. Ongelmia tuottaa kuitenkin masentuneiden äitien tunnistaminen. (Beck 1998c, Hertzberg 2000, Davies ym. 2003, Dossett 2008.) Myös äidit eivät usein itsekään tunnista masennustaan. Whittonin ym. (1996) tutkimuksessa kävi ilmi, että masentuneista äideistä yli 90 % huomasi, että jotain on vialla, mutta vain kolmannes uskoi, että kysymyksessä voisi olla synnytyksen jälkeinen masennus. Näistä äideistä yli 80 % oli sellaisia, jotka eivät olleet puhuneet oireistaan yhdellekään terveydenhuollon ammattilaiselle. Hyviä tuloksia on saatu esim. EPDS-lomakkeen tai muun vastaavan työkalun käytöstä neuvoissa masennuksen löytämiseksi ja tunnistamiseksi (Davies ym. 2003, Chaudron ym. 2004, Dennis 2004, Hanna ym. 2004, Peindl ym. 2004). Äitien synnytyksen jälkeistä masennusta olisi pidettävä esillä huomattavasti nykyistä enemmän niin mediassa kuin terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksessakin (Straub ym. 1998).

Toistaiseksi on edelleen epäselvää, mikä olisi tehokkain hoitopaikka tai –muoto synnytyksen jälkeisessä masennuksessa (Boath ym. 1999). Masentuneet äidit tarvitsevat ennen kaikkea kuuntelijaa ja mahdollisuutta keskustella tilanteestaan puolisonsa lisäksi joko terveydenhuoltoalan ammattilaisen kanssa tai vertaisryhmässä (Lavender ja Walkinshaw 1998, Bewley 1999, Lau ja Wong 2008, Heikkinen ja Luutonen 2009). Terveystenhoitajien olisi suunnattava nykyistä enemmän kiinnostusta äitien mielialaan ja äitien olisi saatava mahdollisuus vastaanotolla keskustella kokemuksistaan äitiydestä, vauvasta ja perhe-elämästä. Terveystenhoitajien aika kuluu kuitenkin pääasiassa lapsen rutiinitutkimukseen. (Gunn ym. 1998.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitomuotona on käytetty muun muassa psykoterapiaa, sähköhoitoa (ECT) sekä antidepressiivistä lääkehoitoa (Karlsson 2002, Heikkinen ja Luutonen 2009). Vertaisryhmistä on saatu positiivisia tuloksia synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisyssä ja hoidossa, mutta vertaisryhmien kokoontumisten on kuitenkin jatkuttava pitkään, useita kuukausia synnytyksen jälkeen (Rice ja Slater 1997, Milgrom ym. 1998, Ahonen 2001, Paavilainen 2003, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Positiivisia tuloksia on tuonut terveydenhoitajien kotikäyntien lisääminen ajankohtaan, jolloin vauva on kuuden viikon ikäinen (Armstrong ym. 1999). Myös synnytyksen läpikäyminen terveydenhoitajan kanssa on vähentänyt synnyttäneiden äitien ahdistusta (Lavender ja Walkinshaw 1998). Äidit odottavat aikaisempien tutkimusten mukaan terveydenhoitajilta kiinnostusta ja kykyä kuunnella ja ymmärtää äidin kokemuksia sekä hoidolta jatkuvuutta (Beck 1995b, Viljanen 1999, Hakulinen-Viitanen ym. 2007). Kun raskauden aika ymmärretään moniulotteisena ja –vaiheisena muutoksena naisen ja koko perheen elämässä, perheiden kanssa työskentely saa syvyyttä ja ymmärrystä (Vehviläinen-Julkunen 1999). Synnytyksen jälkeen uusi perhe on uudessa elämäntilanteessa, jossa se tarvitsee paljon tukea sopeutuakseen muutokseen.

## 2.4 Perheen ja lastenneuvolan yhteistyö äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä

Suomessa lähes kaikki lasta odottavat ja pikkulapsiperheet käyvät äitiys- ja lastenneuvolassa säännöllisesti. Suomalaiset neuvolapalvelut ovat asiakkaille ilmaisia ja kaikkien kansalaisten saavutettavissa. Neuvolan toiminnan fokuksena on äitiys- ja lastenneuvolatyö ja Suomessa perheillä onkin mahdollisuus tiiviiseen yhteistyöhön neuvolan terveydenhoitajien kanssa raskauden alusta siihen asti, kun lapsi aloittaa koulunkäynnin. Perheet tapaavat raskauden aikana terveydenhoitajan noin kerran kuukaudessa, lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana 8 - 10 kertaa ja sen jälkeen noin kerran vuodessa. Useampiin käynteihin on tarvittaessa mahdollisuus. Perheet ovat kokeneet neuvolakäynnit pääasiallisesti positiivisina (Vehviläinen-Julkunen 2002, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Terveydenhoitajat lastenneuvolassa voivat osaltaan ehkäistä ja tunnistaa äitien masentumista synnytyksen jälkeen (Strass ja Billay 2008). Asiakaslähtöisessä hoitotyössä suhteen perusta on yksilöllisyys. Puolison tuleminen mukaan neuvolakäynneille olisi toivottavaa, jotta asiakkaana olisi koko perhe. (Viljamaa 2003.) Perheen ja terveydenhoitajan väliselle suhteelle on tärkeää, että vuorovaikutus on luottamuksellista, rehellistä ja tasa-arvoista. Jokaisessa hoitosuhteessa ei ole välttämätöntä olla vuorovaikutuksessa jokaisen perheenjäsenen kanssa, vaan perheiden yksilöllisyyttä on kunnioitettava. Kaikki perheet eivät ole halukkaita kartoittamaan arkielämäänsä terveydenhoitajien kanssa vaan haluavat pitää perheensä yksityisasianaan (Viljanen 1999, Yarwood 2008), jolloin heidän toivomustaan on kunnioitettava.

Suomessa muun muassa Vehviläinen-Julkunen (1990, 1995b), Pelkonen (1994) ja Tarkka ym. (2001) ovat tutkineet lapsiperheiden neuvolasta saamaa tukea. Näiden tutkimusten mukaan neuvolat kiinnittävät pääasiassa huomiota lapsen kasvun ja kehityksen seurantaan sekä terveyskasvatukseen. Terveydenhoitajat keskustelivat perheiden kanssa, mutta kaikki perheet eivät kokeneet saaneensa riittävästi tukea. Tarkan ym. (2001) tutkimuksen mukaan lastenneuvolan terveydenhoitajien antamalla sosiaalisella tuella on merkittävä vaikutus äitiyden kehittymiseen. Äitien odotukset neuvolasta saamastaan tuesta kohdistuvat yhtä lailla tuen sisältöön kuin

myös tapaan, jolla tukea annetaan. Neuvoloiden odotetaan jakavan tietoa lapsen hoidosta, imetyksestä ja synnytyksestä, mutta myös perhettä ja vanhemmuutta koskevista asioista. Vanhemmat odottavat palvelun olevan yksilöllistä, perhekeskeistä, kannustavaa, luottamuksellista ja kiireetöntä. (Rimpelä 2002, Yarwood 2008.) Allenin (1999) tutkimuksen mukaan on tärkeää, että terveydenhuoltohenkilöstö varmistaa asiakkaiden psykologisen hyvinvoinnin tarjoamalla perheille mahdollisuuden puhua kokemuksistaan vastaanotolla.

Neurolan toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi on määritelty perhekeskeinen ja asiakaslähtöinen toiminta, yhteisöllinen terveyden edistäminen sekä neuvolatyön laatu ja vaikuttavuus. Neuvolat pyrkivät työskentelemään perhekeskeisesti ja on toivottavaa, että myös isät osallistuvat neuvolakäynteihin niin raskauden aikana kuin synnytyksen jälkeenkin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Tutkimusten mukaan (mm. Kaila-Behm 1997, Hallgren ym. 1999, Hirvonen 2000) isät pitävät itse omaa osallistumistaan neuvolakäynteihin tarpeellisena ja hyödyllisenä, mutta kokevat, että jäävät neuvolassa ulkopuolisiksi, koska huomio keskittyy pääasiassa äitiin ja lapseen. Rimpelä (2007) ehdottaakin, että myös isät kirjattaisiin neurolan asiakkaiksi jo ensimmäisellä neuvolakäynnillä äitiysneuvolassa. Samalla olisi tarpeen tehdä hyvinvointiarviointi, jossa perheen elinolot, parisuhde, vanhemmuus ja läheistuen tarve kartoitettaisiin.

Äidit ovat kokeneet positiivisiksi neuvoloiden järjestämät vertaisryhmät. Vertaisryhmien kautta perheen sosiaalinen verkosto laajenee ja perheellä on mahdollisuus vertaistukeen. Samassa tilanteessa olevien perheiden kokemusten kuuleminen ja jakaminen on tärkeää äidin ja sitä kautta koko perheen jaksamisen kannalta. (Järvinen ym. 2000, Ahonen 2001, Paavilainen 2003, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Proctorin (1998) ja Tarkan ym. (2001) tutkimuksissa neuvolapalvelujen laadusta ilmeni, että äidit kaipaavat jatkuvuutta neuvolapalveluissa. Terveydenhoitajan vaihtumista raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisenä aikana ei pidetty toivottavana. Kun terveydenhoitajat näkivät tarpeelliseksi tietojen antamisen, äidit pitivät tärkeämpänä, että terveydenhoitaja olisi tavoitettavissa silloin, kun he tarvitsevat neuvoa. Äidit pitivät myös tärkeänä sitä, että he voivat luottaa terveydenhoitajaan ja että he saavat synnytyksen jälkeen ohjausta vanhemmuudessa, ei ainoastaan imetyksessä. Palvelujen tulisi olla asiakaslähtöisiä, ja äidit toivoivat puolisoitensa ottamista mukaan äitiyshuollon alueelle entistä paremmin.

Terveydenhoitajan olisi myös lapsen vauva-aikana pyrittävä suuntaamaan huomiotaan enemmän vauvasta äidin hyvinvointiin. Vanhemmat toivovat myös, että lastenneuvolan terveydenhoitajat antaisivat heille palautetta vanhemmuudesta sekä tukea selviytymiseen perheenä, yhteisen ajan löytämiseen ja perheen tunneilmastoon (Pelkonen ym. 2000).

Lapsiperheiden ja lasten hyvinvoinnin tutkimus on edennyt nopeasti ja neuvoloissa on kiinnitetty entistä enemmän huomiota varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen (Rimpelä 2007). Vanhemmuuden tukemisen tarkoituksena on auttaa perhettä löytämään itsensä perheenä: omat tapansa toimia (Häggman-Laitila 2001, Häggman-Laitila 2002, Välimäki 2002). Tasavertaisuuden kokeminen terveydenhoitajan kanssa on perheelle tärkeää, jotta vanhemmat voivat toimia omana itsenään yhteistyösuhteessa (Lehto 2004).

## 2.5 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Tässä tutkimuksessa perhe on määritelty biopsykososiaaliseksi ryhmäksi ihmisiä, jotka ovat sitoutuneet toisiinsa ja asuvat yhdessä (Lasky ym. 1985, White ym. 1999). Perheen toimivuus määritellään Barnhillin terveen perheen toimintamallin identiteettiprosessien, muutoskyvyn, informaation prosessoinnin ja roolirakenteiden kautta (Barnhill 1979). Perheen toimivuus muuttuu, kun perheeseen syntyy vauva. Vauvan syntymä on koko perheelle muutoksen aikaa ja vaatii perhesysteemiltä sopeutumista uuteen tilanteeseen. Muutos perhesysteemissä vaikuttaa aina koko perheeseen joko voimistaen tai heikentäen perhesysteemiä. Äidin mieliala on lähes aina synnytyksen jälkeen herkistynyt, mikä auttaa häntä myös samastumaan vauvaansa, ymmärtämään vauvan sanattomia viestejä ja kokemaan empatiaa.

Synnytyksen jälkeiset mielialamuutokset jaetaan synnytyksen jälkeiseen alakuloisuuteen (baby blues), jota ilmenee useimmilla äideillä muutama päivä synnytyksen jälkeen ja menee ohi muutamassa päivässä; synnytyksen jälkeiseen masennukseen sekä synnytyksen jälkeiseen psykoosiin, joka on vakavin synnytyksen jälkeisistä mielialamuutoksista. Synnytyksen jälkeinen psykoosi alkaa useimmiten muutaman päivän tai viikon sisällä synnytyksestä ja oireet kehittyvät nopeasti.



Kliinisesti merkittävään synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuu 10–15 % äideistä. Synnytyksen jälkeisen masennuksen syyt ovat epäselvät ja sen tunnistaminen on vaikeaa. Myös isillä on raportoitu esiintyvän synnytyksen jälkeistä masennusta.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet ilmenevät yksinäisyyden, avuttomuuden ja toivottomuuden tunteina, itkuherkkyytenä ja eristäytymisenä. Äidin ruokahalu saattaa huonontua ja hän saattaa kokea syyllisyyden tunteita etenkin suhteessa lapseensa. Vuorovaikutus vauvan kanssa kärsii ja masentuneet äidit imettävät vauvojaan lyhyemmän ajan kuin ne äidit, joilla ei synnytyksen jälkeisiä masennusoireita ole. Äidin synnytyksen jälkeisellä masennuksella on lisäksi vaikutusta koko perheen toimivuuteen ja hyvinvointiin sekä lapsen myöhempään kehitykseen.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen ennaltaehkäisyssä lapsen isällä on merkittävä rooli. Lapsen isältä saatu sosiaalinen tuki auttaa äitiä uudessa roolissaan. Vanhempien hyväksi koettu keskinäinen suhde vaikuttaa positiivisesti siihen, kuinka vanhemmat kokevat uuden perhetilanteen. Ystävien ja sukulaisten tarjoamalla sosiaalisella tuella on merkitystä perheen jaksamiselle. Äitiys- ja lastenneuvoloissa toimivat terveydenhoitajat ovat lisäksi tärkeässä asemassa äitien masennuksen ehkäisemisessä, tunnistamisessa ja hoitamisessa. Uudet vanhemmat tarvitsevat tietoa, ohjausta sekä tukea.

### 3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitkä sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen sekä minkälainen yhteys äidin synnytyksen jälkeisellä masennuksella on perheen toimivuuteen, sekä kuvata perheiden kokemuksia äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Näiden synnytyksen jälkeistä masennusta kuvaavien taustatutkimusten lisäksi pyritään luomaan substantiivinen teoria perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan vuorovaikutussuhteesta äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää perhehoitotyötä.

Tutkimusongelmat:

1. Mitkä sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen? (Artikkeli I)
2. Minkälainen yhteys äidin synnytyksen jälkeisellä masennuksella on perheen toimivuuteen (Artikkeli II)
3. Mitkä ovat perheen kokemukset äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta? (Artikkeli III)
4. Minkälaisena perheet kokevat vuorovaikutussuhteensa lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä (Artikkeli IV)
5. Minkälaisena lastenneuvoloitten terveydenhoitajat kokevat vuorovaikutussuhteensa perheiden kanssa äitien synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä (Artikkeli V)

Tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä luomaan synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivän äidin perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan välistä vuorovaikutusta kuvaava substantiivinen teoria.

# 4. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA METODIT

## 4.1 Metodologinen perusta

Tutkimus on luonteeltaan sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen eli tutkimuksen tiedonkeruumenetelminä käytettiin sekä määrällisiä (kyselylomakkeet) että laadullisia (haastattelut) menetelmiä (metodologinen, jaksottainen triangulaatio).

Metodisesta näkökulmasta tarkasteltuna laatu ja määrä nähdään eroina tehdyissä havainnoissa, tutkimusaineistojen keruun toteutuksessa, otoksen suunnittelussa ja raportoinnin kielessä. Tutkimuksen kohteena olevan asian luonne saattaa edellyttää monenlaisten tutkimusmetodien käyttöä. Tarkoituksena on lisätä ymmärrystä ilmiötä kohtaan etsimällä siitä erilaista informaatiota joko samanaikaisesti tai jaksotellen. (Foss 2002, Halcomb 2006, Briller ym. 2008, Esposito ym. 2009.)

Tutkimuksen taustan muodostavat kyselytutkimus (n = 373), jossa kartoitettiin äitien mielialaa, perheen toimivuutta ja mahdolliseen masennukseen yhteydessä olevia sosiodemografisia tekijöitä sekä haastattelututkimus (n = 9) perheen kokemuksista äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Vuorovaikutussuhdetta kuvaavan substantiivisen teorian perustana ovat perheiden (n = 9) ja lastenneuvolan terveydenhoitajien (n = 14) haastattelututkimukset.

Ensimmäisessä vaiheessa aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja seurantatutkimus tehtiin haastatteleamalla perheitä. Kyselytutkimusten tarkoituksena oli kartoittaa ilmiön laajuutta synnyttäneiden äitien keskuudessa, masennuksen taustalla olevia tekijöitä sekä masennuksen vaikutusta perheen toimivuuteen. Näistä kyselytutkimuksista saatu tieto toimii taustana, jota syvennettiin ja laajennettiin haastatteluista saadun tiedon perusteella. Hoitotyö on kokonaisvaltaista toimintaa, jonka kuvaamiseen tarvitaan sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia menetelmiä. Kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset menetelmät vastaavat erilaisiin kysymyksiin mutta

kuvaavat saman asian eri puolia ja ovat välttämättömiä hoitotodellisuuden tutkimisessa. (Begley 1996, Leino-Kilpi 1997, Foss 2002, Halcomb 2006, Briller ym. 2008, Esposito ym. 2009.)

Grounded-teoria on symboliseen interaktionismiin pohjautuva kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, jonka avulla luodaan teoriaa perusilmiöistä, jotka ovat yhteisiä sosiaalisessa elämässä (sosiaalinen perusprosessi). Symbolisen interaktionismin mukaan ihmiset ovat aktiivisia toimijoita, jotka toimivat erilaisissa tilanteissa niiden merkitysten pohjalta, jotka määräytyvät keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (Benzies ja Allen 2001, Metsämuuronen 2003, Holloway ja Todres 2006, Starks 2007.) Grounded-teoria sopii uudessa tilanteessa tapahtuvan toiminnan tutkimiseen ja soveltuu erityisesti sellaisille tutkimusalueille, joista on vähän olemassa olevaa teoriaa, tai kun ilmiöön etsitään uutta näkökulmaa tai kun halutaan saada tutkittavien oma näkökulma esiin (mm. Siitonen 1999, Corbin ja Strauss 2008). Grounded-teorian tavoitteena on muodostaa käytännön teoria, joka on joko substantiivinen tai formaalinen ja jonka avulla voidaan ymmärtää sosiaalisia ja psykologisia ilmiöitä ja empiiristä maailmaa (Chenitz ja Swanson 1986, Charmaz 2000). Perimmäisenä tarkoituksena grounded-teorialla on kuvata reaalimaailman ilmiöitä ja löytää vastaus kysymykseen ”mikä on sosiaalinen perusprosessi kiinnostuksen kohteena olevassa ilmiössä?”; grounded-teoria kysyy ”mitä on?” eikä ”mitä pitäisi olla?” (Glaser ja Strauss 1967a, Glaser ja Strauss 1967b, Glaser 1992, Glaser 1999, Bowen 2006, Nathaniel ja Andrews 2007, Roberts 2008), eli tavoitteena on muodostaa aineistolähtöinen teoria, joka selittää tutkimuksen kohteena olevan ilmiön (Dey 2004, Jeon 2004).

Substantiivisella teorialla tarkoitetaan sitä, että teoria kohdistuu johonkin erityiseen alueeseen. Se on rikas, merkityksellinen ja tarpeellinen. Substantiivinen teoria syntyy ihmisen yksilöllisistä kokemuksista kiinnostuksen kohteena olevasta ilmiöstä ja kuvaa ja selittää tiettyä ilmiötä. Substantiivinen teoria on tilannesidonnainen; se kuvaa tietyssä, rajatussa toimintaympäristössä tapahtuvaa ilmiötä. Formaalinen teoria on substantiivista teoriaa abstraktimpi, ja sen tavoitteena on tarjota aineistoon perustuva, merkityksen laaja taso, joka mahdollistaa yksilöiden kokemusten yhdistämisen yleiseksi ilmiöksi eri ympäristöissä ja väestöissä. Substantiivinen teoria on kontekstisidonnainen, kun taas formaalinen teoria on yleistettävämpää. (Morse 1994, Kearney 1998, McCann ja Clark 2003, Lauri ja Kyngäs 2005.)

Grounded-teoria on jatkuvan vertailevan analyysin metodi, jossa aineiston keruu ja teorian muodostaminen nähdään kahtena saman prosessin osana (Glaser ja Strauss 1967a, Glaser ja Strauss 1967b, Glaser 1978, Coyne ja Cowley 2006, Roberts 2008).

Tämän tutkimuksen lähestymistavaksi on valittu grounded-teorian straussilainen lähestymistapa. Glaserilainen lähestymistapa korostaa induktiivisuutta straussilaista lähestymistapaa enemmän, jolloin tutkijan olisi lähestyttävä tutkittavaa ilmiötä ”puhtaalta pöydältä”, ilman ennakkokäsityksiä. Etukäteen aiheeseen perehtyminen ja aikaisempiin teorioihin perehtyminen vaarantavat glaserilaisen näkemyksen mukaan teorian luotettavuuden. (Glaser 1992, Strauss 1987, Glaser 2001, Corbin ja Strauss 2008.) Straussilainen lähestymistapa puolestaan korostaa sitä, että liian jyrkkä induktiivisuus saattaa johtaa steriileihin, jopa tylsiin tutkimuksiin (Strauss ja Corbin 1994). Heidän mukaansa aineiston analyysissä ja teorian muodostuksessa on mahdollista käyttää tukena jo olemassa olevia teorioita ja tutkijan on mahdollista tuoda mukaan tutkimukseen oma kokemuksensa ja aiheeseen perehtyneisyytensä (Corbin ja Strauss 2008).

Äidin synnytyksen jälkeistä masennusta koskeva tutkimus alkoi kvantitatiivisena tutkimuksena perheiden toimivuudesta sekä masennukseen yhteydessä olevista tekijöistä äidin kärsiessä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Tutkija perehtyi äitien synnytyksen jälkeistä masennusta koskevaan kirjallisuuteen laajasti, joten tutkittava ilmiö tuli tutuksi. Haastatteluaiheet nousivat aikaisempien tutkimusten pohjalta. Samoin tutkija on perehtynyt aikuispotilaan perheenjäsenen ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen (Åstedt-Kurki ym. 2001a ja Åstedt-Kurki ym. 2001b), joten Glaserin (1992) vaatimaa tiukkaa induktiivisuuden vaatimusta ei ole enää mahdollista noudattaa tarkasteltaessa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien perheiden kokemuksia äidin masennuksesta sekä perheiden ja neuvolan terveydenhoitajan välistä vuorovaikutusta. Myös tutkimusongelmat on määritelty etukäteen ja vaikka ne tutkimuksen alkaessa olivatkin vielä joustavia ja väljästi määriteltyjä ja tarkentuivat tutkimuksen kuluessa, ne eivät täytä glaserilaisuuden vaatimusta siitä, että tutkimusongelmat nousevat aineistosta.

Straussilaisen grounded-teorian tarkoituksena on kehittää teoria, joka kehittyy tutkimuksen aikana systemaattisen aineiston keruun ja jatkuvan vertailevan analyysin kautta. Induktiivis-deduktiivinen grounded-teoria sopii sellaiselle

tutkimusalueelle, josta ei ole tarpeeksi tietoa tai johon halutaan tuoda uutta näkökulmaa. (Corbin ja Strauss 2008.) Äitien synnytyksen jälkeistä masennusta on tutkittu melko runsaasti (mm. Cox 1987, Cox ym 1993, Beck 1995a, Borrill 1998, Glasser ym. 1998, Epperson 1999, Seguin ym. 1999, Hertzberg 2000, Hiltunen 2003), mutta tutkimukset ovat keskittyneet pääasiassa masennuksen oireisiin, diagnostiikkaan ja seurauksiin lähinnä äidin ja vauvan näkökulmasta. Perheiden kannalta äitien synnytyksen jälkeistä masennusta ei ole tutkittu ja tutkimus vuorovaikutuksesta terveydenhuoltohenkilöstön ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien perheiden välillä on vähäistä.

