

**TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMUKSIA
SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN TUNNISTAMISESTA**
-mielialalomakkeen käyttö masennuksen tunnistamisen välineenä

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu-tutkielma
Toukokuu 2009
Tiina-Katriina Mustonen

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

TIINA-KATRIINA MUSTONEN

Terveystenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta
- mielialalomakkeen käyttö masennuksen tunnistamisen välineenä

Pro gradu-tutkielma, 59 sivua + 11 liitesivua

Ohjaajat: TtT, professori Eija Paavilainen, TtT Sirpa Salin

Hoitotiede

Toukokuu 2009

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää masentuneiden äitien tunnistamista ja hoitoa äitiys- ja lastenneuvolassa.

Tutkimus oli laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin perusterveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajilta esseekirjoituksilla (N= 11) sekä täydentävillä teemahaastatteluilla (N=4), jotka sisälsivät kolme teemaa. Analysointimenetelmänä sovellettiin induktiivista sisällönanalyysia.

Terveystenhoitajat tunnistivat äitien masennuksen mielialan ja olemuksen muutoksista, väsymyksestä ja univaikeuksista sekä lapsen ja äidin välisestä vuorovaikutuksesta ja siinä ilmenevistä häiriöistä. Masennuksen tunnistamiseen vaikutti myös terveydenhoitajan omat vuorovaikutus- ja havainnointitaidot. Masentuneiden äitien kohtaaminen edellytti suunnitelmallisia tapaamisia, äidin ja perheen tukemista sekä terveydenhoitajan ammatillista osaamista ja monipuolista yhteistyötä. Terveystenhoitajat käyttivät EPDS-mielialalomaketta säännöllisesti neuvolan ohjeiden mukaan, sekä lisäksi oman arvioin perusteella raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Terveystenhoitajien kokemuksen mukaan mielialalomaketta voi käyttää keskustelun apuvälineenä masennuksen arvioinnissa.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa ja hoidon kehittämisessä äitiys- ja lastenneuvolassa, terveydenhoitajien koulutuksessa sekä ammatillisen täydennyskoulutuksen suunnittelussa.

Avainsanat: synnytyksen jälkeinen masennus, EPDS-mielialalomake, perhekeskeisyys

ABSTRACT

University of Tampere
Department of Nursing Science

TIINA-KATRIINA MUSTONEN

Public-Health Nurses' Experiences about the Recognition of Postnatal Depression
– The Use of a Mood Chart As an Instrument of Recognition

Master's thesis, 59 pages, 11 appendices

Supervisors: PhD, professor Eija Paavilainen, PhD Sirpa Salin

Nursing Science

May 2009

The purpose of the study was to describe how public-health nurses working within the basic health care experience the recognition of postnatal depression. The aim of the study was to generate information contributive to making the recognition and care of depressed mothers more effective at prenatal and postnatal clinics.

The study was qualitative. The data for the research were collected from public-health nurses of prenatal and postnatal clinics by written essays (N=11) and complementary interviews (N=4) which included three themes. The inductive content analysis was applied as the method of analyzing the data.

The nurses recognized the mothers' depression as changes of mood and appearance, as exhaustion and difficulty to sleep and on the basis of the interaction between the mother and the child and the perceived disturbances of the interaction. The nurses' personal skills of interaction and making observations also influenced the recognition of depression. Association with the depressed mothers required both the nurses' professional expertise and wide cooperation, planned meetings and supporting the mother and the family. The nurses used a EPDS-chart regularly according the instructions of the clinic; they also made their own evaluations during pregnancy and after the birth. According to the nurses' experience the mood chart can be used as a supportive tool for discussions when evaluating the mother's depression.

The results of the study can be used for recognizing postnatal depression and developing the care at prenatal and postnatal clinics, the education of public-health nurses and the planning of complementary professional education.

Keywords: postnatal depression, EPDS mood chart, family-centeredness

SISÄLLYS

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1 Synnytyksen jälkeinen masennus ja merkitys perheen näkökulmasta	2
2.2 Terveystenhoitajan perhekeskeinen työskentely	5
2.3 Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa	10
2.3.1 Masennuksen tunnistaminen ja hoito	13
2.3.2 EPDS-mielialalomake	16
2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	19
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	20
4 TUTKIMUSAINEISTO JA –MENETELMÄT	20
4.1 Toteutuksen ja menetelmän perustelu	20
4.2 Aineiston keruu	21
4.3 Aineiston analysointi	23
4.4 Eettisyyden tarkastelu	27
5 TULOKSET	29
5.1 Terveystenhoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta	29
5.2 Terveystenhoitajien kokemuksia masentuneiden äitien kohtaamisesta	34
5.3 Terveystenhoitajien kokemuksia mielialalomakkeen käytöstä	38
6. POHDINTA	41
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu	41
6.2 Luotettavuuden tarkastelu	45
6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	48
LÄHTEET	51

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje terveydenhoitajille

Liite 2. Esseen kirjoittamisohjeet

Liite 3. Suostumuslomake haastatteluun

Liite 4. Haastattelun teemat

Liite 5. Esimerkki analyysiprosessista

Liite 6. Tutkimustehtävien mukainen luokittelu

Liite 7. Tutkimustaulukko

Taulukot:

Taulukko 1. Aineiston kuvaus 22

Kuviot:

Kuvio 1. Essee- ja haastatteluaineiston ensimmäinen luokittelu 25

Kuvio 2. Analyysiprosessin eteneminen 27

Kuvio 3. Terveydenhoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta 31

Kuvio 4. Terveydenhoitajien kokemuksia masentuneiden
äitien kohtaamisesta 36

Kuvio 5. Terveydenhoitajien kokemuksia EPDS-mielialalomakkeen käytöstä 39

Kuvio 6. Terveydenhoitajien kokemuksia EPDS- mielialalomakkeen käytöstä
masennuksen arvioinnissa 40

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Lasta odottavien perheiden ja pienten lasten perheiden monitahoiset ongelmat, joihin liittyy mielenterveys- tai päihdeongelmia sosiaalisten ongelmien lisäksi, ovat tutkimusten mukaan lisääntyneet ja niihin on alettu kiinnittämään enemmän huomiota (Goodman 2004, Brady & McCain 2005, Mian 2005, Ylilehto 2005, Goldbort 2006, Horowitz & Cousins 2006, Longsdon 2006, Mason 2006, Floriani & Kennedy 2007, Benzein ym. 2008). Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsii noin 10-15 % synnyttäneistä naisista. (Käypä hoito suositus 2004, Mian 2005, Ylilehto 2005, Goldbort 2006, Horowitz & Cousins 2006, Longsdon 2006).

Masennus on tärkeää tunnistaa varhaisessa vaiheessa, koska synnytyksen jälkeiseen masennukseen sisältyy masennustilan yleisten vaaratekijöiden lisäksi psykososiaalisia ja hormonaalisia vaaratekijöitä. Synnytyksen jälkeinen masennus vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin, isien riskiin sairastua masennukseen sekä äidin ja vauvan kiintymyssuhteeseen (Goodman 2004, Zauderer 2008), jonka häiriintyminen voi vaikuttaa pitkäkestoisesti vauvan psyykkiseen kehitykseen (Downie ym. 2003, O'Brien ym. 2004). Synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonnan tehostaminen on tärkeää, koska osa masennuksista jää toteamatta (Guedeney ym. 2000, Beck & Gable 2001, Downie ym. 2003, Jesse & Graham 2005, Verker ym. 2005, Ylilehto 2005). Systemaattinen seuranta EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) -mielialalomakkeella tehostaa synnytyksen jälkeisen masennuksen varhaista tunnistamista ja hoitoon ohjaamista (Bewley 1999, Guedeney ym. 2000, Eberhard-Gran ym. 2001, Bronwen ym. 2003, Davies ym. 2003, Downie ym. 2003, Mitchell ym. 2006).

Lastenneuvolan yleistavoitteena on lasten fyysisen ja psyykkisen terveyden tukeminen sekä perheiden hyvinvoinnin parantaminen silloin, kun tuen tarve on tunnistettavissa. Lastenneuvolan tehtävänä on perustutkimusten lisäksi tukea perheen toimivuutta ja vanhempien vanhemmuutta. Tehtävänä on myös tunnistaa ja puuttua mahdollisimman ajoissa lapsen ja perheen epäsuotuisaan kehitykseen sekä tarvittaessa ohjata lapsi ja perhe tarkoituksenmukaisesti tutkimuksiin tai jatkohoitoon. (STM 2004)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Lisäksi tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää masentuneiden äitien tunnistamista sekä synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitoa äitiys- ja lastenneuvolassa.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Synnytyksen jälkeinen masennus ja merkitys perheen näkökulmasta

Synnyttäneiden naisten mielialavaihtelut sekä herkistyminen ovat luonnollisia synnytyksen jälkeisenä aikana, koska raskauteen ja synnytykseen liittyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset vaikuttavat kokonaisvaltaisesti naisen elämään. Pitkittynyt tai voimakas psyykinen oirehdinta voivat olla synnytyksen jälkeisen masennuksen seurausta. Synnytyksen jälkeisellä masennuksella on kolme erilaista ilmenemismuotoa, joita määritetään masennuksen syvyyserojen tai -asteiden mukaan. (Bewley 1999, Clay & Seehusen 2004, STM 2004, Käypä hoito suositus 2004, Ylilehto 2005)

Lievin ilmenemismuoto on synnytyksen jälkeinen herkistyminen (baby blues, maternity blues, new baby blues, postpartum blues), jota esiintyy 80 %:lla synnyttäneistä. Oireet ilmenevät voimakkaimmillaan 3-5 päivää synnytyksen jälkeen. Tyypillisiä oireita ovat mielialan vaihtelut, itkuherkkyys, ärtyneisyys, väsymys ja unihäiriöt, ruokahalun muutokset sekä erilaiset pelot, jotka voivat liittyä lapsen hoitoon. Oireiden esiintymistä voi kestää muutamasta päivästä viikkoon, korkeintaan kymmenen vuorokautta. Ohimenevänä ilmiönä herkistymistä pidetään normaalina ja se eroaa vakavammasta ja pitempiaikaisesta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Synnytyksen jälkeiset herkistymisoireet eivät vaadi erityisiä hoitotoimenpiteitä, mutta niiden tunnistaminen on tärkeää, koska herkistyminen voi johtaa synnytyksen jälkeiseen masennukseen. (Bewley 1999, Clay & Seehusen 2004, STM 2004, Käypä hoito suositus 2004, Ylilehto 2005)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen vakavin muoto on lapsivuodeajan psykoosi (puerperaalipsykoosi, post partum psychosis, puerperal psychosis), johon sairastuu 1-2 naista tuhannesta. Sairauden oireet ilmenevät kahden viikon kuluessa synnytyksestä. Oireina ovat todellisuudentajun häiriöt, hallusinaatiot sekä syvä masennus tai maaniset piirteet, unettomuus, poikkeava puheliaisuus sekä sekavuus. Psykoosiin liittyy myös voimakkaita syyllisydentunteita sekä pelkoja. Se määritetään vakavaksi häiriöksi, jonka hoito tapahtuu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Bewley 1999, STM 2004, Käypä hoito suositus 2004, Ylilehto 2005)

Synnytyksen jälkeinen masennuksen (postpartum depression, postnatal depression, puerperal depression) oireet voivat olla samankaltaisia kuin muissakin masennustiloissa tai oireet voivat olla epämääräisiä ja ilmetä monitasoisina sekä erilaisina yhdistelminä. Synnytyksen jälkeisen masennuksen taustalla on yleisen masennustilan syiden lisäksi usein erilaisia psykososiaalisia ja hormonaalisia tekijöitä sekä synnytyksen ja äidiksi tulon fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutokset naisessa (Clay & Seehusen 2004, Ylilehto 2005, Beck 2006, Goldbort 2006). Selvää syytä synnytyksen jälkeiseen masennukseen ei ole tunnistettavissa, mutta synnytyksen jälkeiseen masennukseen liittyvinä tekijöinä voidaan erotella äitiin liittyvät tekijät, synnytykseen liittyvät tekijät, lapsen liittyvät tekijät sekä sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät tekijät (Ylilehto 2005) .

Äitiin liittyvissä tekijöissä ovat keskeisiä aikaisemmat masennusoireet, synnytystä edeltävä ahdistus sekä vaikea synnytyksen jälkeinen herkistyminen ja korkea psykososiaalinen stressi (Clay & Seehusen 2004, Ylilehto 2005, Beck 2006). Myös äidin nuori ikä, alhainen itsearvostus sekä itsearvostusongelmat, jotka liittyvät lapsen hoitoon voivat olla riskitekijöitä (Clay & Seehusen 2004, Ylilehto 2005, Goldbort 2006). Tutkimusten mukaan riskitekijöinä voidaan tunnistaa myös perinnöllinen alttius, hormonitason muutos sekä äidin voimakas neuroottisuus ja sulkeutuneisuus (Clay & Seehusen 2004, Verker ym. 2005, Ylilehto 2005). Jonkin verran viitteitä on myös siitä, että synnytyksen jälkeisen masennuksen taustatekijöinä voivat olla perinnöllisen alttiuden lisäksi kulttuuriset tekijät (Huang & Mathers 2001, Zelkowitz & Milet 2001, Goldbort 2006).

Synnytykseen liittyviin tekijöitä ovat äidin kokema synnytys, sekä synnytykseen sisältyvät emotionaaliset, fyysiset ja sosiaaliset tapahtumat äidin mielikuvan tai todellisen kokemuksen näkökulmasta (Ylilehto 2005). Websterin ym. (2003) mukaan

äidin tyytymättömyys synnytyskokemukseen sekä muut synnytykseen liittyvät kokemukset ovat yhteydessä synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Synnytysten määrä ja tapa, syntyneiden lasten lukumäärä, lapsen ominaisuudet ja sukupuoli voivat osaltaan vaikuttaa äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Patel ym. (2005) mukaan synnytyksen tapa ei lisää synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiä. Taustalla voivat olla myös äidin lapsen kohdistamat odotukset ja niissä pettyminen sekä äidin kokemus lapsen vaikeudesta tai vaikeahoitoisuudesta. (Tammentie ym. 2004, Beck 2006, Ylilehto 2005, Goldbort 2006).

Sosiaaliseen tilanteeseen liittyvien tekijöiden taustalla on perheeseen ja parisuhteeseen liittyviä ongelmia, äidin omaan sosiaaliseen tilanteeseen liittyviä ongelmia, riittämätön sosiaalinen tuki tai sosiaalisen tuen puute stressitilanteissa. Sosioekonomisen taustan osalta tutkimustulokset ovat vaihtelevia, Clayn & Seehusenin (2004) mukaan koulutustaso ja sosioekonominen tausta eivät ole riskitekijöitä, mutta Jesse & Graham (2005) tuovat esiin näkemyksen, jonka mukaan alhainen tulotaso ja työttömyys lisäävät riskiä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. (Bewley 1999, Webster ym. 2003, Clay & Seehusen 2004, STM 2004, Ylilehto 2005, Beck 2006, Goldbort 2006, Shaw & Kaczorowski 2007)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet ilmaantuvat useimmiten 4–6 viikkoa synnytyksen jälkeen, mutta voivat ilmentyä myöhemminkin. Daviesin ym. (2003) mukaan osalla äideistä ilmenee masennuksen tunnusmerkkejä vasta vuoden kuluttua synnytyksestä. Masennuksen oireina ilmenee itkuisuutta, alakuloisuutta, väsymystä ja nukahtamisvaikeutta sekä ahdistusta ja epätoivoisuutta. Äiti voi tuntea riittämättömydentunteita sekä sopeutumiskyvyn puutetta erityisesti suhteessa lapseen, joka voi ilmetä passiivisuutena vauvaa kohtaan tai mekaanisena hoitamisena. Masennus voi ilmetä äidin emotionaalisenä suruna, joka liittyy rooliin äitinä (Clemmens ym. 2004). Äidin voi olla vaikea tunnistaa lieviä masennuksen oireita, koska oireet voivat peittyä äidin kokeman syyllisyyden ja häpeän tunteiden taakse. (Beck & Gable 2001, Käypä hoito suositus 2004, STM 2004, Ylilehto 2005, Beck 2006).

Synnytyksen jälkeinen masennus kestää keskimäärin 6 – 8 viikkoa, mutta mieliala vaihtelut ja syyllisyyden kokemukset voivat jatkua pidempäänkin (Zelkowitz & Milet 2001, Davies ym. 2003) ja vaikuttaa pitkäkestoisesti lapsen ja perheen hyvinvointiin. Äidin kärsimän masennuksen on todettu vaikuttavan lapsen ja äidin väliseen

vuorovaikutukseen ja kiintymyssuhteeseen sekä hoitamattomana haittaavan lapsen emotionaalista kehitystä (Downie ym. 2003, Goodman 2004, O'Brien ym. 2004, Zauderer 2008). Masentuneiden äitien puoliset voivat myös kärsiä mielialamuutoksista ja ongelmat heijastuvat perheen muihin lapsiin. Äitien synnytyksen jälkeinen masennus on riskitekijä isien masennuksen puhkeamiselle (Zelkowitz & Milet 2001, Goodman 2004). Tämä oli Goodmanin (2004) mukaan merkittävä havainto lapsiperheen hyvinvoinnin kannalta. Mielialamuutosten lisäksi synnytyksen jälkeinen masennus voi hoitamattomana laukaista äidin pitkäkestoisen masennuksen ja ahdistuneisuuden. (Bewley 1999, Bronwen ym. 2003, Davies ym. 2003, Hiltunen 2003, Clemmens ym. 2004, Käypä hoito suositus 2004, STM 2004, Ylilehto 2005, Zauderer 2008)

2.2 Terveydenhoitajan perhekeskeinen työskentely

Terveydenhoitajan työssä perhekeskeinen ja asiakaslähtöinen toiminta lähtee lapsen edusta, joka tarvittaessa asetetaan vanhempien edun edelle. Neuvolan tehtävänä on lapsen suotuisan kehityksen, terveyden ja hyvinvoinnin turvaaminen. Lapsen hyvinvointi riippuu koko perheen ja erityisesti vanhempien hyvinvoinnista. Perhekeskeisen näkökulman mukaan koko perhe on neuvolan asiakkaana ja asiantuntijana perheen asioissa. Perhekeskeisessä toiminnassa huomioidaan perheen elämäntilanne, kulttuuritausta, tottumukset, arvot ja elämänsenteet, jotka ohjaavat perheen elämää ja päätöksentekoa. Perhe voidaan määrittää biologisin perustein, juridisin perustein tai emotionaalisten kriteereiden perusteella. Emotionaaliset suhteet voivat olla yksilön ja perheen näkökulmasta merkittävimpiä kuin juridiset tai biologiset perusteet. Lastenneuvolaopas (2004) ohjaa määrittelemään perheen sen omista lähtökohdista, koska neuvolan asiakkaina on ydinperheiden lisäksi yksinhuoltajaperheitä, uusperheitä sekä kahden samaa sukupuolta olevan vanhemman perheitä. (STM 2004, Åstedt-Kurki ym. 2008)

Perheiden tukemisen lähtökohtana ovat perheen elämäntilanne ja vanhempien ilmaisemat tarpeet ja huolet, asiakkaan aktiivinen kuunteleminen sekä kaavamaisuuden välttäminen. Toiminta edellyttää terveydenhoitajan tilanneherkkyyttä ja luottamuksellisuutta, perheen tuntemista sekä vanhempien oikeuksien ja päätöksenteon kunnioittamista. Asiakkaan kuunteleminen, hienotunteisuus vanhempien elämäntilanteen ja ratkaisujen kohdalla on tärkeää silloinkin, kun terveydenhoitaja

joutuu ottamaan esille vaikeita tai epämielittäviä asioita. Lastenneuvolaopas (2004) ohjaa avoimeen ja suoraan lähestymiseen sekä keskusteluun. Neuvolassa pyritään vahvistamaan vanhempien kykyjä toimia perheen hyväksi kiinnittämällä huomiota vanhempien ja lasten voimavaroja suojaaviin ja vahvistaviin tekijöihin, sekä perhettä kuormittaviin tekijöihin. Lapsen huolenpito, hyvä itsetunto, lapsiläheinen kasvatus sekä perheen sosiaaliset verkostot ovat lapsen tervettä kasvua ja kehitystä edistäviä voimavaratekijöitä. Neuvolan tehtävänä on pyrkiä ehkäisemään lapsiperheiden ongelmien syntymistä varhaisella puuttumisella sekä estää olemassa olevien ongelmien paheneminen. (Simons ym. 2003, Goodman 2004, STM 2004)

Perhehoitotyö

Perheen hoitotyötä kuvaavia keskeisiä käsitteitä ovat Hakulisen ym. (1999) mukaan perhehoitotyö, perhekeskeinen hoitotyö sekä perhesysteeminen hoitotyö. Perhehoitotyö voidaan määritellä yksilö- tai perhepainotteisesti ja toteuttaa myös yksilöön kohdistuvana. Perhehoitotyön tavoitteena on perheen hyvinvoinnin ja terveydentilan edistäminen sekä tukeminen. Perhehoitotyön näkökulmasta hoitotyön tulee koostua toiminnoista, jotka vahvistavat perheen voimavaroja sekä kykyä vastata niihin muutoksiin, joita perheessä ilmenee sairauden aiheuttamassa tilanteessa. Yksittäisen perheenjäsenen tilannetta tulisi tarkastella kokonaisuutena, koska yksilön terveyteen liittyvät ongelmat ovat sidoksissa perhetilanteeseen. Yksittäisen perheenjäsenen hyvinvointi vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin kuin myös perheen toimivuus ja hyvinvointi vaikuttaa yksittäisten perheenjäsenten vointiin. Perheen osallistumisella hoitoon voidaan vaikuttaa yksittäisen perheenjäsenen hoidon toteutumiseen, tavoitteiden saavuttamiseen ja terveyttä edistäviin muutoksiin. Perhe on asiakkaan taustatekijä ja tärkein primaariryhmä, voimavaroja vahvistava tai kuormittava tekijä.. (Hakulinen ym. 1999, Mäenpää 2008, Åstedt-Kurki ym. 2008)

