



Kätilö mielenterveyden edistäjänä perinataaliaikana

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Tanja Pesonen

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Joulukuu 2021

Terveys- ja hyvinvointialat

Sairaanhoitaja (ylempi AMK), Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK

Kliininen asiantuntija

Pesonen, Tanja

Kättilö mielenterveyden edistäjänä perinataaliaikana. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Joulukuu 2021, 70 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat. Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö, ylempi AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Verkkojulkaisulupa myönnetty: kyllä

Tiivistelmä

Perinataaliaikainen mielenterveys vaikuttaa niin äitiin, sikiöön, syntyneeseen lapseen kuin koko perheeseen. Jopa viidennes äideistä kärsii jostakin perinataaliaikaisesta mielenterveyshäiriöstä, ja usein häiriöt jäävät tunnistamatta ja hoitamatta. Hoitaessaan äitejä raskaus- ja lapsivuodeaikana kättilöt ovat otollisessa asemassa niin tunnistamaan kuin hoitamaan äitien mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden edistäminen onkin merkittävä osa kättilön työtä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata kuinka kättilöt edistävät äitien mielenterveyttä perinataaliaikana. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa kättilöiden mielenterveysosaamisesta. Lisäksi haluttiin tuottaa tietoa hoitotyön menetelmistä, joita kättilöt käyttävät mielenterveyden edistämisen välineinä sekä mielenterveyttä edistävään kättilötyöhön vaikuttavista tekijöistä.

Aineistohaut toteutettiin seuraavissa tietokannoista: CINAHL Plus with full text (EBSCO), Cochrane Library, Joanna Briggs Institute EBP Database, Medic, ProQuest ja PubMed. Aineistohakua täydennettiin Google Scholar- ja Google-hakukoneiden avulla. Löytyneistä 696 artikkelista katsaukseen valikoitui 18 artikkelia. Aineisto analysoitiin temaattisen analyysin avulla.

Tulokset osoittivat, että kättilöiden mielenterveysosaaminen koostui tiedoista, taidoista ja asenteista. Mielenterveyden edistäminen näkyi kättilön jokapäiväisessä työssä arviointina, päätöksentekona, hoitotyönä ja jatkohoitoon ohjaamisena. Kättilöt toteuttivat erilaisia kättilöjohtoisia interventioita, joiden tavoitteena oli ennaltaehkäistä mielenterveyshäiriöitä sekä tukea ja hoitaa äitien mielenterveyttä. Mielenterveyttä edistävään kättilötyöhön vaikuttavia tekijöitä olivat kättilöiden osaaminen ja koulutus. Lisäksi siihen vaikuttivat organisaatiolähtöiset tekijät, kuten palveluiden ja hoito-ohjeiden saatavuus, hoidon jatkuvuus sekä henkilöstö- ja aikamitoitukset.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kättilötyötä ja kättilöiden mielenterveyden edistämisen osaamista. Perinataaliaikaisten mielenterveyshäiriöiden hoitoa tulisi kehittää rakentamalla selkeät hoito-ohjeet ja hoitopolut kättilöiden työn tueksi. Perinataalimielenterveyteen liittyvää koulutusta tulisi kehittää osana kättilökoulutusta ja ammatillisena täydennyskoulutuksena.

Avainsanat (asiasanat)

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus, kättilöt, mielenterveys, mielenterveyden edistäminen, perinataaliaika, raskaus, lapsivuodeaika

Pesonen, Tanja

Midwife as a mental health promoter during perinatal period. Integrative literature review

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, December 2021, 70 pages.

Health and welfare. Master's Degree Programme in Health Care and Social Services. Master's thesis.

Permission for web publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

Perinatal mental health has effects on a mother, a fetus, a child and a whole family. Up to one fifth of the mothers suffer from perinatal mental disorders which often remain undetected and untreated. Midwives are in a favourable position to detect and treat perinatal mental disorders when treating mothers during pregnancy and puerperal period. Mental health promotion is a significant part of midwifery.

The aim of the thesis was by way of an integrative literature review to describe how midwives promote mental health during the perinatal period. Its purpose was to produce knowledge about midwives' know-how in mental health area and interventions they use as methods in order to promote mental health. Another purpose was to produce knowledge about factors that impact on midwives' work in the area of mental health promotion.

Databases that were searched were CINAHL Plus with full text (EBSCO), Cochrane Library, Joanna Briggs Institute EBP Database, Medic, ProQuest and PubMed. The search was counterpointed with Google Scholar and Google search engines. 696 articles were found and 18 of them were selected in the review. The data was analysed by way of thematic analysis.

The results showed that midwives' know-how in mental health was formed from knowledge, skills and attitude. Mental health promotion in midwives' everyday work was made up of assessment, decision making, nursing and referral. Midwives were putting midwife-led interventions into practise. The goal of the interventions was to prevent mental disorders and support or treat mothers' mental health. The factors that affected on midwives' work in the area of mental health promotion were knowledge, skills and education. Equally organizational factors like access to services, the presence of guidelines, the continuity of care and time and human resources had an influence.

Results of the thesis can be utilized when regenerating midwifery and midwives' know-how in the area of mental health promotion. The treatment of perinatal mental disorders should be improved by building up clearly defined guidelines and care pathways to support midwives' work. Both pre and post registration education in perinatal mental health for midwives should be improved.

Keywords/tags (subjects)

Integrative literature review, midwives, mental health, mental health promotion, perinatal period, pregnancy, puerperal period

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Perinataaliaikainen mielenterveys	4
2.1	Mielenterveys ja sen edistäminen	5
2.2	Perinataaliaikaiset muutokset äidissä	6
2.3	Mielenterveyshäiriöt perinataaliaikana	7
2.4	Äidin mielenterveyden vaikutus lapseen	11
3	Perinataaliaikainen terveydenhuolto	13
3.1	Suomalainen äitiyshuoltojärjestelmä	13
3.2	Kätilön toimenkuva	14
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	15
5	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus ja sen toteuttaminen	16
5.1	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä	16
5.2	Tutkimusongelman asettaminen	17
5.3	Aineiston hankinta	18
5.4	Aineiston arviointi	22
5.5	Aineiston analyysi	22
5.6	Tulkinta ja tulosten esittäminen	24
6	Tulokset	25
6.1	Kätilöiden mielenterveysosaaminen	25
6.2	Mielenterveyden edistäminen osana kätilön perustyötä	28
6.3	Mielenterveyttä edistävät kätilötyön interventiot	35
6.4	Mielenterveyden edistämiseen vaikuttavat tekijät	43
7	Pohdinta	44
7.1	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys	44
7.2	Tulosten tarkastelu	46
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	50
	Lähteet	52
	Liitteet	59
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen lähteet	59
	Liite 2. Aineistohaussa käytetyt hakulausekkeet	61
	Liite 3. Kirjallisuuskatsauksen artikkelit	62
	Liite 4. Tutkimusaineiston laadunarviointi	65

Kuviot

Kuvio 1. Aineistohaussa käytetyt hakusanat	18
Kuvio 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	19
Kuvio 3. Kirjallisuuskatsauksen aineistohakuprosessi mukailleen PRISMA 2020 Flow Diagramia	20
Kuvio 4. Kätilöiden mielenterveysosaamisen osa-alueet	25
Kuvio 5. Mielenterveyden edistäminen hoitotyön prosessina	29

1 Johdanto

Mielenterveys on merkittävä asia maailmanlaajuisessa mittakaavassa. Esimerkiksi WHO on asettanut mielenterveyden ja hyvinvoinnin tukemisen yhdeksi kestävästä kehityksen tavoitteistaan (Sustainable Development Goals... n.d.). Myös perinataalijan eli raskaus- ja lapsivuodeajan mielenterveys on noussut yhä vahvemmin esille. Esimerkiksi Englannissa NICE (National Institute for Health and Care Excellence) on julkaissut kansallisen laatustandardin (ks. Antenatal and postnatal... 2016) ja suositukset (ks. Antenatal and postnatal... 2020) perinataaliaikaisista mielenterveyspalveluista. Myös Australiassa on julkaistu vastaavat suositukset (Mental Health Care... 2017). Suomessa ei vielä vastaavia ohjeistuksia tai hoitokäytäntöjä ole (Taka-Eilola 2020).

Arviolta 10–20 % äideistä kärsii joko raskaudenaikaisista ja/tai synnytyksen jälkeisistä mielenterveyden häiriöistä ja niiden aiheuttamat itsemurhat ovat yleisimpiä perinataaliaikaisia kuolinsyitä. Häiriöitä on mahdollista hoitaa hyvin tuloksin, mutta usein ne jäävät tunnistamatta ja hoitamatta aiheuttaen äideille ja perheille turhaa kärsimystä. Nopea ja tehokas häiriöiden hoitaminen vähentäisi sekä inhimillisiä että taloudellisia kustannuksia. Esimerkiksi Britanniassa on arvioitu, että mielenterveyshäiriöiden aiheuttamat kulut ovat yli 11 000 euroa yhtä synnytystä kohden ja kuluista 28 % kohdistuu äiteihin ja 72 % lapseen. Perinataaliaikaisten mielenterveyshäiriöiden aiheuttamat julkisen sektorin kulut ovat viisinkertaiset verrattuna kuluihin, joilla hoidon taso nostettaisiin kansallisten suositusten mukaiselle tasolle. (Bauer, Parsonage, Knapp, Lemmi & Adelaja 2014, 3–6.) Näin ollen perinataaliaikaisen mielenterveyden hoitoa tulisi taloudellistenkin kustannusten näkökulmasta tehostaa, sillä hoidon laatua parantamalla voitaisiin saavuttaa merkittäviä säästöjä pitkällä aikavälillä – inhimillisen kärsimyksen vähenemisestä puhumattakaan.

Perinataalivaihe on naisen elämässä aikaa, joka pitää sisällään merkittäviä fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia (Garcia & Yim 2017, 1) ja muutosten keskellä nainen tarvitsee tukea. Perinataaliaikaisista mielenterveyden häiriöistä on monenlaista haittaa niin äidille kuin lapsellekin ja vastavuoroisesti hyvä mielenterveys toimii pohjana hyvälle raskaudelle, synnytykselle, lapsivuodeajalle, varhaiselle vuorovaikutukselle sekä sikiön ja syntyneen lapsen kehitykselle. Raskaana olevan ja synnyttäneen äidin mielenterveyden huomioiminen onkin olennainen osa kättilön työtä. Kättilön tehtävä on suunnitella, tarjota ja arvioida nykyaikaisten standardien ja käytäntöjen mukaista hoitoa, tukea ja neuvontaa äideille ja vauvoille raskauden ja synnytyksen aikana sekä sen jälkeen (De-

finitions of major... 2008, 2222). Riskiperheiden tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja häiriöiden ennaltaehkäisy on tärkeää (Stein, Pearson, Goodman, Rapa, Rahman, McCallum, Howard & Pariante 2014, 1800, 1815) ja kättilöllä tuleekin olla käytössään keinoja näihin toimiin.

Englannissa on asetettu tavoitteeksi, että vuosina 2020–2021 perinataaliajan mielenterveyspalvelut olisivat kaikkien saatavilla (Implementing the five... 2016) ja jokaisessa synnytysyksikössä työskentelisi koulutuksen saanut, mielenterveyteen erikoistunut kättilö. Mielenterveyden hoito ei kuitenkaan ole tämän yhden kättilön vastuulla, vaan kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tulee olla kiinnostuneita potilaan mielenterveydestä ja heillä tulee olla tarvittavat tiedot ja taidot vähintäänkin häiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen. (Caring for Women... 2015, 3.) Joka ikisen kättilön tehtäviin kuuluukin lisätä perheiden tietoisuutta psyykkisestä hyvinvoinnista, pyrkiä vähentämään stigmatisoitumista ja syrjintää, vahvistaa ja tukea emotionaalista hyvinvointia, arvioida äitien mielentilaa ja tunnistaa mielenterveyshäiriöiden riskitekijät, varmistaa asianmukaiseen hoitoon pääsy ja tukea äitien ohella myös muita perheenjäseniä (Specialist Mental Health... 2014, 5).

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata kättilöiden mielenterveysosaamista ja sitä, millaisia keinoja ja menetelmiä aikaisemman tutkimustiedon perusteella kättilöillä on edistää äitien mielenterveyttä aikana. Lisäksi pyritään kuvaamaan millaiset tekijät vaikuttavat kättilöiden työhön mielenterveyden edistämisen osalta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kättilöiden mielenterveysosaamisen, kättilötyön ja raskaana olevien sekä synnyttäneiden naisten hoidon kehittämisessä.

2 Perinataaliaikainen mielenterveys

Perinataaliaika käsitteenä voidaan ymmärtää eri tavoin. Lääketieteessä perinataaliaika on määritetty ajanjaksoksi, joka alkaa 20.–28. raskausviikolta ja päättyy 1–4 viikkoa synnytyksen jälkeen (Shiel n.d). Perinataaliaika voidaan määritellä myös kattamaan aikaa raskauden alusta lähtien aina ensimmäisen synnytyksen jälkeisen vuoden loppuun (Garcia & Yim 2017, 1). Tässä opinnäytetyössä perinataaliajalla tarkoitetaan jälkimmäisen määritelmän mukaista ajanjaksoa.

2.1 Mielensterveys ja sen edistäminen

WHO määrittelee terveyden olevan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei pelkästään sairauden tai vaivan puute. Mielensterveys on yksi terveyden osa-alue ja se määrytyy erilaisten sosioekonomisten, biologisten ja ympäristöön liittyvien tekijöiden kautta. Mielensterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö tunnistaa omat kykynsä, selviytyy normaalista elämänkuormituksesta ja kykenee työskentelemään sekä panostamaan omaan yhteisöönsä. Mielensterveys on kykyä ajatella, tuntea, olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa, ansaita elanto ja nauttia elämästä. (Mental health: strengthening... 2018.) Mielensterveys näyttelee merkittävää osaa ihmisen elämässä ja myös vaikuttaa koko elämään - terveyteen, hyvinvointiin, ihmisuhteisiin, opiskeluun ja työhön. Mielensterveys on pääomaa, johon kannattaa sijoittaa, sillä se tuottaa niin henkistä kuin aineellistakin hyvinvointia. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 18.) Näin ollen mielensterveyden edistäminen, suojeleminen ja palauttaminen ovat elintärkeitä asioita niin yksilön, yhteisön kuin yhteiskunnankin tasolla (Mental health: strengthening... 2018).

Mielensterveyden edistäminen on voimavarojen vahvistamista. Voimavarojen avulla rakennetaan toimivaa arkea ja selvitään elämän kriiseistä. (Vorma ym. 2020, 18.) Mielensterveyden edistäminen voidaan jaotella preventioon ja promotioon, jotka ovat osittain päällekkäisiä ja toisiaan täydentäviä toimintamalleja. Preventio tarkoittaa mielensterveyshäiriöiden ehkäisyä ja se voidaan jaotella primaariseen, sekundaariseen ja tertiääriseen preventioon. Primaaritaso jaetaan koko väestöön kohdistuvaan eli yleiseen (universal prevention), mielensterveyshäiriöiden riskissä oleviin ryhmiin suunnattuun eli valikoituun (selective prevention) ja korkeassa riskissä oleviin yksilöihin kohdennettuun (indicated prevention) ehkäisyyn. Sekundaaritasolla pyritään vähentämään sairastuvuutta erilaisten interventioiden avulla. Tertiääritason tavoitteena on vähentää työkyvyttömyyttä, kuntouttaa ja estää uudelleen sairastumista. (Prevention and promotion... 2002, 9.)

Promootion tavoitteena on hyvä mielensterveys ja elämänlaatu ja se kohdistuu niin yksilöön kuin koko yhteisöön kuitenkin tarttuen erityisesti mielensterveyshäiriöiden riskissä oleviin. Pyrkimyksenä on lisätä yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointia vahvuuksia tukemalla, rakentaa sosiaaliset, fyysiset ja taloudelliset olot mielensterveyttä tukeviksi sekä vähentää syrjintää ja stigmaa. (Barry & Jenkins 2007, 2.) Promootio siis keskittyy tukemaan yksilön selviytymiskeinoja ja mielensterveyttä sen sijaan että keskittyisi haittoihin tai oireisiin (Prevention and promotion... 2002, 9).

2.2 Perinataaliaikaiset muutokset äidissä

Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika ovat erityisen merkityksellistä aikaa naisen elämässä. Ajanjaksoon kuuluu runsaasti sekä fyysisiä että psyykkisiä muutoksia, jotka vaativat äidiltä sopeutumista. Soma-Pillayn, Nelson-Piercyn, Tolppasen ja Mebazaan (2016) mukaan raskauden aikaisten anatomisten ja fysiologisten muutosten tarkoituksena on tukea sikiön kasvua ja kehitystä. Odottavan äidin sydämen, verenkierron ja munuaisten toiminta sekä kehossa olevan veden metabolia muuttuvat. Hapen tarve kasvaa muuttaen hengitystä. Raskaus vaikuttaa myös endokriinisen järjestelmän ja ruuansulatuselimistön toimintaan sekä tiettyjen ravintoaineiden metaboliaan. Lisäksi kehon asento voi muuttua ja lantion alueen nivelissä ja nivelsiteissä tapahtuu löystymistä ja liikkuvuuden lisääntymistä. (Soma-Pillay ym. 2016, 89–94.)

Sen lisäksi, että äidin tulee sopeutua raskauden aikaisiin fyysisiin ja hormonaalisiin muutoksiin, hän kohtaa myös emotionaalisia, psykologisia ja kognitiivisia muutoksia. Raskaus ja lapsen saaminen vaikuttavat äidin persoonaan, elämäntyyliin ja sosiaaliseen asemaan (Bjelica, Cetkovic, Trninic-Pjevic & Mladenovic-Segedi 2018, 102). Jo alkuraskaudessa äidit voivat kokea valtavan määrän erilaisia tunteita. Raskaudesta halutaan kertoa ja toisaalta se halutaan pitää omana salaisuutena. Raskaudesta iloitaan, mutta toisaalta se herättää huolta ja pelkoa. Aina ei uskalleta iloita tai sitten tunnetaan syyllisyyttä siitä, ettei iloa tunneta. Mielialat vaihtelevat ja tunnereaktiot saattavat olla aiempaa voimakkaampia. Puolison, omien vanhempien ja muiden läheisten merkitys voi kasvaa ja toisaalta taas esimerkiksi edesmenneen vanhemman poissaolon vuoksi koetaan ehkä uudenlaista surua. (Carin, Lundgren & Bergbom 2011.) Raskaus voi vaikuttaa myös äidin kehonkuvaan sekä seksuaaliseen käyttäytymiseen ja halukkuuteen, jotka voivat muuttaa muotoaan, lisääntyä, vähentyä tai vaihdella raskauden aikana (Sossah 2014). Raskauteen voi liittyä oman identiteetin menettämisen pelkoa, epävarmuutta, yksinäisyyttä sekä synnytyksen ja lapsen menettämisen pelkoa. Raskaus on kehityskriisi, johon voi liittyä taantumista, defenssimekanismien heikentymistä ja ongelmia oman naiseuden kohtaamisessa. Toisaalta raskaus on myös minuuden kasvun ja kehityksen aikaa, jolloin raskauden tuomat muutokset tulisi nähdä elämään kuuluvana osana. (Bjelica ym. 2018, 103–104.) Ajatuksia suunnataan tulevaisuuteen ja arvot ja näkemykset saattavat muuttua. Myös henkisten arvojen ja elämän tarkoituksen pohdinta kuuluvat raskauteen. (Carin ym. 2011.)

Äidiksi kasvaminen alkaa jo raskausaikana ja jatkuu synnytyksen jälkeen. Javadifar, Majlesi, Nikbakht, Nedjat ja Montazeri (2016) ovat tutkineet ensisynnyttäjien äitiyteen kasvua synnytyksen

jälkeen ja he kuvaavat sitä kolmen teeman kautta. Ensimmäinen teema rakentuu sisäisistä ristiriidoista, joissa äiti joutuu kohtaamaan omat ja muiden odotukset äitiydestä sekä oman valmistautumattomuutensa ja riittämättömyytensä tähän rooliin. Pelko lapsen terveydestä ja tulevaisuudesta ja huoli vauvaan kohdistuvien tunteiden riittämättömyydestä, saamattomuus ja kyvyttömyys hoitaa arkisia askareita sekä riippuvaisuus muilta saatavasta tuesta leimaavat tätä vaihetta. Ristiriitaisuutta lisää vielä harrastuksiin, parisuhteeseen ja muihin sosiaalisiin suhteisiin käytettävissä olevan ajan väheneminen. Toisessa, vastakkainasettelun ja vuorovaikutuksen teemassa keskiössä on äiti-vauva-suhteen kehittyminen alun fyysisiin tarpeisiin vastaamisesta kohti tunnesidettä. Äiti tutustuu vauvaansa tätä hoitaessaan sekä vastavuoroisen kommunikaation kautta. Vallitsevien olosuhteiden ja omien puutteiden hyväksyminen tukevat äidin roolin omaksumista. Kolmas teema on uuden roolin sisäistäminen. Pysyvä kiintymyssuhde rakentuu ja äiti ymmärtää rooliaan äitinä paremmin samalla, kun vauvasta tulee yhä tärkeämpi. Tunne omasta pystyvyydestä kasvaa, kun äiti kykenee täyttämään vauvan sekä omat ja perheensä tarpeet ja suoriutuu taas arjen askareista. Tyytyväisyys tilanteeseen lisääntyy oman voinnin kohentumisen, vauvaan kohdistuvien huolien vähenemisen ja vauvan temperamentin kehittymisen myötä. Teemaan liittyy myös tunne-elämän muutoksia; äiti kokee kasvavansa aikuiseksi, ymmärtää sosiaalisia rooleja paremmin ja osaa vastata niiden vaatimuksiin sekä haluaa rakentaa suhteita muihin äiteihin. Tämän lisäksi itsekeskeisyys vähenee ja vastuu, toivo, motivaatio, myötätunto sekä joustavuus lisääntyvät. Samalla parisuhde kehittyy ja palaa osin entiselleen myös perheen merkityksen kasvaessa. Lopputulemana äiti saavuttaa uudelleen kehittyneemmän sisäisen tasapainon. (Javadifar ym. 2016, 148–150.)