Induktiivis-deduktiivisessa grounded-teoria-lähestymistavassa teoria perustuu systemaattisesti kerättyyn ja analysoituun aineistoon, jossa analyysiprosessissa kehitetään käsitteitä systemaattisen koodausmenettelyn kautta. Straussilainen näkemys korostaa avoimen, aksiaalisen ja selektiivisen koodauksen käyttöä. Tutkimusongelmat on mahdollista määritellä etukäteen. Aineiston keruuta ei ole mahdollista suunnitella, vaan aineisto itse ohjaa tulevaa aineistonkeruuta. Pääasiallinen kiinnostuksen kohde straussilaisessa lähestymistavassa on aineiston kerääminen siitä, mitä ihmiset tekevät tai jättävät tekemättä suhteessa toimintaansa ja vuorovaikutukseensa, kuinka olosuhteet muuttuvat ja mitä seurauksia toiminnasta on. (Corbin ja Strauss 2004.)

## 4.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kohderyhmänä olivat lokakuun 1998 ja helmikuun 1999 välisenä aikana synnyttäneet perheet. Kriteerit tutkimukseen valikoitumiselle olivat seuraavat:

- 1) Perhe oli synnyttänyt lapsen TAYS:ssa kyseisenä aikana.
- 2) Lapsi oli saanut vähintään 7 Apgar-pistettä.
- 3) Perheessä oli vähintään kaksi aikuista perheenjäsentä.

Tutkimus toteutettiin terveiden vastasyntyneiden perheissä, koska lapsen sairaus väistämättä vaikuttaa äidin mielialaan. Kahden aikuisen perheenjäsenen vaatimus

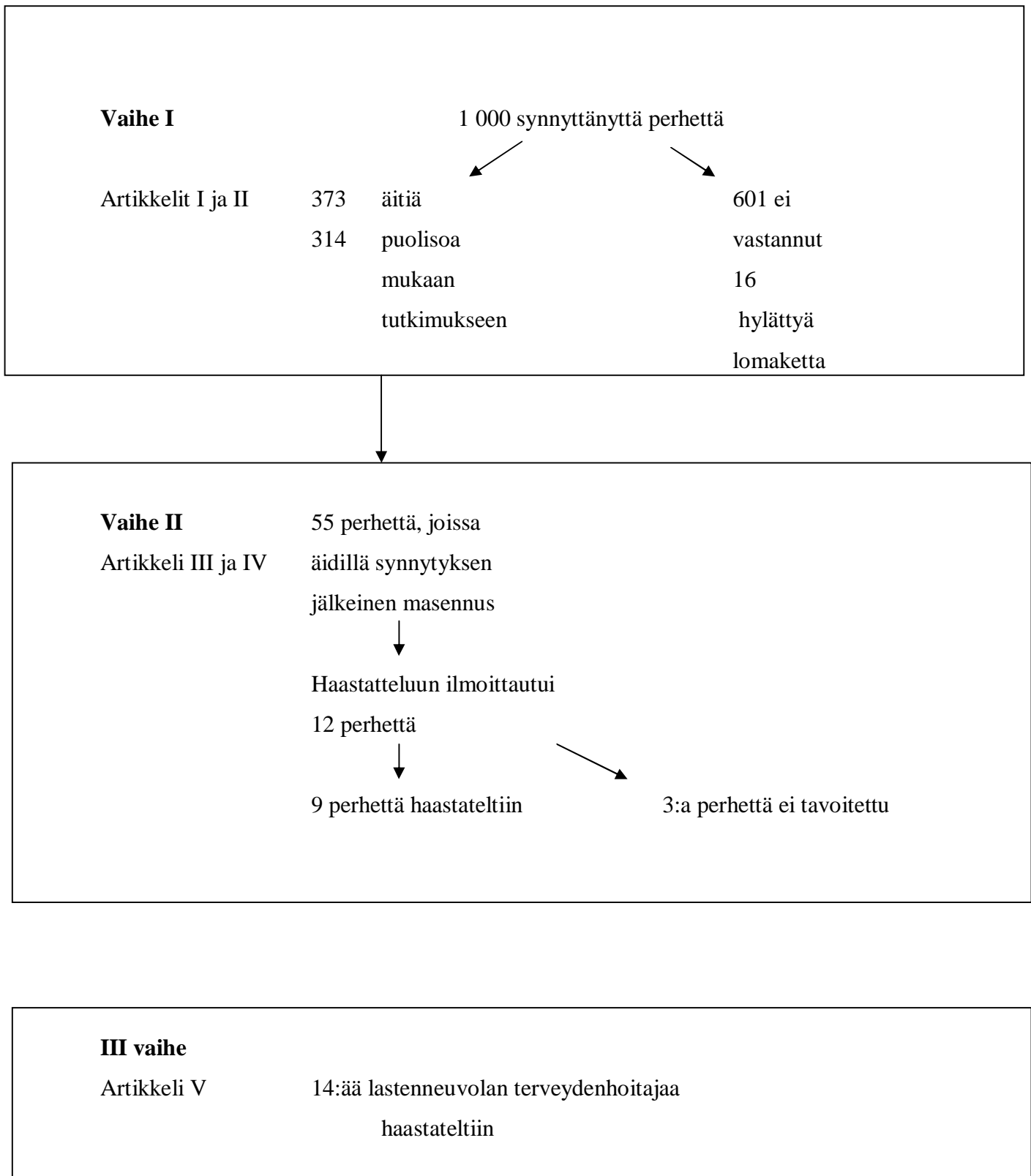
perustuu toisen tutkimuksessa käytetyn mittarin (FDM II) vaatimukseen kahdesta aikuisesta perheenjäsenestä. Kyselylomakkeita lähetettiin 1 000 kappaletta. Niitä palautui 389 (39 %), joista 16 jouduttiin hylkäämään joko puutteellisesti täytettyjen lomakkeiden vuoksi tai koska vastaaja oli yksinhuoltaja. Lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 37.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joissa oli suljettuja kysymyksiä. Äidit ja heidän puolisonsa täyttivät molemmat Family Dynamics Measure II -mittarin (FDM II) ja Perhedynamiikkakyselyn (liite 1). Äidit täyttivät lisäksi Edinburgh Postnatal Depression Scalen (EPDS) ja taustatietoja kartoittavan kyselyn (liite 2). Tutkimuksessa käytetyn EPDS -mittarin katkaisupisteen perusteella 13 pistettä ja enemmän kyselylomakkeessa saaneet äidit luokiteltiin masentuneiksi (Cox ym. 1987). Saatekirjeessä (liite 3) kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tutkijoiden yhteystiedot.

Kyselyyn vastanneille masentuneiden äitien perheille (n = 55) esitettiin vuoden kuluttua ensimmäisestä kyselystä kirjallinen pyyntö osallistua haastattelututkimukseen. Halukkuutensa haastatteluun ilmaisi 12 perhettä. Kolmea perhettä ei kuitenkaan myöhemmin tavoitettu, joten haastatteluun osallistui yhdeksän perhettä (9 äitiä, 5 isää ja 1 lapsi) Vapaaehtoisia perheitä haastateltiin väljästi teemoitetulla avoimella haastattelulla (Anderson ja Anderson 1999, Chiovitti ja Piran 2003). Haastattelun aiheet on esitetty liitteessä 4. Haastattelut suoritettiin kesäkuun ja syyskuun välisenä aikana vuonna 2000.

Toisen aineiston kohderyhmän muodostivat lastenneuvoloiden terveydenhoitajat, jotka ilmoittivat halukkuutensa tutkimukseen osallistumiseen (n = 14). Lastenneuvolan terveydenhoitajia haastateltiin väljästi teemoitetulla avoimella haastattelulla. Haastatteluaiheet on esitetty liitteessä 5. Terveydenhoitajien haastattelut suoritettiin keväällä 2001. Terveydenhoitajat valittiin tutkimukseen vapaaehtoisuuteen perustuen. Terveydenhoitajien osastonhoitaja informoi heitä tutkimuksesta ja tiedusteli halukkuutta osallistua. Tämän jälkeen osastonhoitaja ilmoitti tutkijalle vapaaehtoisten terveydenhoitajien nimet ja yhteystiedot ja kaikki, jotka ilmoittautuivat halukkaiksi osallistumaan tutkimukseen, haastateltiin (kuvio 3., s. 49).





Kuvio 3. Tutkimuksen tiedonkeruu

### 4.3 Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Family Dynamics Measure II, FDM II, (liite 1) perustuu Barnhillin (1979) terveen perheen toimintamalliin. Mittarin on kehittänyt amerikkalainen tutkimusryhmä (Lasky ym. 1985), jolla tausta-ajatuksena mittaria kehittäessään oli näkemys ihmisestä reagoivana olentona, jolloin ihmisen reagoiessa myös hänen koko perheensä reagoi. Ulkoiset tekijät vaikuttavat ihmiseen yksilönä ja myös hänen perheeseensä. Mittarin englanninkielinen versio on suomennettu kolmessa vaiheessa asiantuntijoiden avustuksella (ks. esim. Paavilainen 1998).

Alkuperäinen FDM muodostui 62-kohtaisesta Likert-asteikollisesta väittämästä (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä), jossa 1 tarkoitti parasta mahdollista ja 6 huonointa mahdollista perheen toimintaa. Korjatussa versiossa vuodelta 1995 väittämien määrä on noussut 66:een ja Likert-asteikko on muutettu niin, että parasta mahdollista toimintaa kuvaa numero 6 ja huonointa mahdollista numero 1. Lisäksi kysymysten kieliasua on parannettu. (Sawin ja Harrigan 1995, Paavilainen 1998.) Samaa ulottuvuutta mittaa 9-13 väittämää siten, että osa väittämistä kuvaa negatiivisia, osa positiivisia ulottuvuuksia. Väittämät ovat sattumanvaraisessa järjestyksessä. Kyselylomake mittaa kuutta Barnhillin (1979) terveen perheen toimintamallin ulottuvuutta. Terveen perheen toimintamallin ulottuvuudet selkeä-epäselvä havainnointi ja selkeät-epäselvät sukupolvien väliset rajat työryhmä jätti pois mittarista, koska väittämien laatiminen mittaamaan näitä ulottuvuuksia nähtiin liian vaikeaksi. (Lasky ym. 1985, White ym. 1999.)

FDM-mittaria on käytetty runsaasti kansainvälisissä ja suomalaisissa tutkimuksissa. Mittarin ensimmäistä versiota käyttivät muun muassa Tomlinson ym. 1990, Tómasdóttir ym. 1991, Wilson ym. 1994 ja Hakulinen 1998. FDM II-mittaria ovat Suomessa käyttäneet muun muassa Paavilainen (1998) tutkimuksessaan lasten kaltoinkohtelusta perheessä ja Joronen (2005) tutkimuksessaan nuorten koetusta hyvinvoinnista.

Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, (liite 2) on itse täytettävä, nimenomaan synnytyksen jälkeistä masennusta mittaamaan kehitetty lomake (Cox 1987, Cox ym. 1993). EPDS on validoitu useassa maassa ja se on osoittautunut sekä sensitiiviseksi (mittarin kyky löytää oikeat positiiviset tulokset) että spesifiseksi (mittarin kyky löytää oikeat negatiiviset tulokset) (mm. Kangasmäki-Nummenmaa

1989, Tamminen 1990, Areias ym. 1996, Wickberg ja Hwang 1996, Carpaniello ym. 1997, Bagedahl-Strinlund ja Monsen Börjesson 1998, Glasser ym. 1998, Lawrie ym. 1998, Lee ym. 1998, Benvenuti ym. 1999, Clifford ym. 1999, Hanley 2006, Gibson ym. 2009, Leonardou ym. 2009). Mittarissa on kymmenen kysymystä, ja sen täyttäminen vie aikaa noin viisi minuuttia. Kysymykset kartoittavat masennuksen erilaisia ilmenemismuotoja, kuten unettomuutta, mielialaa, itkuisuutta ja itsetuhoajatuksia. Kysymyksissä on neljä väittämää, ja pisteitä niistä saa vaikeutuvan masennusoireen mukaan 0–3. Yhteispistemäärä voi näin ollen vaihdella 0–30 pisteen välillä. Katkaisupisteenä on yleisimmin käytetty pistemäärää 12 tai 13 (Tamminen 1990, Cox ym. 1993, Ylilehto 2005, Kaminsky ym. 2008). Tässä tutkimuksessa katkaisupisteeksi valittiin 13, koska se on osoittautunut sensitiivisimmäksi (mm. Tamminen 1990, Gibson ym. 2009).

Äideille suunnatussa taustatietokyselyssä (liite 2) kartoitettiin synnytysten lukumäärää, viimeisen synnytyksen ajankohtaa, imetystä, synnytystapaa, äitiyslomaa edeltävää aikaa (työelämä/opiskelu/koti), äidin kokemusta itselleen lähimmästä henkilöstä sekä tyytyväisyyttä perhe-elämäänsä. Nämä tekijät ovat aikaisemmissa tutkimuksissa esiintyneet yhteydessä äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen.

## 4.4 Aineiston analyysi

### 4.4.1 Tilastollinen analyysi (artikkelit I ja II)

Tutkimusaineisto koodattiin ja siirrettiin tietokoneen tilasto-ohjelmaan (SPSS for Windows/9.0). EPDS-mittari on järjestysasteikollinen mittari, jossa on kymmenen väittämää. Jokaiseen väittämään on olemassa neljä vastausvaihtoehtoa, jotka antavat pisteitä 0:sta 3:een äidin masentuneisuuden asteen mukaan. Taustatietojen kysely tapahtui luokittelevilla ja numeerisilla kysymyksillä. Tutkimuksessa tarkasteltiin taustatietojen ja äidin mielialan välistä yhteyttä ja tulokset esitetään yksiulotteisin jakaumin, korrelaatioin (Spearmanin korrelaatiokerroin) ja varianssianalyysin avulla.

Perhedynamiikkamittari (FDM II) on niin ikään järjestysasteikollinen mittari, mutta sitä on käsitelty välimatka-asteikon tapaan (vrt. Paavilainen 1998). Erilaiset asennemittarit voidaan tulkita välimatka-asteikoiksi. Välimatka-asteikollisuutta asennemittareissa tukevat usein vaihtoehtojen yhteydessä käytetty numerointi ja kysymysten asettelu lomakkeella. (Tilastokeskus 2002.) Mittari muodostuu 66 väittämästä, jotka ovat perheen toimivuuden eri osa-alueiden positiivisia tai negatiivisia ulottuvuuksia. Tutkimustulosten tarkastelua varten väittämät pisteytettiin niin, että positiivisten väittämien arvo ” ehdottomasti samaa mieltä” sai arvon 6, ”samaa mieltä” 5, ”vähän samaa mieltä” 4, ”vähän eri mieltä” 3, ”eri mieltä” 2 ja ” ehdottomasti eri mieltä” 1. Vastaavasti negatiiviset väittämät pisteytettiin käänteisesti niin, että ” ehdottomasti samaa mieltä” sai arvoksi 1, ”samaa mieltä” 2, ”vähän samaa mieltä” 3, ”vähän eri mieltä” 4, ”eri mieltä” 5 ja ” ehdottomasti eri mieltä” 6. Väittämistä muodostettiin kuusi summamuuttujaa mittarin laatijoiden kehittämän erillisen ohjeen mukaisesti ja perheen toimivuutta kuvattiin eri osioita mittaavien summamuuttujien keskiarvoilla, keskihajonnoilla ja vaihteluväleillä. Mitä suurempi toimivuuden osa-alueen keskiarvo on, sitä toimivampana voidaan perhettä tällä osa-alueella pitää. Mittarin laatinut työryhmä ei ole luonut ohjeellisia viitearvoja, jotka määrittelisivät perheen toimivuuden, joten tässä tutkimuksessa perheen toimivuus on määritelty jakamalla summamuuttujien saamat arvot neljään yhtä suureen osaan, kuten taulukossa 1 on esitetty.

*Taulukko 1.* Perheen toimivuutta kuvaavat pistemäärät

Perheen toimivuus	Summamuuttujan arvo
Erittäin hyvin toimiva perhe	4.75–6.00
Melko hyvin toimiva perhe	3.45–4.74
Melko huonosti toimiva perhe	2.25–3.44
Erittäin huonosti toimiva perhe	1.00–2.24

Perhedynamiikkakysely kartoitti myös vastaajien taustatietoja luokittelevilla ja numeerisilla kysymyksillä. Tuloksia tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakaumin, korrelaatioin ja varianssianalyysin avulla. Tuloksissa verrataan äidin mielialan yhteyttä perheen toimivuuteen.

#### 4.4.2 Grounded-teorian jatkuva vertaileva analyysi (artikkelit III, IV, V ja yhteenveto)

Laadullisen aineiston analyysi suoritettiin grounded-teoria-menetelmän jatkuvan vertailevan analyysin avulla, joka sisältää avoimen, aksiaalisen ja selektiivisen koodauksen. Niiden kautta on mahdollisuus löytää keskeiset käsitteet, käsitteiden väliset yhteydet ja perusprosessia ilmentävä ydinkategoria. (Glaser ja Strauss 1967a, Glaser ja Strauss 1967b, Glaser 1978, Chenitz ja Swanson 1986, Strauss ja Corbin 1990, Polit ja Hungler 1991, Corbin ja Strauss 2008).

Perheiden ja terveydenhoitajien avoimet haastattelut nauhoitettiin ja nauhat kirjoitettiin sanatarkasti puhtaaksi tekstimuotoon. Tekstiä oli yhteensä 363 A4-sivua kirjoitettuna 1:n rivivälillä. Tutkija suoritti itse kaikki haastattelut ja kirjoitti aineiston puhtaaksi. Puhtaaksikirjoituksen jälkeen tutkija kuunteli nauhat vielä kertaalleen läpi ja tarkasti samalla, että teksti oli kirjoitettu sanatarkasti ja koko aineisto litteroitu.

Perheiden ja terveydenhoitajien haastatteluaineistot analysoitiin erikseen ja ne yhdistettiin lopuksi keskinäisen vertailun avulla osapuolten erilaisiksi näkemyksiksi vuorovaikutuksesta. Ydinkategorian kautta näkökulmat ilmaisevat saman perusprosessin eri puolia, jotka osaltaan täydentävät toisiaan ja osaltaan ilmentävät eroja prosessissa. Perheiden aineistosta analysoitiin lisäksi erikseen perheiden kokemuksia äidin masennuksesta ja yhteistyötä lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa koskevat aineistot.

Avoin koodaus (Schreiber 2001) alkoi lukemalla aineistoa läpi ja merkitsemällä samalla marginaaliin aineistosta nousevat alustavat substantiiviset koodit (sanat, lauseet). Samalla tutkija muodosti yleiskuvan aineistosta. Substantiiviset koodit merkittiin mahdollisimman tarkasti alkuperäisinä ilmaisuina.

Substantiiviset koodit otettiin sen jälkeen tarkastelun kohteiksi, ne ryhmiteltiin ja niitä tarkasteltiin kysyen "mitä tässä tapahtuu?" Ryhmistä muodostettiin alaluokkia, ns. teoreettisia koodeja. Tämän jälkeen substantiivisia koodeja ja niiden sisältämiä teoreettisia koodeja vertailtiin alkuperäiseen aineistoon ja substantiivisten koodien sisältöjä yhdistettiin uudelleen kuvaamaan teorian lopullisia käsitteitä. Käsitteiden sisältöjä vertailtiin toisiinsa (aksiaalinen koodaus) niiden ominaisuuksien perusteella, ja niiden väliset suhteet muodostuivat. Kaikissa kolmessa aineistossa

ydinkategoriat muodostuivat käsitteistä, joihin kaikki muut käsitteet ovat yhteydessä (selektiivinen koodaus). Viimeisessä vaiheessa perheiden ja terveydenhoitajien aineistojen tulokset otettiin tarkasteluun rinnakkain ja niitä verrattiin toisiinsa. Substantiiviset koodit kummastakin aineistosta otettiin uudelleen tarkastelun kohteeksi, ryhmiteltiin ja niitä tarkasteltiin kysyen "mitä tässä tapahtuu?". Ryhmistä muodostettiin uusia alaluokkia, ns. teoreettisia koodeja. Tämän jälkeen substantiivisia koodeja ja niiden sisältämiä teoreettisia koodeja vertailtiin jälleen alkuperäiseen aineistoon ja substantiivisten koodien sisältöjä yhdistettiin uudelleen kuvaamaan teorian lopullisia käsitteitä. Käsitteiden sisältöjä vertailtiin toisiinsa (aksiaalinen koodaus) niiden ominaisuuksien perusteella ja niiden väliset suhteet muodostuivat. Tulokset yhdistettiin perheiden ja terveydenhoitajien välistä vuorovaikutusta kuvaavaksi substantiiviseksi teoriaksi. Esimerkki aineiston analyysistä on esitetty liitteessä 6.

## 4.5 Eettiset näkökohdat

Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä tarkastellaan aineiston keruuseen, säilytykseen, tutkijan omaan taustaan ja tutkittavien anonymiteettiin liittyvistä näkökulmista (Sieber 2000).

Tutkimukseen haettiin myönteinen lausunto sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Perusterveydenhuollon ylilääkäri myönsi tutkimusluvan terveydenhoitajien haastatteluun. Myös tutkimuksessa käytettyjen mittareiden käyttöön on saatu asianmukaiset luvat mittareiden laatijoilta.

Tutkija on koulutukseltaan psykiatrinen sairaanhoitaja ja on työskennellyt sekä lastenpsykiatrisella osastolla että aikuisten akuuteilla vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Tutkijan oma työkokemus ja kiinnostus ovat vaikuttaneet tutkimusaiheen valintaan

Tutkimuksen kohderyhmälle lähetettiin postitse kyselylomakkeiden mukana kirje (liite 3), jossa kerrottiin tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistuminen oli perheille täysin vapaaehtoista, ja heille kerrottiin saatekirjeessä, että he voivat halutessaan kieltäytyä tutkimuksesta eikä kieltäytyminen vaikuta millään tavalla heidän

hoitoonsa. Kyselylomakkeet postitettiin tutkittaville ja mukana seuranneessa saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta sekä siitä mihin tutkimuksen tuottamia tietoja käytetään. Vastaajat saivat itse päättää haluavatko osallistua tutkimukseen. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui nimettömästi ja perheet saivat halutessaan liittää yhteystietonsa kyselylomakkeeseen, mikäli olivat halukkaita osallistumaan haastatteluun. Tutkija ei ottanut suoraan yhteyttä terveydenhoitajiin, vaan he saivat pyynnön osallistua tutkimukseen oman esimiehensä kautta. Ne terveydenhoitajat, jotka halusivat osallistua tutkimukseen, ottivat itse yhteyttä esimieheensä, joka terveydenhoitajien luvalla välitti heidän yhteystietonsa tutkijalle. Tutkija varmisti ensimmäisen yhteydenottonsa aikana myös vielä henkilökohtaisesti sekä perheiltä että terveydenhoitajilta heidän vapaaehtoisen halunsa osallistua tutkimukseen.