Perhehoitotyön toteutuksen kannalta tarvitaan laaja-alaista tietoa perheen kehityksellisistä vaiheista, tehtävistä, perhedynamiikasta sekä perheiden selviytymiskeinoista. Perhettä voidaan tarkastella vuorovaikutusteorioiden, kehitysteorioiden tai systeemiteorioiden lähtökohdista. Vuorovaikutusteoreettisissa näkökulmissa keskeisenä ovat perheen vuorovaikutus ja kommunikaatio, perhedynamiikka sekä perheenjäsenten väliset suhteet. Kehitysteoreettiset näkökulmat nostavat esiin perheen kehitysvaiheet ja perheen rakenteet ja tehtävät eri kehitysvaiheissa. Systeemiteoreettisessa lähestymistavassa perhettä tarkastellaan

järjestelmänä ja osajärjestelmien välisinä yhteyksinä. Perhe voidaan nähdä jäsentensä summana, jolloin yksilön ja perheenjäsenten eli systeemin eri osien terveys ja hyvinvointi perustuu vastavuoroisuuteen. Asiakkaana ovat perheen osaryhmittymät, joita hoidetaan ongelma- ja terveyskeskeisesti ja joiden kautta pyritään vaikuttamaan koko perheeseen. Hoitotyössä keskitytään perheenjäsenten välisiin vuorovaikutussuhteisiin yksilön ja perheen eri osaryhmittymien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitotyössä painotetaan perheen sisäistä dynamiikkaa ja suhteita, rakennetta ja toimintoja sekä perheen osajärjestelmien riippuvuutta kokonaisuudesta. Lisäksi huomioidaan perheen riippuvuus ympäristöstä sekä perheen ja ympäristön välinen vuorovaikutus. Tavoitteena on perheen ja yhteisön sekä yhteiskunnan ja kokonaisuuden terveys sekä hyvinvointi. (Hakulinen ym. 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008)

Perheen hyvinvointi ja terveys ovat muuttuvia tiloja, joihin vaikuttavat perheen kehitysvaihe, muut elämänmuutokset sekä perheenjäsenten terveysongelmat tai sairastuminen. Lapsen odotus ja syntymä on merkittävä muutostilanne, joka herättää perheenjäsenissä vaihtelevia tunteita ja tuo esiin muutostarpeita, joista perheet voivat selvittää käyttämällä omia voimavaroja ja itsehoitokeinoja. Perheiden voimanvarat ja selviytymiskeinot vaihtelevat ja vaikuttavat perheiden kykyyn selviytyä muutostilanteissa. Ulkopuolinen tuki sekä tilanteeseen liittyvä asiallinen tieto auttaa perhettä käyttämään omia voimavarojaan, mahdollistaa päätöksen teon ja toimimisen sekä selviytymisen muuttuneessa tilanteessa. Åstedt-Kurki ym. (2008) jakaa perheen voimavarat persoonallisiin, sosiaalisiin ja aineellisiin. Persoonallisia ominaisuuksia ovat perheenjäsenten älykkyys, itsetunto sekä asenteet. Sosiaaliset voimavarat muodostuvat perheenjäsenten välisistä ja perheen ulkopuolisista suhteista sekä työstä ja vapaa-ajasta. Aineelliset voimavarat muodostuvat perheen taloudellisesta toimeentulosta sekä elinympäristöstä. (Åstedt-Kurki ym. 2008)

Hoitotyön tutkimusten (Zwelling & Phillips 2001, Hampshire 2002, Jones & Scannell 2002, Azoulay & Sprung 2004, Mason & Subedi 2006, Tanyi 2006,) mukaan perhehoitotyöstä on kliinistä hyötyä, vaikka perhehoitotyön käytännön mallit eroavat toisistaan ja terapeuttiset toiminnot vaikuttavat jossain määrin epäselviltä. Perhehoitotyön yhdistäminen hoitotyön kliinisiin rutiineihin vaatii hoitajilta riittävästi tietoa perhehoitotyön toteuttamisen malleista (Gavaghan & Carroll 2002) sekä riittäviä resursseja käytännön toteuttamiseen. Perhehoitotyön käsitteellinen tunnistaminen ei

yksistään vahvista hoitajien osaamista perheiden kanssa työskentelyn käytännön toteutuksessa (Jones & Scannell 2002, Tomlinson ym. 2002). Perhehoitotyön toteuttamisen ongelmakohtia voivat olla myös perheiden moninaisuus, jolloin perheiden vaihtelevat muodot, taustat, arvot sekä elämäntilanteet lisäävät perheiden kohtaamisen vaativuutta.

Perheen huomioon ottaminen sekä perheen kanssa työskentely vaatii laajaa näkökulmaa hoitotyö toteuttamisesta sekä lisäksi tietoa perheen kehityksellistä vaiheista ja tehtävistä, perhe- ja ryhmadynamiikasta sekä selviytymiskeinoista. Perheiden käsitykset hyvästä hoidosta, ongelmien selvittelystä tai yhteistyöstä voivat vaihdella tai olla tavoitteiltaan erilaisia kuin hoitotyön tavoitteet. Perhehoitotyön osaamista sekä perheinterventioiden kehittämistä voidaan vahvistaa koulutuksella sekä reflektiivisen käytännön avulla. (Hakulinen ym. 1999, Jones & Scannell 2002, Tomlinson ym. 2002, Benzein ym. 2008)

Perheen ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta selvittävien tutkimusten mukaan vuorovaikutus perheenjäsenten kanssa sisältää kaksisuuntaista tiedon antoa, jolla on merkitystä varsinkin niissä tilanteissa, kun hoidettava itse ei voi tehdä hoitoa koskevia päätöksiä (Kamienski 2004, Powers ym. 2000). Vuorovaikutus sisältää hoitajien osalta tiedonantoa potilaan voinnista ja hoidosta sekä perheen kuulemista toiveiden ja arvojen näkökulmasta hoidon toteuttamisesta sekä hoitopäätösten tekemisestä. Tavoitteena on suojata potilaan autonomiaa ja mahdollistaa perheen tarvitseman tuen antaminen (Azoulay & Sprung 2004). Perheenjäsenten tapaaminen ja keskustelu potilaan tilanteeseen ja hoitoon liittyvistä asioista vähentää osaltaan perheenjäsenten kärsimystä, syyllisyyttä sekä lievittää voimattomuuden tunnetta. Hoitajan ja potilaan läheisten välinen yhteistyösuhde nähdään auttavaksi kanssakäymiseksi, jolloin kokemus hoitajan läsnäolosta voi olla läheisten kärsimystä lievittävää ja hyvinvointia lisäävää. Hoitajien esittämät kysymykset ja keskustelut perheenjäsenten kokemista tunteista voivat myös nostaa esiin perheiden voimavaroja. Myös hoitajat voivat kokea potilaiden ja perheiden kanssa työskentelyn omia voimavaroja vahvistavana, jos he kokevat olevansa hyödyksi potilaalle ja tämän perheelle. (Mattila 2001, Maijala 2004, Potinkara 2004, Duhamel ym. 2007)

Hoitajien holistinen työskentelytapa ja toiminta perheiden kanssa vahvistaa perheiden toimintakykyä sekä tukiverkoston. Hoitotyön ammattilaisten rooli

mielenterveysongelmista kärsivien perheiden tukemisessa kohdistuu koko perheeseen (Mason & Subedi 2006). Vanhempien vahvuuksien tai ongelmien tunnistaminen, lisäavun antaminen tai hoitonohjauksen toteuttaminen on keskeistä perheen hyvinvoinnin kannalta. Perheen ongelmatilanteissa tuen antamisella pyritään saavuttamaan pysyvämpi muutos perheen toiminnassa niin, että lapsi saa perheessä hyviä roolimalleja sekä motivoivaa tukea. Perheen ja kasvuympäristön merkityksen ja niihin liittyvien tekijöiden tiedostaminen sekä vaikutus perheen elämäntilanteeseen on tärkeää huomioida osana hoitoa. (Hampshire 2002, Floriani & Kennedy 2007)

Ennaltaehkäisevän perhetyön hanke

Lastenneuvolaoppaassa (2004) suositellaan perheiden terveyden edistämisen lähtökohdiksi voimavaralähtöistä, perhekeskeistä ja yhteistyöhakuista työtettä. Neuvolatyön kehittäminen ja yhteistyö paikallisten organisaatioiden kanssa on luonteva osa terveydenhoitajan työtä. Perusterveydenhuollossa on toteutettu ja käynnistetty perhekeskeistä työskentelyä tehostavia hankkeita, joiden tavoitteena on toteuttaa myös ennalta ehkäisevää mielenterveystyötä ja toteuttaa mielenterveystyötä lastenneuvolaoppaan suositusten mukaisesti. (STM 2004)

Perhevoimala –ennaltaehkäisevän perhetyön moniammatillinen kehittämis-, tutkimus- ja koulutushanke toteutettiin Hämeen ammattikorkeakoulun ja yhteistyötahojen kanssa v. 2004 - 2006. Hankkeen taustalla oli sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisohjelmia, joista mm. Terveys 2015 kansanterveysohjelman tavoitteena on lasten hyvinvoinnin lisääminen, terveydentilan parantaminen ja turvattomuuteen liittyvien oireiden ja sairauksien merkittävä vähentäminen. Hankkeen tavoitteena oli edistää moniammatillista yhteistyötä ennaltaehkäisevässä perhetyössä ja kehittää uusia yhteistyön toimintamalleja sekä tukiverkostoja, joilla voidaan tehostaa lasten ja perheiden hyvinvointia sekä syrjäytymisen ehkäisemistä. Tähän sisältyi myös peruspalveluiden, dialogisen toimintakulttuurin ja ydinosaamisen vahvistaminen. Perhevoimalan osahankkeena oli neuvolassa toteutettu ennaltaehkäisevä työ vauvaperheissä, johon sisältyi moniammatillinen perhevalmennus sekä synnyttäneiden ja vastasyntyneiden hoitaminen perhelähtöisesti. Terveystenhoitajat tehostivat Lastenneuvolanoppaan (2004) suositusten mukaisesta toimintaa myös synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisen osalta käyttämällä EPDS-mielialalomaketta säännöllisesti. (STM 2001, Harju-Torppa 2003, 2007)

2.3 Mielensterveystyö perusterveydenhuollossa

Mielensterveyslain (1160/ 1990) mukaan mielensterveyspalveluiden järjestäminen kuuluu kunnalle osana kansanterveystyötä sekä sosiaalihuoltoa. Mielensterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina niin, että tuetaan samalla ihmisten itsenäistä suoriutumista sekä oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. Ennaltaehkäisevän mielensterveystyön ja mielensterveystyön edistämisen toiminnan perusteita on kirjattu keskeisiin sosiaali- ja terveydenhuollon lakeihin. Mielensterveyteen liittyy monia samanaikaisesti vaikuttavia tekijöitä ja eri tieteenalat selittävät mielensterveyttä omasta näkökulmastaan, jotka ovat päällekkäisiäkin. Mielensterveys voidaan määritellä myös yksilön, perheen, yhteisöjen ja kansakuntien voimavaraksi, joka kuluu ja muuttuu päivittäin. Kokko (2004) määrittelee mielensterveyden itseisarvoksi sekä välinearvoksi, joka on yksilöiden, perheiden, yhteisöiden ja kansojen resurssi. Positiivinen mielensterveys mahdollistaa yhteiskunnassa toimimisen, parantaa elämän laatua sekä lisää hyvinvointia ja elämän mielekkyyttä. Mielensterveyden häiriö sen sijaan heikentää elämän laatua, aiheuttaa leimaantumista sekä vaarantaa tulevan sukupolven mielensterveyttä. Mielensterveyttä edistävä toiminta tähtää mielensterveyttä edistävien yhteiskunnallisten ja yksilöllisten tekijöiden tunnistamiseen ja voimistamiseen. Häiriöiden ehkäisemiseen tähtäävän toiminnan tavoitteena on tunnistaa mielensterveyttä uhkaavia tekijöitä ja torjua niitä. (Mielensterveyslaki 1990, Mielensterveysasetus 1990, Kokko 2004)

Ehkäisevä eli preventiivinen mielensterveystyö on yhteisöissä ja yksilöissä ilmenevien biologisten, psyykkisten ja vuorovaikutukseen liittyvien riskitekijöiden tunnistamista sekä riskitekijöiden kehittymisen estämistä ja poistamista. Ehkäisevän mielensterveystyön tavoitteena on estää ongelmia puuttamalla niihin vaikuttaviin osatekijöihin ja prosesseihin, joka tarkoittaa myös asiakkaan kokonaistilanteen huomioimista ja kokonaisvaltaista tukemista elämänkaaren eri vaiheissa. Ennaltaehkäisevällä mielensterveystyöllä pyritään vahvistamaan yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen voimavaratekijöitä. Primaariprevention tavoitteena on mielensterveydenhäiriöiden ilmaantuvuuden pienentäminen, joista Hyvönen (2004) esittää esimerkkinä koulutuksen ihmissuhteiden hoitamisesta kodissa, kouluissa ja työpaikoilla. Sekundaaripreventiolla pyritään häiriötilojen keston lyhentämiseen ja tertiäripreventio on häiriön ilmaantumisen jälkeistä toimintaa, esim. ohjausta,

neuvontaa ja kuntoutustoimenpiteitä. Hyvösen (2004) mukaan perusterveydenhuollon tehtävänä on vastata sairauksien ehkäisemisestä ja väestön terveyden edistämisestä, jolloin mielenterveystyön painopiste on mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyssä. (Mielenterveyslaki 1990, Hyvönen 2004, Kokko 2004)

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus käsittelee mielenterveyspalveluita ja mielenterveystyötä Mielenterveyslain (1990) määrittelemässä merkityksessä. Suositus ei ole kuntia sitova normi, mutta sitä ohjataan käytettäväksi strategisen suunnittelun, kehittämistyön, toiminnan seurannan ja vertaisarvioinnin välineenä. Mielenterveyspalveluiden suosituksissa hoidon tarpeen arviointi ja hoidon käynnistäminen suositellaan tapahtuvaksi ensisijaisesti kunnan peruspalveluissa, etenkin perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai sosiaalitoimessa. Suosituksen rakenne noudattaa ajatusta mielenterveysongelmien kehittymisestä prosessina, jolloin mielenterveystyön resursseja ja osaamista tulisi suunnata elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen, ongelmien ehkäisyyn, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja niissä tukemiseen sekä mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja tehokkaaseen hoitoon sekä monipuoliseen kuntoutukseen. Käytännön toiminnassa mielenterveyden edistäminen tarkoittaa mielenterveyttä vaarantaviin asioihin puuttumista varhaisessa vaiheessa, hoidon ja huolenpidon järjestämistä sekä uusien hoitomuotojen kehittämistä ja tarjoamista. Hyvösen (2004) mukaan mielenterveystyön tehtävät perusterveydenhuollossa ovat ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito, sekä ohjaaminen ja lähettäminen jatkohoitoon. Mielenterveystyön perustehtäviä voidaan toteuttaa erityisesti neuvoloissa, työterveyshuollossa sekä kriisityössä. Suomessa äitiys- ja lastenneuvoloilla on vakiintunut ja keskeinen asema yhteiskunnassa sekä palveluiden saannin kannalta hyvä kattavuus ja matala kynnykset. Perusterveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat kohtaavat perheitä jo lapsen odotusaikana ja ovat avainasemassa perheiden fyysisen ja psyykkisen terveyden edistäjinä sekä ehkäisevän sekä hoitavan ja korjaavan mielenterveystyön toteuttajina perheiden tarpein mukaan. (STM 2001, Kokko 2004, Ylilehto 2005)

Hyvösen (2004) tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa mielenterveystyötä tekevien hoitajien vahvuuksia ovat hoidolliset vuorovaikutuksen taidot, kyky luottamukselliseen ja turvalliseen asiakassuhteeseen, empatiakyky, keskustelu- ja kuuntelutaito, konfrontointitaito, ahdistuksen sietokyky sekä herkkyytensä ja intuitio.

Työntekijöiden ammattitaito muodostuu kiinnostuksesta ihmissuhdetyöhön, ammatillisesta yhteistyöstä, elämäkokemuksesta, työkokemuksista, koulutuksesta sekä harrastuksista. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön lisääntyminen on muuttanut työntekijöiden osaamisvaatimuksia samalla, kun asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat lisääntyneet ja asiakkaiden vaatimustaso hoidon suhteen on noussut. Työntekijät kokevat tarvitsevansa työnsä tueksi lisäkoulutusta sekä työnohjausta, koska puutteellinen ammattitaito ja negatiiviset asenteet saattavat muodostaa asiakkaiden kohtaamiseen rajoituksia. Hyvösen (2004) tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa mielenterveystyötä tekevien työntekijöiden vahvuuksien perustana on ammatillinen yhteistyö oman työryhmän ja työyhteisön sisällä sekä laajemmissa verkostoissa.

Mielenterveyden edistämisen hankkeita

Mielenterveys osana kansanterveystyötä Euroopassa (Public Health Approach on Mental Health in Europe) -hankkeen perusteella on koottu teoreettista pohjaa mielenterveystyölle ja –politiikalle. Ehdotus Euroopan mielenterveyden osoittimiksi (The Proposal for European Mental Health Indicators) –raportissa esitetään mielenterveyteen sopiva seurantajärjestelmä, joka on tarkoitettu osaksi yleistä terveyden seurantajärjestelmää Euroopassa. Ehdotuksen laaja-alaiseen mielenterveyden käsitteeseen ja samalla mielenterveyden osoittimiin sisältyy eri osa-alueina mm. elämäntilannetta, henkinen kestävyys, sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen toimintakyky. Yksilötasolla myös realistinen minäkäsitys ja itsetunnon kehittyminen edistävät mielenterveyttä. Elämäntilannan ja elämisen taitojen kehittyminen lapsuudessa ja nuoruudessa ovat tärkeitä vaiheita, joita yhteiskunnan pitäisi tukea yhteistyössä perheen kanssa. (Kokko 2004, Stakes 2005)

EU:n kansanterveysohjelmaan liittyvien mielenterveyden edistämishankkeiden hankeraporttien mukaan EU-maat tarvitsevat informaatiota mielenterveyden edistämisen tehokkaista käytännöistä, ohjelmien kehittämisestä sekä täytäntöönpanosta poliittisen päätöksenteon tueksi. Mielenterveyden edistämistoiminta koostuu 20 Euroopan maan verkostosta, jonka haasteena on auttaa jäsenmaita määrittämään mielenterveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn maakohtaisia strategioita. Verkoston tavoitteena on kehittää näyttöön perustuvaa mielenterveyden edistämisen ja ennaltaehkäisy strategioita Euroopan maiden välillä ja luoda välineitä niiden

integroimiseksi valtion politiikkaohjelmiin, kehittämissuunnitelmiin sekä terveydenhoitoalan ammattilaisen päivittäiseen kliniseen työhön. Huhtikuusta 2003 on testattu kolmea toimintatapaa/tuotetta, joista yksi on näyttöön perustuva mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyohjelmien ja politiikkaohjelmien standardoitu internet-tietokanta. Toisena on harjoituskäsikirja perusterveydenhuollon ammattilaisille mielenterveystyön yhdistämiseksi päivittäiseen kliniseen käytäntöön ja kolmantena mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyohjelma Euroopan politiikkatoimintaohjelma. (Stakes 2005)

2.3.1 Masennuksen tunnistaminen ja hoito

Masennuksella voidaan tarkoittaa masentunutta tunnetilaa tai menetyksen aiheuttamaa surua, joka hetkellisenä on normaali reaktio erilaisissa elämäntilanteissa. Menetyksen ja pettymyksen tunteiden työstämisessä masentunut tunnetila voi olla selviytymiskeino ja motivoida muutokseen. Pitkään jatkuva tai pysyvä masentunut mieliala, johon liittyy mielenkiinnon ja mielihyvän menettämisen tunteita määritetään masennusoireyhtymäksi eli masennustilaksi. Masennustilaa pidetään mielenterveyden häiriönä, josta käytetään myös ilmaisua depressio. ICD-10 tautiluokituksessa masennustilojen muodot jaetaan masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Masennusoireiden arvioinnissa korostetaan potilaan omaa kokemusta ja kuvausta voinnista ja oireista, oireiden esiintymistä yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan sekä oireiden vaikeusastetta. Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan, oiremittareilla tai masennustilaan liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen mukaan. (Ahlfors ym.1987, Iija ym.1996, Saarelainen ym. 2000, Välimäki ym. 2000, Kokkonen ym. 2004, Punkanen 2001, Käypä hoito suositus 2004, Ylilehto 2005)

Kokon (1999) mukaan perusterveydenhoidossa toimivat hoitajat kuvasivat yleisimpinä depression oireina mielialan laskun sekä elämänilon ja mielihyvän tunteen vähenemisen. Lisäksi keskeisinä oireina olivat vireystilaan liittyvät muutokset, joista yleisimpiä unihäiriöt ja väsymystila. Hoitajat tunnistivat masennuksen oireiksi myös ulkoisessa olemuksessa ilmeneviä muutoksia, itkuisuuden vastaanottotilanteessa sekä käyttäytymisen muutokset äidissä tai perheen lapsissa. Masennustilaan liittyy aina subjektiivista kärsimystä, koska uupuneisuus, väsymys ja mielihyvän kokemuksen väheneminen lisäävät toivottomuuden tunnetta. Tulosten mukaan hoitajat tunnistivat

masentuneen henkilön itsearvostuksen puutteeseen liittyviä oireita sekä sosiaalisten suhteiden kapeutumista. Hoitajat arvelivat epämääräisten somaattisten oireiden, tiheiden terveyskeskuskäyntien sekä pitkäaikaissairauksien huonon hoitomotivaation viittaavan masennukseen. Käypä hoito suosituksessa depression seulonnassa suositellaan huomiomaan epäselvistä somaattisista oireista, kroonisista sairauksista tai kiputiloista kärsivät potilasryhmät. (Käypä hoito suositus 2004) Yksilön kokeman masennustila vaikuttaa myös läheisiin ja voi muuttaa perheen sosiaalista verkostoa ja tunne-ilmastoa, jolloin masennus on perheen yhteinen kärsimys. (Kokko 1999)

Masennustilojen taustalla nähdään biologisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. Yksilölliset alttiustekijät tai laukaisevat tekijät liittyvät ihmisen persoonallisuuteen, tunne-elämään, elämäntilanteisiin ja niissä tapahtuviin muutoksiin tai elämäntapaan. Positiivisetkin elämän muutokset, esim. lapsen syntymä, voivat laukaista masennustilan. Kokon (1999) tutkimuksessa hoitajat pitivät merkittävimpinä masennuksen syinä ulkoisista tekijöistä johtuvia elämän kriisejä, työssä tai yksityiselämässä, sekä lisäksi ihmisen kokemia konkreettisia tai psyykkisiä menetyksiä. (Ahlfors ym. 1987, Iija ym. 1996, Saarelainen ym. 2000, Välimäki ym. 2000, Punkanen 2001, Kokkonen ym. 2004, Käypä hoito suositus 2004)

Masennuksen hoito

Masentuneen ihmisen hoidon lähtökohtana on yksilö- ja tilannekohtaisuus. Hoitomuodon valintaa ohjaa usein kuitenkin masennuksen vaikeusaste sekä eri hoitomuotojen saatavuus (Käypä hoito 2004). Hoidon perusedellytys on, että ihminen kokee tulevansa ymmärretyksi omassa masennuksessaan ja elämäntilanteessaan ilman ennakkokäsityksiä. Masennustilaan liittyvä subjektiivinen kärsimys, toivottomuus sekä itsearvostuksen puute vaikuttavat sosiaalisen toimintakyvyn ja elämänhallinnan alenemiseen. Masentunut ihminen tarvitsee turvallisen yhteistyösuhteen, säännölliset tapaamiset sekä toivoa ylläpitäviä auttamiskeinoja. Yhteistyösuhteessa hoitajan aktiivisuus, hienotunteisuus ja samalla määrätietoisuus auttavat masentunutta ihmistä ymmärtämään omaa elämäntilannettaan ja hyväksymään omat tunteet. Hoitajan avoin kiinnostuneisuus ja masentuneen ihmisen vastahakoisuuden ja toivottomuudentunteiden hyväksyminen mahdollistavat luottamuksellisen suhteen syntymisen, jossa on tilaa kysymyksille, odotuksille, toiveille ja tunteille. Masentunut ihminen tarvitsee tukea, opettelua ja positiivisia kokemuksia tunnistaakseen omia toivoa ylläpitäviä selviytymiskeinoja sekä löytämään toivoa tulevaisuudesta (Kokkonen ym. 2004).