2.3 Mielenterveyshäiriöt perinataaliaikana

Mielenterveyshäiriöt kuuluvat yleisimpiin raskaus- ja lapsivuodeajan sairauksiin. Ne vaikuttavat sekä äitiin ja lapseen että koko perheeseen. (Howard, Molyneaux, Dennis, Rochat, Stein & Milgrom 2014, 1775.) Yleisimpiä häiriöitä ovat masennus, ahdistus ja PTSD eli post-traumaattinen stressihäiriö. Harvinaisempia häiriöitä ovat kaksisuuntainen mielialahäiriö, lapsivuodepsykoosi, erilaiset syömishäiriöt ja pakko-oireinen häiriö. (Meltzer-Brody, Howard, Bergink, Vigod, Jones, Munk-Olsen, Honikman & Milgrom 2018, 1.) Synnytyksen jälkeistä masennusta on tutkittu eniten, mutta muutoin perinataalivaiheen mielenterveyshäiriöiden epidemiologiasta tai interventioiden vaikuttavuudesta on vain vähän tutkimusta (Howard ym. 2014, 1775).

Perinataaliaikaisten mielenterveyshäiriöiden taustalla voi olla geneettiset tekijät, hormonaaliset muutokset tai psykososiaaliset tekijät, kuten aiemmin koettu trauma tai psyykkinen sairaus, hyväksikäyttö tai perheväkivalta, stressitekijät ja sosiaalisen tuen puute (Howard ym. 2014, 1778; Meltzer-Brody ym. 2018, 4). Myös äidin sairaus, raskauskomplikaatiot, ikä, päihteiden väärinkäyttö, maahanmuuttajatausta, sosioekonominen status ja persoonallisuuspiirteet voivat vaikuttaa häiriöiden syntyyn (Howard ym. 2014, 1778). Taustalta voi löytyä myös neuroimmunisia tekijöitä, vuorokausirytmien muutoksia ja unen puutetta, selviytymiskeinojen puutetta sekä heikko äidin ja vauvan välinen kiintymyssuhde (Meltzer-Brody ym. 2018, 4). Raskautta edeltävät ja raskauden aikaiset mielenterveyshäiriöt voivat ennustaa synnytyksen jälkeisiä mielenterveyshäiriöitä (Witt, Wisk, Cheng, Hampton, Creswell, Hagen, Spear, Maddox & DeLeire 2011, 307).

Edellä mainittujen riskitekijöiden tulisi ohjata ammattilaisia ehkäisemään, tunnistamaan ja hoitamaan ilmeneviä sairauksia (Howard ym. 2014, 1778). Arvioitaessa äidin mielenterveyden tilaa perinataaliaikana, tulee muistaa, että mikä tahansa häiriö voi ilmaantua raskaudesta huolimatta. Mielenterveyshäiriö on toisaalta voinut saada alkunsa jo ennen raskautta ja jatkuu läpi perinataaliajan. Raskaus ja imetys vaikuttavat hoidon suunnitteluun ja erityisesti raskaudenaikaista lääkitystä suunniteltaessa tulee yksilöllisesti punnita lääkityksen tarve ja riskit niin äidin kuin sikiön kannalta (mts. 1775).

Perinataaliajan vaikutus mielenterveyteen

Raskauteen liittyvät muutokset ja oireet voivat itsessään aiheuttaa mielenterveydellisiä haasteita. Odottavat äidit saattavat kokea terveytensä ja hyvinvointinsa heikkenevän raskausaikana. Fyysinen toimintakyky ja vireystila voivat laskea, kipuja voi ilmaantua, roolit saattavat rajoittua fyysisen terveydentilan vuoksi ja sosiaalinen toiminta vähentyä muihin saman ikäisiin verrattuna. Nukkumisongelmat ja masentunut mieliala voivat ilmaantuessaan vaikuttaa merkittävästi odottavan äidin hyvinvointiin. (Da Costa, Dritsa, Verreault, Balaa, Kudzman & Khalifé 2010, 252–253.) Esimerkiksi raskauspahoitvoinnin on todettu aiheuttavan eristäytymistä sosiaalisista suhteista, kyvyttömyyttä ja jaksamattomuutta huolehtia itsestään ja perheestään ja vaikeutta ylläpitää erilaisia sosiaalisia rooleja. Raskauspahoitvointiin voi liittyä myös masennusta, ahdistusta, syyllisyyttä, itsensä menettämisen tunteita, ajatuksia raskauden keskeyttämisestä, kuolemanpelkoa ja itsemurha-ajatuksia. (Dean, Bannigan & Marsden 2018, 114–115.)

Raskauskomplikaatiot voivat johtaa niin fyysisen kuin sosiaalisen toimintakyvyn alenemiseen (Da Costa ym. 2010, 253). Raskauden aikaisten ahdistuneisuushäiriöiden on todettu olevan yleisempiä äideillä, joiden raskaudessa on kohtalainen tai korkea riski jollekin äidin tai sikiön terveyttä uhkaavalle komplikaatiolle (Fairbrother, Young, Zhang, Janssen & Antony 2017, 317). Korkean riskin raskauksissa sairaalahoitoon joutuminen voi lisätä odottavan äidin kokemaa kuormitusta. Joutuessaan kohtaamaan uudet roolit sekä äitinä että potilaana ja näiden roolien osoittamat, keskenään ristiriitaiset vaatimukset, äidit voivat stressaantua ja ylikuormittua. Epävarmuus raskauden lopputuloksen suhteen mahdollisesti vielä lisää äidin stressikuormaa ja ahdistusta. (McCoyd, Munch & Curran 2018, 684.)

Myös itse synnytys voi vaikuttaa äidin mielenterveyteen. Hyväksi koettu hoito synnytyksen aikana ja positiivinen synnytyskokemus ovat yhteydessä parempaan psyykkiseen toimintakykyyn synnytyksen jälkeen (Michelsa, Kruskebe & Thompson 2013, 179). Synnytys voidaan kokea myös traumaattisena ja yli kymmenesosa naisista kokeekin synnytykseensä liittyvän uhkaa tai pelkoa. Toisaalta koettu uhka ei välttämättä johda negatiiviseen tunnekokemukseen. (Boorman, Devilly, Gamble, Creedy & Fenwick 2014, 260.) Synnytykseen puuttuminen lääketieteen keinoin voi lisätä äitien kokemaa stressiä (Dekel, Ein-Dor, Berman, Barsoumian, Agarwal & Pitman 2019, 822). Varsinkin ennalta suunnittelemattomat keisarileikkaukset näyttävät olevan yhteydessä synnytyksen jälkeisiin mielenterveyden häiriöihin ja erityisesti PTSD:hen (Boorman ym. 2014, 259; Dekel ym. 2019, 822) sekä synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Tonei 2019, 194). Toisaalta myös synnytyksen aikaisella äidin ja synnytystä hoitavan henkilökunnan välisellä vuorovaikutuksella on suuri merkitys. Traumaattisen synnytyskokemuksen taustalta voi löytyä vuorovaikutuksen ongelmia, kuten vihamielistä käyttäytymistä, epäkunnioitusta, huomiotta jättämistä, tuen puutetta ja hylätyksi tulemistä. (Simpson & Catling 2016, 204.) Synnytystrauma puolestaan voi aiheuttaa äidille negatiivisia tunteita kuten vihaa ja surua, takaumia ja painajaisia, ongelmia vauvaan kiintymisessä, parisuhteessa ja perhe-elämässä sekä synnytyspelkoa ja jopa itsemurha-ajatuksia (Fenech & Thomson 2014, 187–191).

Synnytyksen jälkeen jopa 80 %:lla äideistä ilmenee herkistymistä eli niin kutsuttua baby bluesia. Sen oireita ovat itkuisuus, ärtyisyys, mielialan vaihtelut, päänsärky ja mahdollisesti myös ruokahaluttomuus ja unettomuus. Voimakkainta oireilu on yleensä 3–5 päivää synnytyksen jälkeen. (Perheentupa 2018.) Normaalisti oireet väistyvät kahdessa viikossa (Meltzer-Brody 2011, 91). Baby

bluesia pidetään luonnollisena ilmiönä, mutta sen tiedetään myös altistavan synnytyksen jälkeiselle masennukselle (Perheentupa 2018).

Mielenterveyshäiriöiden vaikutus perinataaliaikaan

Sekä aiemmin olemassa olleilla että perinataaliaikana ilmaantuneilla mielenterveyshäiriöillä on merkittävä vaikutus niin raskauteen, synnytykseen kuin lapsivuodeaikaan. Esimerkiksi masennuksen on todettu vaikuttavan äidin mielentilaan, kykyyn nauttia raskaudesta ja äitiydestä sekä koko perheen toimintaan (Lewis, Galbally & Bailey 2012, 22). Äitien raskausaikana kokemaan masennukseen, ahdistukseen ja stressiin voi liittyä huonoa itsetuntoa, kokemuksia arvottomuudesta ja äidit saattavat ajatella, että raskaus oli virhe. Äitiyteen liittyvät negatiiviset tunteet suhteessa ympäristön asettamiin vaatimuksia ”hyvästä äitiydestä” saattavat aiheuttaa häpeää, mikä voi johtaa myös stigmatisoitumiseen. Raskauden mukanaan tuomat muutokset rooleissa ja identiteetissä, kehon ja mielen hallinnan menettäminen sekä vanhemmuuteen kasvu voidaan kokea vaikeina. Kielteisistä tunteista muodostuu helposti kierre, jossa äiti kokee olevansa yksin ilman tukea. Kuitenkin saadessaan tietoa, tukea ja hyväksyntää äiti voi palauttaa kontrollin, parantaa itsetuntoaan, kokea vähemmän paineita ja samalla oppia tuntemaan itsensä paremmin. (Staneva, Bogossian & Wittkowski 2015, 568, 570.)

Alhusenin, Ayesin ja DePriestin (2016) mukaan mielenterveyshäiriöt ovat vahvasti yhteydessä äidin kyvyttömyyteen noudattaa terveellisiä elämäntapoja raskausaikana. Masennusoireet näyttävät heikentävän lepoa, liikuntaa ja ravitsemuksen laatua sekä vähentävän raskauteen liittyvän tiedon hakemista ja terveydenhuollon palvelujen käyttöä. (Alhusen ym. 2016, 213.) Vakavat mielenterveyshäiriöt näyttävät olevan yhteydessä normaaliväestöä runsaampaan tupakointiin ja huumeiden käyttöön sekä ylipainoon (Frayne, Nguyen, Allen, Hauck, Liira & Vickery 2019, 894). Esimerkiksi masennuslääkitystä käyttävät äidit vaikuttavat tupakoivan ja käyttävän lääkkeitä muita äitejä enemmän (Lewis ym. 2012, 26). Äidin masennus- ja ahdistusoireet näyttäisivät häiritsevän myös äidin kognitiivisia prosesseja, mikä voi vaikuttaa päivittäisiin toimintoihin (Kataja 2018, 93).

Merkittävää on, että äideillä, joilla on todettu mielenterveyshäiriö jo ennen raskautta, näyttäisi olevan suurempi todennäköisyys raskauden aikaiseen verenvuotoon, uhkaavaan ennenaikaiseen synnytykseen ja ennenaikaiseen synnytykseen (Kang-Yi, Kornfield, Epperson & Mandell 2018, 303).

Vakavilla mielenterveyden häiriöillä on edellä mainittujen riskien lisäksi yhteys korkeaan raskauden aikaiseen verenpaineeseen ja pre-eklampsiaan, raskausajan diabetekseen ja virtsatieinfektioihin (Frayne ym. 2019, 893). Vakaviin mielenterveyshäiriöihin liittyy usein myös monihäiriöisyys, eli ne ovat yhteydessä myös muihin raskauden kannalta haitallisiin tiloihin, kuten anemiaan, infektioihin, diabetekseen, kilpirauhasen toimintahäiriöihin ja epilepsiaan. Edellä mainitut riskitekijät voivat lisätä raskauteen ja synnytykseen liittyviä komplikaatiota, mutta mielenterveyshäiriö yksinäänkin on riskitekijä. (Heun-Johnson, Seabury, Menchine, Claudius, Axeen & Lakshmanan 2019, 741.)

Thorntonin, Guendelmanin ja Hosangin (2010) mukaan äidit, joilla on jokin diagnosoitu mielenterveyshäiriö, ovat suuremmassa riskissä saada jokin obstetrinen komplikaatio synnytyksen yhteydessä. Riskit näyttäisivät kuitenkin pienenevän, mikäli äiti on hoitosuhteessa mielenterveyshäiriönsä vuoksi. (Thornton ym. 2010, 259.) Spontaani alatiesynnytys on epätodennäköisempi vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivillä äideillä kuin muilla synnyttäjillä (Frayne ym. 2019, 893) ja esimerkiksi sikiön virheasennot näyttävät olevan heidän kohdallaan yleisempiä kuin muilla (Heun-Johnson ym. 2019, 741). Näyttäisi siltä, että synnytykseen liittyvä ahdistus on yhteydessä pidempään synnytyksen kestoon, kun taas yleisellä ahdistuneisuudella tätä vaikutusta ei kuitenkaan näyttäisi olevan (Reck, Zimmer, Dubber, Zipser, Schlehe & Gawlik 2013, 366).

2.4 Äidin mielenterveyden vaikutus lapseen

Äidin ja vauvan välinen suhde alkaa muotoutumaan jo raskauden alkupuoliskolla. Vaikka ilmiötä ei vielä tunneta hyvin, tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että äidin ja sikiön välillä on kaksisuuntainen suhde. Äidin mielentilat välittyvät sikiöön todennäköisesti hermoston ja/tai hormonien välityksellä ja sikiö reagoi muutoksiin sydämen sykkeen vaihtelulla ja motorisella aktiivisuudella. Myös äidin on todettu reagoivan sikiön toimintaan. Sikiöaika luo siis perustan äidin ja lapsen väliselle vuorovaikutukselle ja äidin ja sikiön tiivis suhde raskausaikana näyttäisi tukevan hyvää vuorovaikutusta myös lapsen syntymän jälkeen. (DiPietro 2010.) Toisaalta sikiö on koko raskausajan alttiina äidin psyykkisille häiriöille (Stein ym. 2014; Van den Bergh, van den Heuvel, Lahti, Braeken, de Rooij, Entringer, Hoyer, Roseboom, Räikkönen, King & Schwab 2017).

Äidin mielenterveys on merkittävässä asemassa kehittyvän lapsen kannalta myös synnytyksen jälkeen (Hoffman, Dunn, & Njoroge 2017, 4–5). Lapsen syntymän jälkeen vanhemman tehtävänä on vastata lapsen fyysisiin tarpeisiin sekä olla psyykkisen ja sosiaalisen kasvun tukena. Tätä tehtävää

suorittaessaan vanhempi rakentaa itsensä ja lapsen välille kiintymyssuhdetta, joka voi olla turvallinen tai turvaton. (Sinkkonen & Kalland 2016.) Äidin mielenterveyden häiriöt näyttäisivät vaikuttavan haitallisesti äidin ja lapsen väliseen kiintymyssuhteeseen (Stein ym. 2014, 1807), huonontavan äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta ja horjuttavan vastasyntyneen normaalia kehitystä (Hoffman ym. 2017, 4). Lisäksi äidin masennus, ahdistus ja stressi ovat yhteydessä muun muassa imeytysongelmiin (Mahmoodi, Dolatian, Jalal & Mirabzadeh 2018, 43).

Äidin perinataaliaikaisten mielenterveyshäiriöiden vaikutuksesta lapsen psykologisiin ja kehitykseen liittyviin häiriöihin on vahvaa näyttöä. Raskauden aikana ilmenevät riskit liittyvät ennenaikaiseen syntymään ja alhaiseen syntymäpainoon. Syntymän jälkeen vaikutukset voivat ilmetä lapsen tunne-elämän häiriöinä ja käytöshäiriöinä. Äidin mielenterveyshäiriöt voivat vaikuttaa lapsen sosiaalisten ja kognitiivisten taitojen oppimiseen sekä fyysiseen kasvuun ja motoristen taitojen kehittymiseen. (Stein ym. 2014, 1800, 1804–1808; Van den Bergh ym. 2017). Äidin mielenterveyshäiriöillä näyttää olevan yhteys myös lapsen mielenterveyshäiriöihin, kuten masennukseen, ahdistukseen, mielialahäiriöihin, käytöshäiriöihin, syömishäiriöihin, autismin kirjon häiriöihin, keskittymishäiriöihin, skitsofreniaan, psykoosiin ja itsemurhariskiin (Van den Bergh ym. 2017). Häiriöt voivat näyttäytyä sikiöajasta aina varhaiseen aikuisuuteen saakka. (Stein ym. 2014, 1800; Van den Bergh ym. 2017). Tästä voidaankin päätellä, että äidin perinataaliaikaisten mielenterveyshäiriöiden vaikutukset lapseen ovat kauaskantoisia ja voivat ilmetä monin eri tavoin.

Äidin mielenterveyshäiriöiden vaikutukset lapseen voivat syntyä erilaisten tekijöiden, kuten geneettisten tekijöiden, epigeneettisen periytymisen ja ympäristön vaikutusten sekä mielenterveyshäiriöiden ajoittumisen ja keston kautta. Myös sikiöaikaisella ohjelmoitumisella ja äitiyteen ohjelmoitumisella voi olla vaikutuksensa. (Stein ym. 2014, 1811–1812.) Esimerkiksi äidin raskausaikana kokeman stressin, ahdistuksen ja masennuksen aiheuttamat hormonaaliset muutokset saattavat vaikuttaa haitallisesti sikiöön ja sikiönkin voidaan ajatella stressaantuvan (Bjelica ym. 2018, 104–105). Toisaalta saattaa olla, että äidin voimakkaat psykofyysiset reaktiot toimivat positiivisena ärsyksenä sikiön hermoston kehitykselle (DiPietro 2010, 35) ja sikiöaikana koettu stressi voi helpottaa stressiin sopeutumista myöhemmällä iällä (Van den Bergh ym. 2017). Ei siis voida varmuudella sanoa, milloin äidin kokema stressi on sikiölle haitallista.

Steinin ja muiden (2014) mukaan äidin mielenterveyshäiriöiden vaikutukset lapseen ovat yleensä lieviä tai keskivaikeita ja ne voivat olla myös vältettävissä. On kuitenkin tekijöitä, joiden myötävaikutuksesta lapseen kohdistuvat riskit kasvavat. Mielenterveyshäiriön vakavuus, vanhemman heikko sosioekonominen asema, sosiaalisen tuen puute ja vanhempien väliset ongelmat voivat lisätä lapsen riskiä altistua vanhemman mielenterveyden häiriöille. Näiden riskitekijöiden yhdistyessä äidin mielenterveyshäiriöön haitat mahdollisesti ilmenevät voimakkaampina. Perinataaliaikaiset häiriöt voivat huonontaa vanhemmuuden laatua, mikä lienee merkittävin lapseen vaikuttava tekijä. Huomattavaa on, että raskauden aikaiset mielenterveyshäiriöt usein jatkuvat synnytyksen jälkeen, ja tästä johtuen ei pystytä sanomaan ovatko lapsen kehityksen ongelmat seurausta sikiöaikaisesta altistuksesta vaiko häiriöiden jatkumisesta syntymän jälkeen. (Stein ym. 2014, 1800, 1812, 1815.) Äidin mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen ovatkin olennaisia tekijöitä lapsen optimaalisen kehityksen turvaamiseksi (Hoffman ym. 2017, 5).

3 Perinataaliaikainen terveydenhuolto

3.1 Suomalainen äitiyshuoltojärjestelmä

Suomalaisessa äitiyshuoltojärjestelmässä säännöllisen raskauden seurannasta vastaavat äitiysneuvolan terveydenhoitaja (tai kättilö-terveydenhoitaja) ja lääkäri yhteistyössä. Terveydenhoitajan vastaanotolla odottaja käy 8–15 kertaa ja neuvoläläkärille suositellaan kahta käyntiä, yhtä alku- ja toista loppuraskaudessa. 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä neuvolassa suoritetaan äidin jälkikarkastus. (Tiitinen 2019.) Neuvolan tehtävä on informoida ja ohjata äitiä raskauteen, synnytykseen ja vastasyntyneen hoitoon liittyvissä asioissa. Neuvolassa tulee huomioida perheen elämäntilanne ja hyvinvointi sekä tulevan vauvan aiheuttamat muutokset niin perheen voimavaroissa kuin perheenjäsenten välisissä suhteissa. Neuvolassa pyritään havaitsemaan psykososiaalisen tuen tarve ja tarjotaan sitä tarpeen mukaan. Lisäksi neuvolan tehtävänä on tunnistaa riskitekijät, jotka uhkaavat äidin tai sikiön terveyttä. Tilanteen vaativuudesta riippuen nämä ongelmat voidaan hoitaa neuvolassa tai lähettää odottava äiti erikoissairaanhoidon. (Uotila 2018b.)

Odottava äiti tulisi lähettää äitiysneuvolasta äitiyspoliklinikalle jo raskauden alussa, mikäli äidillä on todettu jokin merkittävä psyykinen sairaus. Tällöin tarvitaan tiivistä yhteistyötä psykiatrin, neuvolan ja äitiyspoliklinikan kesken. Äitiyspoliklinikkakäynnit nähdään tarpeellisina, vaikka itse

raskauden tilassa ei olisikaan ongelmia. Myös odottavan äidin päihteidenkäyttö on syy äitiyspoliklinikalle lähettämiseen, sillä se voi lisätä hoitomotivaatiota ja tehostaa ongelman hoitoa. Lisäksi erikoissairaanhoidossa tulee valmistautua mahdollisiin päihteiden käytöstä johtuviin synnytyksen ja lapsivuodeajan ongelmiin. Äidit, jotka kokevat voimakasta pelkoa tai ahdistusta synnytystä kohtaan pitäisi lähettää äitiyspoliklinikalle viimeistään 28. raskausviikolla. (Uotila 2018a.)

3.2 Kätilön toimenkuva

Kansainvälinen kätilöliitto (International Confederation of Midwives, ICM) määrittelee kätilön henkilöksi, joka on läpäissyt ICM-standardien mukaisen ja sijaintimaassaan tunnustetun kätilökoulutuksen ja on rekisteröity tai lisensoitu kätilön ammatin harjoittamiseen. Kätilön toimenkuvaan kuuluu raskaana olevan, synnyttävän ja lapsivuoteisen äidin ja vastasyntyneen hoito. Hoitoon kuuluu ennaltaehkäisevä tutkiminen ja arviointi, säännöllisen synnytyksen hoito, ongelmien havaitseminen, lääketieteellisen tai muun asianmukaisen avun saannin turvaaminen ja tarvittaessa hätätoimenpiteiden suorittaminen. Kätilöllä on myös tärkeä rooli naisen terveyttä, lisääntymis- ja seksuaaliterveyttä, raskautta, vanhemmuutta ja lastenhoitoa koskevassa terveysneuvonnassa ja koulutuksessa. (International Definition of... 2017.) Kätilön työ on vastuullista, itsenäistä, asiakaslähtöistä, laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoitotyötä eri ikäisten naisten ja heidän perheidensä parissa. Kätilö on seksuaali- ja lisääntymisterveyden itsenäinen asiantuntija, jonka tehtävänä on edistää ja tukea asiakkaidensa terveyttä ja hyvinvointia. Kätilön työn perustana on vahva teoria, näyttöön perustuva tutkimus ja eettisesti kestävä toiminta. (Mettälä, Äimälä, Kondelin, Haapio & Yli-Koivisto 2019, 59–60.) Suomen kätilöliitto on määritellyt kätilötyön keskeisiksi periaatteiksi itsemääräämisoikeuden, tasa-arvon, yksilöllisyyden, terveyskeskeisyyden, vastuullisuuden, turvallisuuden, jatkuvuuden, perhekeskeisyyden ja omatoimisuuden periaatteet (Sirviö, Aumo, Korkiamäki, Lunabba, Nurminen, Närvä, Pajukangas & Palmqvist 2004).