Haastatteluiden ajasta sovittiin perheiden ja terveydenhoitajien esittämien toiveiden mukaisesti ja ne suoritettiin perheiden ja terveydenhoitajien valitsemissa paikoissa. Kaikki perheet halusivat, että tutkija tulee heidän kotiinsa tekemään haastattelun. Myös kaikki terveydenhoitajat halusivat haastattelun tapahtuvan heidän työpaikoillaan. Haastattelututkimuksen nauhoittamisesta kerrottiin perheille ja terveydenhoitajille. Heille kerrottiin myös mihin nauhoja käytetään ja että nauhat tuhotaan heti kun aineisto on litteroitu. Kaikki perheenjäsenet ja terveydenhoitajat antoivat luvan haastattelujen nauhoittamiseen. Sekä perheille että terveydenhoitajille kerrottiin lisäksi haastattelun alussa tutkijan vaitiolovelvollisuudesta ja painotettiin, että he voivat milloin tahansa keskeyttää haastattelun niin halutessaan. Kyselylomakkeet ja haastattelunauhut sekä litteroitu teksti on säilytetty ainoastaan tutkijan hallussa eikä ulkopuolisten ole ollut mahdollista nähdä lomakkeita. Sekä kysely- että haastattelututkimuksen tulokset on raportoitu niin, että yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. (Lee 1999, Etene 2006, Kuula 2006, Kylmä ja Juvakka 2007.)

Koska aihetta voidaan pitää sensitiivisenä (Keogan ja Daly 2009), ei uutta kehoitusta osallistua kyselyyn lähetetty perheille, vaikka vastausprosentti ensimmäisessä vaiheessa jäikin alhaiseksi (39 %). Perheen elämä ja parisuhde ovat asioita, jotka moni perhe haluaa pitää perheen sisäisinä. Tätä päätöstä vahvisti muutaman äidin yhteydenotto tutkijaan, jossa äidit kertoivat halustaan osallistua tutkimukseen, mutta heidän puolisonsa oli kieltäytynyt osallistumasta ja kieltänyt myös äitien osallistumisen vedoten siihen, että asiat ovat perheen yksityisasiota.

Tästä syystä tutkimusryhmässä tehdyn yhteisen päätöksen perusteella perheitä ei haluttu pyytää uudelleen vastaamaan ja sitä kautta tuottaa perheelle mahdollista emotionaalista haittaa (Sieber 2000, Koivisto ym. 2001).

Perheillä oli mahdollisuus saada tietoa tutkimuksesta kaikilta tutkimusryhmän jäseniltä, joiden puhelinnumerot oli liitetty saatekirjeeseen. Lisäksi perheillä oli mahdollisuus ottaa asia puheeksi lastenneuvolassa tai pyytää apua, mikäli tutkimushaastatteluun osallistuminen nostaisi esiin perheelle hankalia tai vaikeita asioita sekä ajatuksia (Lee 1999, Keogan ja Daly 2009).



# 5. TULOKSET

## 5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

### 5.1.1 Perheet

Ensimmäisessä vaiheessa (kuvio 3, sivu 50) kyselyyn vastanneista 389 perheestä 55:ssä (13 %) äiti kärsi synnytyksen jälkeisestä masennuksesta (EPDS – mittarin pisteet 13 tai enemmän). Näistä vastauksista hylättiin 16, koska perheessä ei ollut kahta aikuista tai lomakkeet oli täytetty puutteellisesti. Lopulliseksi vastausmääräksi muodostui 373 perhettä (373 äitiä, 314 isää). Tutkimukseen osallistuneiden äitien ikä vaihteli 16 ja 44 ikävuoden välillä; keskiarvo oli 29 vuotta. Puolisoiden iän keskiarvo oli 31 ja iät vaihtelivat 18 ja 53 välillä. Äitien koulunkäyntivuosien pituus vaihteli 8–22 vuoden välillä ja keskiarvo oli 15 vuotta. Puolisoiden koulunkäyntivuosien keskiarvo oli 14 vuotta ja koulunkäyntivuodet vaihtelivat 8 ja 22 vuoden välillä. Lähes puolet vastaajista oli yhden lapsen perheitä. Kolmanneksella vastaajista oli kaksi lasta, ja kolme tai useampia lapsia oli viidenneksellä tutkimukseen osallistuneista perheistä.

Äideistä ja heidän puolisoistaan puolet ilmoitti, ettei heidän perheissään ole sellaisia ongelmia tai muutoksia, jotka vaikuttaisivat voimakkaasti heidän perheeseensä. Alle kymmenesosa ilmoitti tällaisia ongelmia tai muutoksia olevan, mutta niitä ei määritelty tarkemmin. Viidennes äideistä ja heidän puolisoistaan ilmoitti lapsen syntymän muutokseksi, joka vaikutti voimakkaasti heidän perheeseensä. Perheeseen voimakkaasti vaikuttavan sairauden ilmoitti perheessään olevan 15 % perheistä. Sairaudet olivat muun muassa lasten allergioita, vanhempien selkäsairauksia, liikuntavammoja sekä sydän- ja verisuonisairauksia.

Neljä viidesosaa tutkimukseen osallistuneista äideistä oli synnyttänyt lapsensa tavallisella alatiesynnytyksellä, viidesosalla synnytystapa oli autettu alatiesynnytys tai keisarinleikkaus. Kaksi kolmasosaa äideistä oli ollut ennen äitiyslomaansa työelämässä tai opiskelijoita, kolmannes kotiäitinä tai työttömänä. Lähes kaikki (93 %) vastaajat imettivät lastaan kyselyn ajankohtana. Äideistä 90 % ilmoitti olevansa tyytyväisiä perhe-elämäänsä ja 10 % oli joko melko tyytymättömiä tai tyytymättömiä perhe-elämäänsä. Läheisin henkilö äideille oli heidän puolisonsa (93 %), lapset, ystävätär, oma äiti tai mummo.

Perheitä koskevaan haastattelututkimukseen osallistui 9 perhettä (9 äitiä, 5 isää ja 1 lapsi) (kuvio 3, s. 49). Näistä perheistä viisi oli yhden lapsen perheitä, kolmessa perheessä oli kaksi lasta ja yhdessä perheessä lasten lukumäärä oli kolme. Kaksi äitiä oli eronnut puolisostaan vauvan syntymän jälkeen.

### 5.1.2 Terveystenhoitajat

Terveystenhoitajia koskevaan haastattelututkimukseen (kuvio 3, s. 49) osallistui 14 terveystenhoitajaa, jotka työskentelivät lastenneuvoloissa. Terveystenhoitajien työkokemus vaihteli 1 1/2 vuodesta yli kahteenkymmeneen vuoteen. Aineistonkeruun aikana kaikki työskentelivät lastenneuvolassa, mutta kaikilla haastatelluilla oli kokemusta myös muusta terveystenhoitajan työstä. Haastatelluista yhdeksällä oli pelkkä lastenneuvolavastaanotto, neljällä oli yhdistetty äitiys- ja lastenneuvolavastaanotto ja yksi terveystenhoitaja huolehti lastenneuvolavastaanoton lisäksi kouluterveydenhuollosta.

## 5.2 Äidin mieliala synnytyksen jälkeen

Tutkimukseen osallistui 373 äitiä. EPDS-mittarin pistemäärät vaihtelivat 0–24 pisteen välillä. Katkaisupisteenä oli pistemäärä 13. Äidit jaettiin neljään eri luokkaan EPDS-pistemäärien perusteella. Masentuneiksi äideiksi luokiteltiin ne, joiden EPDS-pisteet olivat 13 tai enemmän (n = 55 äitiä, 48 puolisoa). Toisen

luokan muodostivat äidit, joiden EPDS-mittarista saamat pistemäärät vaihtelivat 10–12 pisteen välillä (n = 45 äitiä, 37 puolisoa). 10:tä EPDS-pistettä on eräissä tutkimuksissa (mm. Hannah ym. 1992, Gibson ym. 2009) käytetty ilmaisemaan ainakin jonkinasteisia masennusoireita. Kolmanteen luokkaan kuuluivat äidit, joiden EPDS-pisteet vaihtelivat 6–9 pisteen välillä (n = 115 äitiä, 96 puolisoa). Neljäs luokka (EPDS-pisteet 5 tai vähemmän, n = 158 äitiä, 133 puolisoa) muodostui niistä äideistä, jotka eivät raportoineet minkäänlaisia masennusoireita (Tamminen 1990). EPDS-mittarin summapisteyden keskiarvot ja keskihajonnat koko aineistossa ja mittarin summapisteyden mukaan muodostetuissa luokissa on esitetty taulukossa 2.

*Taulukko 2.* EPDS-mittarin summapisteyden keskiarvot ja keskihajonnat koko aineistossa (n = 373) ja EPDS-mittarin summapisteyden mukaan muodostetuissa luokissa

	x	SD
Koko aineisto (n = 373)	7.2	5.0
Pisteet 13–24	15.9	3.0
Pisteet 10–12	11.0	0.8
Pisteet 6–9	7.4	1.1
Pisteet 0–5	2.8	1.6

Kun EPDS-pisteitä tarkastellaan osioittain, keskiarvot osoittavat, että eniten pisteitä ovat keränneet jokaisessa luokassa väittämät, jotka mittaavat itsesyytöksiä ja ahdistuneisuutta (väittämät 3 ja 4). Masentuneiden äitien luokassa (EPDS-pisteet 13 tai enemmän) ahdistuneisuutta mittaavan väittämän keskiarvo oli suurin, muissa luokissa suurimman pistemäärän keräsi väittäjä, jolla mitattiin vastaajan itsesyytöksiä.

Masentuneiden äitien luokassa seuraavaksi eniten pisteitä keräsi väittäjä, joka mittasi vastaajien itsesyytöksiä (väittäjä 3), kun taas muilla vastaajilla seuraavana oli ahdistusta mittaava väittäjä (4). Kolmanneksi eniten pisteitä masentuneilla

äideillä keräsivät itkeskelyä ja surullisuutta mittaavat väittämät (väittämät 9 ja 8). Muilla vastaajilla vastaavat väittämät olivat asioiden kasautumista (väittäjä 6) ja pelkoja (väittäjä 5) mittaavat väittämät 10–12 pistettä saaneilla äideillä, surullisuutta (väittäjä 8) ja asioiden kasautumista (väittäjä 6) mittaavat väittämät 6–9 pistettä saaneilla äideillä sekä surullisuutta (väittäjä 8) ja asioiden kasautumista (väittäjä 6) mittaavat väittämät äideillä, jotka eivät raportoineet masennusoireita.

Itsetuhoisuutta mittaava väittäjä (10) sai alhaisimmat pisteet jokaisessa luokassa. Alhaisia pisteitä saivat myös mielialaa (väittäjä 1), suhtautumista tulevaisuuteen (väittäjä 2) ja univaikeuksia (väittäjä 7) mittaavat väittämät. Näiden väittämien summapisteyden keskiarvot olivat suurimmat masentuneiden äitien ryhmässä (artikkeli I).

### 5.3 Äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen yhteydessä olevat tekijät (artikkeli I)

Äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen yhteydessä oleviksi tekijöiksi nousivat kyselytutkimuksessa koulutuksen pituus, perheeseen voimakkaasti vaikuttavat ongelmat tai muutokset ja tyytymättömyys perhe-elämään. Sen sijaan äidin iällä, perheen koolla, synnytystavalla tai sillä, oliko äiti ennen äitiyslomaansa työssä, opiskelijana tai kotiäitinä, ei ollut yhteyttä äitien masennukseen.

Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivät äidit (EPDS-pisteet 13 tai enemmän) olivat käyneet koulua keskimäärin 14 vuotta; koulutuksen pituus vaihteli 8–22 vuoden välillä. Heidän puolisoitensa koulunkäyntivuodet vaihtelivat 9 ja 20 vuoden välillä ja olivat keskimäärin 13 vuotta. Kun äitien saamia EPDS-pisteitä ja koulunkäyntivuosia tarkastellaan, todetaan, että ne korreloivat keskenään negatiivisesti. Vähemmän koulua käyneiden äitien EPDS-pisteet olivat suuremmat kuin niillä äideillä, joilla oli pitempi koulutus ( $r = -.15, p < 0.01$ ).

Sellaisia ongelmia tai muutoksia, joilla oli voimakas vaikutus perheeseen, raportoi masentuneista äideistä (EPDS-pisteet 13 tai enemmän) kolme neljäsosaa ja heidän puolisoistaan hieman alle puolet. Tällainen muutos oli viidenneksellä lapsen

syntymä. Muita raportoituja ongelmia tai muutoksia olivat taloudelliset sekä työhön liittyvät ongelmat ja muutokset, omaan ja puolison tai muun läheisen henkilön välisiin suhteisiin sekä terveyteen liittyvät ongelmat tai muutokset. Kun tarkastellaan yhteyksiä koettujen ongelmien ja muutosten sekä äidin saamien EPDS-pisteiden suhteen, todetaan, että perheeseen voimakkaasti vaikuttavia ongelmia ja muutoksia oli eniten niillä äideillä, joiden saamat EPDS-pisteet olivat korkeampia eli joiden voidaan katsoa olleen masentuneita. (ka 12.31, SD 4.0; ka 5.8, SD 4.2;  $p < 0.001$ ).

Tyytyväisyyttä perhe-elämään mitattiin väittämillä erittäin tyytyväinen, melko tyytyväinen, melko tyytymätön ja tyytymätön. Masentuneista äideistä (EPDS-pisteet 13 tai enemmän) oli erittäin tyytyväisiä perhe-elämäänsä kymmenesosa, melko tyytyväisiä noin puolet, melko tyytymättömiä kolmannes ja tyytymättömiä joka kymmenes masentuneista äideistä. Yhteyksiä tarkasteltaessa todettiin, että äidin EPDS-pisteiden noustessa myös tyytymättömyys perhe-elämään lisääntyy (ka 4.85, SD 3.8; ka 8.26, SD 4.3; ka 14.4, SD 6.0; ka 15, SD 4.1;  $p < 0.001$ ).

Masentuneista äideistä imetti lastaan neljä viidesosaa. Yhteyksiä tarkasteltaessa todetaan, että masentuneet äidit (EPDS – pisteet korkeat) eivät imettäneet lastaan niin usein kuin ne äidit, joiden EPDS – pisteet olivat pienemmät (ka 6.9, SD 0.3; ka 9.3, SD 5.5;  $p = 0.05$ ).

## 5.4 Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteys perheen toimivuuteen (artikkeli II)

Kokonaisuutena tarkastellen perheiden toimivuus oli melko hyvää, kun lapsen syntymästä oli kulunut kaksi kuukautta. Parhaiten toimivana osa-alueena perheet pitivät yhteenkuuluvuutta, huonoimmin toimi joustavuuden osa-alue. Hyvin toimivia osa-alueita olivat myös yksilöitymisen, pysyvyyden ja viestinnän alueet. Masentuneiden äitien perheissä perheen toimivuus oli jokaisella osa-alueella huonompaa muihin perheisiin verrattuna. Masentuneiden äitien perheissä äidit pitivät perheen toimivuutta huonompana kuin isät, kun taas muissa perheissä äidit näkivät perheen toiminnan parempana isiin verrattuna.

Masentuneiden äitien perheet pitivät perheensä yksilöitymistä melko hyvänä. Äitien arviot olivat isien arvioihin verrattuna hieman parempia. Yhteenkuuluvuus oli näissä perheissä melko hyvää. Joustavuuden ja pysyvyyden osa-alueilla äidit pitivät perheen joustavuutta ja pysyvyyttä hieman huonompina kuin isät, vaikka ne kokonaisuutena tarkastellen olivatkin melko hyviä. Myös viestinnän osa-alueella masentuneiden äitien perheessä isät pitivät viestintää parempana kuin äidit. Vain masentuneiden äitien ryhmässä raportoitiin erittäin huonoa toimivuutta viestinnän osa-alueella. Roolit eivät ole yhtä selkeästi jäsentyneet masentuneiden äitien perheissä muihin perheisiin verrattuna. Tälläkin osa-alueella isät raportoivat parempaa roolivastavuoroisuutta äiteihin verrattuna.

## 5.5 Perheiden kokemukset äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta (artikkeli III)

Perheiden kokemusta äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kuvaaviksi käsitteiksi nousivat muutokset perhe-elämässä ja perheen suhteissa, masennuksen oireiden ilmeneminen, vanhempien suhtautuminen vauvaan ja tuen tärkeys. Käsitteiden väliset suhteet muodostuivat täydellisyyden tavoittelusta, vauvaan sidoksissa olemisesta ja odotuksista perhe-elämää kohtaan. Ydinkategoriaksi muodostui ristiriita odotusten ja todellisuuden välillä.

Täydellisyyden tavoittelu koski molempia vanhempia ja ilmeni muun muassa niin, että vanhemmat halusivat luoda muille ihmisille kuvan onnellisesta perheestä. Ongelmista ei puhuttu edes keskenään, vaan vanhemmat halusivat olla täydellisiä vanhempia, jotka huolehtivat lapsestaan ilman ulkopuolista apua. Täydellisyyden tavoittamattomuus aiheutti epäonnistumisen tunnetta ja saattoi vaikuttaa äidin tai molempien vanhempien masentumiseen.

Vauvan sitovuus asetti vanhemmat aivan uuteen tilanteeseen, kun kyseessä oli ensimmäinen lapsi. Vauvan tarpeet olivat perhe-elämän keskipiste ja niiden intensiteetti ohitti kaiken muun. Ystäväpiiri muuttui, isovanhempien huomio kiinnittyi vauvaan eikä vanhemmilla ollut aikaa toisilleen. Tuen tarve oli suuri, mutta se kiellettiin, koska haluttiin selviytyä yksin. Vanhemmat uupuivat

yrittäessään täyttää kaikki vauvan todelliset ja myös itse kuvittelemansa tarpeet ja uupuminen saattoi olla yksi syy masennukseen.

Odotukset perhe-elämää kohtaan olivat suuret, mikäli raskaus oli suunniteltu tai sopi pariskunnan senhetkiseen elämäntilanteeseen. Kun vauva syntyi, vanhemmat odottivat valtavaa onnellisuutta ja sujuvaa perhe-elämää. Vauvan päivärytmin puute aiheutti epävarmuutta, ja vanhemmat halusivat selvitä itse ilman apua. Ystäviin ei jaksettu tai ehditty pitää yhteyttä. Vanhempien voimakas tarve pärjätä uuvutti heidät ja aiheutti pettymystä ja epäonnistumisen tunnetta sekä suhteessa itseen että myös kykyyn vanhempana.

Lähes kaikkien haastattelututkimukseen osallistuneiden perheiden raskaudet olivat suunniteltuja, ja useat vanhemmat näkivät vanhemmuuden suorituksena. Heillä oli mielikuva perhe-elämästä lapsen syntymän jälkeen ja he olivat lukeneet runsaasti lastenhoito-oppaita ja tätä kautta muodostaneet kuvan vauvaperheen elämästä. Ympäristö tuki tätä positiivista ja onnellista mielikuvaa, ja vanhempien odotukset olivat korkealla. Tarve olla täydellinen vanhempi aiheutti sen, että vanhemmat näkivät vanhemmuuden suorituksena, jossa menestyminen mittasi heidän arvonsa vanhempina ja ihmisinä. Vauvan syntymä oli kuitenkin uusi ja outo tilanne eikä välttämättä vastannut raskausaikana luotuja mielikuvia. Vanhemmat kokivat, etteivät he hallitse tilannetta. Vauvan itku huolestutti vanhempia ja aiheutti epävarmuutta ja epäonnistumisen tunteita vauvan itkiessä, vaikka kaiken olisi pitänyt olla hyvin. Vanhemmat kokivat kyvyttömyyttä ymmärtää vauvan sanattomia viestejä, eikä perhe-elämä vastannutkaan vanhempien luomia mielikuvia. Tämä saattoi masentaa vanhempia ja aiheuttaa jopa vihan tunteita tilannetta kohtaan.

## 5.6 Perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan välinen vuorovaikutussuhde äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä

### 5.6.1 Perheiden kokemus vuorovaikutussuhteesta lastenneuvolan terveydenhoitajien kanssa äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä (artikkeli IV)

Perheiden kokemusten mukaan heidän ja terveydenhoitajien välistä vuorovaikutusta kuvaaviksi käsitteiksi muodostuivat jatkuvuuden puuttuminen, tasavertaisuuden kaipaaminen, yksilöllisyyden puuttuminen ja perhekeskeisyyden vähäinen toteutuminen. Kategorioiden väliset suhteet muodostuivat keskustelun puuttumisesta, luottamuksellisuuden puuttumisesta ja riittämättömästä avun saannista. Ydinkategoriaksi muodostui yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen vuorovaikutuksen puute.

Tähän tutkimukseen osallistuneet äidit olivat masentuneita synnytyksen jälkeen, mikä saattaa vaikuttaa äitien kokemuksiin lastenneuvolasta ja aiheuttaa kriittistä suhtautumista suhteessa heidän saamaansa ohjaukseen ja tukeen. Perheet olivat luoneet odotuksia perhe-elämästä lapsen syntymän jälkeen (artikkeli III), ja näiden odotusten toteutumattomuus heijastui pettymyksenä myös lastenneuvolasta saatuun ohjaukseen ja kasvatustehtävän tukemiseen. Neuvolan rajalliset resurssit ja terveydenhoitajien vaihtuvuus olivat pettymys perheille. Luottamuksellisen suhteen puuttuminen neuvolan terveydenhoitajan kanssa aiheutti perheille yksinäisyyden tunnetta ja jopa pelkoa neuvolakäyntejä kohtaan.

Masentunut äiti kokee epäonnistumisen tunteita ja saattaa tulkita moitteena terveydenhoitajan ystävälliseksi tarkoitetun kyselyn tai neuvonnan. Mikäli vuorovaikutus ei tunnu turvalliselta, myös apua on vaikea pyytää. Mikäli perhe kokee terveydenhoitajan kiinnostuksen keskittyvän vain lapseen, vanhempien välistä suhdetta koettiin olevan vaikea ottaa puheeksi.



## 5.6.2 Lastenneuvolan terveydenhoitajien kokemukset vuorovaikutuksesta perheen kanssa äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä (artikkeli V)

Terveydenhoitajien ja perheiden välistä suhdetta kuvaaviksi käsitteiksi muodostuivat perheen kanssa keskusteleminen, tiedon jakaminen ja ohjaus, perheen kohtaaminen, terveydenhoitajan ja perheen välinen suhde ja ammatillisuus. Käsitteiden väliset suhteet muodostuivat synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisemisestä, tunnistamisesta ja hoitamisesta. Ydinkategoriaksi muodostui kokonaisvaltainen vuorovaikutus perheen kanssa.

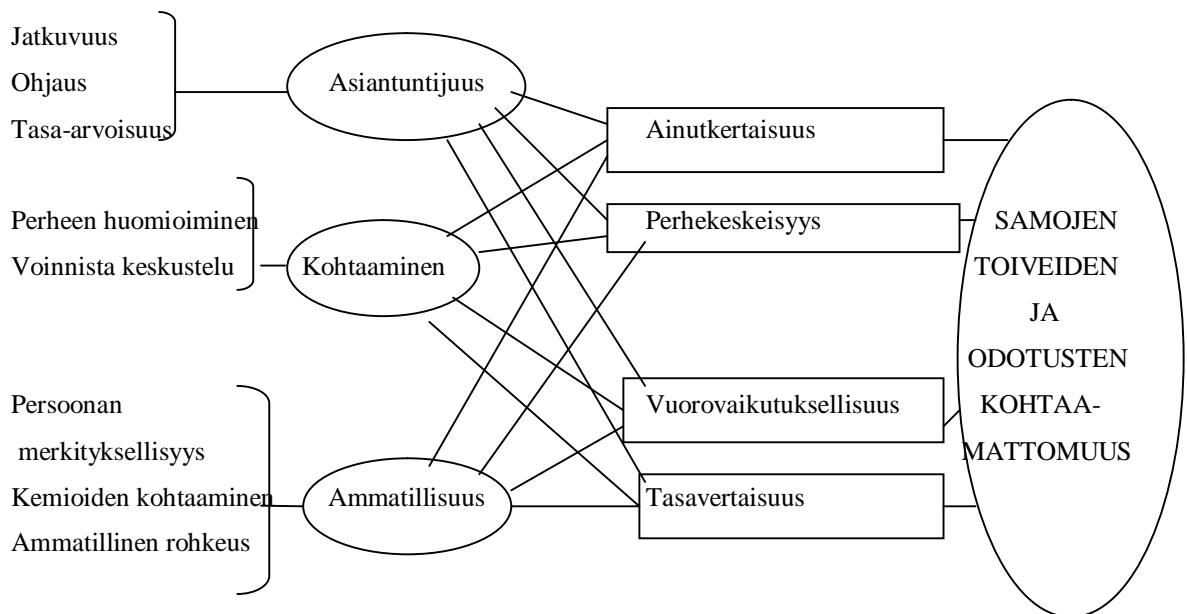
Lastenneuvolassa on terveydenhoitajien mukaan erittäin tärkeää kohdata perhe ja keskustella koko perheen voinnista. Arkiasioiden sujumisesta keskustelu antoi terveydenhoitajille myös tärkeää tietoa äidin mielialasta ja arjen sujumisesta perheessä. Terveydenhoitajat pyrkivät luomaan avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin perheen kanssa ja ohjaamaan perhettä paitsi vauvan hoidossa myös perhe-elämässä ja parisuhteen hoidossa. Jokainen perhe nähtiin tärkeäksi kohdata yksilöllisesti, perheen omista lähtökohdista käsin. Terveydenhoitajan persoona, ammattitaito ja työkokemus vaikuttavat suhteen onnistumiseen, samoin kuin ”kemioiden kohtaaminen” perheen ja terveydenhoitajan välillä. Rutiiniasiat pyrittiin hoitamaan keskustelun lomassa.