Masentuneen ihmisen hoidossa on tärkeää antaa tietoa masennuksesta ja siitä selviytymisestä masentuneelle itselleen sekä läheisille. Lisäksi on tärkeää tukea masennuksesta toipumista ja ennaltaehkäistä masennuksen uusiutumista. Masentuneen ihmisen kohtaaminen voi herättää hoitajassa suojelunhalua, syyllisyyden, ärtymyksen tai vihan tunteita, jotka voivat olla hoitajalle psyykkisesti kuormittavia. (Iija ym. 1996, Välimäki ym. 2000, Punkanen 2001, Ylilehto 2005)

Käypä hoito suosituksen (2004) mukaan vaikean masennuksen hoidossa lääkehoito oleellinen osa hoitoa, mutta myös keskivaikeissa ja lievissä masennuksissa lääkehoito on perusteltua. Masentunut ihminen tarvitsee hoitajan tukea, ohjausta ja motivoitua lääkeshoidon toteuttamisessa. Käypä hoito suosituksen (2004) mukaan lääkehoidon rinnalla tai sijasta voidaan käyttää psykoterapiaa. Psykoterapian tavoitteena on masentuneen ihmisen toipuminen ja toimintakyvyn parantuminen vaikuttamalla masennusta ylläpitäviin mielikuviin ja ajattelumalleihin, tunne-elämään sekä minäkäsitykseen ja toimintatapoihin. Masennukseen liittyvä itsemurhariski on arvioitava toistuvasti. Se ei ole välttämättä suurimmillaan masennustilan syvimmissä vaiheissa, vaan usein toipumisvaiheissa. Masentuneen ihmisen auttamisessa on tärkeää pyrkiä vähentämään psyykkisen kivun tunnetta ja auttaa tunnistamaan elämää tasapainottavia käytösmalleja sekä vaihtoehtoisia näkemyksiä omasta elämästä. (Iija ym. 1996, Välimäki ym. 2000, Punkanen 2001, Ylilehto 2005)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito

Synnytyksen jälkeisen masennuksen varhainen tunnistaminen nopeutta oireiden lievittymistä sekä masennuksesta toipumista. Lievissä oireissa äidin tukeminen keskustelemalla, tukiverkoston kartoittaminen sekä lastenhoitoavun tarjoaminen voi olla riittävä tuki masennuksen oireista selviytymiseen. Käypä hoito suosituksen (2004) mukaan raskauden aikaisen masennuksen hoidossa psykoterapeuttiset hoitomuodot ovat lääkehoito suositteluvampia, koska masennuslääkkeiden aiheuttamia mahdollisia haittoja sikiölle ei ole riittävästi tutkittu. Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa voidaan käyttää lääkehoitoa (Davis ym. 2003, Mian 2005, Beck 2006, Shaw & Kaczorowski 2007) psykoterapeuttisten hoitomuotojen lisäksi. Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito on samansuuntaista kuin masennuksen hoito yleensäkin.

Kaikki eivät hyödy psykososiaalisista ja psykologisista interventioista, mutta kokevat saavansa apua terveydenhoitajan antamasta ammattimaisesta tuesta synnytyksen jälkeen (Dennis 2005, Morse ym. 2004). Terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyö on tärkeää äidin voinnin ja hoidon arvioinnissa ja toteutuksessa. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivä äiti tarvitsee tukea sekä hyväksyntää omana itsenään. Terveydenhoitajan ja äidin välisessä luottamuksellisessa suhteessa äidin ei tarvitse peittää tai hävetä ajatuksiaan ja tunteitaan (Beck 2006). Ristiriitaisista tunteista puhuminen on helpompaa ulkopuoliselle ihmiselle, joten äidille on hyvä tarjota kahdenkeskisiä tapaamisia molempien vanhempien tapaamisen lisäksi. Terveydenhoitajan antamassa tuessa on tärkeää huomioida koko perhe ja ohjata äitiä ja isää hienovaraisesti perheen omista lähtökohdista huolehtimaan itsestään, vauvasta ja perheen muista lapsista (Goodman 2004, Goldbort 2006). Zaudererin (2008) mukaan hoitajien antama tuki auttaa äitejä nauttimaan elämästä syntyneen vauvan kanssa. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivää äitiä ja puolisoa pitää opastaa tunnistamaan masennuksen tunnusmerkkejä ja rohkaista hakemaan apua (Bewley 1999, Goodman 2004). Äidit eivät useinkaan tunnista mielialamuutoksia ja muita muutoksia masennuksen oireiksi, eivätkä nämä aina tule esiin äidin puheesta ja käyttäytymisestä terveydenhoitajan tapaamisissa. Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa voidaan käyttää apuna EPDS- mielialalomaketta, joka tutkimusten mukaan on tehokas seulontamenetelmä (Bewleyn 1999, Guedeney ym. 2000, Eberhard-Gran ym. 2001, Bronwen ym. 2003, Davies ym. 2003, Downie ym. 2003, Ylilehto 2005, Beck 2006, Mitchell ym. 2006, Zauderer 2008). Myös Käypä hoito suosituksen (2004) mukaan masennuksen tunnistamisessa voidaan EPDS- mielialalomaketta. Lastenneuvola opas (2004) suosittelee synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontaa äidin jälkitarkastuksessa tai viimeistään 6 - 8 -viikon kuluttua synnytyksestä. (Beck & Gable 2001, Bronwen ym. 2003, Simons ym. 2003, STM 2004, Tammentie ym. 2004, Ylilehto 2005, Beck 2006)

2.3.2 EPDS-mielialalomake

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS-mielialalomake) on 10-kohtainen itsetäytettävä kysely, joka on kehitetty synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen. Kysymyksillä pyritään selvittämään äidin mielialaa kuluneen viikon aikana. Vastausvaihtoehdot on pisteytetty nolasta kolmeen, yhteenlaskettu pistemäärä

antaa viitteitä masennuksen asteesta. Luokituksen mukaan 13–14 pistettä viittaa lievää masennukseen, mutta suosituksen mukaan myös 9–10 pistettä saaneiden kohdalla on syytä selvittää haastatellen äidin vointia. 15–18 pistettä viittaa keskivaikeaa masennukseen ja 19–30 pistettä vaikeaan masennukseen. Luokitukset ovat viitteellisiä, joten tarkempaan diagnoosiin vaaditaan kliininen haastattelu. (Webster ym. 2003, Käypä hoito suositus 2004, STM 2004, Ylilehto 2005, Logsdon & Hutti 2006, Beck 2008)

Tutkimustulokset EPDS- mielialalomakkeen käytöstä ja validiudesta synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa vaihtelevat, mutta EPDS –mittarin on todettu soveltuvan naisten synnytyksen jälkeisen ahdistusoireiden seulontaan ja tunnistamiseen (Bewleyn 1999, Guedeney ym. 2000, Eberhard-Gran ym. 2001, Bronwen ym. 2003, Davies ym. 2003, Downie ym. 2003, Ylilehto 2005, Beck 2006, Mitchell ym. 2006, Zauderer 2008).

Eberhard-Gran ym. (2001) ja Cliffordin ym. (1999) tutkimuksissa EPDS-mittarin validiutta on arvioitu kääntämällä alkuperäinen mittari toiselle kielelle ja testaamalla sen kykyä tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus. Eberhard-Gran ym. (2001) tutkimuksessa kääntämisen aiheuttamaa mahdollista muutosta tarkistettiin kääntämällä mittari takaisin englannin kielelle, mutta sisällössä tapahtuneita muutoksia ei ilmennyt. Cliffordin ym. (1999) tutkimuksessa tavoitteena oli selvittää punjabin kielelle käännetyn mittarin vastaavuutta ja sisällöllistä sopivuutta etnisen vähemmistön käyttöön. Tämän tutkimuksen perusteella mittarin käyttöön liittyvä laajempi tutkimus on tarpeen. Myös Goldbortin (2006) ja Huangin ja Mathersin (2001) mukaan EPDS-lomake on käyttökelpoinen länsimaissa, mutta kysymykset eivät riittävästi nosta esiin synnytyksen jälkeisen masennuksen kulttuurisia erityispiirteitä ja taustatekijöitä.

Tutkimusten mukaan systemaattinen seuranta EPDS-mittarilla synnytyksen jälkeen ensimmäisen vuoden ajan tehostaa synnytyksen jälkeisen masennuksen varhaista tunnistamista sekä tarvittaessa jatkohoitoon ohjaamista (Guedeney ym. 2000, Bronwen ym. 2003, Davies ym. 2003). Myös Downien ym. (2003), Ylilehdon (2005) ja Mitchellin ym. (2006) tutkimuksissa EPDS- mittari todettu hyväksi seulontavälineeksi synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa, mutta lisäksi on tärkeää tunnistaa mittarilla todetun masentuneisuuden ja kliinisesti todetun depression välinen ero (Ylilehto 2005). Guedeney ym. (2000) tutkimuksen mukaan EPDS – mittarilla ei

tunnisteta yleisiä masennuksen oireita varhaisessa synnytyksen jälkeisessä masennuksessa niissä tapauksissa, joissa masennukseen liittyy psykomotorisia kehityshäiriöitä, mutta synnytyksen jälkeisen masennuksen varhainen tunnistaminen, tuen tarjoaminen ja vastaanottaminen sekä yhteistyö ja hoitoonohjaus tehostuvat. Mitchellin ym. (2006) mukaan seulonta on luotettava, kun se toteutetaan yli 6 viikkoa synnytyksen jälkeen. Mittarin käyttöön tarvitaan koulutusta ja ohjeistusta, koska kaikki terveydenhuollon ammattilaiset eivät tunnista masennusta sen avulla (Beck & Gable 2001, Downie ym. 2003, Simons ym. 2003). Krantzin ym. (2008) tulosten mukaan EPDS- mielialalomake on liian pelkistävä, koska sillä ei voida tunnistaa sanojen moninaisuutta ja erilaisuutta eikä erottaa sanojen sosiaalista monimerkityksellisyttä. Shakespearen ym. (2003) tutkimuksen mukaan äidit eivät pitäneet EPDS- lomakkeen tai muiden kyselyiden täyttämistä, vaan olisivat mieluummin keskustelleet tilanteestaan.

Suomessa EPDS-mielialalomaketta on käytetty seulontamenetelmänä tutkimuksissa, joissa on selvitetty äidin synnytyksen jälkeistä masennusta sekä masennuksen, imetyksen ja varhaisen vuorovaikutuksen yhteyksiä. EPDS- lomakkeen lisäksi diagnoosin varmistamisessa on käytetty PSE-haastattelua (Present State Examination). Lastenneuvolaopas (2004) suosittelee käyttämään EPDS- mielialalomaketta synnyttäneiden äitien haastattelussa ja mahdollisen synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa. Lomakkeen kysymykset rohkaisevat ottamaan keskustelussa esiin arkoinakin pidettyjä aiheita. (STM 2004, Ylilehto 2005)

EPDS-mielialalomakkeen käytön tehostamiseen liittyviä hankkeita

Sateenvarjo-projektin tarkoituksena oli tukea terveydenhoitajia tunnistamaan synnytyksen jälkeinen masennus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tavoitteena on myös lisätä terveydenhoitajien valmiuksia haastatella ja lähestyä masentunutta äitiä. Terveydenhoitajat käyttivät projektin aikana EPDS-seulaa, jonka avulla he haastattelivat kaikki vastaanotolla käyvät synnyttäneet äidit. MASU-hankkeen tavoitteena oli masentuneiden äitien tunnistaminen käyttäen EPDS-seulaa sekä hoitoketjujen rakentaminen Espoossa. Tavoitteena oli myös soveltaa EPDS-seula terveydenhoitajien työvälineeksi masentuneiden äitien tunnistamiseen. Hankkeen taustalla on näkemys siitä, että joka kymmenes äiti kokee synnytyksen jälkeen mielialan laskua, joka voi johtaa masennukseen. Masennus vaikuttaa koko perheeseen ja voi aiheuttaa pitkäkestoisia ongelmia, joten masennuksen varhainen tunnistaminen perustason hoitotyössä ja hoitotoimien koordinointi perustason ja erikoissairaanhoidon kesken on

tarpeen. Hankkeeseen kuului oleellisesti myös henkilöstön kouluttaminen. Neuvolatyötä tekevät terveydenhoitajat koulutettiin käyttämään EPDS-seulaa ja toimimaan hoitoketjussa. (Sarkkinen & Juutilainen 2005)

2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonta on osa perusterveydenhuollossa toteutettavaa mielenterveystyötä. Seulonnan tehostaminen ja masennuksen tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää, koska synnytyksen jälkeinen masennus vaikuttaa äidin kokeman kärsimyksen lisäksi koko perheen hyvinvointiin, voimavaroihin sekä perheen itsehoitokykyyn. Masennuksen aiheuttamat psykososiaaliset ongelmat vaikuttavat perheen tunneilmastoon, perheenjäsenten välisiin suhteisiin sekä lapsen psyykkiseen kehitykseen. Äitiys- ja lastenneuvolan perhekeskeisen näkökulman mukaan perhe on neuvolan asiakas ja asiantuntija perheen asioissa. Perhekeskeisellä työskentelyllä pyritään vahvistamaan vanhempien kykyjä ja voimavaroja toimia lapsen ja perheen hyvinvointia edistävästi. Synnytyksen jälkeisen masennuksen varhaisella tunnistamisella ja hoidon toteuttamisella perheen lähtökohdista voidaan vahvistaa perheen voimavaroja sekä kykyä vastata niihin muutoksiin, joita masennus perheessä aiheuttaa. Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) -mielialalomakkeen on todettu olevan tehokas seulontamenetelmä, jolla voidaan tehostaa synnytyksen jälkeisen masennuksen varhaista tunnistamista ja hoitoon ohjaamista.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää masentuneiden äitien tunnistamista sekä synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitoa äitiys- ja lastenneuvolassa.

Tutkimustehtävänä on

1. Kuvata terveydenhoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta.
2. Kuvat terveydenhoitajien kokemuksia masentuneiden äitien kohtaamisesta.
3. Kuvata terveydenhoitajien kokemuksia mielialalomakkeen käytöstä.

4 TUTKIMUSAINEISTO JA –MENETELMÄT

4.1 Toteutuksen ja menetelmän perustelu

Tutkimuksen lähestymistavan ja menetelmän valintaa määrittää tutkittava ilmiö ja tutkimusongelma. (Hirsjärvi ym. 2009). Tässä tutkimuksessa on valittu laadullinen lähestymistapa, koska se soveltuu kokemusten tutkimiseen. Kvalitatiivisella tutkimusotteella saadaan tietoa terveydenhoitajien omakohtaisista kokemuksista äitien masennuksen tunnistamisesta sekä masentuneiden äitien kohtaamisesta. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston valintaa ja keräämistä ohjaa tavoite saada tietoa ihmisten kokemuksista omana kuvauksena. Aineistonkeruumenetelmänä tutkimuksessa ovat esseekirjoitelmat, joilla saadaan tietoa terveydenhoitajien kokemuksista heidän omana kuvauksena sekä tarkentavat teemahaastattelut, joilla syvennetään ja täydennetään tietoa tutkittavan ilmiön sisällöstä ja terveydenhoitajien kokemuksesta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Vilkkä 2005)

Aineiston analyysimenetelmänä on sovellettu laadullista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on tapa järjestellä, kuvailla ja määrällistää tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissa pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Analyysi voidaan tehdä joko deduktiivisesti, jolloin aineiston analyysia ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko tai induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, jolloin analyysissa ilmaukset ja luokat nousevat aineistosta. Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi on toteutettu soveltamalla induktiivisen sisällön analyysin vaiheita. (Kynäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2003)

4.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin kahden perusterveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvolan, lastenneuvolan sekä äitiysneuvolan terveydenhoitajilta esseekirjoitelmilla (N=11) sekä tarkentavilla teemahaastatteluilla (N=4) Esseeaineistot kerättiin marraskuun 2006 - maaliskuun 2007 välisenä aikana. Haastattelut toteutettiin joulukuun 2006 - helmikuun 2007 välisenä aikana. (Taulukko 1.)

Esseekirjoitelmilla saadaan vapaamuotoista kuvausta kirjoittajan omasta kokemuksesta ja käsityksestä tietyistä ilmiöistä. Haastattelulla voidaan kerätä kokemuksia puheen muodossa ja täydentää esseeaineistoa. Esseekirjoitelman teemat (Liite 2.) ja tarkentavan teemahaastattelun alustavat teemat (Liite 4.) muodostettiin tutkimuskysymysten perusteella. Aineiston keräämisen tavoitteena oli saada tietoa, jonka pohjalta on mahdollista kuvata perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja kehittää masentuneiden äitien tunnistamista äitiys- ja lastenneuvolassa. (Vilka 2005, Hirsjärvi ym. 2009)

TAULUKKO 1. Aineiston kuvaus

Aineisto	marras-joulukuu 2006	tammi-maaliskuu 2007
	5 esseetä 3 haastattelua	6 esseetä 1 haastattelu
Esseekirjoitukset (N=11) - palautuskuoressa 4 esseetä - sähköpostitse 7 esseetä	6 sivua 3 sivua	6 sivua
Haastattelut (N=4) 44 sivua - joulukuu 2006 3 haastattelua - helmikuu 2007 1 haastattelu	33 sivua	11 sivua
(N=15)	42 sivua	17 sivua

Aineiston keräämisen ensimmäinen vaihe käynnistyi lokakuussa 2006, jolloin tutkimuslupa myönnettiin. Terveydenhoitajat saivat tietoa tutkimuksesta ja tutkimukseen osallistumisen mahdollisuudesta äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien yhteisessä kokouksessa marraskuussa 2006. Terveydenhoitajille annettiin saatekirje (Liite 1.), jossa selvitettiin tutkimuksen tarkoitus sekä esseen kirjoittamisohjeet (Liite 2.), suostumuslomake haastatteluun (Liite 3.) sekä palautuskuori. Esseekirjoitelmien palautuksen yhteydessä terveydenhoitajilla oli mahdollisuus antaa erillisellä lomakkeella suostumuksensa osallistumisestaan haastatteluun. Toisen kuntayhtymän tutkimuslupa hyväksyttiin helmikuussa 2007, jonka jälkeen terveydenhoitajat saivat tiedot tutkimuksesta ja tutkimukseen osallistumisesta kirjeitse ylihoitajan välityksellä.

Terveydenhoitajia pyydettiin kirjoittamaan essee kokemuksistaan äitien masennuksen tunnistamisesta, masentuneiden äitien kohtaamisesta sekä EPDS-mielialalomakkeen käytöstä vastaanottotyössä. Esseitä palautettiin marraskuun 2006 - maaliskuun 2007 välisenä aikana 11, joista neljä postitse ja seitsemän sähköpostilla. Terveydenhoitajille lähetettiin marraskuussa 2006 sähköpostitse kaksi muistutusta tutkimuksesta.

Tarkentavat teemahaastattelut toteutettiin joulukuun 2006 - helmikuun 2007 välisenä aikana. Kaikki haastattelut toteutettiin terveydenhoitajien työpaikalla ja heidän

aikataulunsa mukaan. Haastattelu-aika oli noin tunnin ja se nauhoitettiin. Haastatteluun osallistuvista terveydenhoitajista kaksi työskenteli äitiys- ja lastenneuvolassa, yksi lastenneuvolassa ja yksi äitiysneuvolan terveydenhoitajana. Terveydenhoitajat olivat saaneet alustavat teemat etukäteen ja tarkennetut teema-alueet haastattelun alussa, jolloin ne olivat myös keskustelun käynnistäjänä. Keskustelu eteni terveydenhoitajan valinnan mukaan, esseeaineistojen alustavan analyysin pohjalta muodostetut tarkentavat lisäkysymykset suuntasivat teema-alueiden lisäksi keskustelua tutkittavaan ilmiöön. Haastatteluun sisältyy aina haastateltavan ja haastattelijan keskinäinen vuorovaikutus ja kielellinen ulottuvuus. Haastattelutilanteessa on mahdollista suunnata tiedonhankintaa, säädellä aiheiden järjestystä sekä täsmentää ilmaistuja asioita kuvaavilla esimerkeillä. Haastattelulla kerätty tieto tarkensi ja täydensi tutkimusaineistoa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, Hirsjärvi ym. 2009)

Haastattelun muodoksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu, koska sillä voidaan kohdennetaan haastattelu tutkimuskysymyksen mukaisiin teemoihin. Teemahaastattelulla voidaan kerätä ihmisten kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita puheen muodossa. Haastattelu kohdennetaan henkilöille, joilla on kokemusta tutkimuksen aiheena olevasta ilmiöstä, jolloin heidän tulkintansa asioista ja niille antamista merkityksistä ovat keskeisiä. Teemojen käsittely etenee yksilöllisesti jokaisessa haastattelutilanteessa, tavoitteena on saada kuvauksia kaikista teema-alueista. Terveydenhoitajien haastattelussa teema-alueet ohjasivat haastattelun etenemistä ja antoivat terveydenhoitajille mahdollisuuden omien kokemusten ja käsitysten vapaanmuotoiseen kuvaamiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, Vilkkä 2005)

4.3 Aineiston analysointi

Essee- ja haastatteluaineisto analysoitiin soveltamalla induktiivista sisällönanalyysia. Analyysin tavoitteena oli tiivistää ja käsitteellistää terveydenhoitajien kokemukset masentuneiden äitien tunnistamisesta, kohtaamisesta ja EPDS-mielialalomakkeen käytöstä. Sisällönanalyysi sopii analyysimenetelmäksi kirjoitettujen ja nauhoitettujen, kielellisiä ilmaisuja sisältävien keskusteluiden analysointiin. Sisällönanalyysin avulla näitä dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

Sisällönanalyysissa analyysiprosessi on monivaiheinen ja siihen sisältyvät vaiheet voivat toteutua eri aineistojen kohdalla samanaikaisesti tai vuorotellen. Tässä analyysiprosessissa essee- ja haastatteluaineiston keräämisessä ja alustavassa analysoinnissa oli jonkin verran samanaikaisuutta ja vuorottelua. Analyysiprosessin ensimmäiseen vaiheeseen sisältyi analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen ja lukeminen, jonka jälkeen tutkimustehtävän ohjaamana alkuperäisten ilmaisujen poimiminen. Seuraavassa vaiheessa aineistosta nostetut alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ja kirjoitettiin listoiksi. Pelkistyksessä ilmaisut tiivistetään niin, että olennainen sisältö säilyy (Kyngäs-Vanhanen 1999). Ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmaisuista yhdistettiin ne asiat, jotka näyttivät kuuluvan samaan luokkaan. Aineiston abstrahoinnissa samansisältöiset luokat yhdistettiin toisiinsa ja nimettiin sisältöä kuvaaviksi yläkategorioiksi. Yläkategorioiden yhdistämistä jatkettiin ja muodostettiin yhdistävä kategoria. Analyysiprosessin viimeiseen vaiheeseen sisältyi kategorioiden sisältöjen kuvaaminen tuloksissa ja sisällön analyysin luotettavuuden tarkastelu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2003)

Analyysiprosessin kuvaus

Aineiston analyysia ohjasi tutkimustehtävä. Analyysiyksiköksi valittiin sana, lause, lauseenosa, lausuma sekä ajatuskokonaisuus, jotka olivat tutkimustehtävän näkökulmasta tarkoituksenmukaisia. Analyysiprosessi eteni aineiston keräämisen ensimmäisessä vaiheessa palautettujen esseekirjoitelmien lukemisena useaan kertaan sekä merkityksellisten ilmaisujen poimimisella ja kirjaamisella. Alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ja kirjattiin aineiston termein alkuperäisten ilmaisujen viereen, jolloin niiden tarkastaminen ja täsmentäminen oli mahdollista analyysiprosessin aikana. Pelkistyksen listaamisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Pelkistetyistä ilmauksista haettiin erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä, jonka jälkeen samansisältöiset pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin samaan luokkaan.