Suomalaisessa äitiyshuollossa odottava äiti ja perhe tapaavat kätilöä tämän suorittamissa, odottajille vapaaehtoisissa, raskaudenajan sikiöseulonnoissa, joita ovat varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus raskausviikolla 10+0–13+6 ja ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi raskausviikolla 18+0–21+6 tai raskausviikon 24+0 jälkeen. (Sikiöseulonnat n.d.)

Yleensä äitiyspoliklinikan lääkärille lähetetty odottaja tapaa vastaanotolla myös kätilön ja kätilöt pitävät myös itsenäisiä vastaanottoja esimerkiksi synnytyspelkoon liittyen. Raskaana oleva äiti voi joutua sairaalahoitoon raskauskomplikaatioiden vuoksi ja silloin hän on kätilön hoidossa. Kätilöt

hoitavat säännöllisen synnytyksen itsenäisesti ja komplisoituneen synnytyksen työparina yhdessä lääkärin kanssa. Lapsivuodeajan hoidosta ja ohjauksesta sairaalassa vastaavat myös kätilöt. Sairaalaan kotiutumisen jälkeen kätilö on mahdollista kohdata vielä synnytyskeskustelun merkeissä tai esimerkiksi imetyspoliklinikalla. Perusterveydenhuollossa kätilöitä työskentelee laaja-alaisesti erilaisissa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevilla tehtävillä. Lisäksi kätilöitä työskentelee myös yksityissektorilla niin yrittäjinä tarjoten ohjaukseen, neuvontaan ja tukeen liittyviä palveluita kuin palkansaajina esimerkiksi lapsettomuushoitoja tarjoavissa yrityksissä. (Mettälä ym. 2019, 56–59.)

McNeillin, Lynnin ja Alderdicen (2012) mukaan kätilön rooli terveyden edistämässä perustuu seulonnan ja tarkkailuun, opetukseen ja tuen antamiseen kulttuurilliset tekijät, epätasa-arvoisuus ja haavoittuvat ryhmät huomioiden. Mielen terveyden tukemisen he nostavat yhdeksi merkittäväksi osa-alueeksi kätilön työssä. (McNeill ym. 2012.) Varhainen tunnistaminen ja asianmukainen ammattilaisten tarjoama hoito toimivat tehokkaasti ehkäisten ja vähentäen mielen terveyshäiriöitä ja niiden aiheuttamia haittoja. Kätilöillä onkin ainutkertainen mahdollisuus niin tunnistaa riskiperheet kuin varmistaa heidän saavan tarvitsemaansa hoitoa. (Specialist Mental Health... 2014, 4–5.) Tätä tukee erityisesti tutkimusnäyttö siitä, että äidit eivät tyypillisesti hae apua mielen terveyspalveluista perinataaliaikana, mutta osallistuvat kuitenkin normaaliin raskaus- ja lapsivuodeajan seurantaan (Schmied, Johnson, Naidoo, Austin, Matthey, Kemp, Mills, Maede & Yeo 2013, 176).

Kätilön käyttämiä työmenetelmiä kutsutaan kätilötyön menetelmiksi. Tässä opinnäytetyössä käytetään kuitenkin käsitettä ”hoitotyön menetelmä”, sillä mielen terveyden edistämisen menetelmät ovat kätilötyötä laajempia ja koskettavat myös muita hoitotyötä tekeviä ammattiryhmiä. Hoitotyön menetelmä eli interventio tarkoittaa kaikkea hoitajan potilaan hyväksi tekemää hoitoa, jonka perustana on hoitajan tietämys ja tämän tekemä kliininen arvio (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner 2018, 2).

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata kuinka kätilöt edistävät äitien mielen terveyttä raskaus- ja lapsivuodeaikana. Tarkoituksena on tuottaa tietoa kätilöiden mielen terveysosaamisesta, heidän käyttämistään hoitotyön menetelmistä, jotka toimivat äitien mielen terveyden edistämisen välineinä sekä mielen terveyttä edistävään kätilötyöhön

vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kättilöiden mielenterveysosaamisen, kättilöilyn ja raskaana olevien sekä synnyttäneiden naisten hoidon kehittämisessä.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat: ”Mistä tekijöistä kättilöiden mielenterveysosaaminen koostuu?”, ”Millaisilla hoitotyön menetelmillä kättilöt edistävät raskaana olevan ja synnyttäneen äidin mielenterveyttä osana perustyötään?”, ”Millaisilla kättilöjohtoisilla interventioilla perinataaliaikaista mielenterveyttä voidaan tukea?” ja ”Mitkä tekijät estävät ja edistävät kättilöitä toteuttamaan mielenterveyttä edistävää työtä?”.

5 Integratiivinen kirjallisuuskatsaus ja sen toteuttaminen

5.1 Integratiivinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata, kehittää, arvioida ja muodostaa kokonaiskuva valitusta kohdeilmistä sekä tunnistaa siihen liittyviä ongelmia ja ristiriitoja. Kirjallisuuskatsaukset jaetaan pääsääntöisesti kolmeen eri kategoriaan: 1) kuvailevat katsaukset, 2) systemaattiset katsaukset sekä 3) määrällinen meta-analyysi ja laadullinen metasynteesi. (Suhonen, Axelin & Stolt 2006, 7–8.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jaetaan usein narratiiviseen eli traditionaaliseen ja integratiiviseen/integroituun/integroivaan katsaukseen (Salminen 2011, 6; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2006, 107). Narratiivinen katsaus on kuvaileva tiivistelmä kiinnostuksen kohteena olevasta ilmiöstä, kun taas integratiivinen katsaus on tarkemmin suunniteltu ja jäsenneilty ja sillä on yhtymäkohtia systemaattiseen katsaukseen (Salminen 2011, 6).

Tässä opinnäytetyössä menetelmäksi valittiin integratiivinen kirjallisuuskatsaus, koska kiinnostuksen kohteena olevaan aihepiiriin haluttiin saada laaja ja kokonaisvaltainen näkemys. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus onkin hyvä menetelmä, kun halutaan tuottaa uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta ja kuvata ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti (Salminen 2011, 8). Menetelmän avulla aineistoa voidaan tarkastella, arvioida kriittisesti ja luoda siitä synteesiä (Torraco 2005, 356). Menetelmä edellyttää tekijältään systemaattisen katsauksen menetelmien hallintaa. Olennaista on työn suunnitelmallisuus ja huolellinen raportointi sekä valitun kirjallisuuden laadun arviointi. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2006, 114–115.)

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on laajin olemassa oleva katsaustyyppi ja sen etuna on mahdollisuus kuvata tutkittavaa ilmiötä usealta eri kannalta (Hopia, Latvala & Liimatainen 2016, 663). Se on ainoa katsaustyyppi, jossa voidaan yhdistää erilaisin menetelmin tuotettua tietoa, niin teoreettista kuin kokemusperäistäkin kirjallisuutta (Whittemore & Knafl 2005, 547). Kirjallisuushaut tulisikin tehdä niin sähköisistä tietokannoista kuin manuaalisesti ns. harmaata kirjallisuutta etsien (Hopia ym. 2016, 667). Harmaalla kirjallisuudella tarkoitetaan materiaaleja, joita ei ole kaupallisesti julkaistu tai arkistoitu suuriin tietokantoihin. Harmaan kirjallisuuden ongelmia ovat sen laadun vaihtelevuus ja löytämisen vaikeus. Etuja puolestaan ovat nopea ilmestyminen (voidaan esim. julkaista tutkimuksen eri vaiheissa) ja useimmiten maksuttomuus. Harmaa kirjallisuus on yleinen kanava julkaista ammatinharjoittajien innovaatioita ja se voi olla ainoa aiheeseen liittyvä tiedon lähde. Tiedon formaatit voivat myös vaihdella esimerkiksi videoista kokonaisuun tutkimusraportteihin. (Olson 2013, 1–2.) Aineiston vaihtelevuus lisää virheiden riskiä ja siksi integratiivinen katsaus tuleekin toteuttaa noudattaen tarkkoja ja systemaattisia menetelmiä (Whittemore & Knafl 2005, 547).

Kirjallisuuskatsauksia tehdessä katsaukseen valittava tarkempi ja tarkoitukseen sopiva metodi ohjaa prosessin eri vaiheita (Niela-Vilèn & Hamari 2016, 33). Hoitotyön alalla integratiivisissa kirjallisuuskatsauksissa käytetään nykyisin laajalti Whittemoren ja Knaflin (2005) metodologista lähestymistapaa (Hopia ym. 2016, 663), joka valittiin myös tämän opinnäytetyön metodiksi. Whittemore ja Knafl (2005) jakavat Cooperia (1998) mukaillen integratiivisen kirjallisuuskatsauksen viiteen vaiheeseen: tutkimusongelman asettaminen, aineiston hankinta, aineiston arviointi, aineiston analyysi sekä tulkinta ja tulosten esittäminen (Whittemore & Knafl 2005, 548–552).

5.2 Tutkimusongelman asettaminen

Tutkimustehtävä muodostetaan kirjallisuuskatsauksen tarkoitukseen ja tavoitteeseen perustuen ja sitä täsmennetään tutkimuskysymyksillä tai -ongelmilla (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2006, 111). Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset tulee määritellä selkeästi, sillä ne auttavat fokusoi- maan aineistoa ja luovat rajat katsausprosessille. Tarkat määritelmät helpottavat katsauksen tekemistä myöhemmissä vaiheissa ja erityisesti aineiston valinnassa, kun erotellaan asianmukaiset lähteet epäolennaisista. (Whittemore & Knafl 2005, 548.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen tavoite ”kuvata kuinka kätilöt edistävät äitien mielenterveyttä raskaus- ja lapsivuodeaikana” ja tarkoitus ”tuottaa tietoa kätilöiden käyttämistä äitien mielenterveyttä edistävästä hoitotyön menetelmistä” täydentyivät ja täsmentyivät tutkimuskysymysten avulla opinnäytetyönprosessin edetessä ja tutkijan tutustua laajemmin saatavilla olevaan aineistoon.

5.3 Aineiston hankinta

Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa aineistohaku tulee dokumentoida selkeästi ja kaikki päätökset tulee olla oikeutettuja ja avoimesti kuvattuja (Whittemore & Knafl 2005, 549). Ennen aineiston keruuta tulee määrittää asiasanat, niiden yhdistelmät sekä käytettävät tietokannat. Tiedonhaun tuloksista pidetään kirjaa aineiston keruun aikana. Löydettyjen julkaisujen sopivuus arvioidaan etukäteen määriteltyihin sisäänotto- ja poissulkukriteereihin sekä tutkimuskysymyseen perustuen. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2006, 111.) Hakutermit, käytetyt tietokannat, vaihtoehdot aineistohakumenetelmät sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit tulee olla kuvattuna katsauksen metodiosiossa (Whittemore & Knafl 2005, 549).

Tässä opinnäytetyössä kirjallisuushaut tehtiin seuraavista tietokannoista: CINAHL Plus with full text (EBSCO), Cochrane Library, Joanna Briggs Institute EBP Database, Medic, ProQuest ja PubMed. Aineistohauissa käytettiin hakusanoina ”kätilö”, ”mielenterveys” ja ”raskausaika” tai ”lapsivuodeaika” tai ”perinataaliaika” sekä näiden englanninkielisiä käännöksiä ja synonyymeja. Haut rajattiin 1.1.2011 – 11.2.2021 välillä julkaistuihin, suomen- tai englanninkielisiin artikkeleihin. Ennen lopullisia hakuja kaikkiin tietokantoihin suoritettiin koehakuja, joiden avulla määritettiin kattavimmat hakulausekkeet. Myös Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston informaation osaamista hyödynnettiin tässä vaiheessa. Kaikki käytetyt hakusanat on esitetty kuviossa 1. ja tietokantakohtaiset hakulausekkeet liitteessä 2.

Suomenkieliset hakusanat: kätilö, mielenterveys, raskaus, lapsivuode

Englanninkieliset hakusanat: midwife, mental hygiene, mental health, mental welfare, emotional health, emotional welfare, psychological health, psychological welfare, antenatal, gestation, gestational, maternal, maternity, perinatal, peripartum, postnatal, postpartum, pregnancy, pregnant, prenatal, prepartum, puerperal, puerperium

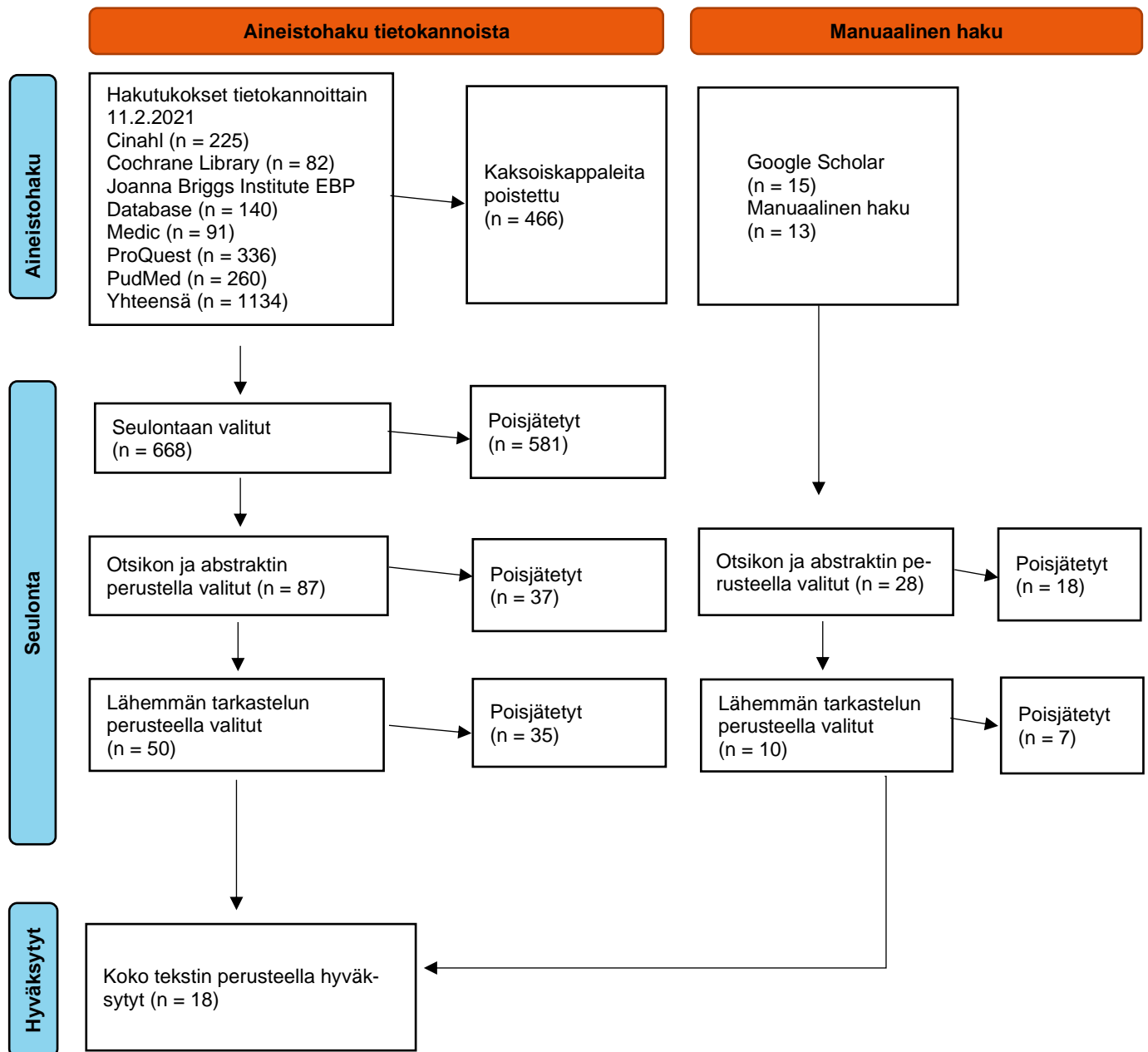
Kuvio 1. Aineistohaussa käytetyt hakusanat

Kirjallisuushaussa löytyi kaikkiaan 1138 artikkelia, joita kaksoiskappaleiden poiston jälkeen oli 668. Tietokantahaun lisäksi suoritettiin haku Google Scholar -hakupalvelun avulla, josta tuloksena tuli 15 uutta arvioitavaa artikkelia. Tämän lisäksi arviointiin valittiin 13 manuaalisen haun kautta löytynyttä uutta artikkelia. Aineiston valintaa ohjasivat tutkimuskysymykset sekä etukäteen määritellyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit (kuvio 2). Kriteereiden avulla katsaukseen valittavat artikkelit rajattiin koskemaan kätilöiden toteuttamia, äiteihin kohdistuvia ja heidän mielenterveyttään edistäviä/tukevia hoitotyön interventioita raskaus- ja/tai lapsivuodeajalla. Katsauksen ulkopuolelle jätettiin muiden ammattiryhmien kuin kätilöiden toteuttamat interventiot ja sellaiset interventiot, jotka vaativat pitkäaikaista ammatillista lisäkoulutusta (esim. psykoterapia). Myös pelkkää mielenterveyden arviointia ja arviointimenetelmiä koskevat tutkimukset rajattiin katsauksen ulkopuolelle. Päihdeongelmat ja synnytyspelko jätettiin myös katsauksen ulkopuolelle, koska katsauksessa haluttiin keskittyä mielenterveyteen yleisemmällä tasolla.

<p>Sisäänottokriteerit: Kokotekstiartikkeli Koskee kätilön työtä Koskee mielenterveyttä ja/tai hyvinvointia Koskee raskaus- ja/tai lapsivuodeaikaa Koskee hoitotyön menetelmiä Koskee äitejä</p>	<p>Poissulkukriteerit: Koskee lääketieteellisiä interventioita Koskee muita ammattiryhmiä kuin kätilöitä Koskee kätilöopiskelijoita Kohdistuu isiin Kohdistuu perheisiin Koskee synnytyspelkoa Koskee päihteitä Koskee arviointityökaluja tai -mittareita Kohdistuu ainoastaan mielenterveyden arviointiin</p>
---	--

Kuvio 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Löytyneet aineistot (n=696) käytiin ensin läpi otsikkotasolla hyödyntäen etukäteen määriteltyjä sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Ensimmäisen vaiheen läpäisseistä aineistoista luettiin tiivistelmät ja ne arvioitiin taas sisäänotto- ja poissulkukriteereiden mukaan. Tämän seulan läpäisseet 115 artikkelia otettiin mukaan lähempään tarkasteluun. Kokotekstitarkasteluun valittiin 60 artikkelia ja niistä katsaukseen valittiin 18 artikkelia. Koko aineistonhakuprosessi on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Kirjallisuuskatsauksen aineistohakuprosessi mukailen PRISMA 2020 Flow Diagramia (Page, McKenzie, Bossuyt, Boutron, Hoffmann, Mulrow, Shamseer, Tetzlaff, Akl, Brennan, Chou, Glanville, Grimshaw, Hróbjartsson, Lalu, Li, Loder, Mayo-Wilson, McDonald, McGuinness, Stewart, Thomas, Tricco, Welch, Whiting & Moher 2021, muokattu).

Tähän opinnäytetyöhön hyväksytyistä artikkeleista neljä oli kirjallisuuskatsauksia, joiden tarkoituksena oli tunnistaa interventioita, joilla kätilöt voivat tukea odottavien ja synnyttäneiden äitien mielenterveyttä ja hyvinvointia (Alderdice, McNeill & Lynn 2013), tutkia kätilöiden osaamista ja roolia perinataaliaikaisen mielenterveyden tukemisessa (Coates & Foureur 2019), syntetisoida alkuperäistutkimusta, joka koskee kätilön roolia perinataalisessa mielenterveyden hoidossa (Noonan,

Doody, Jomeen & Galvin 2017) sekä arvioida sairaanhoitajien ja kättilöiden tuottamien psykologisten interventioiden tehokkuutta perinataaliaikaisten masennusoireiden hoidossa (Wang, Pai, Tzeng, Yeh & Teng 2021).

Kvalitatiivisia tutkimuksia mukaan valikoitui kahdeksan. Kaksi tutkimusta käsitteli kättilöiden kokemuksia ja osaamista äitien mielenterveyden hoitamisesta raskausaikana (Fletcher, Murphy & Leahy-Warren 2021; Madden, Sliney, O'Friel, McMackin, O'Callaghan, Casey, Courtney, Fleming & Brady 2018.) Kaksi tutkimuksista keskittyi traumaattisen synnytyksen jälkeiseen hoitoon tarjolla olevien keskustelumahdollisuuksien (Thomson & Garrett 2019) ja uuden intervention implementoinnin näkökulmasta (Reed, Fenwick, Hauck, Gamble & Creedy 2014). Muut tutkimukset käsittelivät ohjaamista osana kättilön työtä (Fulford & Kornelsen 2018), matalan riskin odottajien mieltymyksiä heidän kättilöltä tarvitsemastaan psykososiaalisesta tuesta (Seefat-van Teeffelen, Nieuwenhuijze & Korstjens 2011), perinataaliaikaisen masennuksen hoitoon tarkoitetun hoitopaketin implementointia (Gillis, Holley, Leming-Lee & Parish 2019) sekä odottajan psyykkisistä ongelmista kertovan viestintämenetelmän implementointia (Olander, McKenzie-McHarg, Crockett & Ayers 2014).