Terveydenhoitajat pitivät tärkeänä perheen kanssa yhdessä tekemistä, jolloin vanhemmat nähtiin aktiivisina ja tasavertaisina toimijoina ja osallistujina neuvolakäynneillä. Vanhempien ja vauvan välisen vuorovaikutuksen tarkkailu oli näin mahdollista. Terveydenhoitaja saattoi myös itse seurustella vauvan kanssa ja antaa näin vanhemmille mallin vuorovaikutuksesta. Myös positiivisen palautteen antaminen vanhemmille tuntui luontevalta toiminnan kautta.

Perheiden ainutkertaisuuden ymmärtäminen nousi esiin joustavassa työskentelyssä, vuorovaikutuksen tarkkailussa, perheen kuulumisten kyselyssä ja yksilöllisessä suhtautumisessa perheisiin. Terveydenhoitajat näkivät keskeisenä tehtävänä koko perheen kohtaamisen yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti.

## 5.7 Substantiivinen teoria perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan vuorovaikutussuhteesta äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä

Perheiden ja terveydenhoitajien välistä vuorovaikutussuhdetta kuvaaviksi käsitteiksi muodostuivat asiantuntijuus, kohtaaminen ja terveydenhoitajan ammatillisuus. Vuorovaikutusta kuvaavien käsitteiden välisiksi suhteiksi muodostuivat ainutkertaisuus, perhekeskeisyys, vuorovaikutuksellisuus ja tasavertaisuus. Ydinkategoriaksi muodostui samojen toiveiden ja odotusten kohtaamattomuus (kuvio 4, s. 66).



Kuvio 4. Substantiivinen teoria perheiden ja lastenneuvolan terveydenhoitajien välisestä vuorovaikutussuhteesta äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä. Käsitteet, käsitteiden väliset suhteet ja ydinkategoria.

## Käsitteet:

### Asiantuntijuus

Sekä perheet että terveydenhoitajat pitivät erittäin tärkeänä yhteistyösuhteen jatkuvuutta. Perheet kokivat hankalana terveydenhoitajan vaihtumisen, ja myös terveydenhoitajat korostivat terveydenhoitajan pysyvyyden merkitystä. Tärkeänä nähtiin se, että saman terveydenhoitajan vastaanotolla käydessään perhe välttyy selittämästä asioita aina uudelleen ja vastaanottoaika voidaan käyttää tärkeimmistä asioista keskusteluun ja kuulumisten vaihtamiseen. Perheet toivoivat terveydenhoitajan vaihtuessa tämän ainakin perehtyvän etukäteen lapsen papereihin, jotta vastaanottoaikaa ei tarvitse käyttää siihen.

”melkein joka kerta oli eri sijainen..” (Äiti2)

”ei tuu semmosta suhdetta...” (Äiti6) ”...että vois olla

sellanen paikka missä vois avoimesti puhua ja kysyä...” (Th2)

”ainakin meidän tarkoitus on semmonen hyvä vuorovaikutussuhde perheen kesken...” (Th5)

Neuvolan keskeisenä tehtävänä nähtiin ohjaus. Terveydenhoitaja on ammatti-ihminen, jolta perheet odottavat saavansa uusimman tiedon ja ohjeet. Kuitenkin perheet pitivät tärkeänä, että terveydenhoitaja ohjasi heitä niin, että he kokivat saavansa sen tiedon, mitä he juuri silloin tarvitsivat, eivätkä ohjausta yleisellä tasolla. Terveydenhoitajat kuvasivat tiedon jakamisen ja ohjaamisen tapahtuvan lähinnä keskustelun kautta.

”..että ei vaan kerrota jostain lapsenhoitokirjasta lukua yksi...” (Äiti4)

”...pyrkii, ett ne vanhemmat kävis niinkun ite ajatteleen...” (Th2)

”...vauvatkin on erilaisia persoonia...” (Th3)

Myös suhteen tasa-arvoisuus nousi esiin niin terveydenhoitajien kuin perheiden kuvaamana. Perheet eivät halunneet tulla kohdelluiksi altavastajina vaan pitivät tärkeänä suhteen vastavuoroisuutta ja vuorovaikutuksellista luonnetta. Myös terveydenhoitajat kokivat tärkeänä, että perhe tulee neuvolaan siinä elämäntilanteessaan, jossa se parhaillaan elää.

”...se ei ymmärrä kun me ollaan eri mieltä... musta se on jotenkin päällekkäypä...” (Äiti4) ”...niin mulle tulee sellanen olo, että mua katotaan, että minkälainen äiti toi on...” (Äiti8)  
”ett täytyy mennä niinkun perheen ehdoilla..” (Th4)

## Perheen kohtaaminen

Perheet halusivat neuvolassa tulla kohdatuiksi perhekeskeisesti lapsikeskeisyyden sijaan. Heidän toiveenaan oli, että rutiinien suorittaminen (paino, pituus, rokotukset) väistyisivät heidän kokemastaan pääroolista sivurooliin niin, että nämä rutiinit voitaisiin hoitaa keskustelun lomassa. Perhekeskeisyyden toteutuminen oli myös terveydenhoitajien mukaan merkityksellistä. Terveydenhoitajat korostivat keskustelun tärkeyttä ja rutiinien hoitamista perheen kohtaamisen yhteydessä. Sekä perheet että terveydenhoitajat pitivät tärkeänä, että asiakkaalle välittyi tunne, että hänet muistetaan. Tässä asiassa lapsen etunimen käyttäminen loi tuttuuden ja turvallisuuden tunteita.

”Sillai lihatiskimeininkiä, että otan lapun ja menen sisään ja lähden ulos...” (Äiti8) ”että sais rauhassa jutella...” (Äiti4)  
”No mä ohjaan ne eka istuun ja lähdetään ihan keskusteleen...” (Th4) ”..että melkeen unohtuu ne rutiinijutut...” (Th1) ”ne (perheet) halua nähdä ne käyrät” (Th9)

Edelleen perheiden kokemus kuitenkin oli, että neuvolassa tärkeimmässä roolissa on lapsi, sen jälkeen äiti ja isän olemassaoloa ei pidetä niin tärkeänä. Perheet toivoivat, että myös isä olisi tärkeässä roolissa neuvolan vastaanotolla. Terveydenhoitajat korostivat sosiaalisen verkoston kartoitusta ja olivat valmiita joustamaan neuvola-ajoissa, jotta myös isän olisi mahdollista päästä mukaan. Perheiden voinnista keskustelu on kuitenkin tärkeää. Perheen hyvinvointi on perusta

myös lapsen hyvälle kasvulle ja kehitykselle. Lisäksi perheen voimien huomioiminen lähentää perhettä neuvolan kanssa. Terveydenhoitajien mukaan perheen tilanteen kartoittaminen on merkittävä osa lastenneuvolatyötä.

"Kun mää menin, niin ne katto vähän, että mitä toi tänne änkee, mutta mää vaan menin...vaikka ei ne mulle puhunukaan..." (Isä2)  
"että vois vaikka perheenä käydä kertomassa mitä meille ny kuuluu..." (Äiti4) "...mikä aika sille isälle sopis..." (Th2)

### Terveydenhoitajan ammatillisuus

Terveydenhoitajan persoonan merkityksellisyyden näkivät tärkeänä niin perheet kuin terveydenhoitajatkin. Perheet toivoivat terveydenhoitajan olevan henkilö, jonka kanssa voisi kokea olevansa samalla aaltopituudella. Kemioiden kohtaamisen nostivat tärkeänä asiana esiin niin terveydenhoitajat kuin perheet. Terveydenhoitajan iällä ei ollut perheille merkitystä, mutta ammattitaito ja luottamuksen herättäminen nähtiin tärkeinä. Tärkeintä oli, että terveydenhoitaja omalla persoonallaan viestittää perheelle, että sillä on mahdollisuus vastaanotolla puhua asioistaan. Myös terveydenhoitajat nostivat tärkeänä asiana esiin yhteistyön sujumisen perheen kanssa. Terveydenhoitajien mukaan iällä saattaa olla merkitystä, mutta huumorin avulla yhteistyö usein onnistui. Lisäksi terveydenhoitajat näkivät tärkeänä ammatillisen rohkeuden nostaa keskusteltavaksi vaikeitakin asioita.

"...että täytyyhän siinä vähän synkata sen kanssa, että voi ruveta henkilökohtasia juttuja puhun..." (Äiti 3)  
"ja olemme ihan sillain kyllä terveydenhoitajat ja lääkäritkin oman persoonamme vankeja..." (Th5) "...että käyttää huumoria siinä mukana...että pyrkii luomaan sellasen ilmapiirin..." (Th2)  
"... ja kokemuksen myötä uskaltaa ottaa nää asiat puheeks..." (Th6)

### Käsitteiden väliset suhteet:

Sekä perheet että terveydenhoitajat toivat esiin neuvolakäynnin ainutkertaisuuden. Molemmille oli tärkeää, että terveydenhoitaja ja perhe tuntevat toisensa, terveydenhoitaja muistaa lapsen nimen ja myös mistä edellisellä kerralla on puhuttu. Tärkeää molemmille oli myös se, että tapaamisesta välittyy molemmille osapuolille tunne, että vastaanotolla on kohdattu aidosti. Perhe halusi tulla kuulluksi ja terveydenhoitajat toivoivat, että koko perhe tulisi neuvolaan avoimesti, omassa elämäntilanteessaan. Jokainen neuvolakäynti on ainutkertainen tapahtuma niin perheelle kuin terveydenhoitajalle.

Perhekeskeisyyttä pidettiin tärkeänä osana lastenneuvolatyötä. Perheet toivoivat, että vastaanotolle voisi tulla koko perhe ja terveydenhoitajat olivat valmiita joustamaan neuvola-ajoissa, jotta koko perhe voisi osallistua vastaanottokäynnille. Neuvolakäynneillä on tärkeää lapsen voinnin lisäksi kartoittaa vanhempien välistä suhdetta ja rohkaista heitä yhteisen ajan viettämiseen. Myös sisarusten, isovanhempien ja muiden läheisten ihmisten merkitys perheen tukiverkkona on suuri.

Vuorovaikutuksellisuus sisältää luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin sekä perheen ehdoilla toimimisen. Vastaanotolla olisi edettävä kunkin perheen ehdolla, yksilöllisesti. Myös terveydenhoitajat pitivät tärkeänä jokaisen perheen kohtaamista juuri sellaisena kuin perhe on ja korostivat ohjauksen ja neuvonnan tapahtuvan perheen ehdoilla ja sen tarpeista lähtien. Rutiinien (mittaus, punnitus) hoitaminen on osa neuvolan työtä, mutta niin perheet kuin terveydenhoitajatkin näkivät sen merkityksen keskustelua vähäisempänä.

Perheet toivoivat terveydenhoitajilta tasavertaista suhtautumista, jolloin keskustelu vaikeistakin asioista olisi mahdollista. Perheet eivät halunneet neuvolalta luentoa lastenhoidosta yleisellä tasolla, vaan juuri heidän lapsensa huomioimista. Perheet toivoivat, että terveydenhoitaja kuuntelisi heitä ja arvostaisi myös heidän näkemyksiään. Terveydenhoitajat korostivat yhdessä tekemisen tärkeyttä ja mallina olemista. Terveydenhoitajat eivät halunneet arvostella perhettä vaan ottaa mieluummin vauvan syliin ja seurustella vauvan kanssa, jotta vanhemmat mallin kautta uskaltaisivat itsekin kokeilla erilaisia tapoja olla lapsensa kanssa.

Ydinkategoriaksi muodostui samojen toiveiden ja odotusten kohtaamattomuus. Tutkimukseen osallistuneiden perheiden äidit olivat masentuneita synnytyksen

jälkeen. Äidit eivät aina itse tunnistanee masennustaan ja lastenneuvolan terveydenhoitajalla ei välttämättä ollut minkäänlaista tietoa perheen voinnista. Äidin masennus vaikuttaa hänen suhtautumiseensa lastenneuvolasta saamiinsa ohjeisiin, ja ohjeet saatetaan ottaa hyvin henkilökohtaisesti: arvostelemisena ja puuttumisena tapaan olla äiti, vaikka ohjeet olisi annettu hyvää tarkoittaen. Isät kokivat neuvolan vieraana paikkana, jonne he eivät olleet tervetulleita.

Terveydenhoitajat pitivät tärkeänä koko perheen kohtaamista ja vanhemmuuden sekä varhaisen vuorovaikutuksen tukemista. Terveydenhoitajat eivät halunneet tehdä perheen puolesta asioita vaan he toivoivat, että perheet olisivat aktiivisia toimijoita, jotka toisivat vastaanotolle sillä hetkellä itselleen tärkeät asiat. Perheet toivoivat yksilöllistä suhtautumista koko perheeseen ja terveydenhoitajalta tasavertaista asennetta heitä kohtaan. Sekä terveydenhoitajat että perheet korostivat keskustelun merkitystä ja toivoivat, että neuvolakäynnin pääasiaksi ei muodostu lapsen mittaaminen, punnitseminen ja rokottaminen. Vanhemmat kokivat kuitenkin, että useimmiten neuvolakäynnit keskittyivät juuri näihin rutiinitoimenpiteisiin, ja myös terveydenhoitajien mukaan suuret neuvolapiirit ja tiukka aikataulu aiheuttivat usein sen, että vastaanotolla ehdittiin tehdä vain välttämätön. Ainutkertaisuus, perhekeskeisyys, vuorovaikutuksellisuus ja tasavertaisuus olivat tärkeitä sekä perheen että terveydenhoitajien mielestä. Masentuneiden äitien perheet kokivat, että juuri nämä elementit puuttuivat vastaanottokäynneiltä, kun taas terveydenhoitajat kokivat keskittyvänsä juuri näihin.

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen avulla on tuotettu uutta tietoa äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutuksesta perheen toimivuuteen ja perheiden kokemuksesta perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajien välisestä vuorovaikutuksesta silloin, kun äiti kärsii synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.

1. Selkeää syytä äidin synnytyksen jälkeiselle masennukselle ei sosiodemografisista tekijöistä voida osoittaa. Masentuneiden äitien perheissä vanhempien koulutustaso oli alhaisempi kuin muissa perheissä ja äidit imettivät lastaan lyhyemmän ajan ja olivat tyytymättömämpiä perhe-elämäänsä kuin muut äidit.
2. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien perheiden toimivuus on heikompaa kaikilla perheen toiminnan osa-alueilla muihin perheisiin verrattuna.
3. Perheissä, joissa äidillä on synnytyksen jälkeinen masennus, raskaudenaikaisten odotusten ja lapsen syntymän jälkeisen todellisuuden välillä koettiin olevan ristiriita.
4. Perheet, joissa äidillä on synnytyksen jälkeinen masennus kokevat vuorovaikutuksensa lastenneuvolan terveydenhoitajan yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen vuorovaikutuksen puutteena.
5. Lastenneuvolassa toimivat terveydenhoitajat kokevat vuorovaikutuksen perheen kanssa synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä kokonaisvaltaisena yhteistyönä yksilöllisen perheen kanssa.

Vuorovaikutussuhde synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivän äidin perheen ja neuvolan terveydenhoitajan välillä kärsii samojen toiveiden ja odotusten kohtaamattomuudesta.



# 7. POHDINTA

## 7.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

### 7.1.1 Kvantitatiivisen osan luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus perustuu ensisijaisesti tutkittavan ilmiön mittaamisen onnistumiseen. Tällä tarkoitetaan luotettavan mittarin, sopivien tutkimusmenetelmien ja aineiston käsittelytapojen valintaa. Tässä tutkimuksessa valituilla mittareilla ja analyysimenetelmillä saatiin johdonmukaisesti vastaukset tutkimusongelmiin, joten luotettavuutta tältä osin voidaan pitää hyvänä.

Tutkimukseen osallistuneet perheet valittiin satunnaisesti erään yliopistosairaalan synnyttäneiden perheiden joukosta. Aineisto kerättiin tiettyä ajanjaksona, joka aloitettiin sattumanvaraiseen aikaan, ja keruuta jatkettiin, kunnes kyselylomake oli lähetetty tuhannelle (1 000) perheelle. Tutkija ei tuntenut perheitä, ja ainut valikointi suoritettiin sen perusteella, että vauva oli saanut 7 Apgar-pistettä tai enemmän. Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena, ja perheet vastasivat kyselyyn nimettöminä. Aiheen arkuuden vuoksi uusintakyselyä ei suoritettu.

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa vastausprosentti jäi alhaiseksi (37 %). Kyselylomakkeita lähetettiin 1 000 perheelle, joista 373 perhettä osallistui tutkimukseen. Tehdyssä katoanalyysissä ei ilmennyt merkittäviä eroja vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden äitien iässä, synnytystavassa, lapsen Apgar-pisteissä tai perheen koossa. Aineiston keräämisen ajankohta ajoittui joulun molemmille puolille, ja tämä on osaltaan saattanut vaikuttaa laskevasti vastausprosenttiin. Tutkimuksessa ei pyritty yleistettävyyteen vaan kuvaavuuteen, joten vastausten määrä antaa riittävästi tietoa.

Tutkimuksessa käytettiin kahta kyselylomaketta. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on Coxin (1987) kehittämä, nimenomaan synnytyksen jälkeistä masennusta kartoittamaan kehitetty mittari, joka on validoitu useassa

maassa ja on osoittautunut sekä sensitiiviseksi (kyky löytää positiivisten testitulosten määrä) että spesifiseksi (kyky löytää negatiivisten testitulosten määrä) (mm. Cox 1987, Tamminen 1990, Cox ym. 1993, Wikberg ja Hwang 1996, Lee ym. 1998, Clifford ym. 1999, Hanley 2006, Gibson 2009, Leonardou ym. 2009). Taustatietoja kartoittava osa muodostettiin kirjallisuuden perusteella aikaisempien tutkimusten pohjalta (mm. Tamminen 1990, Bernazzani 1997).

Family Dynamics Measure II (FDMII), Perhedynamiikkamittari, on amerikkalaisen tutkimusryhmän Barnhillin terveen perheen toimintamallin pohjalta kehittämä mittari (Lasky ym. 1985). Mittarin englanninkielinen versio on suomennettu kolmessa vaiheessa asiantuntijoiden avustuksella (esim. Paavilainen 1998). Tutkimusryhmä otti huomioon mittarin validiteetin (mittarin kyvyn mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata) jo mittarin kehittämisvaiheessa testaamalla mittaria useaan kertaan. Mittarin on tarkoitus mitata kaikkia perhe-elämän ulottuvuuksia ja sopia eri kulttuureihin, erilaisiin perheisiin ja perheiden erilaiseen terveyteen. Sisältövaliditeetti (content validity) viittaa mittarin pätevyyteen ja sillä tarkoitetaan mittaamisen metodin kykyä mitata odotettua sisältöä. (Polit ja Hungler 1991, Burns ja Grove 1997, Nieswiadomy 1998). Mittarin sisältövaliditeetin arvioi asiantuntijapaneeli, ja väittämät, jotka eivät saavuttaneet 80 %:n hyväksyntää, poistettiin. Mittaria testattiin ”normaaleilla perheillä”, ja 13 perheterapeuttia arvioi sen (White ym. 1999). Mittarin rakennevaliditeetilla (construct validity) tarkoitetaan sitä astetta, jolla mittari mittaa tarkasteltavana olevaa teoreettista käsitettä (Burns ja Grove 1997, Nieswiadomy 1998). Rakennevaliditeettia on arvioitu kolmen otoksen avulla. Otokset muodostuivat 116 opiskelijasta perheineen, 364 synnyttäneestä perheestä ja 144 sellaisesta perheestä, jossa joku perheenjäsenistä kärsi kroonisesta sairaudesta (Lasky ym. 1985).

Mittarin reliabiliteetilla (yhdenmukaisuus, homogeenisuus ja pysyvyys) tarkoitetaan mittarin johdonmukaisuutta eli kykyä mitata aina samaa asiaa. Reliabiliteettia on arvioitu summamuuttujien Cronbachin alfa-arvojen avulla (Holm ja Llewellyn 1986, Burns ja Grove 1997, Vehviläinen-Julkunen ja Paunonen 1997). Suomalaisissa tutkimuksissa FDM-mittarin kokonais-Cronbachin alfan arvot ovat vaihdelleet 0.51:n ja 0.9:n välillä (ks. esim. Hakulinen 1998, Paavilainen 1998, Joronen 2005), joten mittaria voidaan pitää reliaabelina. Tämän tutkimuksen Cronbachin alfat FDM II:n eri osioissa ja kokonais-Cronbachin alfa on esitetty taulukossa 3 (s. 75). Taulukosta ilmenevät myös jokaisen osion muuttujat sekä ne

muuttujat, jotka on poistettu. Vaikka muuttujan poistaminen nostaakin jossain tapauksessa osion Cronbachin alfan arvoa eli parantaa summamuuttujan toimintaa, on poistaminen kuitenkin tehtävä harkiten ja tarkoituksenmukaisesti, koska muuttujien poistaminen heikentää tutkimuksen vertailtavuutta toisiin samoilla mittareilla tehtyihin tutkimuksiin (Laippala ym. 1998). Tässä tutkimuksessa monitulkintaiset väittämät päädyttiin poistamaan.

*Taulukko 3.* FDM II-mittarin Cronbachin alfat osioittain ja koko aineistossa sekä osioita kuvaavat muuttujat

Muuttujat	Kysymyksen numero (suluissa poistetut muuttujat)	Cronbachin alfa
Yksilöityminen	4, 10, 16, 28, 31, 34, 38, 39, 52, 57, 60 (50, 65)	.62
Yhteenkuuluvuus	3, 14, 15, 20, 30, 32, 43, 46, 55, 56 (18)	.86
Joustavuus	8, 13, 29, 35, 41, 51, 53 (1, 11, 26)	.72
Pysyvyys	44, 49, 58, 61, 63, 64 (9, 17, 27)	.57
Viestintä	2, 6, 21, 25, 33, 36, 46, 47, 48, 54, 62	.86
Roolit	5, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 37, 40, 42, 59 (66)	.85
-----		
Kokonais-Cronbachin alfa		.86

Tutkimuksen rajoituksena on se, että yhtenäisiä pisterajoja perheen toimivuudelle ei ole luotu, joten tutkimuksen vertailtavuus muihin samalla mittarilla tehtyihin tutkimuksiin on heikkoa. Myös mittarin soveltuvuutta suomalaiseen yhteiskuntaan on kritisoitu (Paavilainen 1998). Tässä tutkimuksessa nousi esiin kysymys mittarin soveltuvuudesta suomalaisten lapsiperheiden tutkimiseen. Mittarin väittämissä esiintyy jonkin verran kulttuurierojen aiheuttamia epäselvyyksiä kuten esimerkiksi väittämät, joka koskevat rutiinien noudattamista (väittämät 1 ja 11). Ne ilmentävät mittarin mukaan huonoa joustavuutta, vaikka suomalaisessa yhteiskunnassa korostetaankin etenkin lapsiperheissä säännöllisen päivärytmin noudattamisen merkitystä (väittämä 1 ”perheessämme toimintoja voidaan muuttaa”). Myös väittämästä 11 (”on tärkeää tehdä asiat oikein”) muissa väittämissä hyvää joustavuutta osoittavat perheet saivat hyvin alhaisia pisteitä.