Terveydenhoitajien kokemuksista masennuksen tunnistamisesta muodostettiin kolme luokkaa ja EPDS- mielialalomakkeen käytöstä kaksi luokkaa. Aineistossa oli niukasti kuvauksia terveydenhoitajien kokemuksista masentuneen äidin kohtaamisesta. Pelkistetyt ilmaukset sijoitettiin kuitenkin sisältönsä perusteella kahteen eri luokkaan. (Kuvio 1). Ensimmäisessä vaiheessa palautettujen kuuden esseen alustavan analyysin

perusteella tarkentuivat haastatteluiden teemat sekä tarve esseekirjoitelmien keräämisen jatkamiseen.

Esseeaineisto

Haastatteluaineisto



KUVIO 1. Essee- ja haastatteluaineiston ensimmäinen luokittelu

Haastatteluaineiston keräämisen jälkeen analyysissa palattiin sisällönanalyysin ensimmäisiin vaiheisiin. Aineistoon tutustuminen käynnistyi haastattelutilanteessa ja jatkui haastattelutallenteiden auki kirjoittamisessa. Litteroitua tekstiä muodostui 106000 merkkiä ja 44 sivua (teksti Times New Roman, fontti 12, riviväli 1). Analyysi eteni auki kirjoitetun haastatteluaineiston lukemisella, tutkimustehtävän kannalta merkityksellisten sanojen, lauseiden, lauseenosien, lausumien sekä ajatuskokonaisuuksien poimimisella ja kirjaamisella. Alkuperäisten ilmaisujen pelkistykset kirjattiin aineiston termein ja koottiin listoiksi. Analyysi eteni pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelyllä, jolloin samansisältöiset ilmaisut yhdistettiin samaan luokkaan ja nimettiin sisältöä kuvaavasti. Terveydenhoitajien kokemuksista masennuksen tunnistamisesta ja EPDS-

mielialalomakkeen käytöstä muodostettiin molemmista viisi luokkaa. Haastatteluaineistossa oli enemmän kuvauksia terveydenhoitajien kokemuksista masentuneen äidin kohtaamisesta kuin ensimmäisessä esseeaineistossa. Näistä muodostettiin kolme luokkaa (Kuvio 1.).

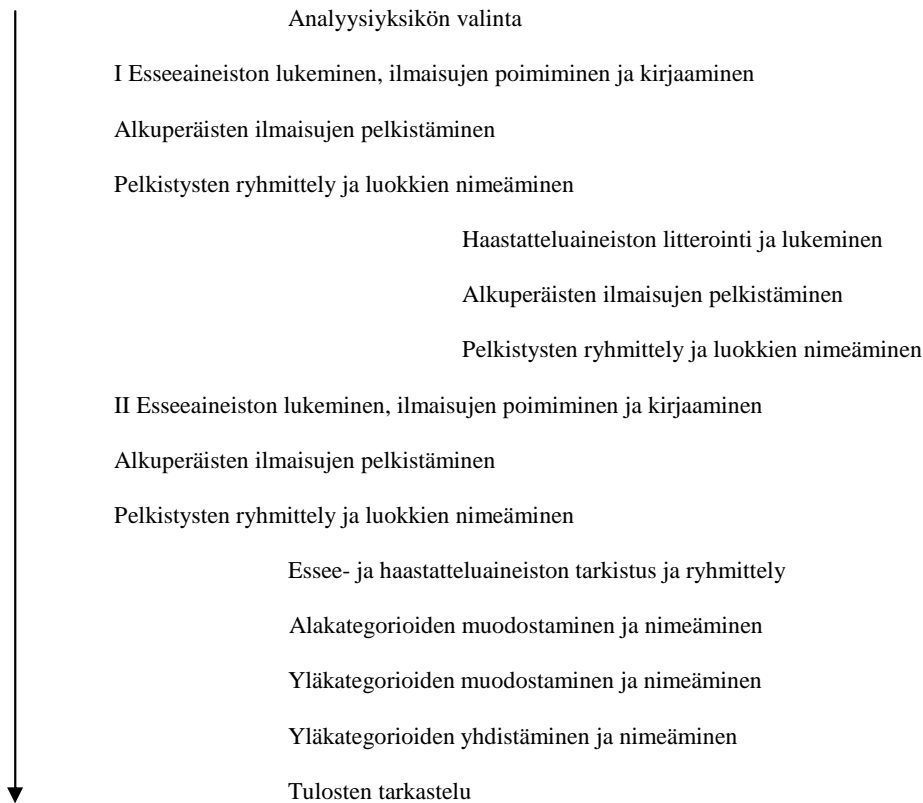
Haastatteluaineiston käsitteellistämistä abstrahoinnin avulla ei tässä vaiheessa jatkettu, koska analyysiprosessissa siirryttiin aineistonkeruun toisessa vaiheessa palautettujen esseekirjoitelmien lukemiseen.

Toisen esseeaineiston analyysiprosessin vaiheet etenivät ryhmittelyyn asti sisällöllisesti samalla tavalla kuin ensimmäisen esseeaineiston ja haastatteluaineiston analyysi. Ensimmäisessä vaiheessa palautetut esseekirjoitukset luettiin uudestaan ja alkuperäiset ilmaisut, pelkistykset ja ryhmittelyt tarkistettiin. Esseeaineistojen alkuperäiset ilmaukset ja pelkistykset yhdistettiin, jonka jälkeen esseeaineiston pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin kokonaisuudessaan uudestaan. Essee- ja haastatteluaineistojen luokkien tarkistuksessa aineistot yhdistettiin aineiston niukkuuden vuoksi. Yhdistetyn aineiston pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin uudestaan ja nimettiin sisältöä kuvaavasti. Aineiston abstrahointia jatkettiin yhdistämällä samansisältöisiä alakategorioita yhteen ja muodostamalla yläkategorioita, joiden yhdistämistä jatkettiin siihen asti, kun se oli sisällön kannalta mahdollista. Lopulliset yhdistävät kategoriat nimettiin yläkategorioiden sisällön mukaisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001)

Analyysiprosessin tuloksena terveydenhoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta kuvataan neljällä kategoriolla, masentuneen äidin kohtaamiseen liittyviä kokemuksia kolmella kategoriolla ja EPDS-mielialalomakkeen käyttöön liittyviä kokemuksia kahdella kategoriolla (Liite 6).

Analyysiprosessin kaikissa vaiheissa on perusteltua palata alkuperäiseen aineistoon ja arvioida tehtyjä ratkaisuja sekä kategorioiden sisällöllistä ja tulkinnallista yhteyttä aineistoon. Tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää pystyä osoittamaan yhteys muodostettujen kategorioiden ja aineiston välillä, jolloin tulosten esittäminen ja perusteleminen on mahdollista. Aineiston niukkuuden vuoksi analyysiprosessin tarkistus ja alkuperäiseen aineistoon palaaminen useaan kertaan oli hyödyllistä. Tähän sisältyi esseekirjoitelmien lukeminen useampaan kertaan sekä haastattelunauhojen

kuuntelu, kirjoitetun tekstin tarkistaminen terveydenhoitajien puheiden painotusten, äänen voimakkuuden, hiljenemisen ja taukojen osalta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001)



KUVIO 2. Analyysiprosessin eteneminen

4.4 Eettisyyden tarkastelu

Laadullisessa tutkimuksessa eettisiä kysymyksiä tulee tarkastella tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimusprosessi käynnistyi aiheen valinnasta, aiheeseen liittyviin tutkimuksiin tutustumisesta sekä tutkimussuunnitelman laatimisesta ja yhteistyöstä tutkimukseen osallistuvien tahojen kanssa. Tässä tutkimuksessa aiheen valinta perustuu aikaisemmista tutkimuksista ja selvityksistä saatuun tietoon, jonka mukaan synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen on tärkeää perheen hyvinvoinnin edistämisen ja ennaltaehkäisevän mielenterveystyön näkökulmasta. Tutkimus on rajattu

terveydenhoitajien näkökulmaan, jotka työskentelevät äitiys- ja lastenneuvolassa tai äitiysneuvolassa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää masentuneiden äitien tunnistamista äitiys- ja lastenneuvolassa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001)

Tutkimusluvut haettiin ja saatiin kahdelta perusterveydenhuollon kuntayhtymältä organisaatioiden antamien ohjeiden mukaan. Kuntayhtymien terveydenhoitajille annettiin suullisesti ja kirjallisesti tietoa tutkimuksesta sekä selvitettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus (Eskola & Suoranta 1999). Terveydenhoitajilla oli mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyviä seikkoja sähköpostitse tai puhelimitse. Haastatteluun osallistuneet terveydenhoitajat antoivat henkilökohtaisen suostumuksen kirjallisesti esseen palautuksen yhteydessä, jonka jälkeen haastattelu aika sovittiin. Haastatteluajankohdat ja haastatteluihin käytettävä aika sovittiin terveydenhoitajien aikataulun mukaan. Haastattelun nauhoittamisesta tiedotettiin ja sovittiin haastatteluajan sopimisen yhteydessä ja ennen haastattelun aloittamista, jolloin todettiin uudestaan haastattelun vapaaehtoisuus sekä terveydenhoitajien mahdollisuus kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta haastattelun aikana. Tutkimus kuvaa kahden kuntayhtymän seitsemän terveydenhoitajan kokemuksia äitien masennuksen tunnistamisesta, kohtaamisesta ja EPDS-mielialalomakkeen käytöstä. Terveydenhoitajien kuvaamat kokemukset olivat henkilökohtaisia kokemuksia, mutta niihin liittyi myös asiakkaiden elämäntilanteiden kuvauksia, joten tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin turvaaminen tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa oli tärkeää. Analysoitava aineisto ei sisältänyt terveydenhoitajien henkilöllisyyteen, työyhteisöön tai asiakkaisiin liittyviä tietoja, tiedonantajat ja tiedonantajien kokemuksiin liittyvissä kuvauksissa henkilöiden anonymiteetti säilyi aineiston käsittelyn kaikissa vaiheissa sekä raportoinnissa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Vehviläinen-Julkunen 1998, Tuomi & Sarajärvi 2003, Vilka 2005)

5 TULOKSET

Tutkimuksen tuloksena terveydenhoitajien kokemuksina synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta muodostuivat kategoriat muutokset mielialassa ja olemuksessa, väsymys ja univaikeudet, häiriöt äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa sekä vuorovaikutus ja havainnointi (Kuvio 3.). Terveydenhoitajat tunnistavat äidin masennuksen oireita keskusteluissa, sekä oman tietämyksensä, kokemuksensa ja ammattitaitonsa perusteella havainnoidessaan äidin käytöstä ja ulkoista olemusta vuorovaikutustilanteissa. Masentuneiden äitien kohtaamisen kuvauksista muodostuivat kategoriat suunnitelmalliset tapaamiset, äidin ja perheen tukeminen keskustellen ja kuunnellen sekä ammatillinen osaaminen ja yhteistyö (Kuvio 4.). EPDS-mielialalomakkeen käyttöön sisältyvien kokemusten kuvauksista muodostuivat kategoriat lomakkeen käyttö säännöllisesti ja arvioin mukaan sekä lomakkeen käyttökelpoisuus masennuksen arvioinnissa (Kuvio 5 ja 6.).

5.1 Terveydenhoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta

Muutokset mielialassa ja olemuksessa

Terveydenhoitajat tunnistavat masennuksen oireita äidin mielialan ja olemuksen muutoksista, joita ovat äidin yleisvoinnin muutokset, äidin olemus sekä äidin mielialamuutokset. *Yleisvoinnin muutoksiin* sisältyvät alakategoriat yleisvaikutelma sekä muutoksia voinnissa. Yleisvoinnin muutoksiin ovat äidin kokemat fyysiset oireet sekä huolestuneisuus omasta terveydestä. Äitien huolestuneisuus omasta voinnista voi tulla esiin toiveena päästä terveydentilaa koskeviin tutkimuksiin, lääkärin vastaanotolle tai kipujen kuvauksena. Äidin yleisvoinnin muutoksien arviointia edesauttaa tuttuus, jos äiti on ollut pitempään terveydenhoitajan asiakkaana sekä taustatiedot, jotka terveydenhoitaja on saanut ennen asiakassuhteen aloittamista.

Terveydenhoitajien kuvauksen mukaan äidin yleisvoinnin muutokset raskausaikana sekä synnytyksen jälkeen ovat normaaleja, raskauteen ja synnytykseen liittyvien fyysisten muutosten vuoksi, mutta masentuneiden äitien kohdalla yleisvoinnin

muutokset sekä fyysiset oireet ovat voimakkaampia sekä jatkuvat pidempään kuin normaalisti.

Äidin olemukseen sisältyy äidin huolittelematon ulkonäkö sekä äidin levoton käyttäytyminen. Masentuneiden äitien olemus on usein väsähtänyt ja alakuloinen, ulkonäkö näyttää repsahtaneelta tai on huolittelematon ja epäsiisti. Äidin käyttäytyminen vastaanotolla voi olla levotonta ja kireää sekä odotustilassa muita ihmisiä välttelevää käyttäytymistä. Vastaanottotilanteissa äidin kiukkuisuus ja ärtyneisyys lapsia kohtaan ilman näkyvää syytä on terveydenhoitajan kokemuksen mukaan peruste selvittää äidin vointia, jaksamista sekä mahdollista masennusta.

(...) jos on semmosia pieniä lapsia jo ennestään... tässä pyörii niin sitte jos ne vähänki tekee jotain niin äidit on kiukkusia ja tiuskii lapsilleen ja sellasistakii asioista ehkä huomaa että kaikki ei oo ehkä ihan hyvin (...) ja semmosia haluttomia ja vauvan itku ärsyttää (...) semmonen haluttomuus mihinkään niin sellasia."

Äidin mielialamuutoksiin sisältyvät äidin itkuherkkyys, alakuloisuus ja riittämättömyyden tunne. Olemuksen lisäksi äidin kertomat mielialamuutokset antavat viitteitä masennuksen olemassa olosta. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan äidin kokema herkistyminen ja mielialamuutokset synnytyksen jälkeen ovat luonnollisia, mutta pitkään jatkuva itkuherkkyys ja alakuloisuus viittaa masennukseen. Masentuneiden äitien alakuloisuuteen, alavireisyyteen ja itkuherkkyyteen sisältyy usein myös äidin omaa kuvausta riittämättömyyden tunteesta sekä jaksamattomuudesta hoitaa perheen arkirutiineita. Äiti voi kokea riittämättömyyden tunnetta lapsen tarpeisiin vastaamisessa, vaikka pystyy huolehtimaan lapsen perustarpeista ja lapsi voi hyvin. Jos lapsi on vaativa, äidin riittämättömyyden tunteet voivat liittyä lapsen tilanteeseen ja äidin uupumiseen. Äidin riittämättömyyden tunteista ja kokemuksista keskusteleminen auttaa äitiä ja terveydenhoitajaa tunnistamaan, onko kyse masennuksesta vai äidin luonnollisesta uupumuksesta vaativassa tilanteessa. Masentunut äiti voi terveydenhoitajan tapaamisissa pyrkiä peittämään masennustaan olemalla puhelias, aktiivinen ja ylipirteä.

Alakategoria	Ylätegoria	Yhdistävä kategoria
yleisvaikutelma muutoksia voinnissa	äidin yleisvoinnin muutokset	
äidin huolittelematon ulkonäkö äidin levoton käyttäytyminen	äidin olemus	muutokset mielialassa ja olemuksessa
äidin itkuherkkyys alakuloisuus ja riittämättömyyden tunne	äidin mielialamuutokset	
voimattomuus ja jaksamattomuus	jaksamattomuuden ja väsymyksen tunne	väsymys ja univaikeudet
väsymys unettomuus univaikeudet	univaikeudet	
vähäinen kiinnostuneisuus vauvasta ongelmat äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa	ongelmat äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa	häiriöt äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa
etäinen suhtautuminen vauvaan		
vauvan tarpeiden huomioimattomuus jaksamattomuus vauvan hoitamisessa muutoksen vauvassa	muutokset suhteessa vauvaan	
kysymysten esittäminen äidin puheen sisällön kuuleminen	keskustelu ja kuunteleminen	vuorovaikutus ja havainnointi
isän puheen sisällön kuuleminen		
havainnot vastaanotolla oma tietämys ja oivaltaminen	havainnointi	

KUVIO 3. Terveydenhoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta

Väsymys ja univaikeudet

Terveydenhoitajan kokemukset masentuneen äidin väsymyksestä ja univaikeuksista sisältävät äidin *jaksamattomuuden ja väsymyksen tunteen*, joihin sisältyvät voimattomuus ja jaksamattomuus sekä väsymys. Masennukseen liittyvä voimattomuus

ja jaksamattomuus tulevat usein esiin kykenemättömyytenä hoitaa itseä, läheisiä sekä perheen arkisia asioita.

" Äidin alavireisyys, uniongelmat ja väsymys, apaattisuus yleensäkin ja raskauteen ja vauvaan/ vauvan liikkeisiin ja muuhun vauvan oloon liittyen jäähmeys tai ilottomuus ja innottomuus viestivät minulle masennuksen mahdollisuudesta."

Arkisten asioiden hoitaminen, kotoa ulos lähteminen sekä muiden ihmisten kanssa toimiminen vaatii ponnisteluja ja voimavaroja. Terveystoimittajan kuvauksen mukaan masentunut äiti voi kokea vaativaksi kaupassa käymisen, koiran ulkoiluttamisen tai neuvolaan lähtemisen. Terveystoimittaja voi kotikäynnillä havaita kodin epäsiisteyden sekä äidin passiivisen roolin perheessä.

Jaksamattomuus ja väsymys ilmenee usein myös äitien passiivisena osallistumisena vastaanotolla tapahtuvaan toimintaan, jolloin äidin kiinnostuneisuus itseä tai lasta koskevilla asioilla on vähäistä tai puuttuu kokonaan. Äidin käytös voi olla apaattista ja poissaolevaa, jolloin myös lapsen käsittely näyttää rutiininomaiselta toiminnalta ilman tunnetta.

Univaikeuksiin sisältyvät unettomuus ja äidin kokemat univaikeudet. Masentunut äiti voi huolehtia rutiininomaisesti vauvan perustarpeista ruuan, puhtauden ja nukkumisen osalta, vaikka ei jaksaisi huolehtia itsestään ja omasta ruokailustaan. Vauvan hoitaminen ympärivuorokauden voi johtaa siihen, että äidille tulee univaikeuksia ja sen seurauksena jatkuvaa väsymystä. Äidit voivat myös kertoa univaikeuksista vaikka olisivat nukkuneet. Kokemus väsymyksestä ja univaikeudesta on äitien subjektiivinen kokemus, josta keskusteleminen on masennuksen kartoittamisessa tärkeää.

Häiriöt äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa

Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien kuvauksen mukaan äidin masennuksen tunnistamiseen sisältyy keskeisesti äidin ja lapsen vuorovaikutus ja siinä tapahtuvien muutosten havainnointi. Häiriöt äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa sisältävät ongelmia äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa sekä muutoksia suhteessa vauvaan. *Ongelmat äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa* ilmenevät äidin vähäisenä kiinnostuneisuutena vauvasta sekä äidin ja lapsen vuorovaikutusongelmissa. *Muutokset*

suhteessa vauvaan ilmenevät etäisenä suhtautumisena vauvaan, vauvan tarpeiden huomioimattomuutena ja jaksamattomuutena hoitaa vauvaa sekä muutoksina vauvassa.

Äidin vähäinen kiinnostuneisuus vauvaan voi tulla esiin jo raskausvaiheessa ja ilmetä äidin ilottomana tai välinpitämättömänä suhtautumisena raskauteen, syntyvään vauvaan sekä tulevaisuuteen vauvan syntymän jälkeen. Masentunut äiti ei pysty ilmaisemaan mielikuvaansa vauvasta tai tunnistamaan vauvan liikkeitä, vaikka terveydenhoitaja tutkimustilanteessa voi kuvailla vauvaa ja liikkeitä. Jos äidillä ei ole todettavissa masennusta raskausaikana, niin vähäinen kiinnostuneisuus vauvasta odotusaikana voi viitata riskiin sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Yhden terveydenhoitajan kuvauksen mukaan masentunut äiti voi olla ylihuolehtiva, kantaa huolta omasta ja syntymättömän lapsen voinnista sekä tulevaisuudesta lapsen kanssa. Synnytyksen jälkeen äiti voi olla huolissaan vauvan terveydestä, vaikka ei itse jaksanut paneutua vauvaan ja vauvan hoitoon. Äidin ja lapsen vuorovaikutuksen toimimattomuus ilmenee äidin ja lapsen katsekontaktin vähäisyytenä tai välttämisenä, ilmeiden jäähmytenä sekä äidin etäisenä suhtautumisena vauvaan. Äiti ei huomioi tai tunnista lapsen sosiaalisen kontaktin tarvetta eikä osaa vastata vauvan sosiaaliseen vuorovaikutustarpeeseen. Joidenkin masentuneiden äitien ja lasten välisistä vuorovaikutuksista kuvattiin lapsen kylmäkiskoisena käsittelynä, äidin vuorovaikutuksen puuttumisena tai välttämisenä, jolloin myös vauva alkaa välttää vuorovaikutusta. Terveydenhoitajien mukaan muutokset vauvoissa voivat näkyä vuorovaikutuksen välttämisen lisäksi fyysisessä ja psyykkisessä kehityksessä, ruokailussa, unirytmien muutoksessa sekä vauvan masentumisena.