Kvantitatiivisia tutkimuksia katsaukseen hyväksyttiin neljä. Ne käsittelivät kättilöiden toteuttamaa perinataaliaikaisen mielenterveyden kliinistä hoitoa ja pätevyyteen liittyviä tekijöitä (Carroll, Downes, Gill, Monahan, Nagle, Madden & Higgins 2018), imetysohjauksen vaikutusta imetysluottamukseen ja synnytyksen jälkeiseen mielenterveyteen (Chrzan-Dętkoś, Walczak-Kozłowska, Pietkiewicz & Żołnowska 2021), ylipainoisille odottajille kohdennetun elämäntapaintervention vaikutuksia raskauden aikaiseen painon nousuun ja koettuun ahdistukseen ja masennukseen (Bogaerts, Devlieger, Nuyts, Witters, Gyselaers & Van den Bergh 2013) sekä kättilön toteuttamaa puhelinvälitteistä interpersoonallista psykoterapiaa synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa (Posmontier, Neugebauer, Stuart, Chittams & Shaughnessy 2016).

Lisäksi katsaukseen valikoitui mukaan asiantuntijatekstit, joissa kuvattiin kättilön työhön liitettäviä strategioita, joilla voisi saavuttaa National Perinatal Depression Initiative:n mukaisia tavoitteita (Marnes & Hall 2013) ja perinataaliseen masennukseen tarkoitetun ja kättilöille suunnatun hoitomallin ja lyhyen psykologisen intervention (BIND-P) kehittämistä (Ransing, Kukreti, Raghuvier, Ma-

hadevaiah, Puri, Pemde, Karkal, Patil, Nirgude, Kataria, Sagvekar & Deshpande 2020). Kaikki katsaukseen valitut artikkelit on esitelty tarkemmin liitteessä 3, johon on taulukoituna tekijät, julkaisuvuosi, tutkimuksen tarkoitus, tutkimusmenetelmä, aineisto ja sen keruu sekä keskeiset tulokset.

5.4 Aineiston arviointi

Integratiiviseen katsaukseen valittavan kirjallisuuden laadun arviointi on monimutkaista aineiston monimuotoisuuden vuoksi (Whittemore & Knafl 2005, 549) eikä parhaasta tavasta arvioida valittavaa aineistoa ole olemassa yhtenäistä mielipidettä (Hopia ym. 2016, 668). Laadun arviointia ohjaa valitun kirjallisuuden tyyppi ja näin ollen arviointimenetelmät vaihtelevat sen mukaan millaista kirjallisuutta katsaukseen on valikoitunut. Laadunarvioinnin välineitä on myös mahdollista yhdistää. Laadun arvioinnin tuloksia voi käyttää sisäänotto- ja poissulkukriteereinä tai muuttujina aineiston analyysivaiheessa. (Whittemore & Knafl 2005, 549–550.) Arviointikriteerejä ja tarkastuslistoja tulee käyttää, kun se on mahdollista, mutta aina ne eivät sovellu integratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2006, 112).

Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineiston laadun arvioinnin tukena käytettiin Joanna Briggs Instituutin tarjoamia Critical Appraisal Tools -tarkistuskriteerejä. Kriteeristöjä on useita ja niitä on kehitetty niin erilaisten tutkimusartikkeleiden kuin muunkinlaisten julkaisujen luotettavuuden, relevanssin ja tulosten laadun arviointiin. (Critical Appraisal Tools n.d.) Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus on tehnyt kriteeristöistä suomenkieliset käännökset (Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI) n.d.), joita käytettiin katsaukseen valikoituneiden artikkeleiden laadun arvioinnin pohjana. Laadunarviointi tehtiin aineistojen tyyppien mukaan. Jotta artikkeli tulisi hyväksytyksi katsaukseen, sen tuli saada vähintään puolet asetetusta maksimipistemäärästä. Kaikki arvioidut aineistot todettiin laadukkaiksi, sillä ne saavuttivat 70–100 % maksimipisteistä, ja ne hyväksyttiin mukaan katsaukseen. Laadunarviointi on kuvattu yksityiskohtaisesti liitteessä 4.

5.5 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin tavoitteena on tutkimukseen valittujen aineistojen huolellinen ja puolueeton tulosten tulkinta ja synteesi. Integratiivisen katsauksen haasteena on tehdä analyysi ja synteesi vaihtelevasta aineistosta ja analyysivaihe onkin herkkä virheille. Aineiston analyysi tulee olla tark-

kaan suunniteltu ennen analyysiin ryhtymistä. (Whittemore & Knafl 2005, 548–550). Tässä opin- näytetyössä aineiston analyysimenetelmäksi valittiin temaattinen analyysi. Se on joustava mene- telmä, jonka avulla laadullisesta aineistosta etsitään teemoja eli tutkimuskysymykseen vastaavia ja aineiston sisältöä kuvaavia asiakokonaisuuksia. Analyysi voi edetä niin aineistolähtöisesti kuin teo- riaohjautuvastikin. (Maguire & Delahunt 2017, 3352–3354.) Braun ja Clarke (2006) ovat esittäneet temaattisen analyysin etenevän kuudessa vaiheessa; 1) aineistoon tutustuminen, 2) koodien muo- dostaminen, 3) teemojen etsiminen, 4) teemojen arviointi, 5) teemojen määrittäminen ja 6) kirjoit- taminen. Prosessi ei välttämättä etene lineaarisesti, vaan vaiheiden välillä on mahdollista liikkua. (Braun & Clarke 2006.)

Ennen analyysiin ryhtymistä tutkijan tulee tuntea aineistonsa läpikotaisin (Maguire & Delahunt 2017, 3355). Tässä opinnäytetyöprosessissa katsaukseen valitut artikkelit luettiin useaan kertaan ja niistä muodostettiin kokonaisnäkemys. Tämän näkemyksen pohjalta alkuperäistä tutkimuskysy- mystä ”Millaisilla hoitotyön menetelmillä kättilöt edistävät raskaana olevan ja synnyttäneen äidin mielenterveyttä?” tarkennettiin koskemaan kättilön perustyötä ja sen rinnalle johdettiin kolme uutta tutkimuskysymystä ”Mistä tekijöistä kättilöiden mielenterveysosaaminen koostuu?”, ”Millai- silla kättilöjohtoisilla interventioilla perinataaliaikaista mielenterveyttä voidaan tukea?” ja ”Mitkä tekijät estävät ja edistävät kättilöitä toteuttamasta mielenterveyttä edistävää työtä?”.

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineistot pelkistettiin eli niistä poimittiin oleelliset asiat ja koo- dattiin ne. Jokaisesta yksittäisestä lähteestä koottiin oma runko, johon lähteen sisältö yksinkertais- tettiin ja tiivistettiin ryhmän sisäiset samankaltaisuudet huomioiden. Näin järjesteltynä alkuperäis- lähteitä voitiin vertailla ryhmän ominaispiirteisiin, muuttujiin tai ongelmiin. (Whittemore & Knafl 2005, 550.) Työssä käytettiin avointa koodaamista eli koodit muotoutuivat koodausprosessin ai- kana sen sijaan, että ne olisi ennalta määritelty (Maguire & Delahunt 2017, 335).

Analyysin helpottamiseksi aineistot voidaan jakaa loogisiin ryhmiin näytön tyyppin tai muun ennalta suunnitellun jaottelun mukaan (Whittemore & Knafl 2005, 550). Tässä opinnäytetyössä aineistot jaettiin kahteen ryhmään sen mukaan, koskivatko ne yksittäisiä interventioita vai vastasivatko ne tutkimuskysymyksiin yleisemmällä tasolla. Analyysin toisessa vaiheessa yksittäisistä lähteistä kootut rungot yhdistettiin näihin aiemmin määrättyihin kahteen ryhmään ja alkuperäisaineistoja vertailtiin kriittisesti analysoiden etsien tyyppisiä teemoja ja suhteita (Whittemore & Knafl 2005,

551). Ensin pelkistetyt ilmaukset jaoteltiin tutkimuskysymysten mukaisiin isompiin teemoihin. Seuraavaksi samansisältöiset pelkistetyt ilmaukset yhdisteltiin alateemoiksi, joista edelleen johdettiin yläteemoja pääteemojen sisälle. Koska aineiston analyysia ohjasivat tutkimuskysymykset, analyysiin voidaan sanoa olevan teorialähtöinen (Maguire & Delahunt 2017, 3355). Yksittäisiä interventiota koskevat tutkimukset olivat sisällöllisesti niin vaihtelevia, että niitä ei haluttu lähteä vertailemaan keskenään. Sen sijaan päädyttiin kuvailemaan jokaisen intervention sisältö ja sitä koskevan tutkimuksen tulokset yksittäin.

Teemojen arviointivaiheessa pohdittiin vastaavatko teemojen alle kerätyt ilmaukset teemoja, vastaavatko teemat tutkimuskysymyksiin ja kuvaavatko teemat katsauksen aineistoa. Lisäksi pohdittiin, löytyykö aineistosta vielä uusia teemoja ja onko teemoja tarvetta yhdistää tai jakaa. (Maguire & Delahunt 2017, 3358.) Tämä pohdinta johti joidenkin teemojen yhdistämiseen, kun todettiin, että asiasisältö oli pilkottu liian pieniin osiin. Teemojen määrittämisen vaiheessa tutkailtiin teemojen sanomaa, ala- ja yläteemojen suhdetta pääteemoihin sekä pääteemojen suhdetta toisiinsa (Maguire & Delahunt 2017, 33511). Vielä kirjoitusprosessin aikana palattiin teemojen arvioinnin ja määrittämisen vaiheisiin ennen kuin katsauksen tulokset saivat lopullisen muotonsa.

5.6 Tulkinta ja tulosten esittäminen

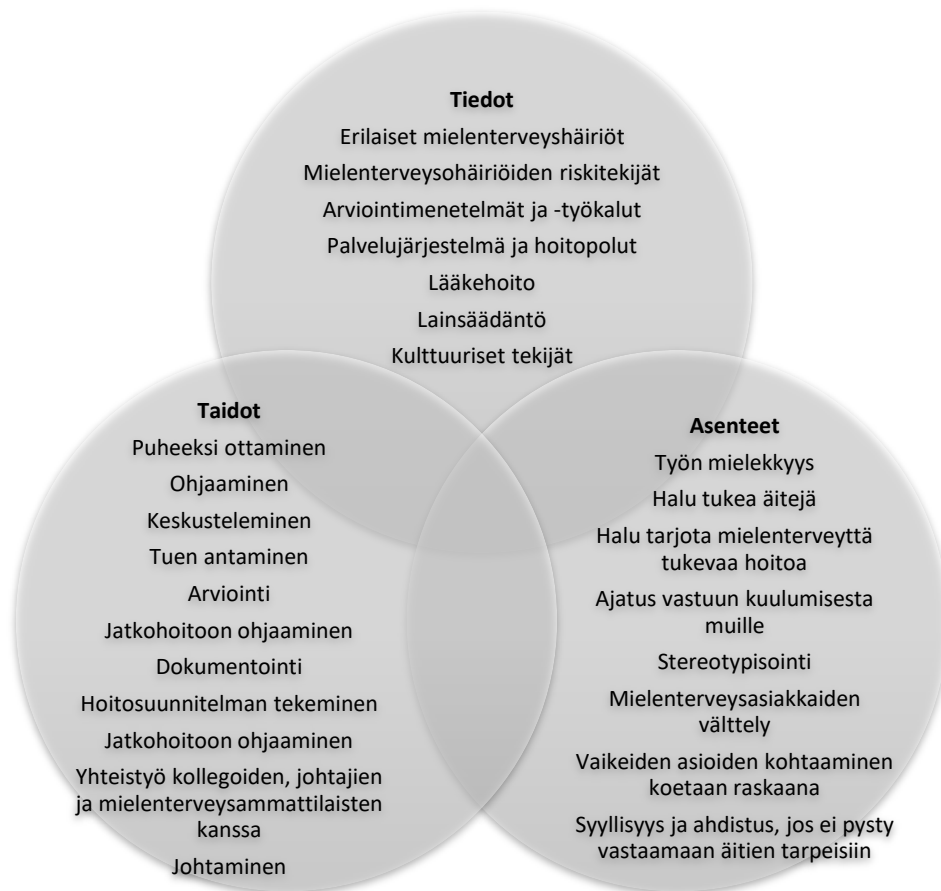
Huolellisen analyysin jälkeen saadut tulokset kirjoitettiin auki tekstiksi syntyneiden teemojen mukaan. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan esittää erilaisina taulukoina tai kuviona (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2006, 113; Whitemore & Knafel 2005, 551) ja myös tässä opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään kuvallista ilmaisua tulosten esittämisen tukena.

Analyysin viimeisessä vaiheessa tehtiin johtopäätökset ja varmistettiin niiden paikkansapitävyys palaamalla alkuperäisaineistoihin. Kuvaukset teemoista ja suhteista tiivistettiin ja eroavaisuudet ja yhteneväisyydet kuvattiin seikkaperäisesti. Lopuksi ryhmien sisäiset synteetit ja johtopäätökset kasattiin yhdeksi yhteenvedoksi, joka muodostaa kokonais käsityksen käsiteltävästä aiheesta. (Whitemore & Knafel 2005, 551.) Tutkimuksen aiheeseen pyrittiin luomaan myös uutta näkökulmaa ja tietoa kriittisen analyysin ja sen avulla muodostuneen synteetin kautta (Torraco 2005, 363).

6 Tulokset

6.1 Kätilöiden mielenterveysosaaminen

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan kätilöiden mielenterveysosaamisen kokonaisuus rakentuu kolmesta teemasta: tiedot, taidot ja asenteet (ks. kuvio 4). Jokainen teema pitää sisällään useita komponentteja, joiden hallinta ja osaaminen vaihtelevat suuresti kätilöiden keskuudessa.



Kuvio 4. Kätilöiden mielenterveysosaamisen osa-alueet

Tiedot

Fletcherin ja muiden (2021) tutkimuksen mukaan tietoisuus perinataalisesta mielenterveydestä on lisääntynyt kätilöiden keskuudessa. Tutkimustiedon lisääntyminen, itsemurhariskin olemassaolo ja mielenterveyshäiriöiden vakavat vaikutukset äiteihin ja vauvoihin ovat lisänneet kätilöiden tietoisuutta siitä, kuinka tärkeää äitien kanssa on keskustella mielenterveydestä. (Fletcher ym. 2021,

1407.) Kaikki kätilöt eivät kuitenkaan ole saaneet koulutusta mielenterveydestä ja sen hoitamisesta. Esimerkiksi Irlannissa tehdyssä tutkimuksessa arvioitiin, että kolmannes kätilöistä ei ole saanut koulutusta mielenterveydestä. Saatu koulutus kuului pääosin osaksi kätilö-/sairaanhoitajaopintoja ja vain viidennes kätilöistä kertoi saaneensa koulutusta työssä ollessaan. (Carroll ym. 2018, 32.)

Kätilöt kokevat, ettei heillä ole kokonaisuudessaan riittävästi tietoa perinataalisesta mielenterveydestä (Coates & Foureur 2019, 392). Kätilöillä on hyvä tietämys perinataalisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, mutta vähemmän tietoa vaikeista mielenterveyden häiriöistä, kuten persoonallisuushäiriöistä, pakko-oireisesta häiriöstä, itsensä vahingoittamisesta, itsemurhasta, syömishäiriöistä ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä (Carroll ym. 2018, 31, Noonan ym. 2017, 58). Mielenterveyshäiriöiden riskitekijöistä koetaan olevan riittävästi tietoa, kun taas lainsäädännöstä, arviointityökaluista sekä lääkkeiden käytöstä raskaus- ja imetyaikana tietoa koetaan olevan liian vähän (Carroll ym. 2018, 31). Myös mielenterveyshäiriöiden hoidon sekä erilaisten kulttuuristen näkökulmien tuntemisessa koetaan puutteita. Seurauksena tiedon puutteesta kätilöiden sitoutuminen ja itseluottamus tarjota mielenterveyden hoitoa vähenevät. (Noonan ym. 2017, 58.) Kätilöiden itseluottamuksessa hoitaa mielenterveyshäiriöitä onkin puutteita (Coates & Foureur 2019, 392) ja esimerkiksi Carrollin ja muiden (2018, 31) tutkimuksessa kätilöt arvioivat itseluottamuksensa olevan alle asteikon puolivälin.

Myös kätilöiden kokemia koulutustarpeita on nostettu esiin eri tutkimuksissa. Koulutusta toivotaan perinataalisesta mielenterveydestä kokonaisuudessaan (Carroll ym. 2018, 34; Fulford & Kornelsen 2018, 15). Noonan ja muut (2017) ovat koonneet katsaukseensa yksityiskohtaisempia koulutustarpeita. Aihepiirejä ovat vaikeat mielenterveyshäiriöt sekä mielenterveyshäiriöiden riskitekijät, yleisyys ja seuraukset, mielenterveyshäiriöiden sekä itsemurhariskin seulonta ja arviointi sekä mielenterveys eri kulttuureissa. Lisäksi toivotaan koulutusta ongelmanratkaisuun, kommunikointitaitoihin, ohjaamiseen, hoitoon, jatkohoitoon ohjaamiseen, mielenterveyttä tukeviin interventioihin ja erityishoidon järjestämiseen liittyen. Myös lääkehoitoon ja yhteiskunnallisiin resursseihin liittyvistä asioista halutaan koulutusta, samoin kuin stressin ja vihan käsittelystä, rajojen asettamisesta ja stressin hallinnasta. (Noonan ym. 2017, 67.) Lisäksi Carrollin ja muiden (2018, 34) tutkimuksessa nousi esiin toiveet koulutukselle mielenterveyteen liittyvästä lainsäädännöstä, do-

kumentoinnista ja kiintymyssuhteesta. Kätilöiden toivomia koulutusmenetelmiä ovat verkkokoulutus, koulutuspäivät, workshopit (Carroll ym. 2018, 34; Noonan ym. 2017, 67), seminaarit ja työssäoppiminen (Noonan ym. 2017, 67).

Taidot

Noonan ja muut (2017) kokosivat katsauksessaan taitoja, joita kätilöt kokevat tarvitsevansa osana mielenterveyden hoitoa. Kommunikointitaidot, kuten kysymysten kysyminen ja kuunteleminen, mielenterveyden arviointi sekä ohjaaminen koettiin merkittäviksi taidoiksi. Myös tiimityötaidot, yhteistyö eri kumppaneiden kanssa ja johtamistaidot nähtiin tärkeinä mielenterveyden hoidon osa-alueina. (Noonan ym. 2017, 58.)

Kätilöt kokevat, ettei heillä ole riittävästi taitoa tarjota mielenterveyden hoitoa (Coates & Foureur 2019, 392). Carrollin ja muiden (2018) tutkimuksessa ilmeni, että kätilöt arvioivat kokonaisosaamisensa mielenterveyden hoidossa alle asteikon puolivälin. Keskustelun avaaminen äitien kanssa koetaan helpompana mielialaan ja ahdistukseen liittyen, kun taas seksuaaliseen hyväksikäyttöön, perheväkivaltaan, syömishäiriöihin tai itsensä vahingoittamiseen ja itsemurha-ajatuksiin liittyvät teemat on vaikeampi nostaa esiin. Kätilöt kokevat osaavansa antaa tukea äideille, jotka ovat kokeneet traumaattisen synnytyksen tai joilla on ahdistusoireita. Tuen antaminen lääkityksiin ja mielenterveyshäiriöiden perinnöllisyyteen liittyvissä kysymyksissä sekä tilanteissa, joissa perheenjäsenet ovat huolissaan äidin mielenterveyden vaikutuksesta vauvaan tai vauvan turvallisuuteen, koetaan puolestaan vaikeina. Kätilöt kokevat osaavansa puhua äideille konsultoinnin tarpeesta ja ohjaamisesta mielenterveyspalvelujen piiriin. Lastensuojelun tarpeesta puhuminen koetaan kuitenkin hankalampana. Kätilöillä on hyvät taidot olla yhteistyössä kollegoiden, johtajien ja mielenterveyspalveluiden kanssa. Hoitosuunnitelmien tekemisessä taidot koetaan puutteellisiksi. Erityisesti tilanteissa, joissa äidillä on harhoja, pakko-oireita, äänten kuulemista tai ajatuksia itsensä tai lapsensa vahingoittamisesta, hoitosuunnitelman tekeminen koetaan vaikeaksi. (Carroll ym. 2018, 31.) Kätilöt oppivat ohjaamisen taitoja sekä kätilökoulutuksen aikana että työn kautta, itseopiskelemalla ja keskustelemalla kollegoiden kanssa. Kätilöiden itseluottamus yleisissä ohjaamistaidoissa koetaankin riittävänä. (Fulford & Kornelsen 2018, 14–15.) Työkokemuksen koetaan lisäävän itseluottamusta ja kykyä vastata äitien emotionaalisiin tarpeisiin (Fletcher ym. 2021, 1407).

Asenteet

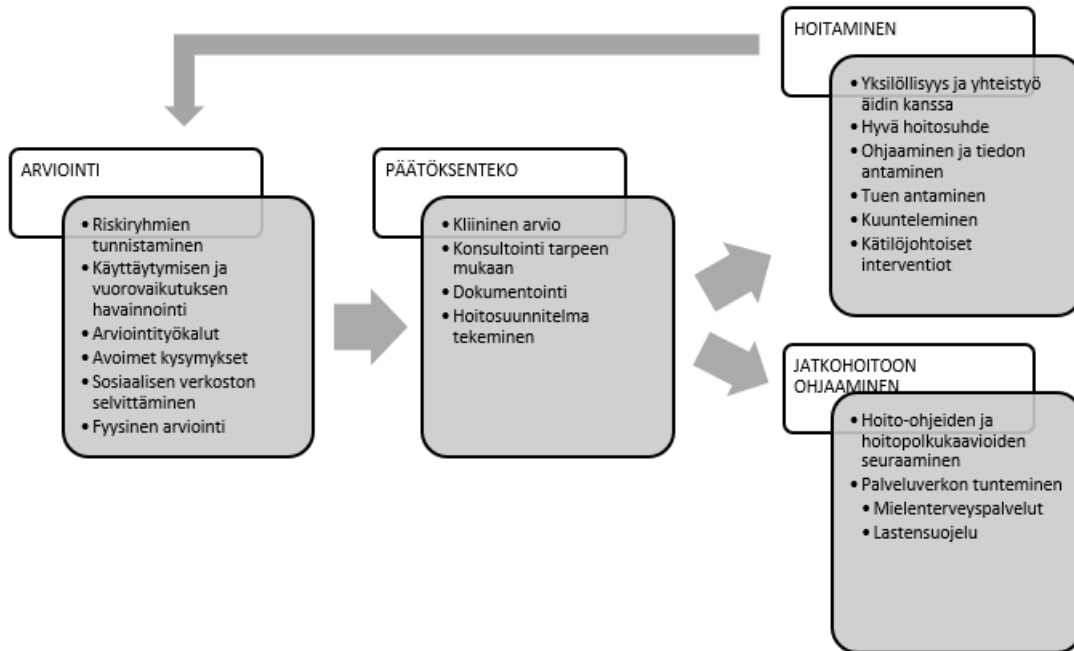
Kätilöiden suhtautumisessa mielenterveyttä kohtaan on vallalla positiivinen asenne. Psykkinen hyvinvointi nähdään tärkeänä osana terveyttä ja samanarvoisena fyysisen hyvinvoinnin kanssa – ellei jopa tärkeämpänäkin. (Fletcher ym. 2021, 1407.) Äitien ohjaaminen kokonaisuudessaan koetaan mielekkäänä osana kätilön työtä. Kätilöt ovat motivoituneita tukemaan asiakkaita näiden kohtaamisissa haasteissa (Fulford & Kornelsen 2018, 13) ja tarjoamaan mielenterveyttä tukevaa hoitoa (Coates & Foureur 2019, 401). Kätilöt tunnistavat roolinsa ja sen keskeisyyden perinataalisen mielenterveyden hoidossa (Coates & Foureur 2019, 401; Noonan ym. 2017, 66). Kätilöt haluavat omaksua vastuun perinataalisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa, mutta toisaalta osa kätilöistä ajattelee vastuun olevan sosiaalityöntekijöillä, lääkäreillä tai mielenterveyspalveluissa (Noonan ym. 2017, 66–67).