### 7.1.2 Kvalitatiivisen osan luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelun yhteydessä pohditaan koko tutkimusprosessin luotettavuutta. Grounded-teorian luotettavuutta arvioidaan seuraavin kriteerein: muodostetun teorian sopivuus, ymmärrettävyys, yleisyys ja kontrolli (Glaser ja Strauss 1967a, Glaser ja Strauss 1967b, Lowe 1996, Isola 1997, Hutchinson 2000, Lomborg ja Kirkevald 2003).

*Sopivuudella* tarkoitetaan sitä, että teoria perustuu empiiriseen aineistoon (Lomborg ja Kirkevald 2003) ja kuvaa perheiden ja terveydenhoitajien vuorovaikutustilannetta äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä. Oleellista on, että tutkimukseen osallistuneilla on henkilökohtainen kokemus tutkimuskohteesta (McCann ja Clark 2003). Tähän tutkimukseen osallistuneista perheistä kaikilla oli omakohtainen kokemus äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja lastenneuvolapalveluista. Mielialaa ja lastenneuvolaa koskevat haastattelukysymykset olivat hyvin väljästi teemoitettuja, mikä mahdollisti sen, että haastateltavat voivat kertoa omat kokemuksensa ilmiöstä ilman, että tutkija johdatteli heidän vastauksiaan. Tällä pyrittiin varmistamaan aineiston rikkaus ja tutkittavien omien mielipiteiden esiintulo.

Myös lastenneuvolan terveydenhoitajat olivat kertomansa mukaan kohdanneet synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiviä äitejä ja heidän perheitään. Kaikki tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat työskentelivät lastenneuvolassa. Vuorovaikutusta koskevat kysymykset olivat avoimia, vain väljästi teemoitettuja, mikä mahdollisti terveydenhoitajille kokemustensa kertomisen ilman, että tutkija olisi johdatellut heidän vastauksiaan. Näin tutkimusaineisto rikastui haastateltavien omien kokemusten kuvaamisen kautta.

Kun teorian sopivuutta arvioidaan analyysin näkökulmasta, luotettavuuskysymykseksi nousee, kuinka hyvin haastateltavien näkökulmat on tavoitettu (Chiovitti ja Piran 2003). Tutkijan omat ennakkokäsitykset ja esiymmärrys vaikuttavat haastateltavien näkökulman tavoittamiseen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on käsitys, että todellisuus ei ole tutkijasta tai tutkimuskohteesta riippumatonta, vaan tutkija ja tutkittavat ovat subjekteja, jotka luovat ymmärtävää todellisuutta. Tavoitteena ei ole luoda yhtä oikeaa totuutta vaan tavoittaa tutkittavien näkökulmaa kuvaava todellisuus teoreettisten, yhteisesti ymmärrettyjen käsitteiden ja niiden välisten suhteiden kautta. (Kylmä ym. 2003.) Tutkija piti päiväkirjaa omista ajatuksistaan ja käsityksistään koko tutkimusprosessin ajan. Kuitenkaan koskaan ei ole mahdollista tavoittaa täysin toisen ihmisen kokemusta, joten suhteellinen todenmukaisuus oli tutkimuksen analyysin tavoitteena (Munhall 2000, Lomborg ja Kirkevold 2003).

Tutkimuksen on oltava ymmärrettävä, millä tarkoitetaan sitä, että tuotettu substantiivinen teoria vastaa äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien perheiden ja lastenneuvolan terveydenhoitajien mielestä heidän todellisuuttaan abstraktilla tasolla (Glaser ja Strauss 1967, Cheniz ja Swanson 1986, Isola 1997, Lomborg ja Kirkevold 2003, Lauri ja Kyngäs 2005). Ymmärrettävyyttä on arvioitu keskusteluissa neuvolan terveydenhoitajien sekä muiden terveydenhuoltoalan ammattihenkilöiden kanssa.

Yleisyyden kriteerin täyttääkseen teorian on sovelluttava erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien perheiden ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä. Tämän edellytyksenä on riittävä abstraktiotaso, mutta kuitenkin niin, että ilmiön erityispiirteet säilyvät. (Glaser ja Strauss 1967, Isola 1997, Hutchinson 2000.) Aineiston erityispiirteet on pyritty säilyttämään käyttämällä mahdollisimman lähellä alkuperäisilmaisuja olevia substantiivisia koodeja ja välttämällä liian aikaista luokittelua. Teoria on rakentunut

vuorovaikutuksen kontekstille suhteessa äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen nimenomaan koko perheen kokemuksena. Teorian lopullinen yleisyyden arviointi on mahdollista vain käytännön hoitotyön kontekstissa.

Kontrollin kriteerillä tarkoitetaan sitä, missä määrin hoitavat henkilöt pystyvät tarkastelemaan käytännön vuorovaikutustilanteita käyttäen teoriaa apuvälineenä (Glaser ja Strauss 1967, Isola 1997, Hutchinson 2000). Tämän teorian avulla lastenneuvolan terveydenhoitajien on mahdollista entistä paremmin huomioida synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien perheiden erityispiirteet lastenneuvolan asiakkaina. Myös kontrollin kriteerin arviointi tapahtuu myöhemmin käytännön hoitotyössä.

Grounded theoryn luotettavuuden kannalta on merkityksellistä, että tutkija tuntee tutkimusaiheen, analyysiprosessi kuvataan tarkasti ja tulokset kuvataan abstraktilla ja käsitteellisellä tasolla substantiivisen, aksiaalisen ja selektiivisen koodausprosessin jälkeen. Alkuperäisestä aineistosta on poimittu esimerkkejä mukaan tulososaan, jotta tulosten voidaan osoittaa perustuvan alkuperäiseen aineistoon. (Glaser ja Strauss 1967, Glaser 1978, Kylmä ym. 1999, Chiovitti ja Piran 2003, Leino-Kilpi ja Välimäki 2003, Collingridge ja Gantt 2008.)

Tutkimuksen laadullisten tulosten raportointi kolmena eri osajulkaisuna saattaa herättää kritiikkiä (Morse 1994). Ratkaisu on perusteltavissa siten, että ilmiön ymmärtämiseksi on tärkeää saada tietoa perheen kokemuksista äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, jotta perheen vuorovaikutusta terveydenhoitajan kanssa on mahdollisuus ymmärtää syvemmin. Lisäksi vuorovaikutuksen kuvaaminen sekä perheiden että terveydenhoitajan näkökulmasta erikseen auttaa valottamaan saman ilmiön kahta eri puolta.

## 7.2 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU

Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsi tähän tutkimukseen osallistuneista äideistä 13 %. Tulos on samansuuntainen kuin muissa synnytyksen jälkeisen masennuksen tutkimuksissa (esim. Tamminen 1990, Cox ym. 1993, Lane ym. 1997, Munro 2001, Hiltunen 2003, Lumley 2005, Leonardou ym. 2009, Pearlsten ym.

2009). Masentuneet äidit ilmaisivat eniten ahdistuneisuutta, mikä on samansuuntainen tulos kuin Tammisen (1990) ja Skouterisin ym. (2009) tutkimuksessa. Vauvan syntymä vaikuttaa aina äidin mielialaan, mutta mikäli oireet jatkuvat ja vaikeuttavat normaalia arkielämää, äiti ja koko perhe tarvitsevat tukea ja apua tilanteeseensa.

Sosiodemografisilla tekijöillä ei pystytty osoittamaan yhteyttä äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Eri tutkimuksissa on noussut erilaisia syitä äidin masennukseen, mutta yhteneviä tuloksia ei ole löytynyt. Äidin masennus vaikuttaa kuitenkin siihen, että masentuneet äidit imettävät lastaan lyhyemmän ajan kuin äidit, joilla ei masennusoireita ole. Tulos on samansuuntainen kuin Tarkan ym. (1999) tutkimuksessa, jossa ne äidit, joiden mieliala pysyi tasaisena synnytyksen jälkeen ja jotka saivat tukea läheisiltään, kokivat myös imettämisen positiivisempaan asiana.

Tutkimukseen osallistuneiden perheiden toimivuus oli kokonaisuutena tarkastellen melko hyvää, kun synnytyksestä oli kulunut kaksi kuukautta. Tämä tulos tukee muun muassa Hakulisen (1998) tutkimuksen tuloksia. Masentuneiden äitien perheiden toimivuus oli kuitenkin huonompaa kaikilla perheen toimivuuden osa-alueilla. Masennus vaikutti perheen toimivuuteen etenkin viestinnän osa-alueella, ja myöskään roolit eivät olleet yhtä selkeästi jäsentyneitä masentuneiden äitien perheissä kuin niissä perheissä, joissa masennusta ei esiintynyt. Äidit ilmaisivat huonompaa toimivuutta sekä viestinnän että roolivastavuoroisuuden alueella. Äitien kokeman sosiaalisen tuen ja etenkin puolisolta sadun tuen puutteen on todettu olevan yhteydessä masentumiseen synnytyksen jälkeen (mm. Katz ja Beach 1993, George 1993, Armstrong ym. 1998b, Cooper ym. 1999, Hiltunen 2003, Seimyr ym. 2004).

Perheet, joissa äiti oli masentunut, kuvasivat ristiriitaa odotusten ja todellisuuden välillä. Tämä tulos on samansuuntainen Youngin (2008) tutkimuksen kanssa. Vauva oli jokaisessa perheessä odotettu, oli raskaus ollut suunniteltu tai ei. Jokaisessa perheessä vanhemmat asuivat yhdessä raskausaikana ja perheeseen syntyi terve lapsi. Vauvan kanssa eläminen ei kuitenkaan ollut samanlaista kuin perheet olivat odottaneet. Osa vauvoista oli itkuisia, osa nukkui huonosti. Lisäksi puolison kanssa oli tullut ristiriitoja, jotka liittyivät joko aikaisempiin tapahtumiin tai pettymykseen lapsiperheen vanhempana olemiseen. Kaksi pariskuntaa oli eronnut pian lapsen syntymän jälkeen.

Äidin masennus ilmeni useimmiten itkuisuutena ja ahdistuksena, joskus myös paniikkioireina. Tämä tulos tukee aikaisempia tutkimustuloksia (mm. Nahas ym. 1999, Hertzberg 2000). Äiti saattoi myös kokea olevansa vanki omassa kodissaan. Masennus aiheutti äideissä voimakasta tarvetta suojella vauvaa ulkomaailmalta, ja he kokivat olevansa ainoita, jotka kykenivät vauvasta huolehtimaan. Osa ei halunnut tai uskaltanut uskoa vauvan hoitamista edes puolisolleen. Ympäröivä maailma saatettiin kokea uhkana vauvalle. Myös äidistä itsestään nouseva ahdistus ja toivottomuus lamasivat äidin toimintakykyä ja aiheuttivat avuttomuuden tunteita. Yksi äideistä kuvasi halua tappaa perheensä, jotta pääsisi ahdistavasta tilanteesta eroon.

Ongelmien hankaluutta lisäsi se, että vanhemmat eivät tunnistanee oireiden johtuvan masennuksesta ja näin he eivät myöskään osanneet heti hakea apua ongelmiinsa. Pahasta olostä puhuminen ei ollut mahdollista edes puolisollee, koska äidit ajattelivat, että synnyttäneen naisen kuului olla onnellinen vauvastaan eikä kokea tilannetta negatiivisena (Heikkinen ja Luutonen 2009). Näin ahdistuneisuus ja epäonnistumisen tunteet vain lisääntyivät. Synnytyksen jälkeistä masennusta on vaikea tunnistaa ja perhe saatetaan kokea myös niin intiiminä, että asioiden puheeksi ottaminen on vaikeaa (mm. Pelkonen 1994). Perheet ovat toivoneet jo ennen synnytystä enemmän keskustelua muun muassa synnytyksen jälkeisistä mielialamuutoksista, raskauden epänormaalista kulusta ja lapsen hoidosta (Vehviläinen-Julkunen 1999). Aktiivinen keskustelu ja mielialamuutosten tutuksi tekeminen jo ennen synnytystä helpottavat lastenneuvolassa sekä perhettä että terveydenhoitajaa asioiden puheeksi ottamisessa, ja mielialamuutokset voidaan nähdä enemmän asiaan kuuluvina tapahtumina, jolloin avun pyytäminen ja tarjoaminenkin helpottuvat (Young 2008).

Sekä äidit että isät masentuneiden äitien perheissä kokivat neuvolan osittain myös ahdistavana paikkana. Toisaalta vanhemmat odottivat neuvolalta tukea ja apua lapsen kasvatuksessa ja hoidossa sekä perheeksi kasvamisessa, toisaalta he eivät kuitenkaan neuvolassa uskaltaneet kertoa ongelmistaan. Vanhemmat kokivat voimakasta pakkoa suoriutua hyvin vanhemmuudestaan, ja siksi neuvolaan mentiin ikään kuin tarkastuskäynnille, jossa terveydenhoitaja antoi luvan jatkaa vanhemmuudesta suoriutumista. Vanhempien mukaan terveydenhoitaja tuntui pelottavalta ja etäiseltä henkilöltä, joka tarkisti lapsen voinnin ja antoi ohjeita jatkoa varten. Vanhemmat kokivat ohjeet kuitenkin yleisluonteisina, ei juuri omalle



perheelle annettuina. Perheille olisi ollut tärkeää, että heidät olisi vastaanotettu yksilöllisesti ja tasavertaisesti niin, että heille olisi välittynyt kuva, että terveydenhoitaja muistaa heidät (Vrt. Vehviläinen-Julkunen ja Duffy 1999, Tarkka ym. 2001, Jansson ym. 2002). Etenkin se, että terveydenhoitaja muistaa lapsen etunimen, oli perheille tärkeä asia.

Isät kokivat neuvolan vieraana paikkana ja yhtä isää lukuun ottamatta osallistuivat neuvolassa vain lääkärikäynneille. Kuitenkin muun muassa Vehviläinen-Julkusen tutkimuksessa (1999) tulee esiin isien aktiivisuus ja halu osallistua perheen tapahtumiin. Myös isällä on vaara sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja tutkimusten mukaan (mm. Schumacher ym. 2008) isät tarvitsevat ja odottavat tukea nimenomaan neuvolasta. Tämä lisää vaateita lastenneuvolatyön kehittämiseksi. Terveydenhoitajien vaihtuminen ja sen myötä jatkuvuuden puuttuminen lisäsivät vielä perheiden kokemusta neuvolasta etäisenä. Tulos on samansuuntainen Viljasen (1999) ja Hakulinen-Viitasen ym. (2007) tutkimusten kanssa. Myös Vehviläinen-Julkunen (1995b), Järvinen ym. (2000) ja Jansson ym. (2002) ovat tutkimuksissaan todenneet, että vanhemmat kaipaavat neuvolapalveluilta enemmän asiakaslähtöisyyttä sekä aikaa keskustella terveydenhoitajan kanssa rauhassa, ilman kiirettä. Kuitenkin kaikki tutkimukseen osallistuneet perheet pitivät suomalaista neuvolajärjestelmää erittäin hyvänä ja tarpeellisena.

Ne äidit, jotka uskaltautuivat neuvolassa puhumaan ongelmistaan, kokivat saavansa nopeasti ja tehokkaasti apua tilanteeseensa. Keskusteluajoja järjestyi joko lääkärille, terveydenhoitajalle tai psykologille ja perheet saivat kodinhoitajan apua tarvitessaan. Perheiden kokemukset neuvolan tarjoamasta avusta olivat positiiviset, mutta ongelmaksi muodostui avun tarpeen tunnistaminen. Tämä onkin haasteellista, jos äiti itse tai hänen perheensä ei tunnista avun tarvetta, koska neuvolan terveydenhoitajan mahdollisuudet avun tarpeen tunnistamiseen ovat melko pienet siinä vaiheessa kun äiti vielä jollakin lailla pärjää lapsen kanssa. Neuvolassa kuitenkin perheet pyrkivät näyttämään pärjäävimmän puolensa. Vaikka perheiden kokemukset lastenneuvolasta ovatkin melko negatiiviset, tämä selittyy pitkälti sillä, että tutkimukseen osallistuneissa perheissä äiti oli masentunut synnytyksen jälkeen.

Lastenneuvolan terveydenhoitajat pitivät koko perhettä asiakkaana, vaikka tavallisimmin äiti tuli vastaanotolle vauvan kanssa. Perheen kokonaistilanteen

kartoittaminen nähtiin tärkeämpänä kuin rokotuksista, punnituksista ja mittauksista huolehtiminen, ja terveydenhoitajat pyrkivät rohkaisemaan perheitä omaan ajatteluun lapsen hoidossa ja kasvatuksessa. (Vrt. Hirvonen 2000, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, Yarwood 2008.) Vauvan ja vanhempien vuorovaikutuksen tarkkailemista ja vuorovaikutustilanteiden ohjaamista pidettiin tärkeänä osana lastenneuvolassa tehtävää työtä. Tulos on samansuuntainen Vehviläinen-Julkusen (1999) ja Viljamaan (2003) tutkimusten sekä Lastenneuvolaoppaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004) suositusten kanssa.

Ohjaaminen ja tiedon antaminen oli terveydenhoitajien mukaan keskeinen osa neuvolatyötä. Tulos on samansuuntainen Tarkan ym. (2001), Astonin (2008) ja Youngin (2008) tutkimustulosten kanssa. Ohjausta haluttiin antaa tasavertaisena toimijana positiivisen palautteen, kannustamisen ja mallina toimimisen kautta, kuten myös Lastenneuvolaoppaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004) suosituksissa korostetaan.

Terveydenhoitajat pitivät tärkeänä asiana perheen ja terveydenhoitajan ”kemioiden kohtaamista”. Se nähtiin oleellisena osana yhteistyön onnistumiselle. Vuorovaikutustilanteissa käytettiin työvälineenä huumoria, joka oikein käytettynä onkin osoittautunut toimivaksi vuorovaikutuksen välineeksi (Vehviläinen-Julkunen ja Duffy 1999, Åstedt-Kurki ym. 2001c).

Koska synnytyksen jälkeinen masennus on vaikea tunnistaa (mm. Heneghan ym. 2000, Hertzberg 2000, Munro 2001, Hiltunen 2003, Pearlsten ym. 2009), terveydenhoitajat pitivät ensiarvoisen tärkeänä vanhempien ja vauvan vuorovaikutustilanteiden seuraamista ja havainnointia. Terveydenhoitajalla on oltava myös rohkeutta tarttua vaikeinakin koettuihin asioihin sekä ohjata perhettä avun piiriin (Puura ym. 2001, Kuorilehto 2008).

Perheet ja terveydenhoitajat nostivat esiin samoja asioita, kun tarkasteltiin vuorovaikutusta perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan välillä äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä. Nämä samat toiveet ja tarpeet eivät kuitenkaan kohdanneet toisiaan.

## 7.3 TUTKIMUKSEN MERKITYS KÄYTÄNNÖN HOITOTYÖLLE

Synnytyksen jälkeen masentuneet äidit ja heidän perheensä ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, ja masennuksen takana olevat syyt ovat moninaiset ja yksilölliset. Synnytyksen jälkeinen masennus on yleinen mutta huonosti tunnistettavissa oleva oire synnyttäneiden perheiden keskuudessa. Perheet itse tunnistavat jonkin olevan huonosti, mutta masennusta itsessään ei tunnisteta. Neuvolan terveydenhoitajilta vaaditaan herkkyyttä, ammattitaitoa ja kiinnostusta koko perheen hyvinvoinnin kartoittamiseen ja tuen tarjoamiseen.

Perheiden tiedon saanti ja aktiivinen keskustelu synnytyksen jälkeisistä mielialamuutoksista jo äitiysneuvolassa on tärkeää, vaikka perheet eivät välttämättä synnytyksen jälkeen tätä tietoa itse pystykään hyödyntämään. Lastenneuvolassa on kuitenkin mahdollisuus palata aktiivisesti äitiysneuvolassa annettuun ohjaukseen myös mielialojen suhteen ja näin luontevasti myös tuoda keskusteluun mielialamuutokset asioina, jotka ovat yleisiä ja luonnollisia synnytyksen jälkeen. Tämä auttaa perhettä kertomaan omasta tilanteestaan avoimesti, kun mielialamuutoksista poistuu epäonnistumisen tunne. Neuvoloissa olisi entistä enemmän kiinnitettävä huomiota perheiden yksilöllisiin kokemuksiin raskaudesta, synnytyksestä ja vauvan hoidosta ja pyrittävä auttamaan niitä perheitä, joiden oma kokemus tilanteestaan on ollut hankala tai vaikea.

Isät useimmiten haluavat osallistua perheen asioihin myös lastenneuvolan asiakkaina. Joustavuus vastaanottoajoissa mahdollistaa myös isän osallistumisen neuvolakäynneille. Isien huomioiminen lapsen vanhempana ja tärkeänä tiedonantajana perheen asioissa rohkaisee isää osallistumaan aktiivisesti neuvolakäynneille. Lisäksi isän oman voinnin ja jaksamisen huomioiminen neuvolassa on tärkeää. Jos lastenneuvolassa voitaisiin esimerkiksi varata yksi aika isän ja vauvan yhteiselle käynnille ilman äitiä, isien kynnys osallistua myös muille lastenneuvolakäynneille voisi olla jatkossa helpompaa.

Internetin kautta on mahdollisuus löytää tietoa ja vertaistukea. Kuitenkin internetin kautta saatava tieto on vaihtelevaa ja sensuroimatonta. Terveystieteiden alan ammattilaisten ylläpitämät sivut, joiden kautta saatava tieto on

luotettavaa, olisivat tärkeä osa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien ja heidän perheidensä auttamisessa.

Perheet ovat yksilöllisiä ja kokevat tilanteensa ja saamansa ohjeet hyvin eri tavoin. Tulevaisuudessa suomalaisen lastenneuvolan asiakkaana on lisäksi enenevässä määrin eri kansallisuuksista ja kulttuuritaustoista tulevia perheitä. Perheen voinnin tunnistaminen ja hoitaminen kulttuuriperustaisesti tuo yhden lisähaasteen terveydenhoitajan työlle lastenneuvolassa.

Terveydenhoitajien työ neuvolassa on yksinäistä ja kollegiaalinen tuki satunnaista. Päivät ovat kiireisiä, eikä asioiden jakamiseen muiden kanssa välttämättä jää aikaa. Osa terveydenhoitajista työskentelee ainoana työntekijänä neuvolassa. Terveydenhoitajien ryhmätyönohjauksella voitaisiin tukea terveydenhoitajien ammattitaitoa ja jaksamista. Työnohjauksella tarkoitetaan oman työn tutkimista, arviointia ja kehittämistä, joka tapahtuu koulutetun työnohjaajan avulla (Paunonen-Ilmonen & Hyrkäs 2001). Se on työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyvien kysymysten, kokemusten ja tunteiden yhdessä tulkitsemista ja jäsentämistä. Työnohjaus mahdollistaa kollegiaalisen tuen saannin ja parhaimmillaan auttaa terveydenhoitajaa tarkastelemaan omaa työtään ja rohkaisee asioihin tarttumiseen. Ryhmätyönohjaus tarjoaa mahdollisuuden oppia muiden työskentelystä, tuoda omat ongelmatilanteensa yhteiseen käsittelyyn sekä tuo työhön uusia näkökulmia.