" (...)henkilökohtaisesti olen löytävinäni sitä eniten sieltä vuorovaikutuksesta sen lapsen kanssa minkä näköinen se vuorovaikutus ... se viestintä sen lapsen ja äidin välillä on (...) elikkä mistä masennuksen tunnistaa niin tossa sen mikä on se oleellinen nii se äidin olemus ja äidin ja lapsen välinen vuorovaikutus ... niistä sen hahmottaa...ja sitte kysymällä suoraan puhumalla suoraan siitä asiasta."

Vuorovaikutus ja havainnointi

Masennuksen tunnistamisessa on merkittävää terveydenhoitajan ja äidin luottamuksellinen vuorovaikutussuhde sekä terveydenhoitajan avoin lähestymistapa. Terveydenhoitajan tehtävänä on kartoittaa äidin, lapsen ja perheen hyvinvointiin vaikuttavia asioita kokonaisvaltaisesti sekä tukea ja ohjata niihin liittyvissä asioissa.

Terveydenhoitajat pitävät tärkeänä avointa keskustelua, tiedottamista synnytyksen jälkeisestä masennuksesta sekä suorien kysymysten esittämistä ja äidin kuuntelemista.

Masennuksesta kärsivät äidit voivat kertoa itse tunnistaneensa masennuksen oireita tai kertoa oireista, jotka viittaavat masennukseen. Äidin aktiivinen kuunteleminen on puheen sisällön kuulemista sekä kokonaisuuden havainnoimista. Masennuksen tunnistaminen on vaikeaa ja haasteellista silloin, kun äiti ei tunnista tai ei halua myöntää masennusta. Äiti pyrkii peittämään vastaanotolla masennuksen olemassa olon, jolloin äidin käytöksessä tai ulkoisessa olemuksessa ei ole tyypillisiä masennukseen viittaavia piirteitä. Äiti saattaa olla ylipirteä ja peitellä näin masennuksen oireita sekä vastata EPDS-mielialalomakkeen kysymyksiin niin, ettei masennukseen viittaavia pisteitä tule.

5.2 Terveydenhoitajien kokemuksia masentuneiden äitien kohtaamisesta

Suunnitelmalliset tapaamiset

Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan masentuneiden äitien kohtaaminen on haastavaa ja vaatii tapaamisen suunnittelua sekä valmistautumista etukäteen. Suunnitelmallisiin tapaamisiin sisältyvät *vastaanottoaikojen pidentäminen ja tihentäminen, keskittyminen tapaamiseen sekä tapaaminen vastaanotolla ja kotona*. Terveydenhoitajat pyrkivät varaamaan masentuneiden äitien kohtaamiseen pidemmän vastaanottoajan sekä tekemään tilanteesta rauhallisen ja kiireettömän, joka mahdollistaisi rauhallisen etenemisen sekä keskustelun äidin kanssa. Kiireettömyys ja äidin aikataulun mukaan eteneminen mahdollistaa molemmille aidon ja välittävän läsnäolon kokemuksen, joka on äidille vointia ja masennuksen oireita helpottavaa.

Valmistautuminen vastaanottotilanteeseen vähentää ulkopuolisia häiriötekijöitä, mutta pidemmän vastaanottoajan varaaminen on jossain määrin mahdollista vain silloin, kun terveydenhoitajalla on etukäteen tiedossa äidin masennus tai mahdollinen masennus. Niissä vastaanottotilanteissa, joissa äidin masennus todetaan, terveydenhoitajat pyrkivät varaamaan uuden tapaamisajan mahdollisimman pian. Vastaanottoaikojen pidentämisen lisäksi tapaamisia pyritään tihentämään. Joidenkin terveydenhoitajien kokemuksen mukaan vastaanottokäyntien tihentäminen on mahdollista, mutta joissakin paikoissa vastaanottokäyntejä ei voida lisätä, vaikka tarve tunnistetaan. Raskaana

olevien tai synnytyksen jälkeen masentuneiden äitien tapaaminen koetaan osana normaalia vastaanottotyötä, vaikka se on vaativampaa ja edellyttää terveydenhoitajalta enemmän valmistautumista tapaamiseen. Valmistautumiseen sisältyy ajan ja paikan suunnittelun lisäksi terveydenhoitajan omaa psyykkistä valmistautumista sekä keskittymistä äidin tapaamiseen. Terveydenhoitajan oma vireystila, riittämättömyyden, ahdistuksen ja avuttomuuden tunteet voivat vaikeuttaa masentuneen äidin kohtaamista.

"Kyllä moniin kohtaamisiin voi liittyä avuttomuuden tunnetta ja kyllästymistäkin. Haluaisin kuitenkin viestittää kaikille masentuneille ja alavireisille/masentuneille ajatuksen paremmasta huomisesta, turvallisuudesta ja välittämisestä."

Vastaanottoaikojen pidentämisen ja tihentämisen lisäksi terveydenhoitajat kokevat tärkeiksi äidin tapaamiset sekä vastaanotolla että kotona. Vastaanottokäynti irrottaa äidin kotoa ja arjesta sekä kannustaa äitiä liikkumaan kodin ulkopuolella. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan kotikäynti on tärkeää perheen tilanteen kartoittamisessa, koska se antaa tietoa perheen selviytymisestä arjessa sekä mahdollisen lisäävun tarpeesta.

Äidin ja perheen tukeminen keskustellen ja kuunnellen

Äidin ja perheen tukeminen keskustellen ja kuunnellen kuvaa terveydenhoitajien kokemuksia masentuneiden äitien ja perheiden tukemisesta. Tähän sisältyvät *keskustelu ja kuunteleminen, tuen ja tiedon antaminen* sekä *perheen tukeminen*. Terveydenhoitajat kartoittavat äidin vointia keskustelemalla äidin ja perheen elämästä, arjen sujumisesta sekä äidin tuntemista oireista. Keskustelun tavoitteena on myös kartoittaa äidin voimavaroja, selviytymiskeinoja sekä tukiverkostoa. Keskustelu äidin elämästä voi sisältää keskustelua äidin lapsuudesta ja vanhemmista, isän osuudesta lapsen hoidossa ja perheen arjessa sekä äidin ja perheen tulevaisuudensuunnitelmista.

Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan oikeiden kysymysten esittäminen ja masennuksesta suoraan puhuminen sekä äidin kuunteleminen voivat auttaa äitiä kertomaan kokemuksistaan sekä tunnistamaan omaa tilannettaan. Keskustelun apuvälineenä EPDS-mielialalomakkeen kysymykset johdattelevat keskustelua masennuksen oireisiin ja auttaa myös äitiä omien oireiden kuvailemisessa. Äidin kuunteleminen, äidin kokemuksen kuuleminen ja siihen keskittyminen, voi olla äidille auttava ja toivoa herättävä kokemus ja helpottaa samalla masennuksen oireita.

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
pitempi vastaanottoaika tapaamisten tihentäminen	vastaanottoaikojen pidentäminen ja tihentäminen	suunnitelmalliset tapaamiset
tapaamisen kiireettömyys keskittyminen tapaamiseen	keskittyminen tapaamiseen	
tapaaminen vastaanotolla kotikäynnit	tapaaminen vastaanotolla ja kotona	
tilanteen kartoittaminen oikeita kysymyksiä kuunteleminen keskustelua oireista keskustelua äidin elämästä	keskustelu ja kuunteleminen	äidin ja perheen tukeminen keskustellen ja kuunnellen
tuen tarjoaminen tiedon antaminen	tuen ja tiedon antaminen	
äidin ja vauvan vuorovaikutuksen huomiointi perheen tapaaminen	perheen tukeminen	
tapaamisen vaativuus vaihtelevaa vaatii paneutumista tapaaminen herättää tunteita	tapaaminen vaativaa ja tunnepitoista	ammattillinen osaaminen ja yhteistyö
luottaminen omaan osaamiseen työparityöskentely moniammatillinen yhteistyö	ammattitaito ja verkostoyhteistyö	

KUVIO 4. Terveystenhoitajien kokemuksia masentuneiden äitien kohtaamisesta

Masentuneen äidin voi olla helpompaa keskustella masennuksen oireista perheen ulkopuolisen ihmisen kanssa. Masennus aiheuttaa usein perheenjäsenissä hämmennystä ja häpeää sekä vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin.

(...) "Parisuhde ja perheen muut lapset eivät välttämättä kestä äidin masennusta, jos se hoitamattomana jatkuu pitkään(...)mä niinkun puhun siitä hyvin normaalina juttuna ja nimenomaan niin että ne ymmärtäis varsinkin jos siinä on ja onneks monelle nykyään on siinä puoliso mukana että he molemmat kuulevat sen...jos alkaa tuntua että itkettäjä tulee semmonen kaaottinen tunne ja puolisosikin sen huomais ja että ottaisivat rohkeasti asian esille"(...)

Terveydenhoitajat pyrkivät tukemaan masentuneen äidin perhettä tapaamalla puolisoa ja perheen lapsia vastaanotolla tai kotikäynnillä sekä keskustelemalla ja tiedottamalla masennuksesta ja siitä toipumisesta. Perheiden tukemisen lisäksi masentuneen äidin kohtaamiseen sisältyy äidin ja vauvan vuorovaikutuksen eri ulottuvuuksien havainnointi ja arviointi tapaamistilanteissa. Äidin ja lapsen vuorovaikutuksen, äidin ja vauvan yhteispelin, vauvan käsittelyn sekä vuorovaikutuksen tunnesävyn havainnoinnin lisäksi terveydenhoitajat keskustelevat äidin ja vauvan vuorovaikutuksesta sekä tarvittaessa ohjaavat äitiä vauvan hoidossa, vauvan hyvinvoinnin kannalta merkityksellisten asioiden havaitsemisessa sekä perheen muiden lasten huomioimiseen liittyvissä asioissa. Terveydenhoitajien kuvauksen mukaan vauvan käsittelyn seuraaminen äidin hoitaessa vauvaa antaa tietoa sekä äidin että vauvan voinnista.

Ammatillinen osaaminen ja yhteistyö

Ammatillinen osaaminen ja yhteistyö kuvaa terveydenhoitajien kokemuksia masentuneen äidin kohtaamisen ammatillisista vaatimuksista. Terveydenhoitajien kokemusten mukaan masentuneiden äitien tapaamiset ovat *vaativaa ja tunnepitoista*. Masentuneiden äitien tapaamisten vaatavuudet vaihtelevat, vaativat terveydenhoitajan paneutumista sekä herättävät erilaisia tunteita, koska tilanteen selvittely voi olla työlästä ja työntekijää psyykkisesti kuormittava. Tapaamiset vaativat psyykkistä valmistautumista, keskittymistä sekä tapaamisten jälkeistä palautumistaukoa ennen seuraavaa asiakasta. Oma väsymys, vireys- ja tunnetila voivat olla kuormittavia tekijöitä ja vaikeuttaa masentuneen äidin kohtaamista. Masentuneen äidin kohtaaminen kuormittaa psyykkisiä voimavaroja, koska tapaaminen voi herättää riittämättömyyden tunteita äidin auttamisessa sekä huolta äidin, lapsen ja perheen hyvinvoinnista. Luottamuksellisen suhteen aikaansaaminen ja ylläpitäminen vaatii terveydenhoitajan ammattitaidon ja osaamisen lisäksi työnantajan antamia lisäresursseja, joita ei aina ole nopeassa aikataulussa mahdollista järjestää. Terveydenhoitajalla ei ole aina mahdollisuutta tavata äiti niin usein kuin tarve olisi, tai kotikäynti voi jäädä tekemättä aikapulan vuoksi. Myös äitien ja perheiden kyky ottaa vastaan tarjottua apua vaihtelee. Oikeiden auttamiskeinojen löytäminen sekä havainto äidin voinnin kohentumisesta ovat kohtaamisen vaativuudesta huolimatta palkitsevaa ja vahvistavaa sekä antaa terveydenhoitajalle onnistumisen kokemuksen.

Ammattitaitoon ja verkostoyhteistyöhön sisältyvät luottamus omaan osaamiseen, työparityöskentely sekä moniammatillinen yhteistyö. Terveydenhoitajan ammattitaito,

tieto masennuksesta ja masennuksen hoitamisesta sekä työkokemus lisäävät luontevuutta kohdata masentunut äiti, taitoa käsitellä omia tunnereaktioita sekä arvioida, suunnitella ja toteuttaa hoitoa. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa, suunnittelussa sekä toteutuksessa yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa on tärkeää. Terveydenhoitajien työparina on ensisijaisesti neuvolalääkäri, joka tapaa äitiä ja arvioi äidin tarvitsemää lääketieteellistä hoitoa. Lastenneuvolassa työskentelevän terveydenhoitajan työparina voi olla äitiysneuvolan terveydenhoitaja, joka on tavannut äitiä odotusaikana. Yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelevä terveydenhoitaja saa tukea muilta terveydenhoitajilta sekä terveyskeskuspsykologilta tai psykiatriselta sairaanhoitajalta. Terveydenhoitaja ohjaa masentuneen äidin terveyskeskuspsykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle, jos äiti tarvitsee tarkempaa arviointia masennuksen asteesta, masennuksen oireet ovat voimakkaat tai äiti tarvitsee tiiviimpää hoitokontaktia kuin terveydenhoitaja pystyy antamaan.

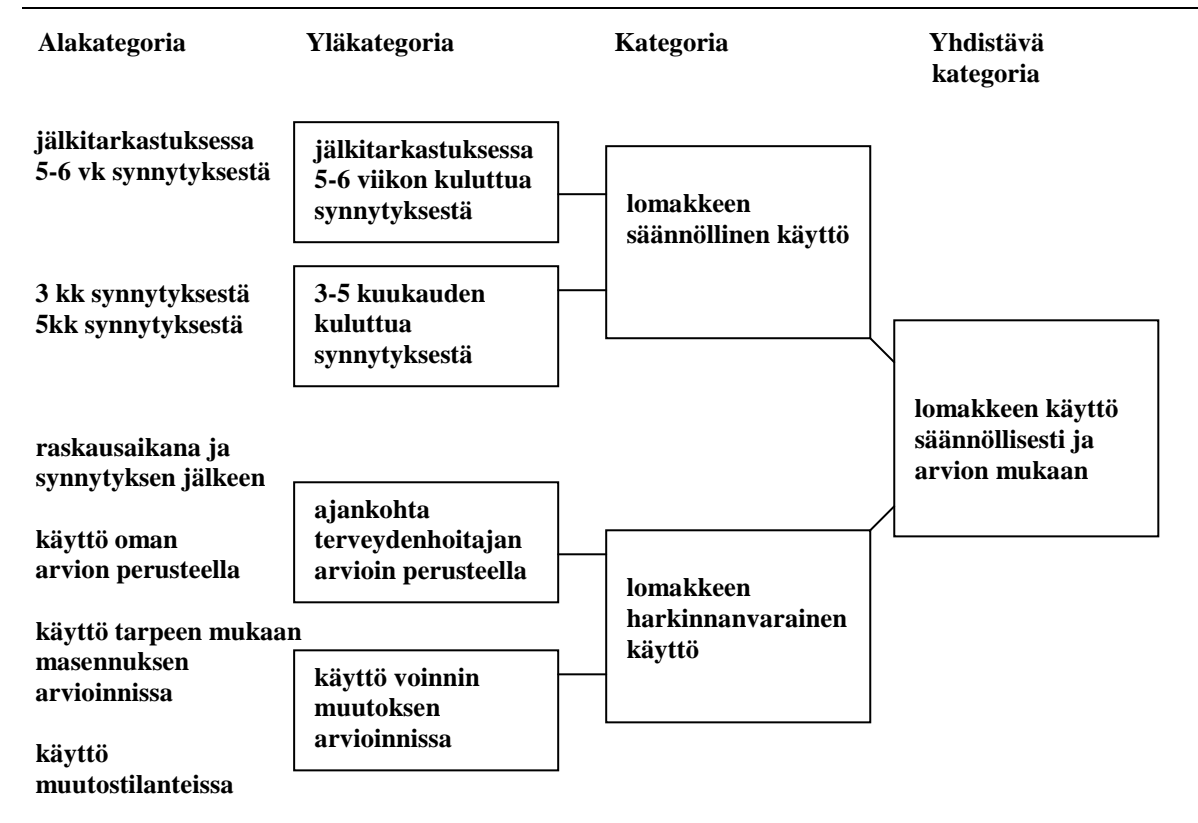
Moniammatillinen yhteistyö sosiaalitoimiston kodinhoitajien ja perhetyöntekijöiden kanssa mahdollistaa äidin ja perheen arjen tukemisen. Terveydenhoitajan tunnistuessa perheen ulkopuolisen avun ja tuen tarpeen, hän voi olla äidin suostumuksella yhteydessä sosiaalitoimistoon ja ilmoittaa alustavasti perhetyöntekijän tai kodinhoitajan tarpeesta. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan suora yhteys sosiaalitoimistoon nopeuttaa perheen avun saamista ja lisää ymmärrystä perheen tilanteesta ja avun tarpeesta.

5.3 Terveydenhoitajien kokemuksia mielialalomakkeen käytöstä

Lomakkeen käyttö säännöllisesti ja arvioin mukaan

Lomakkeen säännölliseen käyttöön sisältyvät mielialalomakkeen käyttö jälkitarkastuksessa 5-6 viikon kuluttua synnytyksestä sekä 3-5 kuukauden kuluttua synnytyksestä.

Terveydenhoitajat käyttävät mielialalomaketta säännöllisesti kaikkien synnyttäneiden tapaamisissa jälkitarkastuksessa viiden tai kuuden viikon kuluttua synnytyksestä sekä aikaisintaan kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä tai viimeistään viiden kuukauden kuluttua synnytyksestä vauvan määräaikaistarkastuksen yhteydessä.



KUVIO 5. Terveystenhoitajien kokemuksia EPDS-mielialalomakkeen käytöstä

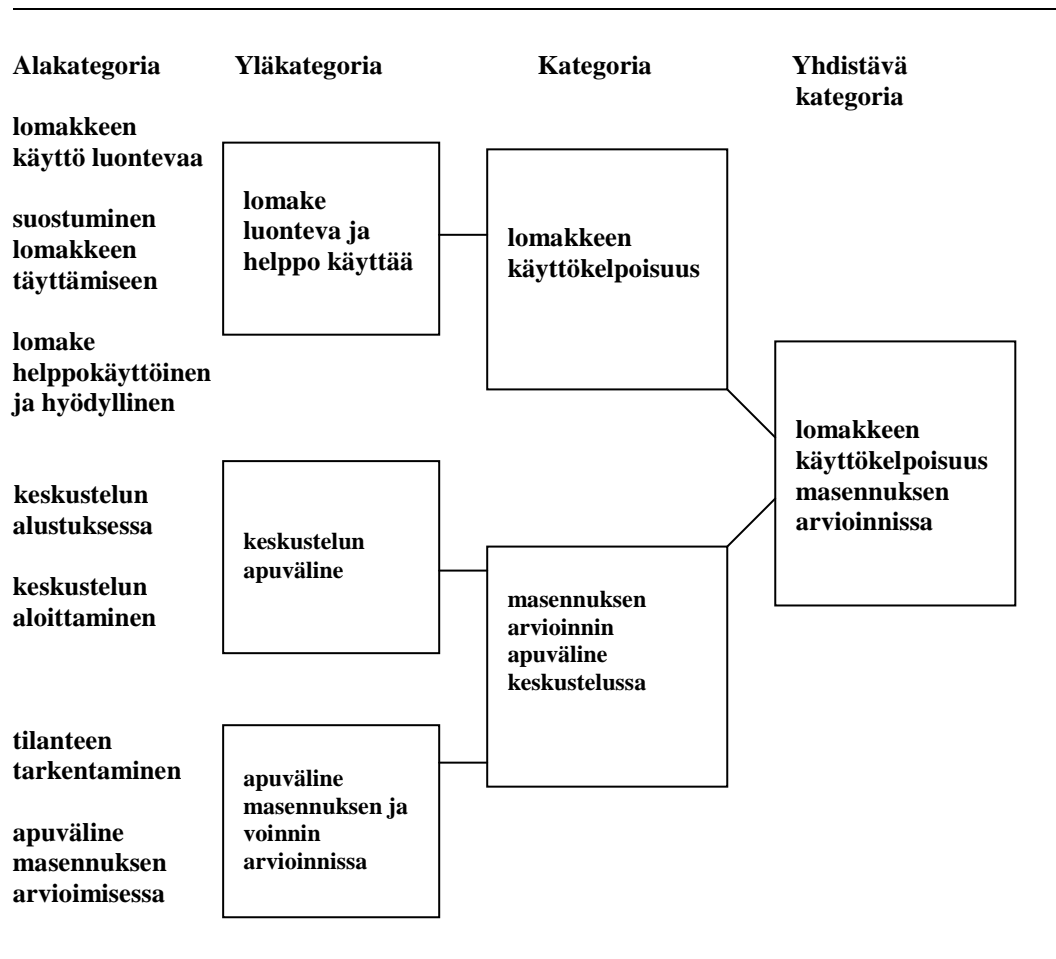
Lomakkeen harkinnanvarainen käyttö perustuu terveydenhoitajan arvioon lomakkeen käytöstä muina ajankohtina äidin voinnin muutoksen arvioinnissa. Terveystenhoitajat käyttävät lomaketta oman arvionsa perusteella raskausaikana tai synnytyksen jälkeen äidin voinnissa tapahtuvan muutoksen arvioinnissa.

Lomakkeen käyttökelpoisuus masennuksen arvioinnissa

Lomakkeen käyttökelpoisuus sisältää lomakkeen luontevan ja helpon käytön, sekä äitien suostumisen lomakkeen täyttämiseen. Terveystenhoitajat kuvaavat lomaketta helppokäyttöiseksi sekä hyödylliseksi masennuksen tunnistamisessa ja äitien voinnin arvioinnissa.