Vaikka asenteet mielenterveyshäiriöitä ja niistä toipumista kohtaan ovat pääosin positiivisia (Coates & Foureur 2019, 401) myös negatiivista suhtautumista on kätilöiden keskuudessa havaittavissa. Negatiivinen asenne näkyy ammatillisessa käyttäytymisessä eniten äitien stereotypisoinnin kautta – äidit voidaan nähdä hankalina, kylminä, osaamattomina ja heitä saatetaan vältellä ja ajatella, ettei heillä olisi oikeutta saada tai pitää lastaan. (Noonan ym. 2017, 67.) Fletcherin ja muiden (2021, 1408) tutkimuksessa nousi esiin myös yllättävä seikka, jonka mukaan kätilöt eivät haluaisi puhua myöskään omasta mielenterveydestään, koska pelkäävät sen vaikuttavan siihen, mitä heistä ajatellaan. Huolimatta siitä, että kätilöt kokevat nauttivansa äitien ohjaamisesta ja suurin osa kätilöistä osaa pitää työssään selkeät rajat, eteen tulee ajoittain liian vaikeita tilanteita ja ohjaaminen koetaan raskaana (Fulford & Kornelsen 2018, 14–15). Jatkuvan vaikeiden asioiden kohtaamisen koetaan vaikuttavan kätilöiden henkilökohtaiseen hyvinvointiin ja omaan elämään sekä kykyyn tukea äitejä. Lisäksi kätilöt kokevat syyllisyyttä ja ahdistusta, kun eivät aina pysty vastaamaan äitien tarpeisiin. (Noonan ym. 2017, 67).

6.2 Mielenterveyden edistäminen osana kätilön perustyötä

Kun puhutaan mielenterveydestä osana kätilön jokapäiväistä työtä, siitä voidaan erotella neljä vaihtetta: arviointi, päätöksenteko, hoitaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen. Prosessi alkaa arvioinnilla, jonka jälkeen kätilö tekee päätöksen jatkohoidon tarpeesta – onko äiti hänen itsensä hoidettavissa vai tarvitseeko tämä jatkohoittoa muualla. Kätilö tekee hoidossaan olevista äideistä

arviointia kuitenkin koko hoitosuhteen ajan ja näin ollen jatkohoitoon ohjaaminen voi tapahtua tarpeen ilmetessä missä vaiheessa hoitosuhdetta tahansa (ks. kuvio 5).



Kuvio 5. Mielenterveyden edistäminen hoitotyön prosessina

Arviointi

Kätilön tehtävänä on tunnistaa äidit, joilla on perinataalisten mielenterveyshäiriöiden riski (Noonan ym. 2017, 58) ja jotka tarvitsevat erityistä tukea (Fletcher ym. 2021, 1411). Äitien mielenterveyteen liittyvistä tarpeista onkin tärkeää puhua, jotta apua tarvitsevat äidit voidaan tunnistaa (Madden ym. 2018, 565). Suurin osa kätilöistä arvioi äitien mielenterveyttä ja esimerkiksi Irlannissa 80–90 % kätilöistä ottaa mielenterveyden osaksi naisten arviointia (Carroll ym. 2018, 32). Toisen irlantilaisstudion mukaan ensimmäinen raskauden aikainen vastaanottokäynti on pääasiainen hetki tehdä arvio äitien mielenterveydestä (Fletcher ym. 2021, 1407).

Perinataalisten mielenterveyshäiriöiden seulontaan ja arviointiin on olemassa useita työkaluja, kuten Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Edinburgh Depression Scale (EDS), Psychosocial Assessment Questionnaire ja Structured Antenatal Psychosocial Assessment (SAPSA) (Noonan ym.

2017, 65), Antenatal Risk Questionnaire (ANQR) ja Postnatal Risk Questionnaire (PNQR). Arviointityökalut ovat kuitenkin vain osa arviointia, eivätkä anna lopullista diagnoosia. (Marnes & Hall 2013, e113.) Carrollin ja muiden (2018, 32) tutkimuksessa ilmeni, että 70 % irlantilaiskätilöistä eivät käytä arviointityökaluja tehdessään arviota äitien mielenterveydestä. Toisaalta Alderdicen ja muiden (2013) katsauksessa selvisi, ettei raskauden aikaisella psykososiaalisella arvioinnilla ja arviointityökalujen käytöllä välttämättä ole vaikutusta mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen eikä äitien mielenterveyden kohentumiseen. Kuitenkin synnytyksen jälkeisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisesta ja hoitamisesta on positiivista näyttöä, ja niitä tulisi arvioida. EDPS näyttäisi olevan tehokas työkalu synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen, ja siitä näyttäisi olevan hyötyä niin äidin kuin vauvan terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. (Alderdice ym. 2013, 391.)

Kun strukturoidussa lähestymistavassa luetaan kysymykset suoraan arviointilomakkeesta, joustava lähestymistapa on puolestaan sellainen, jossa kysymykset sanoitetaan ja ajoitetaan eri tavoin, mikä tukee keskustelun vastavuoroisuutta (Noonan ym. 2017, 65). Usein kätilöt valitsevatkin muodollisten mallien, kuten arviointivälineiden sijaan, rennomman lähestymistavan tehdessään arviota äitien mielenterveydestä ja käytettävät avoimia kysymyksiä (Fletcher ym. 2021, 1407–1408). Arviointityökaluna tunnetut Whooleyn kysymykset ”1) Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?” ja ”2) Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?” ovat yleisesti käytetty pohja arvioinnille (Fletcher ym. 2021, 1405; Madden ym. 2018, 567). Hoitopolkukaavioissa olisikin hyvä olla kirjattuna valmiit kysymykset arvioinnin ja keskustelun tueksi kätilöille (Madden ym. 2018, 567). Lisäksi kätilön olisi arviointia tehdessään hyvä antaa äideille tilaisuus puhua ja reflektoida esiin nousevia ongelmia, minkä toteutumisessa on havaittu puutteita (Noonan ym. 2017, 65).

Kätilön arvioidessa äitien mielenterveyttä, huomio tulee kohdistaa moniin asioihin. Kätilön tulee selvittää äidin yksilölliset ongelmat ja niiden alkuperä, koska riskitekijät voivat olla niin psykologisia, sosiaalisia kuin biologisiakin (Marnes & Hall 2013, e113). Carrollin ja muiden (2018) tutkimuksen mukaan suurin osa kätilöistä kartoittaa äitien mielenterveyshistorian ja tunnistaa perinataalisten mielenterveyshäiriöiden riskissä olevat äidit. Mahdollisista mielialahäiriöistä, ahdistuksesta, paniikki- ja pakko-oireista sekä saatavilla olevasta psyykkisestä tuesta kysytään myös usein. Noin 60 % kätilöistä keskustelee lääkkeiden käytöstä ja tunnistaa äitien selviytymiskeinoja. Suurin osa

kätilöistä ei kuitenkaan kysy äideiltä seksuaalisesta hyväksikäytöstä, perheväkivallasta, syömis-
häiriöistä, aiemmin sairastetusta psykoosista tai selviytymiskeinojen käytöstä. (Carroll ym. 2018,
32.) Fletcherin ja muiden (2021) tutkimuksen mukaan kätilöt selvittävät mielenterveyshistorian
myös perheen osalta. Kätilöt kysyvät äitien mielenterveydestä yleensä läpi raskauden, vaikkakin
osa kätilöistä raportoi, ettei palaa mielenterveyttä koskeviin teemoihin enää ensikäynnin arvion
jälkeen. (Fletcher ym. 2021, 1407–1409.)

Tehdessään kokonaisarviota äidin tilanteesta kätilöt arvioivat äidin käyttäytymistä, kehonkieltä ja
sitä, kuinka tämä puhuu lapsestaan (Fletcher ym. 2021, 1410). Esimerkiksi äärimmäinen/pakon-
omainen käytös itseän, vauvaan tai kotiin kohdistuen, estyneisyys ja hiljaisuus toimivat kätilöille
merkkeinä mahdollisista mielenterveyshäiriöistä (Noonan ym. 2017, 65). Äidin ja vauvan välisen
vuorovaikutuksen tarkkailu on tärkeää, jotta voidaan tunnistaa mahdolliset kiintymyssuhteen on-
gelmat ja ohjata jatkohoitoon (Marnes & Hall 2013, e114). Äidin pärjäämisestä tehdään arvio suh-
teessa tämän saamaan sosiaaliseen tukeen ja elinoloihin. Tukiverkon laajuus on syytä selvittää,
sillä huono tukiverkko on riskitekijä mielenterveyshäiriöille. Kotikäynnit ovat otollisia hetkiä arvi-
ointiin, sillä tällöin kätilö pystyy tarkkailemaan äitiä tämän omassa ympäristössä. (Fletcher ym.
2021, 1410.) Kätilöllä tulee myös olla herkkyyttä tunnistaa mahdolliset väkivallan ja hyväksikäytön
merkit ja merkkien ilmetessä järjestää äidille mahdollisuus puhua rauhassa (Marnes & Hall 2013,
e114).

Synnytyksen jälkeen tehtävässä arviossa on syytä tehdä fyysinen arviointi äidille ja lapselle, jolloin
voidaan havaita imetysongelmat ja fyysiset ongelmat kuten kipu, jotka voivat vaikuttaa äidin mieli-
alaan ja käyttöön. Lisäksi keskustelun ja avointen kysymysten avulla selvitetään, onko ongelmia
lapsen tyyntymisessä tai imetyksessä ja onko äidillä unen puutetta, sillä näillä tekijöillä on yh-
teys synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Myös synnytyskokemus on syytä käydä läpi, jotta saa-
daan selville, löytyykö synnytyksestä joitain mielentilaan vaikuttavia seikkoja. Lisäksi äidin mahdol-
linen lääkkeiden käyttö tulee selvittää. (Marnes & Hall 2013, e114.)

Kätilön itseluottamus vaikuttaa häneen kykyynsä arvioida äitejä (Noonan ym. 2017, 66). Haasteita
mielenterveyden arviointiin luovat kätilön pelko ja huoli siitä, että hän sanoo jotain ”väärin” ja vai-
kuttaa sillä tavoin mielenterveyttä koskevaan keskusteluun negatiivisesti. Kätilöt kokevatkin vai-
keutta päättää milloin ja miten kysyä mielenterveyteen liittyvistä asioista. (Madden ym. 2018,

566.) Selkeiden oireiden, kuten synnytystrauman, tunnistaminen koetaan helpommaksi kuin epä-tarkan oireilun, kuten kroonisen stressin, tunnistaminen (Fulford & Kornelsen 2018, 15). Itsemurhariskin arviointia kätilöt eivät koe miellyttävänä (Noonan ym. 2017, 65). Mahdollisuus kuunnella ja käyttää avoimia kysymyksiä auttavat kätilöä kontekstualisoimaan mielenterveyden haasteet suhteessa naisen elämään ja kokemuksiin ja ymmärtämään, mikä on yksilölle normaalia. (Madden ym. 2018, 566–567.)

Päätöksenteko

Arvioinnin päätteeksi kätilö tekee äidistä kliinisen arvion ja analysoi saadut tulokset hoito-ohjeiden avulla ja tekee päätöksen äidin jatkohoidon tarpeesta (Marnes & Hall 2013, e114). Päätöksenteon tukena toimii kätilön ammatillinen osaaminen ja kliininen viisaus (Noonan ym. 2017, 65). Kätilöt kokevat ahdistusta siitä, onnistuvatko he tekemään äidistä oikean arvion ja milloin heidän tulee ohjata äidit jatkohoidon pariin (Madden ym. 2018, 565). Fulfordin ja Kornelsenin (2018) mukaan kätilön tulisi pysytellä omassa toimenkuvassaan ja konsultoida tarvittaessa muita ammattilaisia. Oman haasteensa luovat tilanteet, joissa äidit haluavat tukeutua juuri kätilöönsä mielenterveyspalveluiden sijaan. (Fulford & Kornelsen 2018, 13, 15.)

Dokumentointi on olennainen osa mielenterveyden arviointia ja hoitoa (Marnes & Hall 2013, e114). Kuitenkin Carrollin ja muiden (2018, 34) tutkimus osoitti, ettei potilasasiakirjoissa ole aina paikkaa mielenterveyshistorian ja -arvioinnin kirjaamiselle. Marnes ja Hall (2013, e115) korostavat, että äidin päätös hoidostaan tulee aina kirjata – myös silloin, kun hän kieltäytyy hoidosta. Hoidon suunnittelu on osa äitien mielenterveyden kokonaishoitoa (Noonan ym. 2017, 58). Kuitenkin Carrollin ja muiden (2018) tutkimuksessa ilmeni, että yli puolet irlantilaiskätilöistä eivät tee hoitosuunnitelmaa eikä viidesosa edes ajattele sen kuuluvan osaksi työtään. 2/3 kätilöistä on lisäksi sitä mieltä, ettei hoitosuunnitelman kirjaamiselle ole paikkaa. (Carroll ym. 2018, 32, 34.)

Hoitotyö

Kätilötyön perustana on yksilöllinen ja naiskeskeinen hoito (Fulford & Kornelsen 2018, 13). Myös perheen mukaan ottaminen hoitoon nähdään osana naiskeskeistä lähestymistapaa ja tarvittaessa kätilön tulee opastaa myös muita perheenjäseniä ja ohjata heidät hoidon piiriin (Marnes & Hall 2013, e113-e114). Kaikkiaan äidit tulee kohdata heidän omassa kontekstissaan perheen dynamiikka huomioiden (Fulford & Kornelsen 2018, 14). Kätilön ja äidin välisen suhteen perustana on

aina luottamus, kunnioitus ja tasa-arvoisuus (Seefat-van Teeffelen ym. 2011, e125) ja hyvän suhteen luominen voidaan nähdä välttämättömänä pohjana arkaluontoisten asioiden esiin tuomiselle (Fletcher ym. 2021, 1409). Äitien mielenterveyden tukeminen tulee tehdä yhteistyössä äidin kanssa huomioiden tämän yksilöllinen tilanne, kulttuuri, uskomukset (Marnes & Hall 2013, e114), arvot ja kokemukset (Fulford & Kornelsen 2018, 16). Psykososiaalinen tuki on aina räätälöitävä yksilöllisesti (Seefat-van Teeffelen ym. 2011, e125).

Äidit haluavat itse päättää hoidostaan, joten kättilön tulee oikea-aikaisesti kertoa äidille löydöksistään ja antaa tietoa tarjolla olevista hoitovaihtoehdoista (Marnes & Hall 2013, e114; Seefat-van Teeffelen ym. 2011, e125). Kättilön tulee käyttää sellaista kieltä, että äiti ymmärtää, mitä hänelle kerrotaan (Marnes & Hall 2013, e115). Seurantakäynnit tulisi pyrkiä toteuttamaan niin, että niistä koituu mahdollisimman vähän haittaa perheelle esimerkiksi ajankohtaa ajatellen (Marnes & Hall 2013, e114). Mikäli äiti on huolissaan omasta tai vauvansa terveydestä, keskustelu ei yksin riitä vakuuttamaan äitiä siitä, että asiat ovat kunnossa. Sen sijaan tarvitaan toimenpiteitä, kuten sikiön sydänäänten kuuntelu tai ultraäänitutkimus, jotta äiti näkee ja/tai kuulee asioiden olevan hyvin. (Seefat-van Teeffelen ym. 2011, e124.)

Ohjaaminen on informaation antamista ja emotionaalisten tarpeiden huomioimista (Fulford & Kornelsen 2018, 16). Kättilön tulee tarjota äideille tietoa mielenterveydestä ja perinataalisten mielenterveyshäiriöiden merkeistä, oireista ja hoitovaihtoehdoista niin kirjallisesti kuin sanallisestikin. Myös äitien kysymyksiin vastaaminen on tärkeää. Elämäntapaohjaus koskien terveellistä ruokavaliota, lepoa ja rentoutumista, voi olla hyödyllistä mielen hyvinvoinnin näkökulmasta. (Marnes & Hall 2013, e113–e114.) Perhevalmennus puolestaan on hyvä keino lisätä äitien tietoisuutta ja kertoa tarjolla olevista palveluista sekä osallistaa kumppanit mukaan hoitoon – joskin näyttäisi olevan viitteitä siitä, perhevalmennuksessa keskitytään pääosin synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja jätetään muut mielenterveyden osa-alueet huomiotta (Fletcher ym. 2021, 1408). Seefat-van Teeffelenin ja muiden (2011) tutkimuksessa nousi esiin, että äidit toivovat kättilöltä tietoa, kuinka valmistautua synnytykseen fyysisesti ja psyykkisesti. Lisäksi toivotaan tietoa fyysisestä ja psyykkisestä palautumisesta synnytyksen jälkeen. Äidit haluavat tietää myös, millaista ammatillista tukea heillä on saatavilla synnytyksen jälkeen. (Seefat-van Teeffelen ym. 2011, e125.) Vaikka ohjaaminen onkin olennainen osa kättilön työtä, se joutuu joskus vastakkain kliinisen hoidon kanssa eikä saisi päihittää muita kättilön velvollisuuksia äidin hoidossa (Fulford & Kornelsen 2018, 11, 13).

Kätilötyön voidaan ajatella oleva äitien auttamista kohtaamaan raskaus voimakkaana muuntumisen kokemuksena, ja kätilön tehtävänä onkin auttaa äitejä ymmärtämään, mitä heidän kehossaan tapahtuu (Fulford & Kornelsen 2018, 14). Kätilöiden tulee tarjota äideille niin käytännöllistä kuin emotionaalista tukea (Marnes & Hall 2013, e114). Äideille kerrotaan, mitä päätöksiä heidän tulee tehdä ja autetaan heidät yli haasteista (Fulford & Kornelsen 2018, 14). Äidit toivovat tukea psykologisten, fyysisten ja sosiaalisten muutosten hallintaan sekä synnytykseen ja äitiyteen valmistautumiseen. Lisäksi he toivovat tukea oman itseluottamuksensa vahvistamiseen ja kiintymyssuhteen muodostamiseen jo raskausajalla esimerkiksi mindfulnessin ja sikiön kanssa kommunikoinnin avulla. (Seefat-van Teeffelen ym. 2011, e124-e125.) Synnytyksen jälkeen on tärkeää tukea äitiä muutoksessa ja antaa äidille varmistus siitä, että emotionaaliset muutokset ovat normaaleja. Lisäksi kätilön on pyrittävä vaalimaan ja vahvistamaan äidin ja vauvan suhdetta, muun muassa antamalla äidille tunnustusta tämän kyvyistä äitinä. (Marnes & Hall 2013, e114.)

Kätilöillä on käytössään useita lähestymistapoja kysyä ja keskustella mielenterveydestä äitien kanssa. Kätilöt pyrkivät saamaan äidit rentoutumaan esimerkiksi yleisen keskustelun ja huumorin avulla. Arkaluontoisiin kysymyksiin edetään hitaasti, suositaan avoimia kysymyksiä suljettujen kysymysten sijaan ja arviointityökalujen kysymyksiä muutetaan niin, etteivät ne tunnu rasti-ruutuunharjoituksilta. (Fletcher ym. 2021, 1409.) Kuunteleminen nähdään merkittävänä hoitotyön menetelmänä mielenterveyttä tukevassa työssä (Madden ym. 2018, 568). Aktiivinen kuuntelu, äidin tarinan reflektointi ja ajattelun suunnan muuttaminen ovat tärkeitä taitoja kätilölle (Fulford & Kornelsen 2018, 16). Äidit toivovatkin kätilöltä hyvää ilmapiiriä ja riittävästi aikaa keskustelulle. Äidit haluavat kätilöiden olevan omia persooniaan, mutta kuitenkin empaattisia, huomaavaisia ja kärsivällisiä. Kätilöiltä toivotaan myös ennakoivia kysymyksiä äitien tarpeista ja toiveista sekä aktiivista kysymistä äidin voinnista. Kuunteleminen, rauhoittelu, rohkaiseminen ja muutosten luonnollisuuden selittäminen koetaan myös tärkeinä kommunikaation osina. (Seefat-van Teeffelen ym. 2011, e124-126.)

Kätilöt kohtaavat haasteita äitien mielenterveyden tukemisessa. Äidit saattavat epäroidä puhumista mielenterveydestään, muun muassa stigmatisoitumisen pelon vuoksi. Kätilön voikin olla hankalaa saada heidät avautumaan. (Fletcher ym. 2021, 1408.) Kätilöt kokevat vaikeina tilanteet, joissa äidit eivät vastaa heidän yrityksiinsä saada aikaan positiivisia muutoksia. Myös kriisissä olevan äidin ohjaaminen koetaan vaikeana, jos kätilö ei saa asianmukaista apua. (Fulford & Kornelsen

2018, 14.) Yleensä kättilöt kokevat helpompana hoitaa sellaisia äitejä, joilla on jokin diagnosoitu mielenterveyshäiriö, kuin niitä, joilla on epäselvää oireilua. Kättilöt kokevat myös epävarmuutta siitä kuuluuko kättilön toimenkuvaan tukea äitejä ilman specialistille ohjaamista. (Madden ym. 2018, 565.) Oman haasteensa luo se, että kättilön roolia ohjaajana ei aina tunnisteta muualla terveydenhuollossa (Fulford & Kornelsen 2018, 13).