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen koulutus auttaa terveydenhoitajia huomioimaan äidin ja vauvan välisen vuorovaikutuksen vivahteita ja puuttumaan mahdollisiin ongelmiin jo varhaisessa vaiheessa. Myös koulutus perhetyöhön rohkaisee terveydenhoitajia huomioimaan koko perheen asiakkaana neuvolassa.

Vaikka perhehoitotyö on ollut esillä terveydenhuollossa jo useita vuosia, sen toteutuminen ei aina ole ollut itsestään selvää. Edelleen terveydenhuollossa hoidetaan identifioitua potilasta usein hyvinkin irrallaan hänen läheisimmistä ihmisistään, perheestään. Optimaalisen hoidon takaaminen edellyttää kuitenkin, että koko perhe on mukana tutkimuksissa, hoidossa ja hoidon arvioinnissa. Perheen merkitykseen ja voimavaroihin huomion kiinnittäminen lisää yksittäisen perheenjäsenen hyvinvointia ja tukee koko perhettä toimimaan yhdessä yhteisen päämäärän hyväksi.

## 7.4 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Tämä tutkimus osoittaa, että äidin masennus synnytyksen jälkeen vaikuttaa koko perheeseen. Perheet odottavat lastenneuvolalta perhekeskeistä, ainutkertaista ja tasavertaista vuorovaikutusta. Lastenneuvolan terveydenhoitajat haluavat kohdata perheen näillä samoilla edellytyksillä. Kuitenkaan perheiden ja terveydenhoitajien samat toiveet ja odotukset eivät kohtaa toisiaan.

Äitien synnytyksen jälkeinen masennus on ollut tutkimuskohteena pääasiassa äidin itsensä kannalta ja jonkin verran tutkimusta on tehty myös masennuksen vaikutuksesta äidin ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen, lapsen myöhempään kehitykseen sekä vaikutuksista isään. Koko perheen näkökulmaa äidin masennukseen ei ole riittävästi huomioitu tutkimuksissa. Pitkittäistutkimus masentuneiden äitien perheiden keskuudessa toisi arvokasta tietoa masennuksen vaikutuksesta perheen toimivuuteen myöhemmin, vanhemmuuden kokemisesta, äidin masennuksen vaikutuksesta lapsen myöhempään kehitykseen sekä terveydenhuollon eri interventioiden vaikutuksesta perheen toipumiseen.

Tutkimukset osoittavat, että myös isät voivat kärsiä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Isien synnytyksen jälkeisestä masennuksesta on kuitenkin olemassa vain vähän tietoa ja tämän alueen laajempi kartoittaminen antaisi kokonais kuvan koko ilmiöstä perheen näkökulmasta.

Isien osallistuminen neuvolakäynneille ei vielä kukaan ole itsestään selvyys. Lisää tutkimusta tarvitaan myös isien odotuksista sekä niistä keinoista, joiden avulla isien osallistumista äitiys- ja lastenneuvolakäynteihin voitaisiin lisätä.

Lisää tietoa tarvitaan lastenneuvolatyöstä nimenomaan perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajien välisestä vuorovaikutuksesta sekä molempien odotuksista lastenneuvolan palveluiden sisällöstä. Lisäksi tarvitaan tietoa lastenneuvolan terveydenhoitajien täydennyskoulutuksen vaikuttavuudesta muun muassa varhaisen vuorovaikutuksen tarkkailun ja ohjaamisen alueelta.

Perhehoitotieteellistä tutkimusta tarvitaan lisää, jotta terveydenhuollossa olisi mahdollista entistä enemmän tukeutua näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Terveydenhuollon työntekijöillä on lukuisia hyviä toimintamalleja, joiden toimivuuden saattaminen myös muiden työntekijöiden tietoon lisäisi terveydenhuollon tuottavuutta ja parantaisi hoidon laatua.

# KIRJALLISUUS

- Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M and Bhai I (1998): Hormonal aspects of postnatal depression. *Psychoneuroendocrinology* 23 (4): 465-475.
- Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M and Anderson DN (1999): The role of pterins and related factors in the biology of early postpartum depression. *European Neuropsychopharmacology* 9 (4): 295-300.
- Ackerman NW (1958): *The psychodynamics of family life. Diagnosis and treatment of family relationships.* Basic Books, New York.
- Ackerman NW (1966): *Treating the troubled family.* Basic Books, New York.
- Ahonen P (2001): *Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset.* Akateeminen väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja C:167, Turku.
- Akman C, Uguz F, Kaya N (2007): Postpartum-oneset major depression is associated with personality disorders. *Compr Psychiatry* 48: 343-347.
- Allen H (1999): "How was it with you?" debriefing for postnatal women: does it help. *Professional Care of Mother & Child* 9(3): 77-79.
- Anderson KH (2000): The family health system approach to family systems nursing. *Journal of Family Nursing* 6: 103-119.
- Anderson BA and Anderson AM (1999): *Qualitative Family Research.* In: *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö.* Ss.137-156. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Areias ME, Kumar R, Barros H and Figueiredo E (1996): Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry* 169 (1): 36-41.
- Armstrong KL, O'Donnell H, McCallum R. and Dadds MR. (1998a): Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/deprivation. *Journal of Paediatrics & Child Health* 34: 263-266.
- Armstrong, KL, Van Haeringen AR, Dadds M and Cash R (1998b): Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: separating the chicken from the egg. *Journal of Paediatrics & Child Health* 34 (3): 260-262.
- Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR and Morris J (1999): A randomized controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of Paediatrics & Child Health* 35 (3): 237-244.
- Aston M (2008): Public health nurses as social mediators navigating discourses with new mothers. *Nursing Inquiry* 15(4): 280-288.
- Bagedahl-Strindlund M and Monsen Börjesson K (1998): Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98 (4): 272-275.
- Barnhill LR (1979): Healthy family systems. *The Family Coordinator*, January: 94-100.
- Beck CT (1995a) The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nursing Research* 44 (5): 298-304.
- Beck CT (1995b): Perceptions of nurses' caring by mothers experiencing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 24 (9): 819-825.
- Beck CT (1998a): The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing* 12 (1): 12-20.
- Beck CT (1998b): A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 27 (1): 39-46.

- Beck CT (1998c): Postpartum onset of panic disorder. *Image-the journal of Nursing Scholarship* 30: 131-135.
- Begley C (1996): Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. *Journal of Advanced Nursing* 24: 688-693.
- Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V and Cox JL (1999): The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *Journal of Affective disorders* 53 (2): 137-141.
- Benzies KM and Allen MN (2001): Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. *Journal of Advanced Nursing* 33:541-547.
- Bergant AM, Heim K, Ulmer H and Illmensee K (1999): Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors.
- Bernazzani O, Saucier JE, David H and Borgeat E (1997): Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective disorders* 46 (1): 39-49.
- Bewley C (1999): Postnatal depression. *Nursing Standard* 13 (16): 49-56.
- Boath E, Cox JL, Lewis M, Jones P and Pryce A (1999): When the cradle falls: the treatment of postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care. *Journal of Affective Disorders* 53 (2): 143-151.
- Bondas T (2000): Att vara med barn. En vårdevetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid. Akademisk avhandling. Åbo Akademi University Press. Vaasa.
- Bomar P (2004) Introduction to family health nursing and promoting family health. In: *Promoting health in families 3<sup>rd</sup> ed*, pp. 634-649. Ed. P Bomar, Saunders, Philadelphia.
- Borrill J (1998): Detecting and preventing postnatal depression. *Community Nurse* 4 (3): 19-20.
- Bowen GA (2006): Grounded theory and sensitising concepts. *International Journal of Qualitative Methods* 5(3) [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5\\_3/html/bowen.htm](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_3/html/bowen.htm)
- Briller SH, Meert KL, Schim SM, Thurston CS and Kabett A (2008): Implementing a triangulation protocol in bereavement research: a methodological discussion. *Omega. Journal of Death & Dying* 57(3):245-260.
- Brugha TS, Sharp HM, Cooper SA, Weisender C, Britto D, Shinkwin R, Sherrif T and Kirwan PH (1998): The Leicester 500 project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine* 28 (1): 63-79.
- Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW, Huxsahl JE, Larson DR. and Yawn BP (1999): Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *Journal of Reproductive Medicine* 44 (4): 351-358.
- Burns N and Grove SK (1997): *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization.* 3<sup>rd</sup> ed. W. B. Saunders, Philadelphia.
- VanBussel JC, Spitz B and Demyttenaere K (2006): Women's mental health before, during and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth* 33: 297-302.
- Carpiniello B, Pariante CM, Serri, F, Costa G and Carta MG (1997): Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 18: 280-285.
- Castle H, Slade P, Barranco-Walden M and Rogers M (2008): Attitudes to emotional expression. Social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 26(3): 180-194.
- Charmaz K (2000): Grounded theory – objectivist and constructivist methods. In: *Handbook of qualitative research 2<sup>nd</sup> ed*, pp. 509-535. Eds. NK Denzin and YS Lincoln, Thousand Oaks, Sage, California.
- Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadlans BH, Conwell Y (2004) Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics* 113(3): 551-558.

- Chenitz WC and Swanson JM (1986): Qualitative research using grounded theory study. In: From practice to grounded theory. Qualitative research in nursing, pp. 3-15. Eds. WC Chenitz and JM Swanson. Addison-Wesley, Menlo Park, California.
- Chiovitti RF and Piran N (2003): Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing* 44(4): 427-435.
- Cicchetti D, Rogosch FA and Toth SL (1998): Maternal depressive disorder and contextual risk: contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology* 10 (2): 283-300.
- Clifford C, Day A, Cox J and Werrett J (1999): A cross-cultural analysis of the use of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in health visiting practice. *Journal of Advanced Nursing* 30(3): 655-664.
- Collingridge DS and Gantt EE (2008): The quality of qualitative research. *American Journal of Medical Quality* 23 (5): 389-395.
- Corbin J and Strauss A (2008): Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 3ed. Thousand Oaks, California.
- Cooper PJ, Tomlinson M, Scwartz L, Wooglar M, Murray L and Molteno C (1999): Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry* 175: 554-558.
- Cox JL (1987) Detection of postnatal depression: Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry* 150: 782-786.
- Cox JL, Murray D and Chapman G (1993): A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry* 163: 27-31.
- Coyne I and Cowley S (2006): Using grounded theory to research parent participation. *Journal of Research in Nursing* 11(6): 501-515.
- Danielsson CB, Hamel-Bissell B and Winstead-Fry P (1993): Families, health & illness. Perspectives on coping and intervention. Mosby, St. Louis.
- Davies BR, Howells S and Jenkins M (2003): Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 44(3): 248-255.
- Dennis CL (2004): Can we identify mothers at risk of postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal depression Scale? *Journal of Affective Disorders* 78(2): 163-169.
- Dennis CL and McQueen K (2007): Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica* 96(4): 590-594.
- Dennis CL and McQueen K (2009): The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. *Pediatrics* 123(4): 736-751.
- Dey I (2004): Grounded theory. In: Qualitative research practice, pp. 80-93. Eds. C Seale, G Gobo, J Gubrium and D Silverman, Cromwell, Throwbridge, Wiltshire.
- Doane G and Varcoe C (2006): The "hard spots" of family nursing. *Journal of Family Nursing* 12(1): 7-9.
- Dossett EC (2008): Perinatal depression. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North-America* 35(3): 419.
- Dunn S (2006): The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *JOGGN* 35: 87-97.
- Epperson CN (1999): Postpartum major depression: detection and treatment. *American Family Physician* 59 (8): 2247-2254.
- Esposito D, Taylor EF, Gold M (2009): Using qualitative and quantitative methods to evaluate small-scale disease management pilot programs. *Population Health Management* 12(1): 3-15.
- Etene (2006): Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Valtakunnallinen terveydenhuollon neuvottelukunta (ETENE) 2002-2006. Etenen julkaisu no 17, Helsinki, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Etzell S (1998): Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Fawcett CS (1993): Family psychiatric nursing. Mosby, Missouri.



- Foss C (2002): The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of Advanced Nursing* 40: 242-248.
- Fossey L, Papiernik E and Bydlowski M (1997): Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 18 (1): 17-21.
- Fowles ER (1998): The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Health Care for Women International* 19: 83-94.
- Friedemann M-L (2002): Nursing the spirit: The framework of systemic organization. *Journal of Advanced Nursing* 39:325-332.
- Friedman MM (1998): *Family nursing research. Theory and practice.* Appleton & Lange, Stamford.
- Gao C, Chan SW and Mao Q (2009): Depression, perceived stress and social support among first-time mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health* 32(1): 50-58.
- Garcia-Esteve L, Navarro P, Ascaso C, Torres A, Aquado J, Gelabert E and Martin-Santos R (2008): Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Archives of Womens Mental Health* 11(3): 193-200.
- Gelles RJ (1997): *Intimate violence in families.* 3<sup>rd</sup> edition. Newbury Park, Sage, California.
- George M (1996): Postnatal depression, relationships and men. *Mental Health Nursing* 16: 12-15.
- Gibson J, McKenzie H, Harg K, Shakespeare J, Price J and Gray R (2009): A systematic review of studies validation the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119(5): 350-364.
- Glaser BG (1978): *Theoretical sensitivity.* Mill Valley, California.
- Glaser BG (1992): *Basics of grounded theory analysis.* Mill Valley, California.
- Glaser BG (1999): The future of grounded theory. *Qualitative Health Research* 9(6): 836-845.
- Glaser BG (2001) *The grounded theory perspective: conceptualisation contrasted with description.* The Sociology Press, Mill Valley, CA.
- Glaser BG and Strauss AL (1967a): *Awareness of dying.* Aldine, Chicago.
- Glaser BG and Strauss AL (1967b): *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* Aldine, New York.
- Glasser S, Barell V, Shoham A, Ziv A, Boyko V, Lusky A and Hart S (1998): Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 19 (3): 155-164.
- Goodman JH (2004): Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing* 45(1): 26-35.
- Gunn J, Lumbley J and Young D (1998): The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice. *British Journal of General Practice* 48: 1570-1574.
- Hakulinen T (1998): *The family dynamics of childbearing and childrearing families, related family demands and support received from child health clinics.* Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 585, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Hakulinen-Viitanen T, Koponen P, Julin AM, Perälä M, Paunonen-Ilmonen M and Luoto R (2007): Access to and continuity of care in maternity health services from the client's point of view. *Hoitotiede* 19(6): 326-337.
- Halcomb E (2006): Triangulation as a method for contemporary nursing research. *Nurse Researcher* 134: 78-82.
- Hallgren A, Kohlgren M, Forsten L and Nordberg A (1999): Swedish father's involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery* 15: 6-15.
- Hanley J (2006): The assessment and treatment of postnatal depression. *Nursing Times* 12: 24-26.

- Hanna B, Jarman H, Savage S and Layton K (2004): The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a checklist. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 33(2): 191-197.
- Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V and Sandler M (1992): Links between early postpartum mood and post-natal depression. *British Journal of Psychiatry* 160: 777-780.
- Hanson SM, Kaakinen JR and Friedman MM (1998): Theoretical Approaches to Family Nursing. In: *Family Nursing. Research, Theory & Practice*, pp. 75-96. Ed. MM Friedman. Appleton & Lange, Stamford.
- Harmon Hanson S and Kaakinen J (2005): Theoretical foundations of nursing of families. In: *Family health care nursing. Theory, practice and research*, 3<sup>rd</sup> ed, pp. 69-93. Eds. S Harmon Hanson, V Gedaly-Duff and J Kaakinen, FA Davies, Philadelphia.
- Hearn G, Iliff A, Jones I, Kirby A, Ormiston P, Parr P, Rout J and Wardman L (1998): Postnatal depression in the community. *British Journal of General Practice* 48 (428): 1064-1066.
- Heikkinen T ja Luutonen S (2009): Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. *Suomen Lääkärilehti* 15(69): 1459-1464.
- Hendrick V, Altshuler LL and Suri R (1998): Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics* 39 (2): 93-101.
- Heneghan AM, Silver EJ, Bauman LJ and Stein RG (2009): Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics* 106(6): 1367-1373.
- Hertzberg T (2000): Synnytyksen jälkeinen masennus. *Duodecim* 6(14): 1491-1497
- Hiltunen P (2003): Äidin synnytyksen jälkeinen masennus, riskitekijöistä pitkäaikaisvaikutuksiin. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Oulu University Press, Oulu.
- Hirvonen E (2000): Raskaus nuoren valintana. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 776, Tampere.
- Holden J and Cox J (1994): Preface. In: *Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*, pp. ix-xii. Eds J Cox and J Holden, Gaskell, London.
- Holloway I and Todres L (2006): Grounded theory. In: *The research process in nursing*, 5<sup>th</sup> ed, pp. 192-207. Eds. K Gerrish and A Lacey, Blackwell Publishing, Oxford.
- Holm K and Llewellyn JG (1986): *Nursing research for nursing practice*. W. B. Saunders, Philadelphia.
- Hopia H (2006): Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen. Toimintatutkimus lastenosastolla. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis*, 1151, Tampere.
- Horowitz JA and Goodman JH (2005) Identifying and treating postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 34(2): 264-273.
- Hutchinson SA (2000): Grounded theory: The method. In: *Nursing Research. A qualitative perspective*, pp. 180-212. Eds. PL Munhall and C Oiler Boyd, Addison-Wesley, Menlo Park, California.
- Huttunen M (2008): Synnytyksen jälkeinen masennustila. Lääkärikirja *Duodecim*. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tkkoti?p-artikkeli=dlk00505>.
- Häggman-Laitila A (2001): Lapsiperheprojekti ja varhainen tuki perheiden arjen hallinnassa. Teoksessa: Preventiivinen perhehoitotyö. Terveyttä edistävien työmenetelmien arviointia lapsiperheprojektissa., ss. 12-23. Toim. A-M Pietilä, K Vehviläinen-Julkunen, A Häggman-Laitila ja M Saastamoinen. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 27, Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Häggman-Laitila A (2002): Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämisessä. Teoksessa: Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät, ss. 172-197. Toim. A-M Pietilä, T Hakulinen, E Hirvonen, P Koponen, E-M Salmela ja K Sirola. WS Bookwell Oy, Juva.

- Isola A (1997): Grounded theory-menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, ss. 174-185. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Isometsä E, Lindfors O, Luutonen S, Mattila M, Marttunen M, Pirkola S, Salminen JK ja Seppälä I (2004): Depression käypä hoito. *Duodecim* 120: 744-764.
- Jansson A, Sivberg B, Larsson BV and Uden G (2002): First-time mothers: satisfaction with early encounters with the nurse in child health care: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatrica* 91(5): 531-577.
- Jeon Y-H (2004): The application of grounded theory and symbolic interactionism. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18: 249-256.
- Joronen K (2005): Adolescents' subjective well-being in their social contexts. Academic dissertation. *Acta Universitatis Tamperensis* 1063, Tampere.
- Joronen K, Koski A, Paavilainen E ja Åstedt-Kurki P (2008): Perhehoitotyön toteutumista arvioivat mittarit – systemoitu katsaus. *Hoitotiede* 6(20): 366-376.
- Järvinen R, Åstedt-Kurki P, Tarkka M-T ja Paavilainen E (2000): Helpotusta pienten lasten perheiden arkeen: kokemuksia lastenneuvolan vanhempainryhmistä. *Hoitotiede* 12(5): 270-280.
- Kaila-Behm A (1997): Miehestä esikoisen isäksi. Akateeminen väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisuja E, yhteiskuntatieteet, Kuopio.
- Kaila-Behm A ja Vehviläinen-Julkunen K (1999): Isät asiakkaina. Teoksessa: *Perhehoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö*, ss.176-191. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Kaminsky LM Carlo J, Muench MV, Nath C, Harrigan JT and Canterino J (2008): Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an indigent population: Does the directed interview improve detection rates compared with the standard self-completed questionnaire? *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 21: 321-325.
- Kangasmäki-Nummenmaa V (1989): Synnytyksen jälkeinen masennus. Tutkimus EPDS-lomakemittarin psykometrisistä ominaisuuksista sekä masennukseen liittyvistä tekijöistä. Tampereen yliopisto, psykologian laitos, Tampere.
- Karlsson H (2002): Mitä lääkettä imettävälle äidille? *Duodecim* 118(10):1059.
- Katz J and Beach SRH (1993): Self-verification and depressive symptoms in marriage and courtship: a multiple pathway model. *Journal of Marriage and the Family* 59: 903-914.
- Kearney MH (1998): Ready-to-wear: discovering grounded formal theory. *Research in Nursing Health* 21: 179-186.
- Keogan B and Daly L (2009): The ethics of conducting research with mental health service users. *British Journal of Nursing* 18(5): 277-281.
- Kettunen P ja Koistinen E (2008): Synnytyksen jälkeinen masennus ja estrogeenihoito. *Suomen Lääkärilehti* 18-19: 1713-1716.
- Koivisto E ja Kiviniemi P (2001): Pelkääkö isä mörköjä? Teoksessa: *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*, ss. 16-186. Toim. M Inkinen, Tammi, Tampere.
- Koivisto K, Janhonen S, Latvala E and Väisänen L (2001) Applying Ethical Guidelines in Nursing Research on People with Mental Illness. *Nursing Ethics* 8: 328-339.
- Kuorilehto R (2008): Voimavarainen terveydenhoitaja lapsiperheiden tukena. *Tutkiva hoitotyö* 6(3): 11-17.
- Kuula A (2006): Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. *Vastapaino*, Tampere.
- Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K and Lähdevirta J (1999): Ethical considerations in a grounded theory study on the dynamics of hope in HIV-positive adults and their significant others. *Nursin Ethics* 6(3): 224-239.
- Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K ja Lähdevirta J (2003): Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119: 609-615.
- Kylmä, J ja Juvakka T (2007): *Laadullinen terveystutkimus*. Edita, Helsinki.

- Laippala P, Paavilainen E ja Koponen H (1997): Kuvailevaa tilastotiedettä – summamuuttujien rakentamisen tarkastelua, ss. 76-90. Teoksessa: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M and Barry S (1997): Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *British Journal of Psychiatry* 171: 550-555.
- Lasky P, Coen Buckwalter K, Whall A, Lederman R, Speer J, McLane A, King JM and White MA (1985): Developing an instrument for the assessment of family dynamics. *Western Journal of Nursing Research* 7: 40-57.
- Lau Y and Wong DF (2008): The role of social support in helping Chinese women with prenatal depressive symptoms cope with family conflict. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 37(5): 556-571.
- Lauri S ja Kyngäs H (2005): Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY, Vantaa.
- Lavender T and Walkinshaw SA (1998): Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 25 (4): 215-219.
- Lawrie TT, Hofmeyr GJ, de Jager M and Berk M (1998): Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a cohort of South African women. *South African Medical Journal* 88 (10): 1340-1344.
- Lee DT, Yip SK, Chiu HF, Leung TY, Chan KP, Chau IO, Leung HC and Chung TK (1998): Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale.
- Lee RM (1999): *Doing research on sensitive topics*. Sage, London.
- Lehto P (2004): *Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Akateeminen väitöskirja*. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. *Acta Universitatis Tamperensis* 999.
- Leino-Kilpi H (1997): Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? In: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, ss.222-232. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Leino-Kilpi H ja Välimäki M (2003): *Etiikka hoitotyössä*. WSOY, Juva.
- Leonardou AA, Zervas YM, Papageorgiou CC, Marks MN, Tsartsara EC, Antsaklis A, Christodoulou GN and Soldatos CR (2009): Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of Postnatal Depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 27(1): 28-39.
- Lomborg K and Kirkevoid M (2003): Truth and validity in grounded theory – a reconsidered realist interpretation of the criteria, fit, work, relevance and modifiability. *Nursing Philosophy* 4: 181-200.
- Lowe A (1996): *An explanation of grounded theory*. Working papers. Swedish School of Economics and Business Administration, Helsinki.
- Lumley J (2005): Attempts to prevent postnatal depression. *British Medical Journal* 331(7507): 5-6.
- Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P. ym (2001): Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of Am acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 1367-1374.
- Luoma I ja Tamminen T (2002): Äidin masennus ja lapsen psyykinen kehitys. *Suomen Lääkärilehti* 57: 4093-4096.
- Mandl KD, Tronick EZ, Brennan TA, Alpert HR and Homer CJ (1999): Infant health care use and maternal depression. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 153 (8): 808-813.
- Manninen H (2008): Vanhemman vakava sairaus on yksi lapsen psyykkisen kehityksen riskitekijä. *Suomen Lääkärilehti* 22(63): 2047-2053.
- Matthey S, Barnett B, Ungerer J and Watrs B (2000): Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affect Disorders* 60: 75-85.
- McCann T and Clark E (2003): *Grounded theory in nursing research: Part 1 - Methodology*. *Nurse Researcher* 11: 7-18.