EPDS-mielialalomaketta käytetään *masennuksen arvioinnin apuvälineenä keskustelussa*, johon sisältyy lomakkeen käyttö keskustelun apuvälineenä sekä apuvälineenä masennuksen ja voinnin arvioinnissa. Terveystenhoitajat kokevat EPDS-mielialalomakkeen käytön hyödyllisenä apuvälineenä keskusteluissa äitien voinnin, mielialan muutosten sekä masennuksen kartoittamisessa.

(...)mun mielestä toi EPDS lomake on hyvä työlomake että tota sieltä pystyy nostamaan niin kun sitä käydään läpi mitkä osa-alueet siellä niiku nousee voimakkaammin esiin ja sitten niitten avulla pystyy niinkun avaamaan sitä vielä vähän svemmälle(...)



KUVIO 6. Terveystoimijoiden kokemuksia EPDS-mielialalomakkeen käytöstä masennuksen arvioinnissa

6. POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Terveydenhoitajien kokemukset masennuksen tunnistamisesta

Terveydenhoitajat tunnistivat useimmiten äitien masennuksen oireita mielialamuutoksista, joita olivat itkuherkkyys, itkuisuus, alakuloisuus ja totisuus. Lisäksi he tunnistivat äidin passiivisuuden, haluttomuuden sekä riittämättömyyden tunteen. Muutokset äidin ulkoisessa olemuksessa, huolittelemattomassa tai repsahtaneessa ulkonäössä, saattaa havahduttaa terveydenhoitajan arvioimaan mahdollisen masennuksen olemassa oloa. Terveydenhoitajat tunnistivat äidin masennuksen oireita käyttäytymisen monista piirteistä sekä yleiskuvan perusteella odotusaikana ja synnytyksen jälkeen. Kokon (1999) tutkimuksessa hoitajat kuvasivat yleisimpinä masennuksen oireina mielialan laskun, itkuisuuden, elämänilon ja mielihyvän tunteen vähenemisen sekä ulkoisessa olemuksessa ilmenevät muutokset. Lisäksi keskeisinä oireina olivat unihäiriöt ja väsymystila. Myös tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat tunnistivat masentuneen äidin väsymyksen sekä univaikeudet, jotka ilmenivät voimattomuuden ja jaksamattomuuden tunteina.

Terveydenhoitajien tunnistamat masennuksen oireet ovat monelta osin samoja kuin muissa tutkimuksissa (Zelkowitz & Milet 2001, Davies ym. 2003, Goodman 2004, Ylilehto 2005) sekä kirjallisuudessa kuvataan (Ahlfors ym. 1987, Iija ym. 1996, Saarelainen ym. 2000, Välimäki ym. 2000, Punkanen 2001, Käypä hoito suositus 2004, STM 2004, Zauderer 2008).

Terveydenhoitajat havainnoivat äitien ja lasten tapaamisissa myös näiden välistä vuorovaikutusta ja tunnistivat siinä tapahtuvat muutokset ja häiriöt, jotka tulkitsivat ilmenemisen voimakkuudesta riippuen mahdolliseksi masennukseksi tai masennuksen oireista johtuvaksi. Synnytyksen jälkeisen masennuksen on todettu vaikuttavan äidin ja lapsen väliseen vuorovaikutussuhteeseen sekä aiheuttavan häiriöitä äidin ja lapsen kiintymyssuhteessa sekä lapsen psyykkisessä kehityksessä (Zelkowitz & Milet 2001, Downie ym. 2003, Goodman 2004, O'Brien ym. 2004, Zauderer 2008). Myös

raskausaikana ilmenevä vähäinen kiinnostuneisuus tai ylisuuri huoli syntyvästä lapsesta oli terveydenhoitajan mukaan oire masennuksesta tai alkavasta masennuksesta.

Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan masennuksen tunnistaminen vaatii luottamuksellisen suhteen, avoimen lähestymistavan sekä suorien kysymysten esittämisen masennuksen oireista. Myös muissa tutkimuksissa tuodaan esiin hoitajan asiakkaan välisen luottamuksen ja vuorovaikutuksen merkitystä keskustelun mahdollistajia (Shakespeare ym. 2003, Bronwen ym. 2003, Dennis 2005, Mitchell ym. 2006, Benzein ym. 2008, Krantz ym. 2008). Beck (2006) korostaa luottamuksellista suhteen lisäksi hoitajien empaattista lähestymistapaa sekä äidin ja perheen kuulemista. Terveydenhoitajat arvioivat koulutuksen, ammattitaidon ja työkokemuksen lisäävän valmiuksia tunnistaa masennus. Vastaavanlaisia näkemyksiä tuodaan esiin myös aihetta käsittelevissä tutkimuksissa (Beck & Gable 2001, Minde ym. 2001, Downie ym. 2003). Mäenpään (2008) tutkimuksessa tuodaan myös esiin terveydenhoitajan ammattitaidon merkitys toimivan yhteistyön ja vuorovaikutussuhteen luomisessa.

Terveydenhoitajien kokemuksia masentuneiden äitien kohtaamisesta

Terveydenhoitajat varaavat masentuneiden äitien vastaanottoon ja kotikäyntiin enemmän aikaa ja suunnittelevat tapaamisen sisältöä etukäteen. Masentunut ihminen ja hänen perheensä tarvitsevat aikaa, tukea ja ohjausta (Wickberg & Hwang 1996, Goodman 2004, Kamienski 2004, Beck 2006) sekä toivoa ylläpitävää lähestymistapaa selviytyäkseen masennuksesta (Kokkosen ym. 2004). Useimmiten terveydenhoitajat tekivät ylimääräisiä kotikäyntejä ja varasivat aikaa perheen tilanteen kartoittamiseksi.

Terveydenhoitajat tunnistivat äidin masennuksen vaikutuksia vauvan ja muiden perheenjäsenten hyvinvoinnissa, olivat tietoisia äidin masennuksesta riskitekijänä vauvan psyykkisten häiriöiden kehittymiselle sekä vauvan ja muiden perheenjäsenten masennuksen puhkeamiselle. Tämän tutkimuksen perusteella voi arvioida, että terveydenhoitajat tunnistavat masennuksesta kärsivän äidin perheen tarvitseman tuen ja avun tarpeen. Myös aiheeseen liittyvien aiempien tutkimusten mukaan (Bewley 1999, Zelkowitz & Milet 2001, Downie ym. 2003, Goodman 2004, O'Brien ym. 2004, Zauderer 2008) synnytyksen jälkeinen masennus vaikuttaa koko perheeseen ja perhe tarvitsee yksilöllisesti tukea, ohjausta ja opastusta.

Äitiys- ja lastenneuvolassa perheen tukeminen ja auttaminen tapahtui äidin tukemisena ja auttamisena silloin, kun äiti itse ilmaisi avun tarpeensa tai terveydenhoitaja tunnisti äidin ja perheen avuntarpeen. Beckin (2006) mukaan masentunut äiti tarvitsee hoivaa sekä tukea elämäänsä liittyvien asioiden hoitamisessa. Terveydenhoitajat ohjasivat ja tukivat äitejä itsensä hoitamisessa, vauvan ja muiden lasten hoitoon liittyvissä asioissa sekä perheen arkeen tai parisuhteeseen liittyvissä asioissa. Terveydenhoitajat ehdottivat äidille ulkopuolista apua lasten- ja kodinhoidossa silloin, kun äiti ei pystynyt huolehtimaan näistä tehtävistä. Terveydenhoitajat kuvasivat perheen ja isän tukemista näiden huomioimisena, kohtaamisena, tapaamisena sekä kuuntelemisena ja keskustelemisena. Näiden ilmaisujen tarkempi sisältö jäi tässä tutkimuksessa selvittämättä. Bewleyn (1999) mukaan tuen antaminen kohdistuu koko perheeseen, vanhempia pitää opastaa tunnistamaan masennuksen oireita ja tunnusmerkkejä, sekä rohkaista hakemaan apua. Benzein ym. (2008) mukaan hoitajat voivat tukea perheen hyvinvointia tukemalla perheenjäsenten välisistä vuorovaikutusta. Myös Tammentie ym. (2004) tuo esiin masentuneiden äitien ja perheiden perhedynamiikan huomioimisen tarpeen silloin, kun äiti sairastaa synnytyksen jälkeistä masennusta. Gavaghanin & Carrollin (2002) mukaan perhekeskeisen hoidon kehittämistä pitäisi tehostaa antamalla enemmän tietoa perhehoitotyön toteuttamisen malleista sekä riittäviä resursseja käytännön toteuttamiseen.

Masentuneiden äitien kohtaaminen oli useimpien terveydenhoitajien mielestä vaativaa ja omia tunteita herättävää. Terveydenhoitajat tunsivat usein huolta, avuttomuuden tai riittämättömyyden tunteita masentuneen äidin tapaamisissa. Riittämättömyyden sekä avuttomuuden tunteita lisäsivät terveydenhoitajan runsaat asiakasmäärät sekä kiireiset työpäivät. Terveydenhoitajat kokivat masentuneen äidin auttamisen myös palkitsevana ja itseä vahvistavan kokemuksena silloin, kun he olivat löytäneet oikeita auttamiskeinoja äidin auttamisessa ja äidin vointi koheni. Hoitotyön tutkimuksissa tuodaan esille, että hoitajat voivat kokea potilaiden ja perheiden kanssa työskentelyn omia voimavaroja vahvistavana, jos he kokevat olevansa hyödyksi potilaalle ja tämän perheelle (Mattila 2001, Maijala 2004, Potinkara 2004, Duhamel ym. 2007, Mäenpää 2008).

Terveydenhoitajien ensisijaisena työparina masentuneen äidin hoitamisessa oli neuvolalääkäri, joka osallistui masennuksen asteen arviointiin, diagnosointiin sekä hoidon suunnitteluun. Terveydenhoitajat tapasivat äitejä ja perheitä pääasiassa yksin,

mutta joidenkin äidin tapaamisissa heillä oli samassa yksikössä työskentelevä terveydenhoitaja työparina tai taustatukena. Terveydenhoitajat tekivät yhteistyötä myös terveystieteiden psykologin ja psykiatristen sairaanhoitajien kanssa. Yhteistyö psykiatristen sairaanhoitajien kanssa koettiin sujuvaksi. Terveydenhoitajat olivat erityisen tyytyväisiä äitien jatkohoidon järjestymiseen lyhyessä ajassa sekä puhelimitse saatuun konsultaatioon. Bronwenin ym. (2003) mukaan terveydenhuollossa toteutuva yhteistyö sekä hoitoonohjaus tehostavat äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta toipumista. Myös Hampshiren (2002) mukaan perheiden tukemiseen sisältyvä hoitoonohjaus sekä tukea antavat sosiaalipalvelut lisäävät perheiden hyvinvointia. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan myös yhteistyö kunnan perhetyöntekijöiden sekä kodinhoitajien kanssa oli tärkeää silloin, kun äiti tarvitsi apua kotiin.

Terveydenhoitajien kokemukset EPDS-mielialalomakkeen käytöstä

Terveydenhoitajat käyttivät EPDS-mielialalomaketta säännöllisesti kaikkien äitien kohdalla jälkitarkastuksessa sekä lapsen kolmen kuukauden tai viiden kuukauden määräaikaistarkastuksessa ja noudattivat Lastenneuvola oppaan (2004) suositusta synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonnasta äidin jälkitarkastuksessa tai viimeistään 6-8 -viikon kuluttua synnytyksestä lapsen määräaikaistarkastuksen yhteydessä. Mitchellin ym. (2006) suosittavat synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontaa 6 viikon kuluttua synnytyksen jälkeen. Lisäksi terveydenhoitajat käyttivät lomaketta äitien raskausaikana sekä synnytyksen jälkeen aina, kun tunnistivat äidin voinnissa tai mielialassa muutoksia, joiden he arvioivat viittaavan masennukseen tai masentuneisuuteen. Myös Daviesin ym. (2003) mukaan äitien masennuksen seulonta EPDS-mielialalomakkeella on hyödyllistä tehdä pitempään kuin useimmissa ohjeistuksissa esitetään, koska masennuksen oireita voi ilmetä vuoden kuluttua synnytyksestä.

Myös muiden tutkimusten (Bronwen ym 2003, Guedeney ym. 2000, Ederhard-Gran ym. 2001) mukaan systemaattinen seuranta EPDS- mielialalomakkeella synnytyksen jälkeen ensimmäisen vuoden ajan tehostaa masennuksen varhaista tunnistamista sekä hoitoa.

Terveydenhoitajat kokivat EPDS-mielialalomakkeen käytön luontevaksi ja helpoksi. He määrittivät lomakkeen apuvälineeksi, jonka avulla on luontevaa ottaa puheeksi äidin vointi, jaksaminen, mieliala sekä masennus. Terveydenhoitajat johdattelivat lomakkeen kysymyksillä äitiä arvioimaan omia masennuksen oireita ja konkretisoivat lomakkeen

pisteiden avulla masennuksen astetta. Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien mielestä pelkkien pisteiden perusteella ei saa riittävästi tietoa äidin masennuksesta, vaan siihen on aina yhdistettävä keskustelu. Myös muissa tutkimuksissa tuodaan esiin kokonaistilannetta kartoittavan keskustelun tärkeys mielialalomakkeen käytön yhteydessä (Clemmens ym. 2004, Dennis 2005, Ylilehto 2005, Logsdon & Hutti 2006, Beck 2008).

Terveydenhoitajat käyttivät EPDS-mielialalomakkeesta ilmaisua apuväline sekä keskustelun apuväline. Lisäksi he käyttivät ilmaisuja seula, mittari, kaavake, lomake ja työlomake. Ilmaisut saattavat kuvata ja sisältää terveydenhoitajan henkilökohtaisen käsityksen EPDS-mielialalomakkeesta ja sen käyttötavasta äitien tapaamisissa.

6.2 Luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Tutkimukseen valittiin kvalitatiivinen tutkimusote, koska haluttiin saada tietoa terveydenhoitajien omakohtaisista kokemuksista äitien masennuksen tunnistamisesta sekä masentuneiden äitien kohtaamisesta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu koko tutkimusprosessiin. Luotettavuuden arvioinnin tärkeimpiä kriteereitä on osoittaa yhteys aineiston ja tulosten välillä sekä selvittää tulosten uskottavuus. Tässä tutkimuksessa analyysiprosessin vaiheet on kuvattu sanallisesti sekä selvennetty kuviolla. Kuvioiden avulla havainnollistetaan analyysiprosessin aikana tehtyjä ratkaisuja pelkistysten, ryhmittelyiden ja kategorioiden osalta. Niistä voi arvioida luokitusten yhteensopivuutta ja kategorioiden muodostumista. Analyysiprosessin aikana palattiin useasti alkuperäisaineistoon ja pyrittiin näin varmistamaan kategorioiden sisältöjen ja nimien vastaavuus alkuperäisaineiston kanssa. (Nieminen 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001)

Aineiston luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston valintaa ja keräämistä ohjaa tavoite saada tietoa ihmisten kokemuksista heidän omana kuvauksena. Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli

saada tietoa, jonka pohjalta oli mahdollista kuvata perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja masentuneiden äitien kohtaamisesta. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto tulee koota sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy (Nieminen 1998, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin kahden perusterveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvolan, lastenneuvolan sekä äitiysneuvolan terveydenhoitajilta esseekirjoitelmilla (N=11) sekä tarkentavilla teemahaastatteluilla (N=4) marraskuun 2006 - maaliskuun 2007 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistuvilla terveydenhoitajilla (7) oli tutkimuksen kannalta olennaista tietoa ja kokemusta.

Esseekirjoitelmien teemat ja haastatteluaineiston alustavat teemat muodostettiin tutkimuskysymysten perusteella. Haastatteluaineiston teemat tarkentuivat ensimmäisen esseeaineiston alustavan analyysi jälkeen.

Esseekirjoitelmilla saatiin tietoa terveydenhoitajien kokemuksista heidän omana kuvauksena. Esseekirjoitelmien luotettavuus perustuu aina tutkijan harkintaan saadun tiedon luotettavuudesta (Vilkkä 2005). Tässä tutkimuksessa luotettiin terveydenhoitajien kirjoittamien kokemusten omakohtaisuuteen ja rehellisyyteen. Toisena tiedonkeruun muotona oli teemahaastattelu, koska sillä saadaan tietoa ihmisten kokemuksista puheen muodossa (Vilkkä 2005). Tarkentavilla teemahaastatteluilla syvennettiin ja täydennettiin esseeaineistolla kerättyä tietoa.

Haastatteluun sisältyy aina haastateltavan ja haastattelijan keskinäinen vuorovaikutus ja kielellinen ulottuvuus. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan omat arvot vaikuttavat tutkimusprosessin eri vaiheissa. Arvolähtökohdat ovat mukana myös haastattelutilanteissa, vaikka haastattelijan pyrkimyksenä on objektiivinen toiminta ja haastateltavan äänen kuuleminen. Haastatteluaineiston keräämiseen sisältyy aina haastattelijan oma toiminta, haastattelijan läsnäolo, keskustelun avaus ja kysymysten esittäminen sekä dialogin ohjaaminen, joka ohjaa osaltaan haastateltavan vastausta, josta muodostuu osa tutkimuksen aineistoa. Terveydenhoitajien haastatteluissa haastattelijan oma työkokemus mielenterveystyöstä saattoi vaikuttaa siihen, että haastateltavien puheista erottui masennuksen tunnistamiseen liittyviä seikkoja, vaikka haastateltavat eivät itse aina sanomaansa määrittäneet masennuksen tunnistamiseksi. Haastattelutilanteissa terveydenhoitajat kertoivat työnsä sisällöstä ja asiakkaiden kohtaamiseen liittyvistä tapahtumista ja kokemuksista, joten haastattelutilanteiden

jälkeen haastateltavat saattoivat kokea puhuneensa haastatteluteemojen ulkopuolella olevia asioita. (Hirsjärvi & Hurme 2001, Hirsjärvi ym. 2009)

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston ei tarvitse olla edustava otos perusjoukosta eikä tutkimustulosten tarvitse olla yleistettävissä. Pyyntö tutkimukseen osallistumisesta esitettiin kahden perusterveydenhuollon kuntayhtymän kaikille äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajille. Tutkimukseen osallistuvien terveydenhoitajien määrä oli kahden kuntayhtymän terveydenhoitajien lukumäärään nähden pieni, mutta tutkimukseen osallistuvien terveydenhoitajien esseekirjoitukset sekä haastattelut antoivat tietoa siitä ilmiöstä, josta oli tarkoitus saada tietoa. Aineistot sisälsivät kuvausta synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen liittyvistä kokemuksista. Tämän perusteella voidaan arvioida, että aineiston validiteetti oli riittävä. (Nieminen 1998, Hirsjärvi ym. 2009)

Tulosten luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioitiin vaikuttaa se, kuinka hyvin aineiston perusteella voidaan tuoda esiin tiedonantajien kokemuksia. Tutkimuksen tulokset kuvaavat tutkimuksen tiedonantajina olleiden terveydenhoitajien kokemuksia tiivistetyssä muodossa. Terveydenhoitajien kokemukset äitien masennuksen tunnistamisesta, masentuneiden äitien kohtaamisesta sekä EPDS -mielialalomakkeen käytöstä olivat monelta osin samansisältöisiä. Tämä ja aineiston niukkuus oli jossain määrin tutkimuksen puute. Aineiston kerääminen laajemmalla alueella olisi saattanut tuoda vaihtelevuutta ja laaja-alaisempaa tietoa terveydenhoitajien kokemuksista tutkimuskysymyksen näkökulmasta. Terveydenhoitajien kuvaamat kokemukset olivat kuitenkin yhteneväisiä aiheeseen liittyvien aiempien tutkimustulosten ja aihetta käsittelevän kirjallisuuden kanssa. Tulosten samansuuntaisuus aiempien tutkimustulosten kanssa vahvistaa tulosten uskottavuutta ja luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa olisi ollut hyödyllistä käyttää luotettavuuden arvioinnissa face - validiteettia ja saada arvio niiltä henkilöiltä, joille tutkittava ilmiö on tuttu. (Kynäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001)

Laadullisen aineiston analysointiin sisältyy tutkijan oma luovuus sekä käsitteellinen ajattelu, joka ilmenee aineiston konkreettisten ilmausten muuttamisessa käsitteelliselle tasolle niin, että ilmaisujen yhdenmukaisuus sekä looginen yhteys aineistoon säilyy. Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta voi olla tutkijan persoonallinen näkemys,

johon vaikuttaa aikaisemmat kokemukset. Tutkielman tekijän työkokemus mielenterveystyöstä sekä aikaisempi käsitys tutkittavasta ilmiöstä antoi esiyymmärrystä ja jossain määrin vaikutti koko tutkimusprosessiin. Tämä asia oli koko tutkimusprosessin ajan tiedostettuna. Terveystenhoitajien kokemuksia masennuksen ja synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta, masentuneiden äitien kohtaamisesta, EPDS -mielialalomakkeen käytöstä kuvaavien sanojen, lauseiden sekä lausumien erottaminen toisistaan, sijoittaminen sopiviin teemoihin ja kategorioihin perustui teoreettiseen tietoon sekä kokemukseen mielenterveystyöstä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001)

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Terveystenhoitajien ilmaisemat masennuksen oireet olivat yhteneviä aihetta käsittelevien tutkimustuloksien ja kirjallisuudessa kuvattujen masennuksen sekä synnytyksen jälkeisen masennuksen oireiden kanssa. Terveystenhoitajat tunnistavat havaintojensa perusteella eriasteisen masennuksen oireita ja käyttävät EPDS-mielialalomaketta masennuksen varmistamisessa sekä masennuksen asteen arvioimisessa. Lomakkeen käyttö on säännöllistä ja toteutuu Lastenneuvolaoppaan (2004) suositusten mukaisina ajankohtina sekä lisäksi terveystenhoitajan oman arvioin mukaan raskauden aikana tai synnytyksen jälkeen.

Terveystenhoitajan aktiivinen yhteistyö äidin ja perheen kanssa lasten- ja äitiysneuvolan perustarkastuksissa raskausaikana sekä synnytyksen jälkeen tehostaa äidin masennuksen seulontaa varhaisessa vaiheessa. Dennisin (2005) mukaan myös hoitajien intensiiviset kotikäynnit ensimmäisen kuuden viikon aikana synnytyksen jälkeen voivat ennaltaehkäistä masennuksen puhkeamista. Kotikäyntien lisäämisellä voidaan tehostaa perheiden avun tarpeen tunnistamista varhaisemmassa vaiheessa ja ehkäistä perheiden syrjäytymistä.