Jatkohoitoon ohjaaminen

Jatkohoitoon ohjaamiseen vaikuttavat kättilöiden kyky tunnistaa, arvioida ja hoitaa mielenterveyshäiriöistä kärsiviä äitejä. Muita tekijöitä ovat arviointityökalujen saatavuus, pääsy hoito-ohjeisiin, yhteistyö mielenterveysammattilaisten kanssa ja tieto saatavilla olevista hoitovaihtoehdoista. Puutteet näissä osa-alueissa voivat johtaa niin liialliseen kuin liian vähäiseen jatkohoitoon ohjaamiseen. (Noonan ym. 2017, 67.)

Maddenin ja muiden (2018) mukaan tarvitaan näyttöön perustuvia hoito-ohjeita, jotta tiedetään kuinka ja milloin ohjata äidit jatkohoitoon. Päätöksenteossa ja asianmukaisessa jatkohoitoon ohjaamisessa hyvänä tukena olisikin hoitopolkukaavio. (Madden ym. 2018, 567–568.) Carrollin ja muiden (2018, 34) tutkimus kuitenkin osoitti, että vain 40 % kättilöistä tunnisti hoito-ohjeiden ja hoitopolkukaavioiden olemassaolon. Kättilöt kokevatkin, että heidän on helpompi hoitaa äitejä, joilla on diagnosoitu mielenterveyshäiriö, koska tällöin myös äidin hoitopolku on yleensä määritelty valmiiksi (Madden ym. 2018, 568). Osana asianmukaista jatkohoitoon ohjaamista kättilön on tärkeä tuntea paikalliset palvelut (Fulford & Kornelsen 2018, 15). Useimmiten äidit ohjataan joko mielenterveyspalveluiden tai lastensuojelun tuen piiriin. Aina hoitoon ei ole kuitenkaan mahdollista päästä – esimerkiksi irlantilaiskättilöistä vain $\frac{3}{4}$ raportoi, että äideillä olisi pääsy mielenterveyspalveluihin. (Carroll ym. 2018, 32, 34.) Marnes ja Hall (2013, e115) korostavat, että mikäli kättilöllä herää epäily, että äiti tai vauva ovat vaarassa, hän on velvollinen ottamaan yhteyttä tarvittaviin viranomaisiin.

6.3 Mielenterveyttä edistävät kättilötyön interventiot

Vuonna 2013 julkaistussa Alderdicen ja muiden systemaattisia katsauksia käsittelevässä katsausartikkelissa tuotiin esiin, että tuossa vaiheessa ei ollut löytynyt kättilöjohtoisia äitien mielenterveyden edistämiseen suunnattuja interventioita, joita voisi ehdottomasti suositella kliiniseen käyttöön.

Esiin nousi lähinnä tarve räätälöidä interventiot äitien yksilöllisten tarpeiden mukaan. Katsauksessa todettiin, että kätilötyöhön liittyvät interventiot eivät olleet kovinkaan intensiivisiä tai poikenneet juurikaan kätilön perustyöstä. Alderdice ja kumppanit kuitenkin korostivat, että kätilöt ovat otollisessa paikassa toteuttamaan yksinkertaisia interventioita kuten äitien opetus ja omahoidon tukeminen – vaikka tämä vaatiikin vielä lisätutkimusta. Heidän mukaansa erityisesti kätilöjohdoiset hoitomallit masennuksen ehkäisyyn, psykologiset ja psykososiaaliset interventiot synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitoon sekä erilaiset raskaudenaikaiset keho-mieli-interventiot ja liikunta kannattaisi ottaa lisätarkastelun alle. (Alderdice ym. 2013, 397–398.)

Myöhemmin tehdyissä kirjallisuuskatsauksissa (Coates & Foureur 2019, 401; Wang ym. 2021, 2125) on kuitenkin noussut esiin, että kätilön toteuttamista mielenterveyttä edistävästä interventiosta olisi hyötyä. Wangin ja muiden (2021) mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia ja tukea antava ohjaaminen vähensivät masennusoireita. Näistä jälkimmäinen todettiin tehokkaimmaksi menetelmäksi. Wang ja kumppanit tutkivat myös sopivaa hoidon kestoa ja päätyivät tulokseen, jonka mukaan masennusoireet vähenivät merkittävästi, kun interventioon liittyi alle 4 tai 6–8 tapaamista. 10–16 tapaamiskertaa sisältävillä interventioilla ei ollut merkittävää vaikutusta. (Wang ym. 2021, 2125–2126.) Coates ja Foureur (2019, 401) toivat puolestaan esiin, että alemman keskitulotason maissa oli todettu, että psykologiset interventiot ovat helposti toteutettavissa myös muiden kuin mielenterveysammattilaisten, esimerkiksi kätilöiden, toimesta.

Raskauden aikaiset interventiot

Raskauden aikaisista interventioista erityisesti synnytyspelkoon liittyvillä interventioilla näyttäisi olevan terveyshyötyjä. Coatesin ja Foureurin (2019) mukaan synnytyspelkoon liittyvä interventio vähensi synnytyspelkoa, sektiolukuja ja ahdistavia takauksia sekä paransi synnytysluottamusta ja itseluottamusta vanhempana. Esimerkiksi Ruotsissa onkin synnytyspelkovastaanotot kaikissa synnytysairaaloissa. (Coates & Foureur 2019, 401.) Raskausaikana toteutetusta synnytyksen jälkeistä masennusta koskevasta ohjauksesta ei näyttäisi olevan hyötyä masennuksen ehkäisyssä. Kuitenkin ryhmämuotoisesta synnytyksen jälkeiseen masennukseen keskittyvästä interventiosta ja perhevalmennuksesta näyttäisi olevan hyötyä äidin psykososiaaliselle terveydelle. (Alderdice ym. 2013, 396–397.) Alderdicen ja muiden (2013) katsaus toi esiin, että keho-mieli-hoidoista, kuten rentoutumisesta, joogasta ja meditaatiosta, voisi olla terveyshyötyjä kuten stressin ja ahdistuksen vähe-

neminen, vauvan syntymäpainon lisääntyminen ja synnytyksen keston lyheneminen. Toisaalta esimerkiksi hieronnasta ja akupunktiosta ei näyttäisi olevan hyötyä perinataalisen masennuksen hoidossa. (Alderdice ym. 2013, 391.)

Bogaerts ja kumppanit (2013) tutkivat Belgiassa elämäntapaintervention vaikutusta ylipainoisten raskaana olevien naisten raskaudenaikaiseen painon nousuun ja mielenterveyteen. Interventio perustui Prochaskan ja kumppaneiden muutosvaihemalliin ja motivoivaan haastatteluun. Sisällöllisesti interventio keskittyi pääosin ravintoon ja liikuntaan, mutta myös raskautta koskevat huolet ja kysymykset huomioitiin. Interventio koostui neljästä tapaamiskerrasta, jotka kestivät 1,5–2 tuntia, ja joihin osallistui maksimissaan kolme odottavaa äitiä. (Bogaerts ym. 2013, 815.) Tutkimuksen tulokset osoittivat, että elämäntapainterventio vähensi odottavien äitien tilanneahdistuneisuutta merkittävästi. Myös piirreahdistuneisuudessa tapahtui vähenemistä, mutta se oli merkittävää vain toisella raskauskolmanneksella. Masentuneeseen mielialaan interventiolla ei kuitenkaan näyttänyt olevan vaikutusta. (Mts. 817–818.)

Gillis ja kumppanit (2019) esittelivät artikkelissaan USA:ssa toteutettua hoidon laadun parantamiseen tähtäävää projektia, jonka tavoitteena oli tarjota kaikille raskaana oleville naisille rutiini-omaista ohjausta perinataaliajan masennuksesta. Interventio rakentui niin, että raskausviikoilla 24–28 tehtävän glukoosikokeen yhteydessä odottajille jaettiin masennusta ja ahdistusta käsittelevä The Action Plan for Depression and Anxiety Around Pregnancy (APFDAAP) -site ja kättilö kävi heidän kanssaan lyhyen keskustelun perinataaliaikaisen masennuksen oireista ja siitä, kuinka hankkia apua oireiden ilmaantuessa. Lisäksi tarpeen vaatiessa odottajille jaettiin lista paikallisista mielenterveysammattilaisista ja verkkopalveluista. (Gillis ym. 2019, 290–291.) Tämä projekti oli ensimmäinen askel yhdenmukaisen raskaudenaikaisen perinataalimasennukseen liittyvän ohjauksen rakentamisessa. Kun lähtötilanteessa ei ollut lainkaan yhdenmukaista tapaa äitien opettamiseen, jatkohoitoon ohjaamiseen tai dokumentointiin, neljän viikon aikana projektin aloittamisesta hoitopakettiin otti vastaan 43 % äideistä. Projektin hyödyistä ei vielä kuitenkaan ollut näyttöä, sillä hoitopakettiin vastaanottaneiden äitien mielenterveyttä raskausaikana ja synnytyksen jälkeen ei ollut keretty vielä tutkimaan. (Mts. 293, 295.)

Iso-Britanniassa Olander kumppaneineen (2014) tutki, kuinka potilasasiakirjoihin liimattava huomiotarra vaikutti raskaana olevien ja synnyttävien naisten hoitoon ja tiedonkulkuun psykologien ja

äitiyshuollon välillä. Tutkimussairaalassa perinataalipsykologille ohjattujen äitien mukana kulkeviin, paperisiin potilasasiakirjoihin laitettiin pinkki tarra merkiksi äidin psyykkisistä erityistarpeista. Asiakirjoihin kirjattiin lyhyesti äidin ongelmat, kuten aiempi synnytystrauma tai lapsen menetys, synnytyspelko, hyväksikäyttötausta tai neulakammo, sekä tarpeet. Alun perin tarran oli tarkoitus olla merkinä synnytyssalin henkilökunnalle, mutta hyvin pian sitä alettiin hyödyntämään myös raskausajan käynneillä. Projektin alkaessa kättilöt saivat pakollista koulutusta perinataalipsykologiasta ja siitä, kuinka tukea raskauden ja synnytyksen aikana äitiä, jolla on mielenterveyshäiriöitä tai haavoittuvuuksia. Äitien kokemukset pinkistä tarrasta olivat pääosin positiivisia. He kokivat saaneensa hyvää hoitoa, ymmärrystä, kunnioitusta sekä yksilöllisen hoitosuunnitelman ja heidän toiveensa oli huomioitu. Tarran avulla viestit äitien tarpeista välittyivät eteenpäin, yksilölliset ongelmat oli helpompi tuoda esiin läpi raskauden ja äidit pystyivät kommunikoimaan ilman, että heidän tarvitsi toistuvasti selittää koko taustaansa. Äidit kokivat myös saaneensa hoitoa kokeneemmalta tai empaattisemmalta kättilöltä kuin olisivat ilman tarraa saaneet. Huonoina asioina nähtiin mahdollinen stigmatisoituminen ja se, että tarra ja sitä kautta ongelmat olivat näkyvillä kaikille. Myös kokemuksia siitä, ettei kättilöllä ollut aikaa lukea hoitosuunnitelmaa, nousi esiin. Kättilöt puolestaan kokivat pinkin tarran auttavan tunnistamaan äitejä, joilla on erityistarpeita tai joiden hoidossa tarvitaan erityistä sensitiivisyyttä. Myös keskustelun avaaminen koettiin tarran avulla helpompana. Kaikkiaan kättilöiden oli helpompi tarjota emotionaalisesti hyvää hoitoa, kun äidin tarpeet olivat heille selvillä. Projektin myötä kättilöiden oma tieto perinataalisista mielenterveyshäiriöistä lisääntyi ja työyksikön ilmapiiri muuttui tietoisemmaksi ja avoimemmaksi psyykkisen hyvinvoinnin suhteen. Yhteistyön psykologien kanssa koettiin parantuneen ja selkeät hoitosuunnitelmat toimivat kättilöiden työn tukena. Tutkimuksen aikana yhdellekään pinkin tarran saaneelle äidille ei kehittynyt synnytystraumaa. Lisäksi subjektiivisten kokemusten aiheuttamat synnytystraumat vähenivät tuona aikana. Nämä seikat puhuvat sen puolesta, että interventiolla voi olla synnytystrauman syntyä ennaltaehkäisevä vaikutus. (Olander ym. 2014.)

Ransing ja kumppanit (2021) esittelevät artikkelissaan Intiassa kehitettyä perinataalisen masennuksen hoitoon tarkoitettua lyhyttä BIND-P-interventiota. Projektissa rakennettiin perinataalisen masennuksen hoitoon hoitopolku, joka kuvaa arvioinnin, jatkohoitoon ohjauksen ja lyhyen BIND-P-intervention hoitoprotokollan terveydenhuollon työntekijöille ja mielenterveyden ammattilaisille. Itse interventioon kuuluu kolme 15–20 minuutin mittaista kättilön tapaamista, jotka toteutetaan kahden viikon välein ja milloin vain perinataalikaudella. Ensimmäinen tapaaminen on psy-

koedukaatiota äidin psyko-sosiaalisesta hyvinvoinnista ja sen vaikutuksista lapseen, perinataalisesta masennuksesta sekä saatavilla olevista hoitovaihtoehdoista. Toisessa tapaamisessa äidille opetetaan rentoutusharjoituksia: progressiivinen lihasrentoutus, hengitysharjoituksia ja mielikuva-harjoituksia. Kolmas tapaaminen keskittyy terveyden edistämiseen sisältäen ravitsemukseen, liikuntaan, sosiaaliseen tukeen, nukkumiseen ja terveellisen ajatteluun liittyviä osa-alueita. BIND-P-ohjelmaan liittyy kätilöille suunnattu ilmainen kolmen päivän koulutus sekä psykologin tuki tarvittaessa. Koulutukseen sisältyy jokaisen tapaamiskerran strukturoitu opettelu sekä kommunikation, arvioinnin, hoitoon ohjauksen ja vaikeiden tilanteiden hallinnan harjoittelu. (Ransing ym. 2021, 3–4.) Vaikka BIND-P-interventio onkin suunnattu pääosin perinataalisen masennuksen ehkäisyyn ja hoitoon, niin se voi toimia myös yleisten terveysongelmien ehkäisyssä. Ensimmäiset koulutetut kätilöt raportoivat tietojensa, taitojensa ja itseluottamuksensa lisääntyneen koulutuksen myötä. Lisäksi he kokivat saaneensa lisää kykyä seuloa äitejä sekä tarjota lyhyitä interventioita ja jatkohoitoa. Artikkelin julkaisuajankohtana BIND-P:n implementointi oli menossa neljällä alueella Intiassa ja suunnitteilla oli tutkia intervention tehoa. (Mts. 4, 6–7.)

Synnytyksen jälkeiset interventiot

Alderdicen ja muiden (2013) mukaan synnytyksen jälkeisten mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn ja hoitoon on useita menetelmiä – niin farmakologisia, hormonaalisia, psykologisia ja psykososiaalisia kuin fyysisiäkin. Näyttö niiden tehokkuudesta kuitenkin vaihtelee. Kaikkiaan psykologisilla ja psykososiaalisilla interventioilla (esim. vertaistuki, epäsuora ohjaus) näyttäisi olevan yhteys masennuksen vähenemiseen. Synnytyksen jälkeiseen ohjaamiseen perustuvat interventiot masennusriskissä oleville äideille on todettu tehokkaiksi. Alderdice ja kumppanit (2013) löysivät katsauksessaan lupaavia kätilöjohtoisia interventioita, jotka perustuvat yksilöllisesti räätälöityyn hoitoon ja hoidon jatkuvuuteen. Muun muassa synnytyksen jälkeinen yhteisökätilön hoito, pidennetty ajanjakso erikoistuneen kätilön hoidossa ja intensiiviset kotikäynnit riskiryhmän äideillä vähensivät masennusta. Kaikkiaan uusista kätilötyön malleista näyttäisi olevan hyötyä synnytyksen jälkeiseen psyykkiseen hyvinvointiin. (Alderdice ym. 2013, 396–397.) Coatesin ja Foureurin (2019, 401) mukaan myös kätilöjohtoinen ohjausinterventio traumatisoivan synnytyksen jälkeen on tuottanut positiivisia tuloksia, viitaten Fenwickin ja muiden (2013) tutkimukseen, jossa synnytyksen jälkeisiä traumaoireita pyrittiin vähentämään kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla.

Alderdicen ja muiden (2013) mukaan interpersoonallisen psykoterapian, vertaistuen, liikunnan, ravitsemuksen ja vaihtoehtohoitojen vaikutukset äitien mielenterveyteen olivat epäselviä. Myöskään hoidon jatkuvuudesta, doulan mukanaolosta synnytyksessä, synnytyksen jälkeisestä debriefing-keskustelusta kätilön kanssa tai äiti-vauvasuhteen parantamiseen tähtäävistä interventioista ei ollut näyttöä. Yleiset ja kotiin vietävät interventiot todettiin myös hyödyttömiksi eikä varhaisella kotikäynnilläkään todettu olevan yhteyttä masennuksen esiintymiseen. (Alderdice ym. 2013, 396–397.)

Thomson ja Garrett (2019) tutkivat traumaattisen tai ahdistavan synnytyksen jälkeen äideille tarjottavaa tukea Iso-Britannian julkisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksen mukaan palvelun tarjonta oli vaihtelevaa ja suurin osa saatavilla olevasta palvelusta perustui naisten tarpeisiin eikä niinkään tieteelliseen tai teoreettiseen näyttöön. Vaikka palvelu oli käytännössä saatavilla kaikille äideille, siitä kerrottiin kaikille vain puolessa sairaaloista. Sen sijaan luotettiin, että kätilöt, kotisairaanhoitajat ja perhelääkärit kertovat palvelusta sitä tarvitseville äideille. Useimmiten äidit hakeutuivatkin hoitoon itse tai ammattilaisen suosituksesta eikä niinkään seulonnan tai obstetristen kriteereiden perusteella. Palvelua tarjoavien kätilöiden kouluttautuneisuus vaihteli paljon sisällöltään ja kestoltaan eikä kaikilla ollut erityistä koulutusta. Kätilöiden taidot vaikuttivatkin karttuneen lähinnä kokemuksen eikä niinkään koulutuksen kautta. Yli 70 % sairaaloista tarjosi kätilön palveluiden lisäksi spesialistin palveluita. Vastaanotot toteutuivat yleensä 4–6 viikon kuluttua synnytyksen jälkeen ja käyntejä oli pääosin yksi. Mahdolliset uusintakäynnit toteutuivat yleensä seuraavassa raskaudessa. Sisällöllisesti äideille tarjottu tuki perustui pääosin heidän henkilökohtaisiin tarpeisiinsa. Käyntien sisältö oli joko yksilöllisesti räätälöityä ja vaihteli paljon tai toisten mukaan rakentui samalle kaavalle, jossa ensin selvitetään mennyt ja sitten visioidaan toiveikkaampi tulevaisuus. Lähes kaikissa tapauksissa äidit saivat kuvailla synnytyksensä yksityiskohtia ja tuoda tunteensa julki ja äidin synnytyskertomus ja hoitopäätökset käytiin läpi. Suuressa osassa keskusteltiin myös siitä, millaisia reaktioita traumaattinen kokemus voi aiheuttaa tulevaisuudessa ja kuinka äiti voi yrittää normalisoida haitallisia tunteitaan ja käyttäytymistään. Vain puolessa tapauksista kerrottiin synnytysstraumasta. Jatkohoitoon äidit ohjattiin tarvittaessa pääasiassa psykologille tai psykiatrille. Suurimmassa osassa sairaaloista äideille tarjottiin tukea myös seuraavaan synnytykseen. (Thomson & Garrett 2019, 65, 67–68, 70.)

Reed ja kumppanit (2014) tutkivat kättilöiden kokemuksia ohjausintervention tuottamisesta traumaattisen synnytyksen jälkeen Australiassa. PRIME (Promoting resilience in mothers' emotions) -interventiossa äiti tapaa kättilön ensi kertaa noin 72 tunnin kuluttua synnytyksestä ja toinen kohtaaminen tapahtuu puhelimitse noin kuuden viikon kuluttua synnytyksestä. Intervention tavoitteena on tukea tunteiden ilmaisua ja tarjota työkaluja ahdistavan synnytyskokemuksen läpikäymiseen. Äideille annetaan mahdollisuus tunnistaa ja käsitellä synnytyksen tapahtumat ja saada niistä realistinen kuva. Lisäksi äidille tehdään yksilöllinen suunnitelma siitä, kuinka hän selviää negatiivisista asioista nykyhetkessä ja lähitulevaisuudessa. Ennen interventiota sitä toteuttavat kättilöt saivat koulutuksen, joka sisälsi kirjallisia ohjeita, digitaalisia kuvauksia ohjauksesta ja työpajoja. (Reed ym. 2014, 270.) Tutkimuksessa ilmeni, että kättilöt kokivat intervention toteuttamisen haastavana ja erityisesti omien toimintatapojen muuttaminen oli vaikeaa. Kättilöt kuitenkin oppivat kuuntelemaan paremmin, saamaan esiin äitien tunteita ja olemaan pelkäämättä itkua tai hiljaisuutta. Lisäksi kättilöt saivat rohkeutta puhua vaikeista asioista, oppivat olemaan paremmin läsnä ja ymmärsivät, ettei pidä tehdä oletuksia naisten emotionaalisesta hyvinvoinnista. Kättilö kokivat kasvaneensa niin henkilökohtaisesti kuin ammatillisesti, ja he saivat taitoja auttaa itseään, kollegoitaan ja perheenjäseniään stressaavissa tilanteissa. Intervention toteuttaminen oli kättilöiden mielestä voimaannuttavaa ja palkitsevaa, ja he kokivat myös pätevyyden tunnetta ja itseluottamuksen kasvua. Kättilöille oli myös tärkeää luoda äidille merkityksellinen kokemus. Osa tutkimukseen osallistuneista kättilöistä ei kokenut synnytyskokemusten läpikäyntiä miellyttäväksi, he epäilivät kykyjään käyttää taitojaan ja kokivat intervention toteuttamisen vaikeaksi. He myös raportoivat joutuneensa pois mukavuusalueeltaan ja olivat sitä mieltä, että intervention toteuttaminen ei sovi joka kättilölle. (Mts. 272–273.)