- Meighan M, Davis MW, Thomas SP and Droppleman PG (1999): Living with postpartum depression: the father's experience. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing* 24 (4): 202-208.
- Mesiäislehto-Soukka H (2005): Perheenlisäys isien kokemana –fenomenologinen tutkimus. Akateeminen väitöskirja, Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu university press, Oulu.
- Metsämuuronen J (2003): Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2 uudistettu painos. International Methelp, Helsinki
- Milgrom J, Burrows GD, Snellen M, Stamboulakis W and Burrows K (1998): Psychiatric illness in women: a review of the function of a specialist mother-baby unit. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 32: 680-686.
- Minuchin S (1974): *Families and family therapy*. Tavistoc, London.
- Minuchin S (1984): *Family kaleidoscope*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Morse JM (1994): "Emerging from the data". The cognitive process of analysis in qualitative inquiry. In: *Critical issues in qualitative research methods*, pp. 23-43. Ed JM Morse, Sage, Thousand Oaks, California.
- Munhall PL (2000): Ethical Considerations in Qualitative Research. In: *Nursing Research. A Qualitative Perspective*. 2<sup>nd</sup> ed, pp. 395-408. PL Munhall and CO Boyd, Jones and Bartlet Publishers, Sudbury.
- Munro R (2001): The mother of all mods... Postnatal depression. *Nursing Times* 97(27): 14.
- Murphey Lucas P and Pritchett K (1993): Crises of perinatal loss and depression. In: *Psychiatric – mental health nursing. Adaptation and growth*. 3<sup>rd</sup> edition, pp. 721-744. Ed B Schoen Johnson, J. B. Lippincott, Philadelphia.
- Nahas VL, Hillege S and Amasheh N (1999): Postpartum depression. The lived experiences of Middle Eastern migrant women in Australia. *Journal of Nurse-Midwifery* 44 (1): 65-74.
- Nathanael AK and Andrews Y (2007): How grounded theory can improve nursing care quality? *Journal of Nursing Care Quality* 22(4): 350-357.
- Niemi H (1997): Baby-blues-palvelut apuna vauvaperheen väsymyskierteessä. Teoksessa: Soiko äidin ja isän sydämessä baby-blues? Raportti ensikodin mahdollisuuksista auttaa väsyneitä, masentuneita, itkeviä äitejä, isiä ja vauvoja. Ss. 14-45. Niemi H. (toim.) Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu nro 15, Helsinki.
- Nieswiadomy RM (1998): *Foundations of nursing research*. 3<sup>rd</sup> ed. Appelton & Lange, Stamford, Connecticut.
- Nonacs R and Cohen LS (1998): Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry* 59(2):34-40.
- Olson DH, McCubbin HI, Barnes HL, Larsen AS, Muxen MJ and Wilson MA (1989): *Families. What makes them work?* Updated edition. Sage, Newbury Park, London.
- Paavilainen E (1998): Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 604. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Paavilainen E, Lehti K, Åstedt-Kurki P and Tarkka M-T (2006): Family functioning assessed by family members in Finnish families of heart patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5(1): 54-59.
- Paavilainen R (2003): Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis*. Tampereen yliopisto.
- Pariser SF, Nasrallah HA and Gardner DK (1997): Postpartum mood disorders: clinical perspectives. *Journal of Womens Health* 6 (4): 421-434.
- Paunonen M (1999): Suomalaisen perheen rakenteet ja perheiden toiminnan vaikutus perheenjäsenten terveyteen. Teoksessa: *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö*, ss. 61-81. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.

- Paunonen M ja Vehviläinen-Julkunen K (1999): Perhe hoitotyössä. Teoksessa: Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö, ss. 14–24. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Paunonen M, Åstedt-Kurki P & Vehviläinen-Julkunen K (1999): Tulevaisuuden kehittämissuuntia perhehoitotyössä ja sen koulutuksessa. Teoksessa: Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö, ss. 392–397. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Paunonen-Ilmonen M & Hyrkäs K (2001) Clinical supervision in Finland. History, education, research and theory. In: Fundamental themes in Clinical Supervision. Pp. 284-302. Eds. Cutcliffe J, Butterworth T & Proctor B. Routledge, England:
- Pearlsten T, Howard M, Salisbury A and Zlotnick C (2009): Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 200(4): 357-364.
- Peindl KS, Wisner KL and Hanusa BH (2004): Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *Journal of Affective Disorders* 80(1): 37-44.
- Pelkonen M (1994): Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Akateeminen väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 18, Kuopio.
- Pelkonen M, Hakulinen T ja Löthman-Kilpeläinen L (2000): Mitä itäsuomalaiset lapsiperheet odottavat neuvolalta voimavarojensa vahvistamiseksi. Kirjassa: Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämässä, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. VI kansallinen hoitotieteellinen kongressi. Osa 2. Ss. 313-317. Toim. A-M Pietilä, J Kylmä, H Turunen, K Vehviläinen-Julkunen ja K Immonen. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 19. Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Pelkonen M ja Hakulinen T (2002): Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14: 202-212.
- Perhentupa A (2003): Synnytyksen jälkeinen masennus – onko vika hormoneissa? *Suomen Lääkärilehti* 4: 387-391.
- Piensoho T (2001): Äitiyden alkumetreit. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 176, Helsinki.
- Polit DF and Hungler BP (1991): *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization.* 2<sup>nd</sup> ed. J. P. Lippincott, Philadelphia.
- Potinkara H (2004): Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1013, Tampere.
- Proctor S (1998): What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth* 25 (2): 85-93.
- Puura K, Tamminen T, Mäntymaa M, Virta E, Turunen M-M ja Koivisto A-M (2001): Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaittajana. *Suomen Lääkärilehti* 56(47): 4855-4861.
- Ramchandani PG, O'Connor TG, Evans J, Heron J, Murray L and Stein A (2008): The effects of pre-and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on off spring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(40): 1069-1078.
- Rantanen A, Paavilainen E ja Åstedt-Kurki P (2006): Tutkimus, opetus ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen: perhehoitotiedettä Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 18(6): 291-295.
- Ray KL and Hodnett ED (2006): Caregiver support for postpartum depression. *The Cochrane Collaboration* 3.
- Rice RL and Slater CJ (1997): An analysis of group versus individual child health supervision. *Clinical Pediatrics* 36(12): 685–689.
- Rimpelä M (2002): Perheneuvola koko perheen hyvinvointia tukemaan. *Dialogi* 2, 27.
- Rimpelä M (2007): Hyvinvointineuvola lapsiperheen tukena. Ideasta toteutukseen. *Stakes/KHS/Terveystieteen edistämisen vertaistietohanke.*

- Roberts FB (1983): An interaction model for family assessment. In: Family health. A theoretical approach to nursing care, pp. 198-204. Eds. IW Clements and FB Roberts, Wiley.
- Roberts T (2008): Understanding Grounded theory. *British Journal of Midwifery* 16(10): 679-681.
- Rogan F, Shmiel V, Barclay L, and Wyllie A (1997): "Becoming a mother" – developing a new theory of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing* 25: 877-885.
- Saarikoski S (1994): *Synnytysopin perustiedot*. 2<sup>nd</sup> ed. Legekustannus, Tampere.
- Satir V (1978): *Yhdessä eteenpäin: perheterapian perusteet*. Gummerus, Jyväskylä.
- Sawin KJ and Harrigan M (1995): Moderately established self-report instruments. *Scolary Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 1: 61-84.
- Schreiber RS (2001): The "how to" of grounded theory: Avoiding the pitfalls. In: *Using grounded theory in nursing*, pp. 55-83. Eds. RS Schreiber and PN Stern, Springer Publishing Company, New York.
- Schumacher M, Zubaran C and White G (2008): Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women & Birth: Journal of the Australian college of Midwives* 21(2): 65-70.
- Sealy PA, Simpson JP, Evans M and Hartford A (2009): Community awareness of postpartum depression. *JOGYNN - Journal of Obstetric and Neonatal Nursing* 38(2): 121-133.
- Seguin L, Potvin L, St-Denis M and Loiselle J (1999): Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women and Health* 29 (1): 57-72.
- Seimyr L, Edhborg M, Lundh W and Sjogren B (2004): In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 25(1): 23-34.
- Sieber JE (2000): Planning research: basic ethical decision making. In: *Ethics in research with human participants*, pp. 13-26. Eds. BD Sales and S Folkman, American Psychological Association, Washington DC.
- Siitonen J (1999): *Voimaantumisteorian perustan hahmottelua*. Akateeminen väitöskirja. Oulun opettajankoulutuslaitos, Oulun yliopisto, Oulu.
- Simons J, Reynolds J, Mannion J and Morison L (2003): How can health visitor help when problems between parents add to postnatal stress. *Journal of Advanced Nursing* 44(4): 400-411.
- Sinclair D and Murray L (1998): Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. *British Journal of Psychiatry* 173: 58-63.
- Sit D, Rotschild AJ and Wisner KL (2006): A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health* 15(4): 352-368.
- Skouteris H, Wertheen EH, Railis S, Milgrom J and Paxton SJ (2009): Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum. An examination of prospective relationships. *Journal of Affective Disorders* 113(3): 303-308.
- Soliday E, McCluskey-Fawcett K and O'Brien M (1999): Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry* 69: 30-38.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2004): *Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, opas työntekijöille*. Oppaita 2004: 14.
- Stanley C, Murray L and Stern A (2004): The effect of postnatal depression on mother – infant interaction, infant response to the Still-face perturbation and performance on an Instrumental Learning task. *Development & Psychopathology* 16(1): 1-18.
- Starks H (2007): Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis and grounded theory. *Qualitative Health Research* 17(10): 1372-1380.
- Stierlin H, Rucker-Embsen I, Wentzel N and Wirsching M (1979): *Perheterapian perusta*. Weilin + Göös, Espoo.
- Strass P and Billay E (2008): A public health nursing initiative to promote antenatal health. *Canadian Nurse* 104(2): 29-33.

- Straub H, Cross J, Curtis S, Iverson S, Jacobsmeyer M, Anderson C and Sorenson M (1998): Proactive nursing: the evolution of a task force to help women with postpartum depression. *MCN, American Journal of maternal Child Nursing* 23: 262-265.
- Strauss A (1987): *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press, New York.
- Strauss A and Corbin J (1994): *Grounded Theory Methodology: an overview*. In: *Handbook of qualitative research*, pp. 273-285. Eds. NK Denzin and YS Lincoln, Sage, Thousand Oaks, California.
- Stuchbery M, Matthey S and Barnett B (1998): Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 33 (10): 483-90.
- Sugawara M, Toda MA, Shima S, Mukai T, Sakakura K and Kitamura T (1997): Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychology* 53: 225-232.
- Tamminen T (1990): Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis, Series A, Vol 304*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Tamminen T (2008): Vakava sairaus kuormittaa vanhemmuutta. *Suomen Lääkärilehti* 22(63): 2023.
- Tarkka M-T, Paunonen M & Laippala, P (1999): Social support provided by public health nurses and the coping of first-time mothers with childcare. *Public Health Nursing* 16: 114-119.
- Tarkka M-T, Paunonen M and Laippala P (2000): First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing* 31: 20-26.
- Tarkka M-T, Lehti K, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P ja Paunonen-Ilmonen M (2001): Äitien terveydenhoitajilta odottama tuki lapsen ollessa kolmen ja kahdeksan kuukauden ikäinen. *Hoitotiede* 13 (4): 216-226.
- Terp IM and Mortensen PB (1998): Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *British Journal of psychiatry* 172:521-526.
- Tilastokeskus (2002): Asteikko on tilaston perusta  
[http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta\\_07\\_02\\_melkas.html](http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_07_02_melkas.html)
- Tómasdóttir M, Wilson ME and White MA (1991): Family dynamics and infant temperament in urban Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 5: 211-217.
- Tomlinson B, White MA, Wilson ME (1990): Family dynamics during pregnancy. *Journal of Advanced Nursing* 15: 683-688.
- Tomlinson P, Thomlinson E, Pader-McAlper C and Kirschbaum M (2002): Clinical Innovations for Promoting Family Care in Paediatric Intensive Care: Demonstration Role Modelling and Reflective Practice. *Journal of Advanced Nursing* 38: 161-170.
- Vartia M (1994): Työpaikan ihmissuhteet ja konfliktitilanteiden käsittely. Teoksessa: *Terve työyhteisö – kehittämisen malleja ja menetelmiä*, ss. 196-210. Toim. K Lindström, Työterveyslaitos, Helsinki.
- Webster A (2002): The forgotten father: he effec on men when partners have PND. *Community Practioner* 75: 390-393.
- Webster J, Linnane JW, Dibley Lm and Pritchard M (2000): Improving Antenatal Recognition of Woman at Risk for Postnatal Depression. *Australian NZJ Obstetrics and Gynaecology* 40:409-412.
- Vehviläinen-Julkunen K (1990): *Nursing in child health care: maintaining the awareness of the child's development and care*. Publications of the University of Kuopio, Social Sciences, Kuopio.
- Vehviläinen-Julkunen K (1995a): Family training: supporting mothers and fathers in the transition to parenthood. *Journal of Advanced Nursing* 22: 731-737.
- Vehviläinen-Julkunen K (1995b): Health promotion in families with newborn children at home: client's views. *Social Sciences in Health* 1(1): 3-13.



- Vehviläinen-Julkunen, K (1999): Perheen tukeminen raskauden aikana. Teoksessa: Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö, ss. 157-175. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen K (2002): Maternity care in Finland. A success story. Official Journal of the European Association of Hospital Managers 4(1): 43-46.
- Vehviläinen-Julkunen K ja Paunonen M (1997): Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, ss. 206-214. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen K ja Duffy M (1999): Perhekeskeinen hoitotyö Suomessa ja Utahissa. Teoksessa: Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö, ss. 378-390. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- White MA, Wilson ME, Paunonen M and Hakulinen T (1999): Methodological issues and experiences in international quantitative family research. Teoksessa: Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö, ss. 118-136. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Whitton A, Warner R and Appleby L (1996): The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. British Journal of General Practice 46: 427-428.
- Wickberg B (1996): Postnatal depression. Prevalence, identification and treatment. Doctoral dissertation. Department of psychology, Göteborg University, Sweden.
- Wickberg B and Hwang CP (1996): The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. Acta Psychiatrica Scandinavica 94 (3): 181-184.
- Wickberg B and Hwang CP (1997): Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. Acta Psychiatrica Scandinavica 95 (1): 62-66.
- Wikander B and Theorell T (1997): Father's experience of childbirth and its relation to crying in his infant. Scandinavian Journal of Caring Sciences 11: 151-158.
- Viljamaa M-L (2003): Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä studies in education 212. Psychology and social research. Jyväskylä.
- Viljanen K (1999): Perhekeskeinen lastenneuvolatyö. Teoksessa: Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö, ss. 290-306. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Wilson ME, Hall EOC and White M (1994): Family dynamics and infant temperament in Danish Families. Scandinavian Journal of Caring Sciences 8: 9-15.
- Väisänen R (1995): Työelämän turvattomuus, sen syyt ja hallintakeinot. Tutkimus ydinkeski-ikäisistä (45-54) työntekijöistä Kuopion läänissä. Akateeminen väitöskirja, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Välimäki T (2002): Auttaako lapsiperhe-projekti? Haastattelututkimus perheille. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kuopio.
- Ylilehto H (2005): Synnytyksen jälkeinen masennus – salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, Yleislääketieteen laitos, Oulu.
- Yarwood J (2008): Nurses' views of family nursing in community contexts: an exploratory study. Nursing Praxis in New Zealand 24(2): 41-51
- Young E (2008): Maternal expectations: do they match experience? Community Practitioner 81: 27-30.
- Young-Ku K, Ji-Won H, Kye-Hyun K, Kong-Sub O and Young-Chul S (2008): Prediction of postpartum depression by sociodemographic obstetric and psychosocial factors: A prospective study. Psychiatry & Clinical Neurosciences 62(3): 331-340.
- Åstedt-Kurki P (1992): Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Akateeminen väitöskirja. Acta universitatis Tamperensis A:349. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Åstedt-Kurki P ja Paavilainen E (1999): Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Kirjassa: Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö, ss. 320-333. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen. WSOY, Porvoo.

- Åstedt-Kurki P, Paavilainen E, Tammentie T and Paunonen-Ilmonen M (2001a): Interaction between adult family members and nursing staff in an acute care setting in Finland. *Journal of Family Nursing* 7(4): 371-390.
- Åstedt-Kurki P, Paavilainen E, Tammentie T and Paunonen-Ilmonen M (2001b): Interaction between adult family members and nursing staff in a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15:142-150.
- Åstedt-Kurki P, Isola A, Tammentie T and Kervinen U (2001c): Importance of humour to client-nurse relationships and client's well-being. *International Journal of Nursing Practice* 7(2): 119-125.
- Åstedt-Kurki P ja Paavilainen E (2002): Hoitotieteellinen tutkimus Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 14: 293-298.

# KIITOKSET

Tämä tutkimus on toteutettu Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella, ja on osa potilaan, perheen ja terveydenhuollon yhteistyö – tutkimusprojektia. Haluan esittää lämpimät kiitokseni väitöskirjatyöni ohjaajalle professori Eija Paavilaiselle saamastani ohjauksesta. Eija jaksoi uskoa väitöskirjani valmistumiseen silloinkin, kun itse en siihen enää uskonut. Eijan kiinnostus, innostaminen sekä rakentava ja kannustava palaute, opettivat minulle paljon. Lämpimät kiitokseni myös professori Päivi Åstedt-Kurjelle ja yliassistentti Marja-Terttu Tarkalle vuosia kestäneestä yhteistyöstä ja jatkuvasta kannustuksesta sekä rakentavasta kritiikistä. Olen ollut jatko-opiskelijana etuoikeutetussa asemassa, koska minulla oli mahdollisuus työskennellä Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella tutkimusapulaisena muutaman vuoden ajan. Olen oppinut paljon tutkimuksen tekemisestä työskennellessäni kanssanne.

Dosentti Kaisa Haataista ja dosentti Merja Nikkosta kiitän heidän perusteellisesta ja huolellisesti suorittamastaan esitarkastuksesta. Heidän asiantuntevat korjausehdotuksensa paransivat huomattavasti tämän tutkimusraportin muotoa.

Tätä tutkimusta ovat taloudellisesti tukeneet Emil Aaltosen säätiö, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampereen yliopisto, Suomalainen Konkordialiitto ja Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Olen kiitollinen edellä mainituille yhteisöille tutkimusaiheeni arvostamisesta ja saamastani konkreettisesta tuesta, joka on mahdollistanut ajoittain täysipäiväisen keskittymisen tutkimustyöhön.

Suomen kielen tarkastuksesta vastasi Katriina Kaakkolammi, artikkeleiden kielenkääntämisestä huolehtivat Paula Nieminen ja Virginia Mattila. Heille kaikille tästä lämmin kiitos.

Olen erityisen kiitollinen niille perheille, jotka olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseeni ja jakoivat kokemuksensa kanssani. Kiitän myös lämpimästi niitä terveydenhoitajia, jotka tutkimukseen osallistumalla kertoivat

kokemuksiaan lastenneuvolan terveydenhoitajien työstä. Ilman vapaaehtoisia perheitä ja terveydenhoitajia ei tämä tutkimus olisi koskaan valmistunut.

Hoitotieteen laitoksen henkilökunta ansaitsee lämpimät kiitokseni yhteistyöstä. Erityisen lämmöllä muistelen Katjan, Kristiinan ja Kaijan kanssa käymiämme tieteellisiä ja ei-niin-tieteellisiä keskusteluja. Olitte minulle suuri tuki tutkimusprosessin aikana. Erityiskiitokseni haluan osoittaa Katjalle "epätieteellisten päiväkahvien" parissa vietetyistä hetkistä.

Kiitän lämpimästi Pitkäniemen sairaalan ylihoitajia heidän kiinnostuksestaan tutkimustyötäni kohtaan. Erityisesti haluan kiittää ylihoitaja Mirja Kurosta, joka jaksoi tukea ja kannustaa minua ”niteen” kokoon saattamisessa vuosien varrella. Kiitän myös toimialuejohtaja Kaija Nojosta ja toimialuejohtaja Klaus Lehtistä tuesta ja avusta väitöskirjani viimeistelyvaiheessa. Pitkäniemen sairaalan akuuttipsykiatristen osastojen osastonhoitajien kanssa työskentely on ollut antoisaa. Kiitos Raakel, Jaana, Aila, Jarmo, Raija, Mirja ja Erja! Oma työyhteisöni Pitkäniemen poliklinikalla on pitänyt minut tiukasti kiinni käytännön hoitotyössä ja siitä nousevissa kysymyksissä. Olette palauttaneet minut terveellisellä tavalla perustehtävän pariin. Kiitos siitä teille jokaiselle, on ilo olla esimiehenne.

Tutkimusprosessi on ollut pitkä, joten matkan varrelle mahtuu lukuisia ihmisiä, joiden kaikkien kiittäminen erikseen olisi mahdotonta. Teitä on paljon, jotka ansaitsette kiitokset yhteistyöstä, kannustuksesta, ystävyyydestä, asioiden jakamisesta, pohdinnoista ja yhdessä nauramisesta.

Haluan kiittää sydämestäni myös vanhempiani, Anneli Tammentietä ja Veijo Tammentietä. Olette olleet korvaamaton niin henkinen kuin ihan konkreettinenkin tuki tutkimusprosessin aikana.

Nöyrin kiitokseni on osoitettu tyttärelleni Minkalle. Minka on elänyt lähes koko elämänsä ”tutkivan äidin” tyttärenä. Kiitos siitä kärsivällisyydestä ja fiksuudesta, mitä olet näiden vuosien aikana osoittanut. Olen ylpeä siitä, että saan olla äitisi.

Kiitos, Mane, siitä mitä olet ollut, ja mitä olet!

Lempäälässä lokakuussa 2009

*Tarja Tammentie*



4. Mikä on sukupuolenne? 1. \_\_\_\_\_ nainen 2. \_\_\_\_\_ mies
5. Minkä ikäinen olette? \_\_\_\_\_ v; Syntymävuosi \_\_\_\_\_
6. Miten monta vuotta olette kaikkiaan käynyt koulua? (Rengastakaa yksi vaihtoehto)
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
- Kansak./keskik./perusk. Lukio/ammattik./ Korkeakoulu  
Opistoast. tms
7. Miten monta vuotta puolisonne tai muu aikuinen perheenne jäsen on kaikkiaan käynyt koulua? (Rengastakaa yksi vaihtoehto)
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
- Kansak./keskik./perusk. Lukio/ammattik./ Korkeakoulu  
Opistoast. tms
8. Mitä työtä teette? \_\_\_\_\_
9. Mitä työtä puolisonne tai muu aikuinen perheenne jäsen tekee?
- \_\_\_\_\_
10. Onko perheessänne sairauksia, jotka vaikuttavat Teihin voimakkaasti?  
\_\_\_\_\_ ei  
\_\_\_\_\_ kyllä, määritelkää sairaus tai sairaudet \_\_\_\_\_
11. Onko perheessänne tai elämässänne ongelmia tai muutoksia, jotka vaikuttavat Teihin voimakkaasti?  
\_\_\_\_\_ ei  
\_\_\_\_\_ kyllä, määritelkää ongelmat tai muutokset \_\_\_\_\_

---

\*\*Kyselylomakkeen käyttöoikeus pyydettyä kirjallisesti professori, Ph.D. Marjorie Whitelta osoitteesta:  
College of Nursing, University of Florida, Gainesville, FL 32610, USA.  
Virallinen suomennos: Stephen Evans, Maija Helminen, David Kivinen. Virallisesta suomennoksesta vastaa:  
Marita Paunonen, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Korjattu 1995.