Hoitajien toteuttamien kotikäyntien lisäksi erilaiset tukiryhmät auttavat äitiä irrottautumaan eristyisyyden ja yksinäisyyden tunteesta. Vertaisryhmiin osallistumisen on osoitettu luovan toivoa siitä, että masennus on mahdollista voittaa. (Beck 2006)

Masentuneen ihmisen kohtaaminen ja hoitaminen on vaativaa sekä psyykkisesti kuormittavaa työntekijälle. Masentunut ihminen herättää työntekijässä erilaisia tunteita huolesta kyllästymiseen. Terveystenhoitajat kokivat masentuneiden äitien kohtaamisen ammatillisesti haasteellisena, joka edellyttää ammattitaitoa, -tietoa ja kokemusta. Masentuneen ihmisen toivottomuuden ja ahdistuksen tunteen ymmärtäminen sekä hyväksyminen osana masennuksen oiretta, voi auttaa työntekijää paremmin jaksamaan auttajana ja tukijana. Masentunut henkilö on usein yhteistyösuhteessa passiivinen osapuoli, joten se edellyttää terveydenhoitajalta aktiivista roolia masennuksen tunnistamisessa, arvioimisessa ja hoitamisessa.

Lastenneuvolassa tehdään ehkäisevää mielenterveystyötä, joka kohdistuu koko perheeseen. Lapsen psyykinen perusta rakentuu vuorovaikutuksessa vanhempien ja muiden läheisten kanssa, joten vanhempien ja perheen tukeminen on tärkeä osa-alue ehkäisevässä mielenterveystyössä. Mielenterveyslain (1990) ja Mielenterveysasetuksen (1990) mukaan mielenterveystyötä toteuttava henkilö on oikeutettu saamaan työnohjausta, jonka tulee olla sisällöltään sellaista, että se edistää mielenterveyspalveluita antavan henkilön valmiuksia tehdä mielenterveystyötä. Lastenneuvolaoppaan (2004) mukaan kaikilla lastenneuvolatyössä toimivilla on mahdollisuus osallistua työnohjaukseen, tämä ei kuitenkaan tullut esiin terveydenhoitajien kokemusten kuvauksissa. Terveystenhoitajien työ perustuu ammatillisten valmiuksien lisäksi omaan persoonaan ja omiin vuorovaikutustaitoihin, joiden kuormittuminen voi heikentää työssä jaksamista. Säännöllinen työnohjaus mahdollistaa oman ammattitaidon ja työn kehittämisen sekä lisää työssä jaksamista. (STM 2004)

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää masentuneiden äitien tunnistamista sekä hoitoa äitiys- ja lastenneuvolassa. Tutkimustuloksena koottu tieto on suurelta osin yhdenmukaista muiden tutkimustulosten ja kirjallisuuden kanssa. Tietoa terveydenhoitajien kokemuksista masennuksen tunnistamisesta ja kohtaamisesta sekä mielialalomakkeen käytöstä voidaan käyttää äitiys- ja lastenneuvolassa yhtenä lähtökohtana masentuneiden äitien tunnistamisen ja hoidon kehittämässä ja arvioimisessa. Tulosten perusteella ei anneta ohjeita masentuneiden äitien tunnistamiseen tai kohtaamiseen, vaan tuodaan esiin kokemuksia, joiden esittäminen voi auttaa tiedostamaan masentuneen äidin tunnistamiseen ja kohtaamiseen sisältyviä tekijöitä. Tutkimus lisää ymmärrystä

masennuksen seulonnan ja varhaisen tunnistamisen merkityksestä äidin ja vauva vuorovaikutuksen ja koko perheen hyvinvoinnin edistämisen kannalta, sekä tuo esiin EPDS-mielialalomakkeen käyttöä masennuksen tunnistamisen apuvälineenä. Näitä tietoja voidaan käyttää masentuneiden äitien tunnistamisen ja hoidon kehittämisessä, terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien koulutuksessa, terveydenhoitajien ammatillisessa täydennyskoulutuksessa sekä työn kehittämisessä. Raportti on myös tutkimukseen osallistuville terveydenhoitajille kirjallinen yhteenveto omien kokemusten kuvauksesta.

Jatkotutkimuksessa olisi tarpeen selvittää terveydenhoitajien kokemuksia masentuneiden äitien kanssa työskentelystä, sekä työskentelyn vaikuttavuudesta äitien ja perheiden kokemana. Masentuneen äidin ja lapsen välistä vuorovaikutusta olisi hyödyllistä kartoittaa enemmän, koska äidin ja lapsen välinen vuorovaikutus on moniulotteisesti merkittävä lapsen psyykkiselle kehitykselle. Perheiden tukemisen näkökulmasta olisi tarpeen selvittää tarkemmin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien ja heidän perheidensä selviytymistä, selviytymiskeinoja sekä ammatillisen tuen sisältöä ja merkitystä masennuksen syvenemisen, pitkittymisen tai mahdollisen itsemurhan ehkäisemisen näkökulmasta.

Useat terveydenhoitajat käyttävät EPDS- mielialalomakkeen lisäksi Audit-kyselylomaketta äitien ja isien alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseksi sekä päihdeongelmien puheeksi otossa ja kartoittamisessa. Tämä aiheen tutkiminen on ajankohtaista odottavien ja synnyttäneiden äitien päihdeongelmien lisääntymisen vuoksi.

LÄHTEET

- Ahlfors L., Saarikoski M. & Sova I. 1987. Psykiatrinen auttamistyö. Prisma-tietokirjasto - Psykiatria. Weilin+Göös. Espoo.
- Azoulay E. & Sprung CL. 2004. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 32(11), 2323-8.
- Beck CT. & Gable RK. 2001. Comparative Analysis of the Performance of the Postpartum Depression Screening Scale With Two Other Depression Instruments. *Nursing Research*. 50(4), 242-250.
- Beck CT. 2006. Postpartum Depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing*. Volume 106(5), 40-50.
- Beck CT. 2008. State of the Science on Postpartum Depression: what nurse researchers have contributed -part 1. *The American Journal of Maternal / Child Nursing*. 33(3), 151-156.
- Benzein EG., Hagberg M. & Saveman BI. 2008. 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nursing Inquiry*. 15(2):106-15.
- Bewley C. 1999. Postnatal depression. *Nursing Standard*. 13(16), 6-12, 49-56.
- Brady N. & McCain GC. 2005. Living with schizophrenia: a family perspective. *Online Journal of Issues in Nursing*. 10(1):7.
- Bronwen R., Howells S. & Jenkins M. 2003. Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. *Journal of Advance Nursing*.
- Clay E. & Seehusen D. 2004. A Review of Postpartum Depression for the Primary care Physician. *Southern Medical Journal*. 97(2), 157-161.

- Clemmens D., Driscoll J. & Beck CT. 2004. Postpartum Depression as Profiled Through the Depression Screening Scale. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 29(3), 180-185.
- Clifford C., Day A., Cox J. & Werrett J. 1999. A cross-cultural analysis of use of the Edinburg Post-Natal Depression Scale (EPDS) in health visiting practice. *Journal of Advanced Nursing*. 30(3), 655-644.
- Davies B., Howells S. & Jenkins M. 2003. Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. *Journal of Advanced Nursing*. 44(3), 248-255.
- Dennis C-L. 2005. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ, British Medical Journal*. 331(7507), 15.
- Downie J., Wynaden D., McGovan S., Juliff D., Axten C., Fitzpatrick L. & Ogilvie S. 2003. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to achieve best practice. *Nursing and Health Sciences*. 5 (4), 283-287.
- Duhamel F., Dupuis F., Reidy M. & Nadon N. 2007. A qualitative evaluation of a family nursing intervention. *Clinical Nurse Specialist*. 21(1), 43-9.
- Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Schein B & Opjordsmoen S. 2001. The Edinburg Postnatal Depression Scale: Validation in Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry*. 55 (2), 113-117.
- Floriani V. & Kennedy C. 2007. Promotion of physical activity in primary care for obesity treatment/prevention in children. *Current Opinion in Pediatrics*. 19(1), 99-103.
- Gavaghan SR & Carroll DL. 2002. Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 21(2):64-71.
- Goldbort J. 2006. Transcultural Analysis of Postpartum Depression. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 31(2), 121-126.

- Goodman J. 2004. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*. 45(1), 26-35.
- Guedeney N., Fermanian J., Guelfi J.D. & Kumar R.C. 2000. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum:some concerns about false negatives. *Journal of Affective Disorders*. 61, 107-112.
- Harju-Torppa M. 2003. Perhevoimala –ennaltaehkäisevän perhetyön moniammatillinen kehittämis-, tutkimus- ja koulutushanke. Hankesuunnitelma 15.12.2003. Hämeen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Hämeenlinna.
- Harju-Torppa M. 2007. Perhevoimala. Arkivoimaa perheille uusilla tavoilla yhdessä tekemällä. Perhevoimla- ennaltaehkäisevän perhetyön moniammatillinen tutkimus, koulutus- ja kehittämishanke 1.4.2005 - 30.4.2007. Loppuraportti. Hämeenlinnan perusturvakeskus. Raportti 1 / 2007. Hämeenlinna
- Hakulinen T., Koponen P. & Paunonen M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen- Julkunen K. *Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY. Helsinki, 25-42.
- Hakulinen-Viitanen T., Pelkonen M. & Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. 2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:22. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.
- Hampshire M. 2002. Keeping families together. *Nursing Standard*. 7-13; 16(47), 14-5.
- Hiltunen P. 2003. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus, riskitekijöistä pitkäaikaisvaikutuksiin. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi. Hämeenlinna.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy. Tampere.

Huang Y-C. & Mathers N. 2001. Postnatal depression - biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 33(3), 279-287.

Horowitz J. & Cousins A. 2006. Postpartum Depression Treatment Rates for At-Risk Women. *Nursing Research*. 55(2), 23-27.

Hyvönen S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Iija A., Almqvist S. & Kiviharju-Rissanen U. Mielenterveystyön perusteet. 1996. Kirjayhtymä Oy. Tampere

Jesse D.E. & Graham M. 2005. Are You Often Sad and Depressed?: Brief Measures to Identify Women at Risk for Depression in Pregnancy. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 30(1), 40-45.

Jones A. & Scannell T. 2002. Research and organizational issues for the implementation of family work in community psychiatric services. *Journal of Advanced Nursing*. 38(2), 171-9.

Kamienski M. 2004. Family-centered care in the ED. *American Journal of Nursing*. 104(1), 59-62.

Kokko M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen väitöskirja.

Kokko S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvoteoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Kokkonen M., Rissanen S., Kylmä J., Miettinen S. & Pelkonen M. 2004. Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana. *Hoitotiede* 1, 14-24.

Krantz I., Eriksson B., Lundquist-Persson C., Ahlberg BM. & Nilstun T. 2008. Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): an ethical analysis. *Source Scandinavian Journal of Public Health*. 36(2):211-6.

Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-11.

Käypä hoito suositus. 2004. Depressio. *Duodecim* 2004;120(6), 744-765.

Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell Oy. Juva, 21-43.

Logsdon M. & Hutti M. 2006. Readability: An Important Issue Impacting Healthcare for Women with Postpar. *The American Journal of Maternal /Child Nursing*. 31(6), 350-355.

Maijala H. 2004. Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutus. Substanttiivinen teoria lapsen poikkeavuuden herättämissä kysymyksissä vahvistumisesta ja kuormittumisesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Mattila L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Mason C. & Subedi S. 2006. Helping parents with mental illnesses and their children: a call for family-focused mental health care. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 44(7), 36-41.

Mian A I. 2005. Depression in Pregnancy and the Postpartum Period: Balancing Adverse Effects of Untreated Illness with Treatment Risks. *Journal of Psychiatric Practice*. 11(6), 389-396.

Mielenterveysasetus 21.12.1990/1247

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Minde K., Tidmarsh L. & Hugnes S. 2001. Nurses' and physicians' assessment of mother-infant mental-health at first postnatal visits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 40(7), 803-10.

Mitchell AM., Mittelstaedt M. & Schott-Baer D. 2006. Postpartum Depression: The Reliability of Telephone Screening. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 31(6), 382-387.

Morse C., Durkin S., Buist A. & Milgrom J. 2004. Improving the postnatal outcomes of new mothers. *Journal of Advanced Nursing*. 45(5), 465-474.

Mäenpää T. 2008. Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö. Substantiivinen teoria ongelmalähtöisestä yhteydenpitämisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva, 215-221.

O'Brein LM., Heycock EG., Hanna M, Jones PW & Cox JL. 2004. Postnatal depression and faltering growth: a community study. *Pediatrics*. 113(5), 1242-7.

Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY. Helsinki, 14-24.

Patel R., Murphy D J. & Peters T J. 2005. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *British Medical Journal*. 330(7496), 16- 879.

Potinkara A. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Powers P., Goldstein C. & Plank G. 2000. The value of patient- and family-centered care. *American Journal of Nursing*. 2000 May. 100(5), 84-8.

Punkanen T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tammi. Tampere.

Saarelainen R., Stengård E., & Vuori-Kemikä A. 2000. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. WSOY. Porvoo.

Sarkkinen M. & Juutilainen K. 2005. Masentuneiden äitien tunnistaminen ja hoitoketjut Espoossa. Kuvaus MASU-hankkeen käynnistämisestä ja kehitystyöskentelystä v. 2004.

Shakespeare J., Blake F. & Garcia J. 2003. A qualitative study of acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of General Practice* 53, 614-619.

Shaw E. & Kaczorowski J. 2007. Postpartum care - what's new? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 19(6), 561-567.

Simons J., Reynolds J., Joe MA & Morison L. 2003. How the health visitor can help when problems between parents add to postnatal stress. *Journal of Advanced Nursing* . 44(4), 400-411.

Stakes 2005. Ehdotus Euroopan mielenterveysohjelmaksi ja yhteiseksi mielenterveyden osoittimiksi.

STM. 2000. Mielekäs elämä. Mielen terveystalveluiden kehittämisuositukset. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisu 2000:4. Sosiaali- ja terveystministeriö. Helsinki.

STM. 2001. Mielen terveystalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO.) Mielen terveystden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveystministeriön oppaita 2001:9. Helsinki.

STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveyst 2015 kansanterveystsohjelmasta. Julkaisu 2001:4. Sosiaali- ja terveystministeriö. Helsinki.

STM. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveystministeriön oppaita 2004:14. Sosiaali- ja terveystministeriö. Helsinki.

Tammentie T., Tarkka M., Åstedt-Kurki P., Paavilainen E. & Laippala P. 2004. Family dynamics and postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11(2): 141-9.

Tammentie T., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. & Tarkka MT. 2004. Family dynamics of postnatally depressed mothers - discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing*. 13(1), 65-74.

Tanyi R. 2006. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *Journal of Advanced Nursing*. 53(3), 287-94.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä.

Tomlinson PS., Thomlinson E., Peden-McAlpine C. & Kirschbaum M. 2002. Clinical innovation for promoting family care in paediatric intensive care: demonstration, role modelling and reflective practice. *Journal of Advanced Nursing*. 38(2), 161-70.

Webster J., Pritchard M., Creedy D. & East C. 2003. A Simplified Predictive Index for the Detection of Women at Risk for Postnatal Depression. *Birth*. 30(2), 101-108.

Vehviläinen-Julkunen K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva, 26-34.

Verkerk G., Denollet J., Van Heck G., Van Son M. & Pop V. 2005. Personality Factors as Determinants of Depression in Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-up Study. *Psychosomatic Medicine*. 67(4), 632-637.

Wickberg B. & Hwang CP. 1996. Counselling of postnatal depression: a controlled study on population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*. 39 (3), 209-16.

Vilkkä H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Keuruu.

Välimäki M., Holopainen A. & Jokinen M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY. Juva.

Ylilehto H. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus- salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Zauderer C. 2008. A Case Study of Postpartum Depression & Altered Maternal-Newborn Attachment. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 173-178.

Zelkowitz P. & Milet T. 2001. The Course of Postpartum Psychiatric Disorders in Women and Their Partners. *The Journal of Nervous and Mental Disease* ,575-582.

Zwelling E. & Phillips CR. Family-centered maternity care in the new millennium: is it real or is it imagined? *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 15(3):1-12.

Åsted-Kurki P., Jussila L., Koponen L., Lehto P., Maijala H., Paavilainen R. & Potinkara R. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY. Helsinki.

Liite 1. Saatekirje terveydenhoitajille

9.11.2006

Hyvä terveydenhoitaja,

Pyydän sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi masentuneiden äitien tunnistamiseen liittyvän toiminnan kehittämiseen äitiys- ja lastenneuvolassa.

Äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat kohtaavat äitejä raskauden aikana ja lapsen syntymän jälkeen säännöllisesti ja huomaavat usein ensimmäisinä äideissä tapahtuneet mielialamuutokset tai masennukseen viittaavat oireet. Kokemukseenne perustuva tieto on tärkeää synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen liittyvän tiedon kartuttamisessa.

Tässä tutkimuksessa tietoa kerätään kahdessa vaiheessa. Pyydän sinua kirjoittamaan esseen, jossa kuvaat kokemuksiasi äidin masennuksen tunnistamisesta ja masentuneen äidin kohtaamisesta. Pyydän sinua myös kuvaamaan kokemuksia EPDS-mielialalomakkeen käytöstä. Esseen palautus sähköpostitse XXX tai oheisella palautuskuorella XXX mennessä.

Liitteenä on lomake, jolla voit antaa suostumuksesi haastatteluun osallistumisesta. Haastattelut toteutetaan marraskuun 2006 - tammikuun 2007 aikana. Haastattelupaikka ja -aika voidaan sopia aikataulusi mukaan.

Esseekirjoituksista ja haastatteluista saatua tietoa käsitellään nimettömästi ja luottamuksellisesti. Tutkimusraportin valmistuttua toimitan sen halutessanne käyttöönne.

Tutkimus on Tampereen yliopiston terveystieteiden maisteritutkintoon liittyvä pro gradu-tutkielma, jota ohjaavat professori Eija Paavilainen ja vs.yliassistentti Sirpa Salin.

Kiitos avustasi!

Tiina-Katriina Mustonen
sairaanhoitaja, TtM-opiskelija

Liite 2. Esseen kirjoittamisohjeet

Esseekirjoitus

9.11.2006

Kirjoita vapaamuotoisesti omia kokemuksiasi. Kirjoituksesta ei arvioida kirjoitustyyliä tai kielioppia, vaan kirjoituksesi sisältö on tärkeitä.

1. **Kuvaa kokemuksiasi äidin masennuksen tunnistamisesta**, esim. tunnistatko masennuksen äidin käytöksestä tapaamisissa tai muista äidin toiminnan muutoksista vai puheesta, puheen sisällöstä tai havainnoitko oireita, jotka viestittävät masennuksesta.
2. **Kuvaa kokemuksiasi masentuneen äidin kohtaamisesta**, esim.omat ajatuksesi, mielialasi, ilmapiiri tilanteissa. Koetko masentuneen äidin kohtaamisen normaalina äidin tapaamisena vai onko se vaativaa, haastavaa, työlästä, vaatiiko muutosta ajankäytön tai paikan suhteen.
3. **Kuvaa kokemuksiasi EPDS-mielialalomakkeen käytöstä**. Missä tilanteissa tai vaiheessa käytät lomaketta, onko lomakkeen käyttö luontevaa äidin tapaamisessa, joudutko suostuttelemaan äitejä vastaamaan lomakkeen kysymyksiin, miltä lomakkeen käyttö itsestäsi tuntuu?

Esseen palautus sähköpostitse XXX tai oheisella palautuskuorella XXX mennessä.

Kiitos yhteistyöstä!

Tiina-Katriina Mustonen
TtM-opiskelija, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos

Tarvittaessa yhteydenotot:
Tiina-Katriina Mustonen
XXX
XXX
puh. XXX

Liite 3. Suostumuslomake haastatteluun

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

Suostun osallistumaan haastatteluun, joka sisältyy pro gradu -tutkielmaan Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusryhmän jäsenien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta – mielialalomakkeen käyttö masennuksen tunnistamisen välineenä.

Voin perua tai kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta myöhemmin niin halutessani.