Chrzan-Dętkoś ja muut (2021) tutkivat imetysohjauksen vaikutuksia äitien imetysluottamukseen ja synnytyksen jälkeiseen mielenterveyteen. Puolassa toteutettu interventio piti sisällään 1,5 tunnin mittaisen ohjauksen imetyspoliklinikalla. Tapaamisen aikana lapsi punnittiin ja mitattiin ja ruokintatavoista keskusteltiin. Imetysohjaajiksi koulutetut kättilöt rohkaisivat äitejä imettämään sekä opettivat ja harjoittelivat imetystekniikoita äitien kanssa. Lisäksi kättilöt kysyivät äideiltä heidän hyvinvoinnistaan ja siitä, kuinka he ovat pärjänneet synnytyksen jälkeen. Tutkimuksessa ilmeni, että ohjauksen ansiosta täysimetys ja sekaruokinnassa yli 50 % imetys lisääntyivät. Interventioryhmissä todettiin kasvua äitien kokemassa imetysluottamuksessa. Lisäksi somaattisten oireiden ja toiminnallisten häiriöiden vaikeus vähenivät. Tutkimuksessa huomattiin, että imetysluottamuksella

ja mielenterveyden mittareilla oli yhteys ennen imetysohjausta, mutta ei kuitenkaan enää kuukausi intervention jälkeen. Näyttäisikin siltä, että alkuperäinen heikko imetysluottamus ennustaa mielenterveysoireita, kuten somaattisia oireita, ahdistusta, unettomuutta, toiminnallisia häiriöitä, masennusoireita ja yleisiä terveysongelmia. Imetysohjaukseen hakeutuvilla äideillä näyttääkin olevan lisääntyneitä mielenterveydellisiä haasteita, ja imetysohjauksen avulla nämä haasteet voivat vähentyä samalla kun imetysluottamus lisääntyy. (Chrzan- Dętkoś ym. 2021, 4–5.)

Posmontier ja kumppanit (2016) tutkivat USA:ssa kättilön toteuttaman puhelinvälitteinen interpersonallinen psykoterapian vaikutuksia äitien synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Intervention toteuttaneet kättilöt saivat 16 tunnin mittaisen koulutuksen sekä moniammatillisen tiimin tuen ohjaukseen. Interventio sisälsi kahdeksan noin 50 minuutin mittaista puhelinkeskustelua. Tutkimuksen verrokkiryhmä puolestaan ohjattiin mielenterveyspalvelujen piiriin. Ensimmäisissä istunnoissa synnytyksen jälkeisen masennuksen diagnoosi todennettiin ja selvitettiin äidin sosiaalinen toimintakyky, läheiset suhteet, kommunikointitavat, ihmissuhdeodotukset ja masennuksen sosiaalinen konteksti. Äitiä opetettiin masennuksen syistä, autettiin omaksumaan ”sairaana rooli” ja vakuutettiin, ettei sairaus ole hänen syytään. Keskivaiheessa tehtiin kommunikaatio- ja päätöksentekoaanalyysi ja pyrittiin muuttamaan käyttäytymistä ihmissuhteiden toimintahäiriöiden ratkaisemiseksi, jolloin äidit oppivat kommunikoimaan tarpeistaan tehokkaasti ja osallistamaan tukiverkkonsa. Viimeisissä tapaamisissa ohjaaja arvioi hankittuja ihmissuhdetaitoja, vahvisti äidin kykyjä ja keskusteli terapiasuhteen lopettamisesta. (Posmontier ym. 2016, 457–458.) Tutkimuksen tulokset osoittivat, että interventio vähensi hoitoon pääsyn vaikeutta ja stigmatisoitumisen tunnetta ja lisäsi äitien mukavuuden tunnetta, kun he saivat hoitoa luotetulta palveluntarjoajalta. Masennusoireiden vaikeusaste laski merkittävästi interventioryhmässä ja interventioryhmän äidit osallistuivat hoitokontakteihin kontrolliryhmän jäseniä useammin. Tutkimuksen tulokset tukivat intervention vaikuttavuutta ja sopivuutta. Tutkijat toivat kuitenkin esiin, että intervention toteuttaminen ei ehkä sovi kaikille kättilöille, sillä osa interventiota toteuttaneista kättilöistä jättäytyi pois kesken tutkimuksen. (Mts. 462.)

6.4 Mielenterveyden edistämiseen vaikuttavat tekijät

Estävät tekijät

Tekijät, jotka vaikeuttavat ja estävät mielenterveyden huomioimista ja hoitoa osana kätilön työtä voidaan jaotella osaamisen ja koulutuksen puutteeseen sekä organisaation aiheuttamiin ongelmiin. Kätilöt kokevat puutteita osaamisessaan ja itseluottamuksessaan, minkä ajatellaan olevan seurausta koulutuksen puutteesta (Coates & Foureur 2019, 401) ja kätilöt kokevat tarvetta saada koulutusta (Madden ym. 2018, 567). Kuitenkin mahdollisuudet päästä koulutukseen ja mielenterveyttä koskevan tiedon lähteille koetaan rajallisina. (Coates & Foureur 2019, 401.)

Organisaatiolähtöisissä estävissä tekijöissä korostuu ajan puute (Coates & Foureur 2019, 401; Fletcher ym. 2021, 1410; Madden ym. 2018, 567; Noonan ym. 2017, 67). Se näkyy kiireenä ja vastaanottokäyntien aikarajoituksina (Fletcher ym. 2021, 1410; Noonan ym. 2017, 67). Äitejä ei ehkä tavata riittävän usein (Coates & Foureur 2019, 401) ja synnytyksen jälkeen hoitajaksot ovat niin lyhyitä, ettei mahdollisuutta mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen ole (Noonan ym. 2017, 67). Suuri työmäärä (Coates & Foureur 2019, 401; Fletcher ym. 2021, 1410) ja henkilöstömäärän vajaukset ovat myös osaltaan heikentämässä mielenterveyden hoitoa. Kätilöt epäröivät keskustella mielenterveydestä suuren työtaakan vuoksi ja myös äidit epäröivät puhua mielenterveydestään nähdessään kätilöiden työn haasteet ja aistiessaan kireän ilmapiirin. (Fletcher ym. 2021, 1410–1411.) Myös yksityisyyden puute nähdään mielenterveyshäiriöistä keskustelun esteenä (Coates & Foureur 2019, 401). Puutteita on myös hoidon jatkuvuudessa (Coates & Foureur 2019, 402; Fletcher ym. 2021, 1411), mikä johtaa siihen, ettei äidin ja kätilön välille pääse muodostumaan pitkäaikaista luottamuksellista suhdetta, joka auttaisi äitejä kertomaan ongelmistaan (Fletcher ym. 2021, 1411). Tämän ohessa ristiriidat organisaation prioriteettien kanssa, palveluiden pirstaleisuus sekä yhteistyön ja tuen puute eri toimijoiden välillä vaikeuttavat kätilöiden työtä. (Coates & Foureur 2019, 401–402). Tärkeänä osa-alueena organisaatioilta kaivataan myös selkeitä hoito-ohjeita ja hoitopolkuja mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseksi ja hoitamiseksi (Madden ym. 2018, 567; Noonan ym. 2017, 67).

Edistävät tekijät

Perinataalisiin mielenterveyden haasteisiin vastaamiseksi merkittävänä edistävänä tekijänä nähdään hoidon jatkuvuus ja pitkät hoitosuhteet. Tilanteissa, joissa sama kätilö hoitaa äitiä läpi raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan, kätilö oppii tuntemaan äidin ja mielenterveyshäiriöiden

tunnistaminen näin helpottuu. (Fletcher ym. 2021, 1411; Noonan ym. 2017, 67.) Toisaalta jo pelkien vastaanottoaikojen ollessa pidempiä hoitosuhde pääsee kehittymään niin, että äitien on helpompi avautua ongelmistaan (Fulford & Kornelsen 2018, 13). Yksikössä saatavilla olevat mielenterveyspalvelut helpottavat osaltaan kätilöiden työtä, sillä kätilöt kokevat, että mielenterveydestä on helpompi puhua, kun heille itselleen on tarjolla mielenterveyden osaajien tukea ja toisaalta jatkohoitoon ohjaaminen on tarpeen ilmetessä helpompaa (Fletcher ym. 2021, 1411). Myös kätilöiden organisaatiolta saama tuki koetaan merkittävänä (Coates & Foureur 2019, 401).

Mielenterveyteen liittyvällä koulutuksella näyttäisi olevan useita positiivisia vaikutuksia kätilöiden osaamiseen. Koulutuksen on raportoitu lisäävän ymmärrystä mielenterveydestä ja auttamisen keinoista (Fletcher ym. 2021, 1412). Koulutuksen avulla kätilöt ovat saaneet käyttöönsä keinoja tunnistaa, hoitaa ja ohjata äitejä, joilla on mielenterveyden haasteita. Kaikkiaan kätilöiden tieto, taito ja itseluottamus ovat lisääntyneet koulutuksen myötä. (Carroll ym. 2018, 34; Coates & Foureur 2019, 401; Noonan ym. 2017, 67.) Joskin kaikissa tapauksissa koulutuksesta ei ole ollut hyötyä itseluottamuksen kasvamiseksi (Noonan ym. 2017, 67).

Oman hyvinvointinsa tukemiseksi kätilöiden mielestä on tärkeää voida vaikuttaa omaan työhönsä. Myös mahdollisuus keskustella kollegoiden kanssa vaikeista tilanteista koetaan ratkaisevan tärkeäksi. (Fulford & Kornelsen 2018, 15–16.) Kätilöt kokevatkin kollegoiltaan saamansa vertaistuen merkittävimmäksi tukimuodoksi. Tämän lisäksi kliininen ohjaus ja mentorointi koetaan tärkeiksi. (Noonan ym. 2017, 67–68.) Useissa tutkimuksissa nousee esiin myös tarve debriefing-tyyppiselle asioiden läpikäymiselle (Fletcher ym. 2021, 1412; Fulford & Kornelsen 2018, 15; Noonan ym. 2017, 67).

7 Pohdinta

7.1 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavan, uskottavan ja eettisesti hyväksyttävän tutkimuksen perustana on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Sen lähtökohtina ovat rehellisyys, avoimuus, vastuullisuus, huolellisuus ja tarkkuus niin itse tutkimusprosessissa kuin prosessin ja tulosten kuvaamisessa. Sekä tiedonhankinta-, tutkimus- että arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Muiden tutkijoiden tekemää työtä ja saavutuksia tulee kunnioittaa ja viitata

heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset ohjaavat niin tutkimuksen suunnittelua ja toteutusta kuin raportointia ja syntyneen tietoaineiston tallennusta. (Hyvä tieteellinen käytäntö... 2012, 6.) Tässä opinnäytetyössä on toimittu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen.

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on luotettavan tiedon tuottaminen ja siksi tutkimuksen luotettavuuden arviointi on ehdoton osa tutkimusprosessia. Arvioimalla luotettavuutta selvitetään, kuinka totuudenmukaista tutkimuksella tuotettu tieto on. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.) Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin koko tutkimusprosessin ajan ja kaikki tehdyt ratkaisut pyrittiin kirjoittamaan auki niin, että lukija ymmärtää ratkaisujen perusteet. Tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan tarkasti tutkimusartikkeleiden haku- ja valintaprosessista aineiston analyysiin. Myös katsauksen tulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Koska tutkimuksen kohteena oli jo olemassa oleva, julkinen tieto, sen hankkiminen ja säilyttäminen eivät aiheuttaneet eettisiä ongelmia. Raportti on kirjoitettu alkuperäisten tutkijoiden työtä kunnioittaen ja lähdeviitteet on merkitty asianmukaisesti.

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus tulee toteuttaa noudattaen tarkkoja ja systemaattisia menetelmiä (Whittemore & Knafl 2005, 547). Opinnäytetyön tekijällä ei ollut aiempaa kokemusta integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tekemisestä ja myös temaattisen analyysin tekemisessä hän oli kokematon. Opinnäytetyön tekijä kuitenkin perehtyi menetelmiin huolellisesti ennen tutkimusprosessin aloittamista. Tutkimuksen tekoa ohjasi huolellisesti tehty tutkimussuunnitelma. Kokemattomuus saattoi kuitenkin vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Luotettavuuteen on voinut vaikuttaa niin myös kutsuttu holistinen harhaluulo, mikä tarkoittaa tilannetta, jossa yksin työskentelevä tutkija sokeutuu omalle tutkimukselleen ja uskoo johtopäätöksensä olevan oikeita, vaikkei näin välttämättä ole (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197). Tutkimuksen luotettavuutta olisikin lisännyt, jos tutkijoita olisi ollut useampi.

Tekemällä laajempia aineistohakuja väljentämällä hakusanoja ja lisäämällä tietokantoja, aineistoa olisi voinut löytyä enemmän. Aineistojen seulominen suuremmasta määrästä ei olisi kuitenkaan ollut tarkoituksenmukaista. Ennalta suunnitellun aineistohaun lisäksi tehtiin hakuja Google-hakukoneen avulla. Vaikka näin löytyneet aineistot olivat luotettavia, haut itsessään eivät ole toistettavissa, joten se voi osaltaan heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Käymällä valittujen aineistojen

lähdeluettelot läpi ja etsimällä sieltä mahdollista aineistoa katsaukseen olisi voitu löytää lisää tutkimusongelmaan vastavia lähteitä. Tämä jätettiin kuitenkin tekemättä, ettei aineiston määrä paisuisi liikaa. Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää myös se seikka, että tutkimuksen aineistohaku rajattiin vain suomen- ja englanninkielisiin artikkeleihin ja mahdolliset muunkieliset aiheita koskevat julkaisut jäivät näin ollen katsauksen ulkopuolelle.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että aineistohakuja suunniteltaessa hyödynnettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun informaation osaamista. Myös useiden tietokantojen käyttö aineistohaussa lisäsi luotettavuutta. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkeleiden laatu arvioitiin Joanna Briggs Instituten Critical Appraisal Tools -tarkistuskriteerejä hyödyntäen ja mukaan valittiin vain luotettavia lähteitä. Koska aineistohakuprosessi tuotti tulokseksi vain vertaisarvioituja, tieteellisissä julkaisuissa julkaistuja artikkeleita, jotka myös läpäisivät laadunarvioinnin, voidaan aineistoa pitää luotettavana.

Tutkimuksen tulokset esittävät universaalin kuvauksen kättilön mielenterveysosaamisesta, heidän käyttämistään hoitotyön menetelmistä ja mielenterveyden edistämiseen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimukseen valikoituneiden artikkeleiden julkaisumaat painottuvat perinataalipsykologian saralla johtaviin maihin, mikä sinällään voi vääristää tuloksia. Terveystieteiden tutkimusten rakenne ja toiminta sekä kättilön työnkuva ja rooli äitiyshuollossa vaihtelevat kohdemaasta riippuen, joten tutkimustuloksia ei voida soveltaa suoraan suomalaiseen eikä muunkaan maalaiseen hoitotyöhön.

7.2 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä kättilöiden mielenterveysosaaminen jaettiin kolmeen osa-alueeseen, tiedot, taidot ja asenteet. Wadehulin, Jarrettin, Jomeenin ja Martinin (2018) mukaan kättilötyön harjoittaminen perinataaliaikaisen mielenterveyden hoidossa voidaan jaotella viiteen osa-alueeseen: tieto, itseluottamus, asenne, käsitykset sairaudesta ja infrastruktuuri. Tutkijoiden mukaan tieto pitää sisällään mielenterveyteen liittyvät kysymykset, mielenterveyden arvioinnin, hoidon ja jatko- hoitoon ohjaamisen sekä ihmissuhdetaidot. Itseluottamuksella tarkoitetaan ammatillista itseluottamusta. Asenteet jaotellaan omaan rooliin ja mielenterveyshäiriöistä kärsiviin naisiin kohdistuviin asenteisiin. Käsitykset sairaudesta liittyvät sairauteen vaikuttaviin tekijöihin, yleisyyteen, oireisiin, seurauksiin, hoitoon ja paranemiseen. Infrastruktuurin alle kuuluvat aikapaineet, hoitopolut ja saatavilla olevat palvelut, hoidon järjestäminen, koulutus ja tuki. (Wadehul ym. 2018, 2267.) Nämä

samat sisällöt toistuvat tämän opinnäytetyön tuloksissa. Vaikka lähestymiskulma asiaan on hieman erilainen, yhtäläisyyksiä on löydettävissä paljon. Wadephul kumppaneineen yhdistävät kättilöiden tiedot ja taidot saman ”tieto”-teeman alle. Tässä opinnäytetyössä puolestaan Wadephulin ja muiden teema ”käsitykset sairaudesta” on kuvattu ”tieto”-teeman sisällä ja infrastruktuuria kuvataan mielenterveyttä edistävää työtä estävien ja edistävien tekijöiden kautta.

Jotta kättilöt voivat tarjota kokonaisvaltaista ja laadukasta mielenterveyttä tukevaa hoitoa, he tarvitsevat tietoa, taitoa, kokemusta, itseluottamusta ja riittävästi aikaa potilaan kohtaamiseen (Specialist Mental Health... 2014, 6). Tämän opinnäytetyön tulokset osoittivat, että kättilöillä on monenlaista niin tiedollista kuin taidollista osaamista mielenterveyttä edistävästä työstä. Kuitenkin he kokevat puutteita osaamisessaan ja toivovat lisäkoulutusta. Kaikkien kättilöiden tulisikin saada perinataaliaikaiseen mielenterveyteen liittyvää koulutusta sekä opiskeluaikana että valmistumisen jälkeen niin tietojen, taitojen kuin itseluottamuksenkin lisäämiseksi (Specialist Mental Health... 2014, 6). Vaikka asenteet mielenterveyttä tukevaa työtä kohtaan ovat pääosin positiivisia, on niissäkin parantamisen varaa. Koulutuksesta voisi olla hyötyä myös asenteiden muuttamiseksi.

Kättilöiden käyttämät menetelmät mielenterveyden edistämiseksi perinataaliaikana ovat mielenterveyshäiriöiden arviointi ja tunnistaminen, ohjaus ja ongelmien ennaltaehkäisy, hoitaminen eri keinoin sekä tarpeen vaatiessa jatkohoidon järjestäminen. Jokapäiväisissä kohtaamisissa äitien kanssa korostuvat oikeiden asioiden kysyminen, oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Ongelmista puhumisen mahdollistaminen, kuunteleminen ja ohjaaminen nousevat yhtä lailla merkittävään asemaan. Luottamuksellinen hoitosuhde ja turvallinen ympäristö erilaisten kommunikaation tukkeiden ohella auttavat äitejä avautumaan ongelmistaan.

On arvioitu, että jopa puolet perinataalisesta masennuksesta ja ahdistuksesta jää tunnistamatta (Bauer ym. 2014, 5), mikä puhuu järjestelmällisen seulonnan tarpeesta. Suomalainen Käypä hoito -suositus depression hoidosta ohjeistaakin, että synnytyksenjälkeistä masennusta olisi suositeltavaa seuloa esimerkiksi EPDS:n avulla (Depressio: Käypä hoito -suositus 2021). Vastaavat suositukset Australiassa ohjeistavat käyttämään EPDS-seulaa myös raskausaikana (Austin, Middleton, Reilly & Highet 2013, 5). Oireiden tunnistaminen ei kuitenkaan takaa näyttöön perustuvaa hoitoa (Bauer ym. 2014, 5), mistä puolestaan voisi päätellä, että selkeät hoito-ohjeet ja hoitopolut olisivat tarpeellisia. Suomessa perinataalisen mielenterveyden hoitokäytännöt ovat vaihtelevia, hoitopoluissa

on puutteita ja palvelujen saatavuus vaihtelee suuresti alueittain. Kansalliset selkeät ohjeistukset ja yhtenäiset hoitolinjat olisivatkin tarpeen. (Taka-Eilola 2020.)

Alderdice ja muut (2013) totesivat katsauksia koskevassa katsausartikkelissaan, että kättilön roolia äitien mielenterveyden ja hyvinvoinnin tukena ei ole pystytty nostamaan esiin huolimatta äidin ja kättilön tiiviistä kontaktista raskausaikana. He myös esittivät, että kättilön roolia mielenterveyden tukena raskaus- ja lapsivuodeaikana ei ole tutkittu riittävästi ja vaikka tutkimuksissa oli noussut esiin lupaavia interventioita, ne vaativat vielä lisätutkimusta. (Alderdice ym. 2013, 398.) Opinnäytetyön aineistot osoittivatkin, että lisätutkimusta on tehty. Myöhemmin tehdyt kirjallisuuskatsaukset (Coates & Foureur 2019; Wang ym. 2021) osoittivat, että kättilöiden toteuttamista interventiosta on ollut hyötyä äitien mielenterveydelle. Myös tässä katsauksessa esitettyjen yksittäisiä interventioita koskevien tutkimusten tulokset olivat lupaavia. Toisaalta kaikkien esiteltyjen interventioiden hyödyllisyydestä ei ollut vielä näyttöä tutkimuksen puuttuessa.

Tässä opinnäytetyössä tunnistettiin useita yleisiä kättilöjohtoisia interventiota, kuten synnytysvalmennus, elämäntapavalmennus, synnytyksen jälkeinen kotikäynti ja imetysohjaus. Nämä interventiot tukevat äitien mielenterveyttä ja ennaltaehkäisevät mahdollisia perinataalisia mielenterveyshäiriöitä. Lisäksi kättilöt toteuttavat mielenterveyshäiriöiden riskissä oleville tai niistä kärsiville äideille kohdennettuja interventioita, kuten erilaiset ohjausinterventiot, synnytyspelkovastaanotto, synnytyksen jälkeinen keskustelu ja puhelinvälitteinen psykoterapia. Näytön aste interventioiden hyödyllisyydestä ja tehokkuudesta vaihtelee. Kokonaisuudessaan voidaan kuitenkin sanoa, että kättilöt ovat kykeneviä ja otollisessa asemassa toteuttamaan näitä interventioita. Näin ollen kättilöjohtoisia interventioita voi ja kannattaa kehittää edelleen.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidoksi on suositeltu kognitiivis-behavioraalista, interpersoonallista ja psykodynaamista psykoterapiaa varsinkin, jos äidin elämässä on masennukselle altistavia ongelmia (Depressio: Käypä hoito -suositus 2021; Austin ym. 2013, 5). Myös raskauden aikaisen masennuksen hoidossa psykoterapeuttiset hoitomuodot ovat ensisijaisia lääkehoitoon nähden (Depressio: Käypä hoito -suositus 2021). Posmontierin ja kumppaneiden (2016) tutkimus puhui sen puolesta, että kättilöt voisivat lyhyen koulutuksen jälkeen toteuttaa puhelimitse interpersoonallista psykoterapiaa. Tästä herääkin ajatus, voisiko kyseinen interventio levitä laajempaankin käyttöön ja voisiko muitakin psykoterapian muotoja hyödyntää kehitettäessä kättilöjohtoisia interventioita.