## Perhedynamiikkamittaus II\*\*

Ohjeet: Kun vastaatte seuraaviin kysymyksiin, muistattehan, että perhe on määritelty ryhmäksi ihmisiä jotka ovat sitoutuneet toisiinsa ja asuvat yhdessä.

Lukekaa jokainen kysymys ja päättäkää oletteko *ehdottomasti samaa mieltä, samaa mieltä, vähän samaa mieltä, vähän eri mieltä, eri mieltä vai ehdottomasti eri mieltä*

Esim. jos olette täysin samaa mieltä, rengastakaa 1 (ehdottomasti samaa mieltä). Ellette ole aivan varma, mutta kallistutte jompaankumpaan suuntaan, valitkaa silloin 3 (vähän samaa mieltä) tai 4 (vähän eri mieltä). Arvioikaa sopivimmalta tuntuvin vastaus vaikka olisittekin epävarma. Oikeita tai vääriä vastauksia ei ole.

	Ehdot- tomasti samaa mieltä	Samaa mieltä	Vähän samaa mieltä	Vähän eri mieltä	Eri mieltä	Ehdottomasti eri mieltä	Älä kirjoita tähän
<b>Perheessänne:</b>							
1. Perheen toimintoja voidaan muuttaa.	1	2	3	4	5	6	_____1
2. Tärkeistä asioista puhutaan tarpeeksi.	1	2	3	4	5	6	_____2
3. Huolehdin muista.	1	2	3	4	5	6	_____3
4. Minulla on kotona paikka omille tavaroilleni.	1	2	3	4	5	6	_____4
5. Olemme tyytyväisiä perheen tehtävien jakoon.	1	2	3	4	5	6	_____5
6. Puhuminen ei mielestäni auta ollenkaan.	1	2	3	4	5	6	_____6
7. Koen, että en saa tarpeeksi apua kotitöissä.	1	2	3	4	5	6	_____7
8. Vaihdan päivittäisiä rutiineja harvoin.	1	2	3	4	5	6	_____8
9. Tiedän mitä odottaa päivästä toiseen.	1	2	3	4	5	6	_____9
10. Teen itse päätökseni.	1	2	3	4	5	6	_____10
11. On tärkeää tehdä asiat oikein.	1	2	3	4	5	6	_____11
12. Osuuteni perheen töistä on sopiva.	1	2	3	4	5	6	_____12
13. Tehtyä päätöstä yhteisistä asioista on vaikea muuttaa.	1	2	3	4	5	6	_____13

\*\*Kyselylomakkeen käyttöoikeus pyydetty kirjallisesti professori, Ph.D. Marjorie Whitelta osoitteesta: College of Nursing, University of Florida, Gainesville, FL 32610, USA.

Virallinen suomennos: Stephen Evans, Maija Helminen, David Kivinen. Virallisesta suomennoksesta vastaa: Marita Paunonen, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Korjattu 1995.

	<b>Ehdot- tomasti samaa mieltä</b>	<b>Samaa mieltä</b>	<b>Vähän samaa mieltä</b>	<b>Vähän eri mieltä</b>	<b>Eri mieltä</b>	<b>Ehdottomasti eri mieltä</b>	<b>Älä kirjoita tähän</b>
<b>Perheessäni:</b>							
14. Tunnelma on lämmin.	1	2	3	4	5	6	____14
15. Pidän tunteet sisälläni.	1	2	3	4	5	6	____15
16. Ilmaisen toisille mitä haluan.	1	2	3	4	5	6	____16
17. Tiedän, että selviämme kun asiat menevät huonosti.	1	2	3	4	5	6	____17
18. Tunnen itseni ulkopuoliseksi.	1	2	3	4	5	6	____18
19. Meille sopii, että työt tehdään eri tavoin.	1	2	3	4	5	6	____19
20. Kun olen alakuloinen, joku lohduttaa minua.	1	2	3	4	5	6	____20
21. Tärkeistä asioista ei mielestäni puhuta.	1	2	3	4	5	6	____21
22. Toiset tarjoutuvat auttamaan minua tehtävissäni.	1	2	3	4	5	6	____22
23. Suhteemme toinen toistemme kanssa toimii hyvin.	1	2	3	4	5	6	____23
24. Saan aina kurjimmat tehtävät	1	2	3	4	5	6	____24
25. Koen, että jotkut sanovat yhtä ja tarkoittavat toista.	1	2	3	4	5	6	____25
26. Ystävien vierailut eivät häiritse perhettämme.	1	2	3	4	5	6	____26
27. En voi luottaa tapaan, jolla perheen rahat käytetään	1	2	3	4	5	6	____27
28. Minun odotetaan pitävän samasta ruoasta kuin kaikki muutkin.	1	2	3	4	5	6	____28
29. Pitäydyn jokapäiväisissä rutiineissani.	1	2	3	4	5	6	____29
30. Tunnen, että joku välittää minusta.	1	2	3	4	5	6	____30
31. Minulla on lupa omiin mielipiteisiin.	1	2	3	4	5	6	____31
32. Olemme läheisiä toisillemme.	1	2	3	4	5	6	____32



	<b>Ehdot- tomasti samaa mieltä</b>	<b>Samaa mieltä</b>	<b>Vähän samaa mieltä</b>	<b>Vähän eri mieltä</b>	<b>Eri mieltä</b>	<b>Ehdottomasti eri mieltä</b>	<b>Älä kir- joita tähän</b>
<b>Perheessäni:</b>							
33. Puhuessani joku kuuntelee mitä sanottavaa minulla on.	1	2	3	4	5	6	____33
34. Pidän puoliani.	1	2	3	4	5	6	____34
35. Kun asiat menevät huonosti, kokeilemme eri tapoja hoitaa niitä.	1	2	3	4	5	6	____35
36. Kysymme, kun emme tiedä mitä muut tarkoittavat.	1	2	3	4	5	6	____36
37. Minun on muistutettava toisia tekemään tehtävänsä.	1	2	3	4	5	6	____37
38. En tee asioita joihin kukaan ei ole antanut suostumustaan.	1	2	3	4	5	6	____38
39. On tärkeää, että me kaikki ajattelemme samalla tapaa.	1	2	3	4	5	6	____39
40. Muut odottavat minun käyttäytyvän tavoilla, joita en hyväksy.	1	2	3	4	5	6	____40
41. On helppo muuttaa suunnitelmia.	1	2	3	4	5	6	____41
42. Koen, että teen enemmän kuin oman osuuteni töistä.	1	2	3	4	5	6	____42
43. Tunnen yhteishengen vallitsevan.	1	2	3	4	5	6	____43
44. Tiedän mitä odottaa muilta perheenjäseniltä.	1	2	3	4	5	6	____44
45. Olen yksin.	1	2	3	4	5	6	____45
46. Näen päältä, milloin perheenjäsenet ovat poissa tolaltaan.	1	2	3	4	5	6	____46
47. Väärinkäsityksen sattuessa puhumme asiasta kunnes se selviää.	1	2	3	4	5	6	____47
48. Ongelmistani puhuminen sekoittaa asioita entisestään.	1	2	3	4	5	6	____48
49. Näyttää siltä, että jokin menee aina pieleen.	1	2	3	4	5	6	____49

	<b>Ehdot- tomasti samaa mieltä</b>	<b>Samaa mieltä</b>	<b>Vähän samaa mieltä</b>	<b>Vähän eri mieltä</b>	<b>Eri mieltä</b>	<b>Ehdottomasti eri mieltä</b>	<b>Älä kir- joita tähän</b>
<b>Perheessäni:</b>							
50. Minulla on paikka, jossa voin olla yksin.	1	2	3	4	5	6	____50
51. Säännöistä ei jousteta minun vuokseni.	1	2	3	4	5	6	____51
52. Annan muiden päättää asioista puolestani.	1	2	3	4	5	6	____52
53. Koen, että perheen sääntöjä on vaikea muuttaa.	1	2	3	4	5	6	____53
54. Minun on vaikea sanoa mitä tarkoitan.	1	2	3	4	5	6	____54
55. Koen, että kukaan ei välitä minusta.	1	2	3	4	5	6	____55
56. En ole läheinen kenenkään kanssa.	1	2	3	4	5	6	____56
57. Minulla on ikiomia tava- roita, jotka ovat ainoastaan minua varten.	1	2	3	4	5	6	____57
58. Tiedämme, kuinka tavoitamme perheenjäsenet, jos siihen on tarve.	1	2	3	4	5	6	____58
59. Olen tyytyväinen tapaan, jolla työt tehdään.	1	2	3	4	5	6	____59
60. Mielestäni me kaikki olemme samanlaisia.	1	2	3	4	5	6	____60
61. Ongelman ilmaantuessa kaikki tuntuu kaatuvan päälle.	1	2	3	4	5	6	____61
62. Vältämme ongelmista puhumista.	1	2	3	4	5	6	____62
63. En tiedä mitä odottaa seuraa- valta päivältä.	1	2	3	4	5	6	____63
64. On tärkeää tietää, missä perheenjäsenet ovat.	1	2	3	4	5	6	____64
65. Selvitän asiat itsekseni.	1	2	3	4	5	6	____65
66. En pidä töistä, joita joudun tekemään.	1	2	3	4	5	6	____66

**LÄMPIMÄT KIITOKSET VASTAUKSISTANNE!**

## KYSELY ÄIDILLE

### MIELIALALOMAKE

Olkaa hyvä ja ympäröikää se vaihtoehto, joka eniten vastaa Teidän tuntemuksianne viimeksi kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksianne, tai kirjoittakaa vastauksenne viivalle.

Viimeisen seitsemän päivän aikana

1. Olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen
  1. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
  2. En aivan yhtä paljon kuin ennen
  3. Selvästi vähemmän kuin ennen
  4. En ollenkaan
  
2. Olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia
  1. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
  2. Hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
  3. Selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
  4. Tuskin ollenkaan
  
3. Olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan
  1. Kyllä, useimmiten
  2. Kyllä, joskus
  3. En kovin usein
  4. En koskaan
  
4. Olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä
  1. Ei, en ollenkaan
  2. Tuskin koskaan
  3. Kyllä, joskus
  4. Kyllä, hyvin usein
  
5. Olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä
  1. Kyllä, aika paljon
  2. Kyllä, joskus
  3. Ei, en paljoakaan
  4. Ei, en ollenkaan
  
6. Asiat kasautuvat päälleni
  1. Kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan
  2. Kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
  3. Ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
  4. Ei, olen selviytynyt yhtä hyvin kuin aina ennenkin

7. Olen ollut niin onneton, että minulla on univaikeuksia
  1. Kyllä, useimmiten
  2. Kyllä, toisinaan
  3. Ei, en kovin usein
  4. Ei, en ollenkaan
  
8. Olen tuntenut oloni surulliseksi tai kurjaksi
  1. Kyllä, useimmiten
  2. Kyllä, melko usein
  3. En kovin usein
  4. Ei, en ollenkaan
  
9. Olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt
  1. Kyllä, useimmiten
  2. Kyllä, melko usein
  3. Vain silloin tällöin
  4. Ei, en koskaan
  
10. Ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni
  1. Kyllä, melko usein
  2. Joskus
  3. Tuskin koskaan
  4. Ei koskaan
  
11. Synnytysten lukumäärä \_\_\_\_\_
  
12. Raskauksien lukumäärä \_\_\_\_\_
  
13. Viimeisen synnytyksenne ajankohta \_\_\_\_\_
  
14. Imetättekö tällä hetkellä
  1. Kyllä
  2. En
  
15. Synnytystapa viimeisessä synnytyksessänne
  1. Tavallinen alatiesynnytys
  2. Autettu alatiesynnytys (esim. imukuppi)
  3. Keisarinleikkaus
  
16. Oliko lapsenne synnytyksen jälkeen vierihoidossa?
  1. Kyllä
  2. Ei, miksi \_\_\_\_\_

---
  
17. Olitteko ennen viimeistä äitiyslomaanne
  1. työelämässä
  2. opiskelija
  3. kotona

18. Ketä pidätte tällä hetkellä itsellenne läheisimpänä henkilönä\_\_\_\_\_

19. Miten tyytyväinen olette tällä hetkellä perhe-elämäänne

1. erittäin tyytyväinen
2. melko tyytyväinen
3. melko tyytymätön
4. tyytymätön
5. en osaa sanoa

**MONET KIITOKSET VAIVANNÄÖSTÄNNE!**

## PERHEEN TOIMINTAA KOSKEVA TUTKIMUS

Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella tehdään perhetutkimusta. Tämä osa perhetutkimusta pyrkii selvittämään Pirkanmaalla asuvien perheiden kokemuksia perheensä toiminnasta äidin synnytyksen jälkeen, sekä äidin synnytyksen jälkeisen mielialan yhteyttä perheen toimintaan. Tutkimuksella toivotaan saatavan tietoa, joka auttaa hoitotyöntekijöitä kehittämään hoitoa synnytyssairaalassa sekä äitiys- ja lastenneuvoloissa.

Jokainen perhe on itse paras asiantuntija kertomaan kokemuksistaan ja mielipiteistään. Tämän vuoksi olisi tärkeää, jos voisitte osallistua tähän tutkimukseen.

Tutkimuksessa kerätään tietoa kyselylomakkeilla. Ensimmäinen lomake, Mielialalomake, on tarkoitettu äitien täytettäväksi. Toivoisimme, että toisen lomakkeen, Perhedynamiikkamittarin, täyttäisivät sekä äidit, että heidän puolisonsa. Kysymyksiin vastaaminen vie aikaa noin 20-30 minuuttia, eikä niihin ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia, vaan olemme kiinnostuneita siitä, mitä juuri Te ajattelette omasta perheestänne ja sen toiminnasta. Täytetyt kyselylomakkeet voitte palauttaa oheisessa kirjekuoressa jossa on postimaksu valmiiksi maksettuna.

Kyselylomakkeet on merkitty koodeilla, joten niitä käsitellään nimettöminä ja täysin luottamuksellisesti. Tutkimustulokset julkaistaan ryhmämuodossa, eikä niistä ole mahdollista tunnistaa yksittäistä perhettä eikä perheenjäsentä.

Tutkimusta tekee tutkimusryhmä, johon kuuluvat terveystieteiden maisteriopiskelija Tarja Tammentie, assistentti Eija Paavilainen, yliassistentti Marja-Terttu Tarkka ja professori Päivi Åstedt-Kurki. Englannissa samaan aikaan tehtävää tutkimusta johtaa professori Sally Kendall.

Osallistumisenne on täysin vapaaehtoista, eikä päätöksenne osallistumisesta tai kieltäytymisestä vaikuta saamanne hoidon laatuun tai kohteluunne. Teillä on myös mahdollisuus muuttaa mielenne osallistumisenne suhteen milloin tahansa.

Jos Teillä on kysyttävää tästä tutkimuksesta, voitte kirjoittaa tai soittaa Tarja Tammentielle. Osoite on: Mariankatu 31 B 26, 33200 Tampere. Puhelin 03-2129409.

Toivomme lämpimästi, että voisitte osallistua tähän tutkimukseen.

Ystävällisin terveisin

Tarja Tammentie  
Erikoissairaanhoitaja  
Terveystieteiden maisteriopiskelija  
Tampereen yliopisto

Marja-Terttu Tarkka  
Terveystieteiden tohtori  
Yliassistentti  
Tampereen yliopisto

Tiina Surakka  
Ylihoitaja  
Tampereen yliopistollinen  
sairaala

Eija Paavilainen  
Terveystieteiden tohtori  
Assistentti  
Tampereen yliopisto

Päivi Åstedt-Kurki  
Terveystieteiden tohtori  
Professori  
Tampereen yliopisto

## HAASTATTELUAIHEET/PERHEET

1. Kertokaa raskausajasta
2. Millainen synnytys oli, minkälainen muisto siitä jäi, oliko isä läsnä?
3. Miten elämä alkoi sujua kotona synnytyksen jälkeen?
4. Minkälainen vanhempien mieliala oli? Huomasivatko vanhemmat toisissaan minkäänlaisia muutoksia mielialassa synnytyksen jälkeen?
5. Minkälaisia kokemuksenne ovat lastenneuvolasta?

## HAASTATTELUAIHEET/TERVEYDENHOITAJAT

1. Kerro työkokemuksestasi
2. Oletko kohdannut työssäsi perheitä, joissa äiti kärsii synnytyksen jälkeisestä masennuksesta?
3. Kerro näistä tapaamisista
4. Miten perheet mielestäsi käyttävät lastenneuvolan palveluita?
5. Kerro siitä, kun perheet ovat vastaanotollasi?
6. Mitkä näet keskeisimpinä tehtävinäsi terveydenhoitajana?
7. Millaiset mahdollisuudet sinulla on tunnistaa äitien masennusta?
8. Mitä teet, kun huomaat ongelmia perheessä?
9. Mitä pitäisi olla toisin, että työsi sujuisi vielä paremmin?

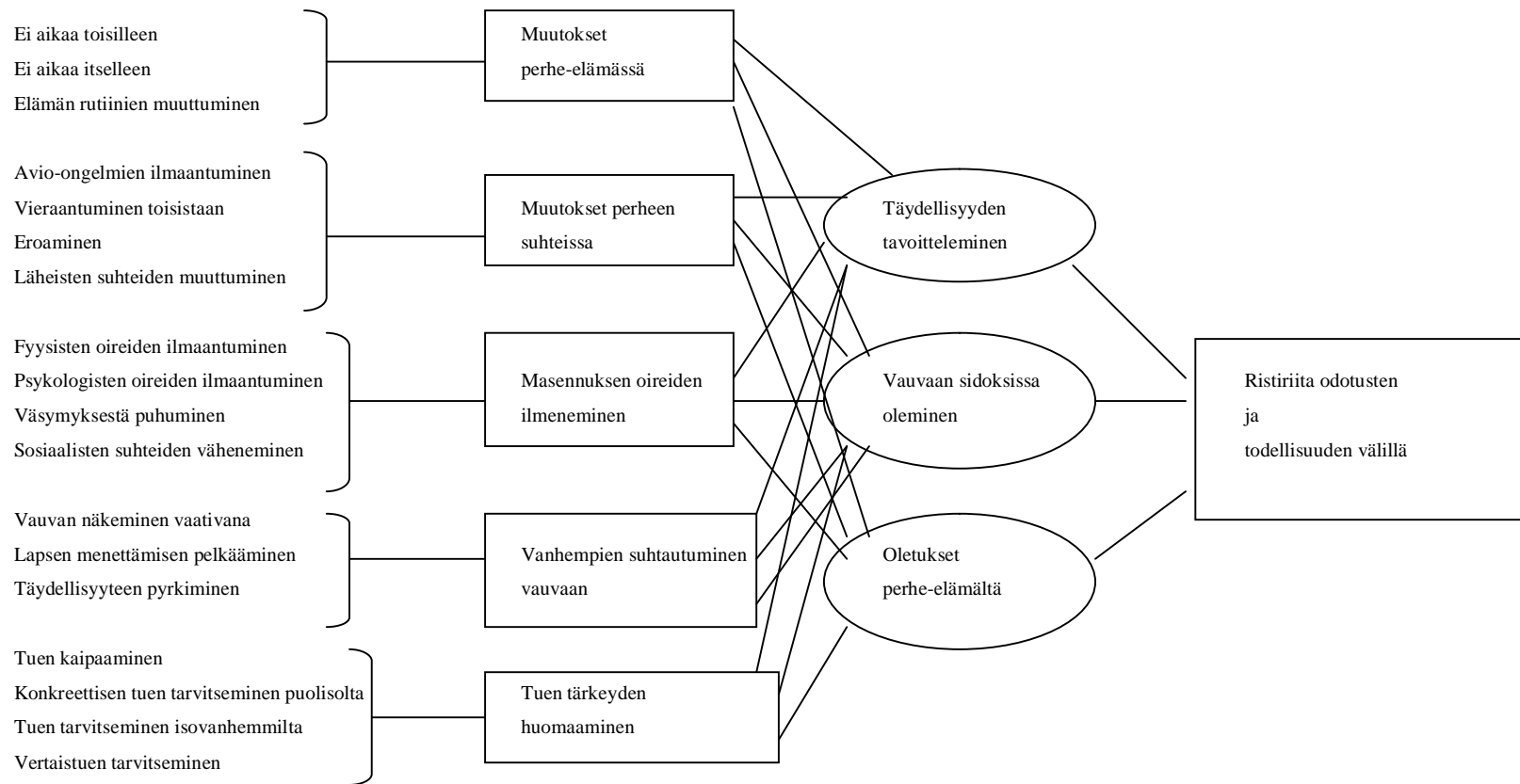


## Esimerkki analyysin etenemisestä

Tutkija kirjoitti haastattelunauhut puhtaaksi ja kuunteli ne sen jälkeen vielä kertaalleen läpi ja tarkasti samalla, että teksti oli kirjoitettu sanatarkasti ja koko aineisto litteroitu. Avoin koodaus alkoi lukemalla aineistoa läpi ja merkitsemällä samalla marginaaliin aineistosta nousevat alustavat substantiiviset koodit (sanat, lauseet). Samalla tutkija muodosti yleiskuvan aineistosta. Substantiiviset koodit (esimerkiksi ”ei aikaa toisilleen” ja ”täydellisyyden tavoittelu”) merkittiin mahdollisimman tarkasti alkuperäisinä ilmaisuina. Substantiiviset koodit otettiin sen jälkeen tarkastelun kohteeksi, ryhmiteltiin ja niitä tarkasteltiin kysyen ”mitä tässä tapahtuu?”. Ryhmistä muodostettiin alaluokkia, ns. teoreettisia koodeja.

Tämän jälkeen substantiivisia koodeja ja niiden sisältämiä teoreettisia koodeja vertailtiin alkuperäiseen aineistoon ja substantiivisten koodien sisältöjä yhdistettiin uudelleen kuvaamaan teorian käsitteitä (esimerkiksi ”muutokset perhe-elämässä” ja ”vanhempien suhtautuminen vauvaan”). Käsitteiden sisältöjä vertailtiin toisiinsa (aksiaalinen koodaus) niiden ominaisuuksien perusteella ja niiden väliset suhteet muodostuivat. Perheiden kokemusta äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kuvaaviksi lopullisiksi käsitteiksi nousivat muutokset perhe-elämässä ja perheen suhteissa, masennuksen oireiden ilmeneminen, vanhempien suhtautuminen vauvaan ja tuen tärkeys. Käsitteiden väliset suhteet muodostuivat täydellisyyden tavoittelusta, vauvaan sidoksissa olemisesta ja odotuksista perhe-elämää kohtaan. Ydinkategoriaksi muodostui ristiriita odotusten ja todellisuuden välillä. Ydinkategorian sisältöä kuvaa muun muassa seuraava lause:

”ja si mää aloin olla tosi vihanen. Tässä on pakko olla joku suunnitteluvirhe jossain, äidin pitäs voida hyvin vauvan syntymän jälkeen. Mää oisin halunnu hoitaa vauvaa hyvin alusta lähtien, mut mää olin niin kauheessa tilassa, mää en vaan pystyny nouseen ylös sängystä ja mää aattelin ettei tää oo sitä mitä mää ootin ja mää olin ihan kauheen vihanen” (Äiti3)



Substantiiviset koodit

Käsitteet

Käsitteiden  
väliset suhteet

Ydinkategoria