Yhteystietoni ovat:

Päiväys ja allekirjoitus:

Liite 4. Haastattelun teemat

Haastattelun teemat:

1. Masennuksen tunnistaminen

- miten masennuksen tunnistaa

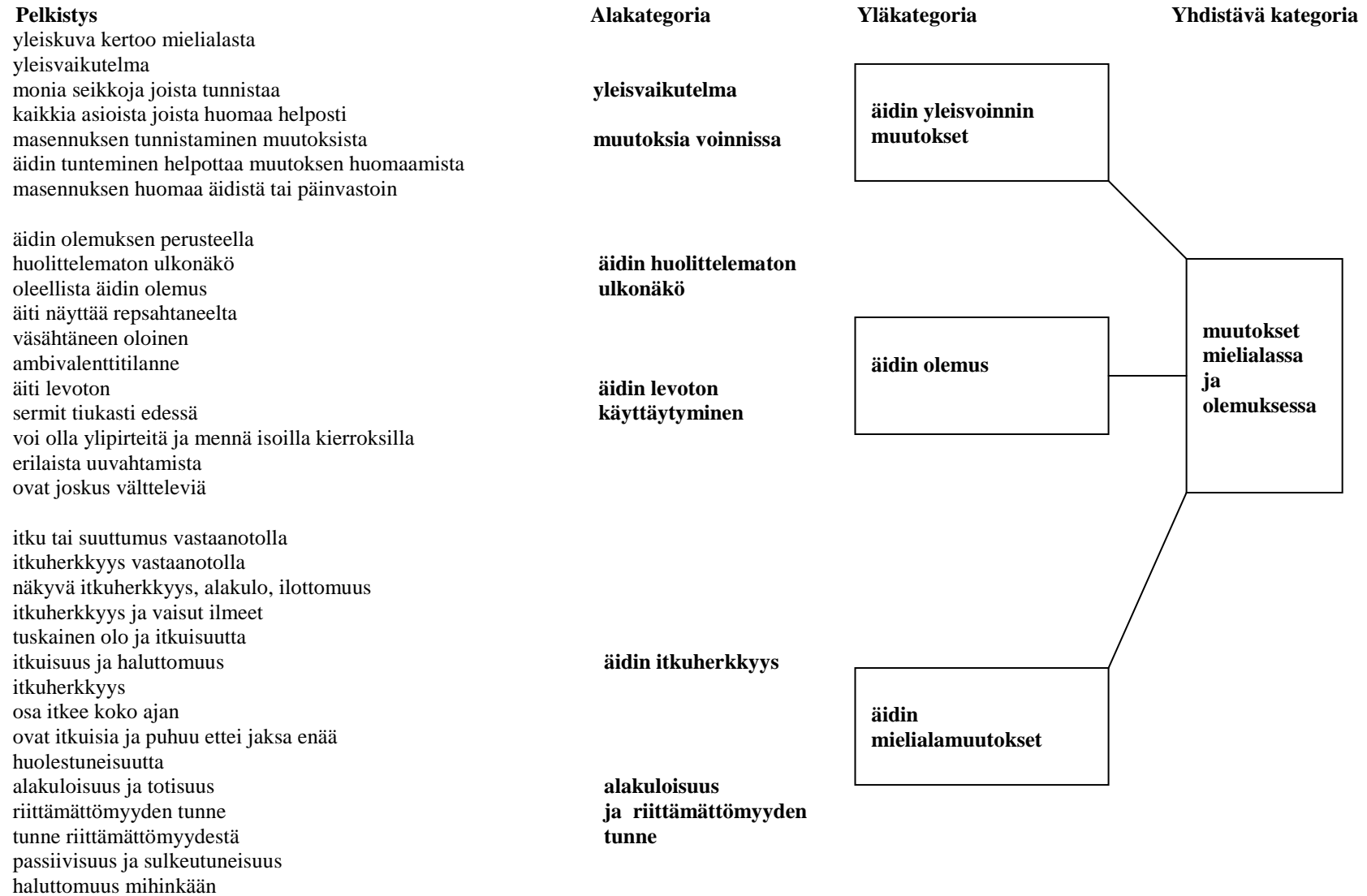
2. Synnytyksen jälkeinen masennus

- millaista oireista synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaa
- miten synnytyksen jälkeisen masennuksen erottaa synnytyksen jälkeisestä herkistymisestä

3. EPDS-mielialalomake

- mikä on oma kokemus EPDS-mielialalomakkeen käytöstä omassa työssä/työvälineenä
- millaisia kokemuksia on EPDS-mielialalomakkeen käytöstä synnyttäneiden äitien tapaamisissa
- millaisia kokemuksia on EDPS-mielialalomakkeen käytöstä äitien synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa

Liite 5. Esimerkki analyysiprosessista



Liite 6. Tutkimustehtävien mukainen luokittelu



Liite 7. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisu vuosi ja tutkimus	Tutkimuksen tavoitteet	Menetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
Beck CT. & Gable, RK. 2001. Comparative Analysis of the Performance of the Postpartum Depression Screening Scale With Two Other Depression Instruments	Eri seulontamenetelmien vertaaminen synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa.	Osanottajien tutkimisessa käytettiin kolmea menetelmää. Seulojen antamat tulokset analysoitiin. Tutkimukseen osallistui 150 naista.	Mittarit keskittyvät hieman eri asioihin; eivät ole täysin yhteismitallisia. Käyttäjien pitää lisätä tietoisuuttaan eri seulontavälineistä.
Benzein EG, Hagberg M & Saveman BI. 2008. 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversations with families.	Selvittää terveyttä edistävän keskustelun merkitystä potilaiden ja perheiden kanssa. Tuoda esiin teoreettisia näkökulmia perheiden kanssa työskentelystä. Perheiden tukeminen reflektioon ja perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen.	Teoreettinen tutkimus.	Rohkaista hoitajia muodostamaan uutta luova suhde perheisiin. Perheiden kertomien tarinoiden yhteinen reflektointi.
Bewley C. 1999. Postnatal depression.	Synnytyksen jälkeisen herkimistymisen, psykoosin ja masennuksen erojen kuvaaminen. Synnytyksen jälkeisen masennuksen tekijöiden erittely. Synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus naiseen ja hänen perheeseensä. Hoitajien, kätilöiden ja terveydenhoitajien rooli synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa ja hoidon tarjonnassa. Formaalin ja informaalin tuen lähteiden tunnistaminen hoidettavilla naisilla.	Kooste artikkeleista ja hoitajien koulutukseen sisältyvästä harjoittelumateriaalista.	Vanhempia pitää opastaa tunnistamaan masennuksen oireita ja tunnusmerkkejä. Lisäksi heitä pitää rohkaista hakemaan apua. Hoitajien osallistuminen vanhempien opettamiseen, valmentamiseen, tukemiseen. Koko perheen tukeminen. Vertaistueella merkittävä rooli kaikille uusille äideille.
Bronwen R., Howells S. & Jenkins M. 2003. Early detection and treatment of postnatal depression in primary care.	Kehittää synnytyksen jälkeisen masennuksen varhaista havaitsemista ja hoitamista. Yhteistyön ja hoitoonohjauksen tehostaminen.	Systemaattinen seuloa synnytyksen jälkeisten rutiinikäyntien yhteydessä; neljä kertaa ensimmäisen synnytyksen jälkeisen vuoden aikana. Tiedon keruu 3 vuoden ajalta.	Synnytyksen jälkeisen masennuksen varhainen tunnistaminen ja tuen tarjoaminen ja vastaanottaminen tehostui. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiville naisille tarjottiin lisäkäyntejä tai ohjattiin hoitoon. Yhteistyö ja hoitoonohjaus tehostui. Systemaattinen seuranta EPDS-mittarilla synnytyksen jälkeen ensimmäisen vuoden ajan tehostaa synnytyksen jälkeisen masennuksen varhaista tunnistamista ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaamista.
Clemmens D., Driscoll J. & Beck CT. 2004. Postpartum Depression as Profiled Through the Depression Screening Scale.	Synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneiden naisten oireiden tarkastelu PDSS- mittarilla. Nostaa keskusteluun varhaisen etsinnän merkityksiä.	PDSS- mittarin mittarin käyttö. Tutkimukseen osallistui 150 äitiä	Synnytyksen jälkeistä masennuksesta kärsivien äitien pistemäärät olivat kaksi kertaa korkeampia kuin ei-masentuneiden. Masentuneiden äitien vastauksissa oli voimakasta emotionaalista surua, liittyen rooliin äitinä.
Clifford C., Day A., Cox J. & Werrett J. 1999. A cross-cultural analysis of use of the Edinburg Post-Natal Depression Scale (EPDS) in health vising practice	Kulttuurienvälinen analyysi EPDS – mittarin käytöstä: mittarin kääntäminen englanninkielestä punjabin kielelle. Selvittää mittarin sopivuus etnisen vähemmistön käyttöön.	Kvantitatiivinen tutkimus	Vastaavuus oli suurelta osin korkea, mutta joissakin kohdissa korrelaatioita ei löytynyt.

Davies B., Howells S. & Jenkins M. 2003. Early detection and treatment of postnatal depression in primary care	Projektin seurantatutkimus. Projektin tavoitteena oli kehittää synnytyksen jälkeisen masennuksen varhaista seuloontaa ja hoitoa.	Arviointi EPDS-mittarilla neljän rutiinikäynnin yhteydessä.	Varhaisen seuloontan ja hoidon merkitys synnytyksen jälkeisessä masennuksessa tehostui. Osa äideistä saa synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnusmerkkejä vasta vuoden kuluttua synnytyksestä. Masennusmittarin pidempiaikainen käyttö on suositeltavaa.
Dennis C-L. 2005. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review	Psykososiaalisten ja psykologisten interventioiden vaikutusten arviointi; ennen raskautta, raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen sekä synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa.	Kvantitatiivinen menetelmä Aineistona 15 tutkimusta. - 7697 naista.	Erilaiset psykososiaaliset ja psykologiset interventiot eivät merkittävästi vähennä synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneiden joukkoa. Tehokkain interventio: synnytyksen jälkeisen annettu ammattimainen tuki.
Downie J., Wynaden D., McGovan S., Juliff D., Axten C., Fitzpatrick L. & Ogilvie S. 2003. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to achieve best practice.	Selvittää EPDS- mittarilla tuloksen 13 tai enemmän saaneiden naisten osuus. Arvioida EPDS:n käytön tuloksia. Raportoida osallistujien väestöllisistä muuttujista.	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimukseen osallistui 261 naista, jotka valittiin EPDS- mittarin mukaan 13-30 tulokset sekä 0- tulokset.	EPDS on hyvä väline synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa. Käyttöön liittyy vielä heikkouksia, koska kaikki terveydenhuollon ammattilaiset eivät tunnista masennusta sen avulla. Edellyttää lisäkoulutusta ja ohjeistusta.
Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Schein B. & Opjordsmoen S. 2001. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in Norwegian community sample	Selvittää EPDS –mittarin käyttöä ja validiutta, kun mittarin käännetään norjan kielelle ja takaisin englannin kielelle. Mittarin sisällössä tapahtuneiden muutosten arviointi.	EPDS- mittarin kääntäminen norjaksi ja mittarin toimivuuden testaaminen, vertailumittarina kolme muuta masennusta mittaavaa testiä.	EPDS-mittari on validi synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa.
Floriani V & Kennedy C. 2007. Promotion of physical activity in primary care for obesity treatment/prevention in children.	Perhenäkökulma - perheiden merkitys lasten terveyden edistämässä -lasten terveysongelmien ennaltaehkäisy ja hoito -fyysinen aktiivisuus, liikalihavuus	Artikkeli, jonka aineistona ovat alan tutkimukset ja kirjallisuus.	Perheestä lähtevä aktiivisuus luo lapsille hyviä roolimalleja. Motivoiva tuki ja normaalin päivärytmi tärkeää lapsen terveyden edistämässä.
Gavaghan SR & Carroll DL. 2002. Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions.	Tarkastella kriittisesti sairaiden potilaiden perheiden tukemista eri hoitointerventioilla sekä perhekeskeisen hoidon kehittäminen.	Tutkimusartikkeli	Hoitointerventioilla voidaan saavuttaa osa perheiden hoidollisista tarpeista, mutta perheiden tukeminen ja perhekeskeisen hoidon kehittäminen vaatii lisäkehittämistä.
Goldbort J. 2006. Transcultural Analysis of Postpartum Depression.	Synnytyksen jälkeinen masennus	Kirjallisuuskatsaus	Yleisesti ottaen 13 % naisista sairastuu synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Hoitajien pitää lisätä tietoisuuttaan muiden kulttuurien selviytymiskeinoista.
Goodman J. 2004. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health.	Tutkia ja kehittää tietämystä isien masennuksesta. Miesten ja naisten masennuksen kuvaaminen. Isien masennuksen yleisyys, masennuksen piirteet. Isien masennuksen vaikutus perheeseen ja lapseen.	Kirjallisuus Löydetyt tutkimukset analysoitiin tarkemmin.	Äitien synnytyksen jälkeinen masennus osoittautui vahvimaksi ennusmerkiksi isien masennuksen osalta. Merkittävä havainto koko lapsiperheen hyvinvoinnin kannalta.
Guedeny N., Fermanian J., Guelfi J.D. & Kumar R.C. 2000. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum:some concerns about false negatives.	EPDS- mittarin käyttö äitien masennuksen tunnistamisessa.	Kvalitatiivinen tutkimus. - 87 naista	EPDS –mittari soveltuu naisten synnytyksen jälkeisen ahdistusoireiden tunnistamiseen. EPDS – mittarilla ei tunnistettu yleisiä masennuksen oireita varhaisessa synnytyksen jälkeisessä masennuksessa niissä tapauksissa, joissa masennukseen liittyy psykomotorisia kehityshäiriöitä.

<p>Huang Y-C. & Mathers N. 2001. Postnatal depression - biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan</p>	<p>EPDS-mittarin arviointi. Synnytyksen jälkeiseen masennukseen vaikuttavien tekijöitä vertailu Englannissa ja Taiwanissa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. 150 äitiä: EPDS sekä haastattelut ja kyselyt</p>	<p>EPDS soveltuva joltain osin. Keskeistä; viitteitä siitä, synnytyksen jälkeisen masennuksen taustatekijöinä kulttuurisia ja biologisia taustatekijöitä.</p>
<p>Hyvönen S., 2004 Moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä.</p>	<p>Kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. 29 perusterveydenhuollon työntekijää: teemahaastattelut</p>	<p>Keskeistä: Perusterveydenhuollon tavoitteena ja tehtävänä mielenterveystyössä on ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito, ohjaaminen ja lähettäminen jatkohoitoon. Tärkeää vuorovaikutus, yhteistyö ja työntekijän ammattitaito</p>
<p>Jesse D.E. & Graham M. 2005. Are You Often Sad and Depressed?: Brief Measures to Identify Women at Risk for Depression in Pregnancy.</p>	<p>Synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiryhmään kuuluvien naisten tunnistaminen.</p>	<p>Psykometrinen teoria ja tulevien yhtäläisyyksien tutkimus. Tutkimusjoukkona 130 naista.</p>	<p>Matala tulotaso lisää masennuksen oireiden määrää ja riskejä.</p>
<p>Kokko S. 2004 Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvototeoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön</p>	<p>Selvittää mielenterveystyön asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä sekä tuottaa hyvän mielenterveystyön kriteerit näistä käsityksistä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. Mielenterveystoimiston asiakkaiden (27) ja työntekijöiden (14) haastelu.</p>	<p>Asiakkaiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä: merkittävää ammattitaitoiset työntekijät ja yhteistoiminta, jossa on mahdollista kokemusten jakaminen keskustellen, yhdessä oleminen ja toiminen Hoitajien auttamismenetelminä keskustelut, lääkehoito, perheenjäsenille annettu tieto mielenterveysongelmista</p> <p>Työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä: luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan kokonaisvaltainen elämäntilanteen järjestäminen, hoito-ohjelmien tai terapiamuotojen toteuttaminen Ehkäisevän ja korjaavan mielenterveystyön edellytyksistä: mielenterveystyön palvelujärjestelmän avoimuuksisuus ja porrasteisuus, koulutus, tiimityö ja työnohjaus</p>
<p>Kokkonen M, Rissanen S, Kylmä J, Miettinen S & Pelkonen M. 2004. Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana</p>	<p>Kuvata sairaalahoidossa olevan masentuneen aikuispotilaan toivottomuuden muutosta sekä omahoitajasuhteen toteutumisen ja siihen sisältyvän tyytyväisyyden yhteyttä toivottomuuteen</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Strukturoitu kysely; 1.Beckin toivottomuusmittari 2.hoitosuhteen toteutumista arvioiva mittari tilastollinen analysointi; SPSS 9.0-ohjelma</p>	<p>Toivottomuus lieveni sairaalahoidon aikana, miesten toivottomuus suurempaa kuin naisten. Omahoitajasuhde auttoi ymmärtämään vaikeuksia, löytämään selviytymiskeinoja, tulemaan paremmin toimeen tunteidensa ja muiden ihmisten kanssa ja löytämään toivoa tulevaisuudesta.</p> <p>Tieto auttaa tunnistamaan paremmin toivottomuutta ja kehittämään toivoa ylläpitäviä auttamiskeinoja omahoitajasuhteessa</p>

Krantz I., Eriksson B., Lundquist-Petersson C., Ahlberg BM. & Nilstun T. 2008. Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): an ethical analysis.	Arvioida EPDS mittarin kykyä seuloa synnytyksen jälkeistä masennusta taudin ja etiikan näkökulmista. Selvittää seulonnan merkitys tutkimisen käytäntönä; seulontaan sisältyvien tulkintaongelmia tunnistaminen	Kahden erilaisen ulottuvuuden kehys: eettisten periaatteiden autonomia ja hyödyllisyys suhteessa sairastuneisiin henkilöihin. EPDS / lääkehoito: eettiset kustannukset ja hyödyt	EPDS- seulontamenetelmän rutiininomainen käyttö synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneiden naisten keskuudessa voi johtaa huomattaviin eettisiin ongelmiin, lisäksi lomakkeella on heikko tieteellinen perusta ja se sisältää termien luokitteluvirheitä EPDS ei toimi hyvin rutiiniseulontavälineenä, koska on liian pelkistävä, eikä pysty tunnistamaan sanojen monimerkityksellisyyttä; ei pysty tunnistamaan moninaisuutta ja erilaisuutta jota sanat sisältävät; sanojen sosiaalista monimerkityksellisyyttä. Julkisen terveydenhuollon ei pitäisi puoltaa EPDS-mittaria seulontavälineenä.
Logsdon M. & Hutti M. 2006. Readability: An Important Issue Impacting Healthcare for Women with Postpartum Depression	Arvioida masennusseulojen luettavuutta.	Erilaiset seulontavälineet	Kaikki seulontavälineet tunnistavat jossain määrin masennuksen; ovat luettavissa.
Mian A I. 2005. Depression in Pregnancy and the Postpartum Period: Balancing Adverse Effects of Untreated Illness with Treatment Risks.	Selvittää lääkkeiden vaikutuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa.	Tutkimusartikkeli	Uusimmilla masennuslääkkeillä on hoidon kannalta rohkaisevia vaikutuksia.
Mitchell AM., Mittelstaedt M. & Schott-Baer D. 2006. Postpartum Depression: The Reliability of Telephone Screening.	Sairaalasta pääsyn jälkeen puhelimitse tapahtuvan seulonnan luotettavuuden arviointi	106 äitiä. Toteutus 8 viikkoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen	Puhelinseuranta on tehokas menetelmä oireiden seulomiseksi
Morse C., Durkin S., Buist A. & Milgrom J. 2004. Improving the postnatal outcomes of new mothers	Lievästi masentuneiden äitien seurantatarjoitusten tehokkuuden arviointi . Varhainen tunnistaminen. Tehokas johtaminen.	Vertaileva pitkittäistutkimus. Tutkimusjoukko: ryhmä ensisynnyttäjiä. Interventoryhmässä 40 hoitajaa.	Koulutus ei olennaisesti auta hoitajia ensisynnyttäjien synnytyksen jälkeisen ahdistuksen löytämisessä ja hallinnassa.
Patel R., Murphy D J. & Peters T J. 2005. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study.	Synnytystavan ja synnytyksenä jälkeisen masennuksen yhteyden selvittäminen.	Pitkäaikaistutkimus. Aineistossa yli 10 000 naista.	Synnytystapa ei ole riskitekijä synnytyksen jälkeisessä masennuksessa
Shakespeare J., Blake F. & Garcia J. 2003. A qualitative study of acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale.	EPDS- seulan käytön laajentaminen ja hyväksyntä terveydenhoitajien työssä.	Kvalitatiivinen tutkimus. 39 äidin haastattelu	Äidit puhuivat tilanteestaan mieluummin kuin täyttivät kyselyitä. Yli puolet haastatelluista äideistä piti vähemmän kuin mieluisana EPDS:n käyttöä.
Simons J., Reynolds J., Joe MA & Morison L. 2003. How the health visitor can help when problems between parents add to postnatal stress	Vanhempien välisen suhteen merkitys synnytyksen jälkeisenä aikana / suhde masennuksen ilmenemiseen. Terveydenhoitajien tuen arviointi	Terveydenhoitajien valmennuskurssi. Seulonnan käytännön toteutus. Niiden terveydenhoitajien haastattelu, joiden asiakkailta havaittiin masennusoireita.	Valmennuskurssin myötä terveydenhoitajat saivat riittävä valmiudet vanhempien suhteessa ilmenevien ongelmien tunnistamiseen.

<p>Tammentie T, Tarkka M, Astedt-Kurki P, Paavilainen E & Laippala P. 2004. Family dynamics and postnatal depression.</p>	<p>- synnytyksen jälkeinen perhedynamiikka; äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen mahdollinen yhteys perhedynamiikkaan. - perhedynamiikka ja synnytyksenjälkeinen masennus</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Aineiston keräämisessä käytettiin EPDS äideille ja family dynamic measure II sekä äideille että iselle. Tutkimuskirjallisuus</p>	<p>Masentuneet äidit ja heidän perheensä tarvitsivat tukea kyetäkseen pitämään perhedynamiikan niin hyvänä kuin mahdollista. Joustavuudella, tasapainolla ja kommunikoinnilla oli yhteys äidin mielialaan synnytyksen jälkeen. Masentuneilla äideillä oli vähemmän perhedynamiikkaa kaikilla osaluilla kuin muilla perheillä, ja vähemmän kuin heidän puolisoillaan. Ei-masentuneet äidit kokivat perhedynamiikan paremmaksi kuin heidän puolisonsa.</p>
<p>Webster J., Pritchard M., Creedy D. & East, C. 2003. A Simplified Predictive Index for the Detection of Women at Risk for Postnatal Depression.</p>	<p>Kehittää luettelo, jonka avulla voidaan tunnistaa riskiryhmään kuuluvat äidit</p>	<p>Itsearviointi lomake äideille. Yhteensä 1762 äitiä.</p>	<p>Riskitekijöitä, jotka liittyivät masennukseen 16 viikkoa synnytyksen jälkeen: alhainen sosiaalinen tuki, satunnainen alakulo, tyytymättömyys synnytyskokemukseen ja synnytyksen jälkeiset huiput.</p>
<p>Verkerk G., Denollet J., Van Heck G., Van Son M. & Pop V. 2005. Personality Factors as Determinants of Depression in Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-up Study</p>	<p>Selvittää neuroottisuuden ja sulkeutuneisuuden merkitystä synnytyksen jälkeisen masennuksen ennustajana</p>	<p>Raskauden aikainen seulonta ja näistä otanta: synnytyksen jälkeen EPDS -seula.</p>	<p>Korkea neuroottisuus liittyy kasvaneeseen riskiin sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Korkea neuroottisuus ja sulkeutuneisuus yhdessä lisäävät synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiä.</p>
<p>Ylilehto H. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus- salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu</p>	<p>Äidin masennuksen, imetyksen ja varhaisen vuorovaikutuksen yhteyksien tutkiminen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. 558 äitiä ennen synnytystä ja 487 äitiä synnytyksenjälkeen. Äitien mielialan arviointi: EPDS-kysely odotusaikana ja synnytyksen jälkeen. EPDS- lomakkeen lisäksi diagnoosin varmistamisessa käytettiin PSE-haastattelua. Parisuhteen arvioissa sovellettu Spanierin (1976) Dyadic Adjustment Scale, DAS sekä Bienvenun vuorovaikutuskysely</p>	<p>EPDS- kyselyn perusteella äidit kokivat kärsineensä ohimenevästä alakuloisuudesta tai heillä oli parisuhdeongelmia. Tärkeää tunnistaa EPDS-mittarilla todetun masentuneisuuden ja kliinisesti todetun depression välinen ero.</p>
<p>Zauderer C. 2008. A Case Study of Postpartum Depression & Altered Maternal-Newborn Attachment</p>	<p>Tapaustutkimuksen esittely. Tutkimus käsittelee synnytyksen jälkeistä masennusta sekä äidin ja vastasyntyneen välistä kiintymystä.</p>	<p>Tutkimusartikkeli.</p>	<p>Synnytyksen jälkeinen masennus ei vaikuta vain äitiin. Tutkimus nostaa esille sen vaikutukset äidin ja vastasyntyneen kiintymykseen sekä lapsen tulevan kehitykseen.</p>
<p>Zelkowitz P. & Milet T. 2001. The Course of Postpartum Psychiatric Disorders in Women and Their Partners.</p>	<p>Synnytyksen jälkeisten psyykkisten oireiden tunnistaminen.</p>	<p>Seurantatutkimus/ 6 kk</p>	<p>Psyykkiset oireet voivat kestää useiden kuukausien ajan. Maahanmuuttajilla yleisempää. Tutkimus vahvistaa, että synnytyksen jälkeinen masennus vaikuttaa myös puolisoon.</p>