Tässä opinnäytetyössä mielenterveyttä edistävän kättilötyön esteinä kuvautuivat kättilöiden osaamisen ja koulutuksen puute sekä organisaatiolähtöiset tekijät: ajan puute, kiire, henkilöstövajaukset, hoidon jatkuvuuden puute, palveluiden pirstaleisuus ja yhteistyön puute eri toimijoiden kanssa. Edistäviksi tekijöiksi puolestaan ilmenivät hoidon jatkuvuus ja pitkät hoitosuhteet, yhteistyö eri toimijoiden kanssa, organisaation tuki, koulutus ja kättilöiden mahdollisuus vaikuttaa ja saada tukea omaan työhönsä. Perinataaliaikaisten mielenterveyspalvelujen kehittämisen suurimmiksi esteiksi on vastaavasti listattu ongelmat perinataaliaikaisten mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa, hoidon jatkuvuuden puute sekä puutteet ammattilaisten osaamisessa ja itseluottamuksessa keskustella mielenterveyteen liittyvistä asioista (Bauer ym. 2014, 34). Pyrkimys edistää äitien mielenterveyttä perinataaliaikana pitäisikin olla määriteltynä organisaatiotasolla. Organisaation tulisi myös tarjota riittävät resurssit laadukkaan hoidon tarjoamiseksi.

Tarve moniammatilliselle yhteistyölle perinataalisen mielenterveyden edistämiseksi on olemassa (Taka-Eilola 2020). Parhaan mahdollisen hoidon takaamiseksi onkin esitetty, että kaikkien perinataaliaikaista hoitoa tarjoavien tahojen tulisi työskennellä niin, että heillä on yhteinen näkemys myös mielenterveyden tukemisesta. Johtajien vastuulla on asettaa selkeät tavoitteet henkilöstölle, johtaa muutosta tehokkaasti ja tukea henkilöstöä sisällyttämään mielenterveyden tukeminen osaksi työtään. Perinataalimielenterveyteen liittyvä koulutus, tuki ja keskustelumahdollisuudet ovat henkilöstön osaamisen kannalta elintärkeitä. Laadukkaan hoidon edellytyksenä on selkeät hoitopolut ja asianmukaiset jatkohoitomahdollisuudet. Myös henkilöstöä tukeva organisaatiokulttuuri on merkittävässä asemassa. (Marks 2017, 101–102.)

Pietikäisen (2019) mukaan perinataaliajan mielenterveyshäiriöiden hoitoa olisi syytä tehostaa, vaikka suomalainen neuvolajärjestelmä onkin toimiva. Erikoissairaanhoidon onkin esitetty perustettavaksi perinataalipsykiatrisia poliklinikoita, joissa psykiatrian, gynekologian ja lastenpsykiatrian tiimit hoitaisivat vakavimpia perinataaliajan mielenterveyshäiriöitä yhteistyössä. (Pietikäinen, Taka-Eilola & Paunio 2019, 1810.) Esimerkiksi Englannissa ja Irlannissa on saatavilla mielenterveyden erikoistuneen kättilön palveluita kaikissa synnytysyksiköissä (Specialist mental health... 2014, 3; Fletcher ym. 2021, 1404). Irlantilaisessa hoitomallissa äideille tehdään mielenterveyden arviointi ensimmäisellä raskausajan käynnillä ja ne äidit, joilla on ollut tai joilla epäillään olevan mielenterveyshäiriö, ohjataan perinataalimielenterveyspalvelujen piiriin. Vakavista häiriöistä kärsivät ohjataan erityisen mielenterveystiimin hoitoon, kun taas lievempien häiriöiden kanssa äidit ohjautuvat

mielenterveyteen erikoistuneen kättilön hoitoon. (Shannon 2019.) Vastaava malli voisi toimia myös suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Mielenterveyskättilön vastaanotot tukisivatkin hoidon jatkuvuutta ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Vastaanotoilla kättilöillä olisi mahdollisuus yhdistää osaamisensa raskaus- ja lapsivuodeajan seurannasta ja hoidosta mielenterveysosaamiseensa ja tarjota äideille kokonaisvaltaista mielenterveyttä edistävää hoitoa.

Nykyisin perinataaliaikaista mielenterveyttä ymmärretään aiempaa paremmin ja sitä on nostettu kansainvälisellä tasolla esiin osana hyvää ja laadukasta perinataaliajan hoitoa. Mielenterveyttä voi ja kuuluu edistää myös terveiden ja riskiryhmiin kuulumattomien kohdalla, vaikka ensisijainen huomio ehkä kiinnittyykin haavoittuvassa asemassa oleviin. Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että äitien mielenterveyden edistäminen raskaus- ja lapsivuodeaikana on äärimmäisen tärkeä ja erottamaton osa kättilön työtä.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä opinnäytetyössä muodostettiin kattava kuva siitä, miten mielenterveyden edistäminen näyttäytyy osana kättilön työtä. Sen perustana on tiedoista, taidoista ja asenteista rakentuva osaaminen. Kokonaisuudessaan voidaan sanoa, että kättilöillä on monenlaista mielenterveysosaamista, mutta siinä on myös puutteita ja lisäkoulutukselle on selkeä tarve. Sekä kättilöopintojen aikaista että täydentävää perinataalimielenterveyteen liittyvää koulutusta tulisivat lisätä ja kehittää.

Kättilöiden päivittäisessä työssä mielenterveyden edistäminen näyttäytyy arvioinnin, päätöksenteon, hoitotyön ja jatkohoitoon ohjaamisen kautta. Kättilöt edistävät mielenterveyttä pysähtyen, kuunnellen, arvioiden, ohjaten ja tukien odottavia ja synnyttäneitä äitejä. Työn tueksi kuitenkin tarvittaisiin selkeitä hoito-ohjeita ja hoitopolkuja, joiden avulla kättilöt voisivat tarjota näyttöön perustuvaa ja tasalaatuista hoitoa kaikille äideille.

Erilaisia mielenterveyttä tukevia ja edistäviä kättilöjohtoisia interventioita on kehitetty niin kaikille äideille kuin kohdennetuille riskiryhmille. Vaikka kaikkien interventioiden hyödyistä äitien mielenterveydelle ei ole näyttöä, myös hyödyllisiä interventioita näyttäisi olevan. Erilaisia interventioita olisivatkin syytä kehittää lisää sekä tutkia niiden toimivuutta ja vaikuttavuutta.

Mielenterveyttä edistävän työn taustalla vaikuttavat useat estävät ja edistävät tekijät, joista kätilöiden osaamisen ja koulutuksen lisäksi korostuvat organisaatiolähtöiset tekijät. Kätilöiden tahtotila edistää mielenterveyttä ei siis yksin riitä, vaan ympärille tarvitaan myös toimiva infrastruktuuri, joka tukee kätilön roolia mielenterveyden edistäjänä. Näin ollen mielenterveyden edistämisen tärkeys tulisi huomioida niin kätilötyön johtamisessa kuin laajemmassakin mittakaavassa organisaation ja terveydenhuoltojärjestelmän tasolla.

Tässä opinnäytetyössä rajattiin synnytyspelkoa koskevat tutkimukset katsauksen ulkopuolelle. Tuloksista käy kuitenkin ilmi, että synnytyspelkoon liittyvistä kätilötyön interventioista olisi hyötyjä äitien mielenterveydelle. Jatkotutkimusaiheena voisikin tutkia millä menetelmillä kätilöt hoitavat synnytyspelkoa. Opinnäytetyön tuloksista ei käy ilmi, kuinka perinataalimielenterveyden edistäminen ja hoitaminen näyttäytyvät suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää kuinka mielenterveyden edistäminen näyttäytyy suomalaisessa kätilötyössä. Lisäksi jatkotutkimusta voisi tehdä äitien kokemuksista heidän mielenterveytensä huomioimisesta ja hoitamisesta perinataaliaikana. Jotkin tässä opinnäytetyössä käsitellyt interventiot keskittyivät hoitoprosessin kehittämiseen ja lisäksi hoito-ohjeiden ja hoitopolkujen olemassaolossa ja saataavuudessa ilmeni puutteita. Jatkossa voisikin tutkia millaisia hoitopolkuja äitien perinataaliaikaisten mielenterveyshäiriöiden hoitoon on olemassa. Myös mielenterveyteen erikoistuneiden kätilöiden rooli perinataaliaikaisen mielenterveyden hoidossa olisi kiinnostava jatkotutkimusaihe.

Lähteet

Alhusen, J. L., Ayres, L. & DePriest, K. 2016. Effects of Maternal Mental Health on Engagement in Favorable Health Practices During Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61, 210–216. Viitattu 18.4.2020. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12407>.

Antenatal and postnatal mental health. 2016. NICE Quality standard. Viitattu 10.2.2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs115>.

Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. NICE Clinical guideline. Viitattu 10.2.2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.

Austin, M.-P. V., Middleton, P., Reilly, N. M. & Highet, N. J. 2013. Detection and management of mood disorders in the maternity setting: The Australian Clinical Practice Guidelines. *Women and Birth* 26, 2–9. Viitattu 9.11.2021. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.12.001>.

Barry, M. M. & Jenkins, R. 2007. Implementing mental health promotion. Edinburgh ja New York: Churchill Livingstone. Viitattu 5.2.2020. <http://hdl.handle.net/10379/5285>.

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V. & Adelaja, B. 2014. The costs of perinatal mental health problems. Centre for Mental Health. Viitattu 10.12.2020. https://www.nwscnse-nate.nhs.uk/files/3914/7030/1256/Costs_of_perinatal_mh.pdf.

Bjelica, A. Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A. & Mladenovic-Segedi, L. 2018. The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekologia Polska*, 89, 2, 102–106. Viitattu 1.10.2020. https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/GP.a2018.0017/43305.

Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K. & Fenwick, J. 2014. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30, 2, 255–261. Viitattu 11.12.2020. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001>.

Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 2, 77–101. Viitattu 11.11.2021. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

Butcher, H. K, Bulechek, G. M, Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. 2018. Nursing Intervention Classification (NIC). 7. painos. St. Louis: Elsevier.

Carin, M., Lundgren, I. & Bergbom, I. 2011. First time pregnant women's experiences in early pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6, 2, 5600. Viitattu 24.11.2020. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i2.5600>.

Caring for Women with Mental Health Problems - Standards and Competency Framework for Specialist Maternal Mental Health Midwives. 2015. The Royal College of Midwives. Viitattu 10.2.2021. <https://maternalmentalhealthalliance.org/wp-content/uploads/Caring-for-Women-with-Mental-Health-Problems-Standards-and-Competency-Framework-for-SMHMs-2015.pdf>.

Critical Appraisal Tools. N.d. Joanna Briggs Institutien verkkosivut. Viitattu 28.2.2020. <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>.

Da Costa, D., Dritsa, M., Verreault, N., Balaa, C., Kudzman, J. & Khalifé, S. 2010. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 3, 249–257. Viitattu 28.4.2020. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-009-0104-3>.

Dean, C., Bannigan, K. & Marsden, J. 2018. Reviewing the effect of hyperemesis gravidarum on women's lives and mental health. *British Journal of Midwifery*, 26, 2, 109–119. Viitattu 24.4.2020. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.2.109>.

Definitions of Major Groups, Sub-major Groups, Minor Groups and Unit Groups. 2008. International Standard Classification of Occupations ISCO-08 Part 3: Group definitions. Pdf-tiedosto. ILO - International Labour Organization. Viitattu 11.3.2020. <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/groupdefn08.pdf>.

Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S. & Pitman, R. K. 2019. Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 817–824. Viitattu 14.12.2020. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 9.11.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

DiPietro, J. A. 2010. Psychological and Psychophysiological Considerations Regarding the Maternal–Fetal Relationship. *Infant and Child Development*, 19, 27–38. Viitattu 8.12.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835168/pdf/nihms-158578.pdf>.

Fairbrother, N., Young, A. H., Zhang, A., Janssen, P. & Antony, M. M. 2017. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 311–319. Viitattu 27.4.2020. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-016-0704-7>.

Fenech, G. & Thomson, G. 2014. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery* 30, 185–193. Viitattu 8.11.2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.00>.

Frayne, J., Nguyen, T., Allen, S., Hauck, Y., Liira, H. & Vickery, A. 2019. Obstetric outcomes for women with severe mental illness: 10 years of experience in a tertiary multidisciplinary antenatal clinic. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300, 889–896. Viitattu 20.1.2021. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05258-x> tai <https://rdcu.be/cdT9Z>.

Garcia, E. R. & Yim, I. S. 2017. A systematic review of concepts related to women's empowerment in the perinatal period and their associations with perinatal depressive symptoms and premature birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 347. Viitattu 10.3.2020. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-017-1495-1>.

Heun-Johnson, H., Seabury, S. A., Menchine, M., Claudius, I., Axen, S. & Lakshmanan, A. 2019. Association between maternal serious mental illness and adverse birth outcomes. *Journal of Perinatology* 39, 737–745. Viitattu 21.1.2021. <https://www.nature.com/articles/s41372-019-0346-5>.

- Hoffman, C., Dunn, D. M. & Njoroge, W. F. M. 2017. Impact of Postpartum Mental Illness Upon Infant Development. *Current Psychiatry Reports*, 19, 100. Viitattu 11.12.2020. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-017-0857-8>.
- Hopia, H. Latvala, E. & Liimatainen, L. 2016. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 662–669. Viitattu 21.2.2020. <https://janet.finna.fi/Cinahl>.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A. & Milgrom, J. 2014. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384, 1775–1788. Viitattu 28.2.2020. <http://postpartumstress.com/wp-content/uploads/2012/03/Perinatal-nonpsychotic-disorders-Howard-2014-Lancet.pdf>.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki. Viitattu 29.10.2021. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Implementing the five year forward view for mental health. 2016. Lontoo: NHS England. Viitattu 11.11.2020. www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/07/fyfv-mh.pdf.
- International Definition of the Midwife. 2017. International Confederation of Midwives. Viitattu 5.2.2020. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf.
- Javadifar, N., Majlesi, F., Nikbakht, A., Nedjat, S. & Montazeri, A. 2016. Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *Journal of Family and Reproductive Health*, 10, 3, 146–153. Viitattu 20.11.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241359/pdf/JFRH-10-146.pdf>.
- Kang-Yi, C. D., Kornfield, S. L., Epperson, C. N. & Mandell, D. S. 2018. Relationship Between Pregnancy Complications and Psychiatric Disorders: A Population-Based Study With a Matched Control Group. *Psychiatric Services*, 69, 3, 300–307. Viitattu 14.12.2020. <https://ps.psychiatryon-line.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201700097>.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kataja E.-L. 2018. The role of maternal depressive and anxiety symptoms in maternal cognitive processing during pregnancy and infant attentional processing of emotional faces at the age of eight months – the FinnBrain Birth Cohort Study. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 23.4.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7466-5>.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.
- Lewis, A. J., Galbally, M. & Bailey, C. M. 2012. Perinatal mental health, antidepressants and neonatal outcomes: findings from the Longitudinal Study of Australian Children. *Neonatal, paediatric and child health nursing*, 15, 3, 21–27. Viitattu 11.3.2020. <https://janet.finna.fi/Cinahl>.
- Maguire, M. & Delahunt, B. 2017. Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. *All Ireland Journal of Higher Education*, 9, 3, 3351–33514. Viitattu 11.11.2021. <http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>.

- Mahmoodi, Z., Dolatian, M., Jalal, M. & Mirabzadeh, A. 2018. A Path Analysis of the Effects of Mental Health and Socio-personal Factors on Breastfeeding Problems in Infants Aged Less than Six Months. *Evidence Based Care Journal*, 7, 4, 38–45. Viitattu 14.12.2020. https://ebcj.mums.ac.ir/article_10032_6162ce8d3c325e52490511767cd79ee3.pdf.
- Marks, L. 2017. Overview of challenges to implementation of good practice in perinatal mental health promotion and management, in universal primary care and community services. *Journal of Public Mental Health*, 16, 3, 100–103. Viitattu 9.11.2021. <https://doi-org.ezproxy.jamk.fi:2443/10.1108/JPMH-03-2017-0009>.
- McCoyd, J. L. M, Munch, S. & Curran, L. 2018. On Being Mother and Patient: Dialectical Struggles During Madically High-risk Pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 39, 6, 674–686. Viitattu 28.4.2020. <https://doi.org/10.1002/imhj.21744>.
- McNeill, J., Lynn, F. & Alderdice, F. 2012. Public health interventions in midwifery: a systematic review of systematic reviews. *BMC Public Health*, 12, 955. Viitattu 4.2.2021. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-955>.
- Meltzer-Brody, S. 2011. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13, 1, 89–100. Viitattu 11.12.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181972/pdf/DialoguesClinNeurosci-13-89.pdf>.
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S. & Milgrom, J. 2018. Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers* 4, 18022. Viitattu 14.12.2020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>.
- Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. 2017. COPE: Centre of Perinatal Excellence. Viitattu 10.2.2021. https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf.
- Mental health: strengthening our response. 2018. World Health Organizationin verkkosivut. Viitattu 23.1.2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Mettälä, M., Äimälä, A-M., Kondelin, H., Haapio, S. & Yli-Koivisto, L. 2019. Kättilö AMK-tutkinto YAMK-tutkintona -selvitys. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja B. Raportteja 114. Tampere. Viitattu 27.10.2021. <https://julkaisut.tamk.fi/PDF-tiedostot-web/B/114-Katilo-AMK-YAMK.pdf>.
- Michelsa, A., Kruskeb, S. & Thompson, R. 2013. Women’s postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31, 2, 172–182. Viitattu 15.12.2020. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.
- Niela-Vilèn, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 23–34.
- Olson, C. A. 2013. Using the Grey Literature to Enhance Research and Practice in Continuing Education for Health Professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33, 1, 1–3. Viitattu 23.2.2020. <https://doi.org/10.1002/chp.21159>.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & Moher, D. 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Medicine*, 18, 3, e1003583. Viitattu 10.11.2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>.

Perheentupa, A. 2018. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Artikkelit tarkastettu 27.11.2018. Viimeisin muutos 11.2.2011. Viitattu 11.12.2020. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Pietikäinen, J., Taka-Eilola, T. & Paunio, T. 2019. Suomeen tarvitaan perinataalipsykiatria. Pääkirjoitus. *Duodecim; lääketieteellinen aikakauskirja*, 135, 1809–1811. Viitattu 11.3.2020. https://www.researchgate.net/publication/336367274_Suomeen_tarvitaan_perinataalipsykiatria

Prevention and Promotion in Mental Health. 2002. WHO. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: World Health Organization. Viitattu 5.2.2020. https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf.

Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B. & Gawlik, S. 2013. The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives of Women's Mental Health*, 16, 363–369. Viitattu 17.12.2020. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-013-0344-0>.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M.-P., Matthey, S., Kemp, L., Mills, A. Maede, T. & Yeo, A. 2013. Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth*, 26, 3, 167–178. Viitattu 27.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.02.006>.

Shannon, J. 2019. A giant leap forward. *The Medical Independent*. Uutinen 19.9.2019. Viitattu 2.11.2021. <https://www.medicalindependent.ie/a-giant-leap-forward/>.

Shiel, W. C. Jr. N.d. Medical Definition of Perinatal. *MedicineNet-verkkosivut*. Viitattu 10.3.2020. <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=7898>.

Sikiöseulonnat. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Viitattu 29.1.2021. <https://stm.fi/seulonnat/sikiöseulonnat>.

Simpson, M. & Catling, C. 2016. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29, 203–207. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>.

Sinkkonen, J. & Kalland, M. 2016. Vanhemmuus, kiintymyssuhde ja perhe. Teoksessa Lasten psykiatria ja nuorisopsykiatria. Toim. K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, A. Sourander & V. Aalberg t Helsinki: Duodecim, 75–81. E-kirja. <https://janet.finna.fi>, Duodecim Oppiportti.

- Sirviö, E-L., Aumo, O., Korkiamäki, K., Lunabba, M., Nurminen, L., Närvä, H., Pajukangas, M. & Palmqvist, S. 2004. Laatuä kättilötyöhön - kättilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. Suomen kättilöliitto. Viitattu 4.2.2021.
https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkättilöliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_tai_dolla_tunteella.pdf.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H. & Mebazaa, A. 2016. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27, 2, 89–94. Viitattu 30.9.2020.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928162/pdf/cvja-27-89.pdf>.
- Sossah, L. 2014. Sexual Behaviour During Pregnancy: A Descriptive Correlational Study Among Pregnant Women. *European Journal of Research in Medical Sciences*, 2, 1, 16–27. Viitattu 1.10.2020. <http://www.idpublications.org/wp-content/uploads/2014/07/SEXUAL-BEHAVIOR-DURING-PREGNANCY-A-DESCRIPTIVE-CORRELATIONAL-STUDY-AMONG-PREGNANT-WOMEN.pdf>.
- Specialist Mental Health Midwives: What they do and why they matter. 2014. Maternal Mental Health Alliance, NSPCC & Royal College of Midwives. Viitattu 9.2.2021.
<https://www.rcm.org.uk/media/2370/specialist-mental-health-midwives-what-they-do-and-why-they-matter.pdf>.
- Staneva, A. A., Bogossian, F. & Wittkowski, A. 2015. The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 31, 6, 563–573. Viitattu 15.12.2020. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.015>.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. & Pariante, C. M. 2014. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384, 1800–1819. Viitattu 3.3.2020. https://pmhp.za.org/wp-content/uploads/Stein_et_all_2014_Lancet_PMH-childoutcomes.pdf.
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2006. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 7–22.
- Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2006. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 107–117.
- Sustainable Development Goals (SDGs). N.d. World Health Organizationin verkkosivut. Viitattu 27.10.2021. https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals#tab=tab_2.
- Taka-Eilola, T. 2020. Suomen Perinataalimielenenterveys ry - Miten ja miksi? Blogikirjoitus 20.8.2020 Suomen Perinataalimielenenterveys ry:n verkkosivuilla. Viitattu 10.2.2021.
<https://www.perinataalimielenenterveys.fi/blogi.html>.
- Thornton, D., Guendelman, S. & Hosang, N. 2010. Obstetric Complications in Women with Diagnosed Mental Illness: The Relative Success of California’s County Mental Health System. *Health Services Research* 45, 1, 246–264. Viitattu 20.1.2021. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.01058.x>.

- Tiitinen, A. 2019. Äitiysneuvolaseuranta. Lääkärikirja Duodecim 1.11.2019. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 5.2.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00186.
- Tonei, V. 2019. Mother's mental health after childbirth: Does the delivery method matter? *Journal of Health Economics*, 63, 182–196. Viitattu 15.12.2020.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.11.006>.
- Torraco, R. J. 2005. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review*, 4, 3, 356–367. Viitattu 24.2.2020.
<https://doi.org/10.1177/1534484305278283>.
- Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). N.d. Hotus Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 5.10.2021.
<https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>.
- Uotila, J. 2018a. Äitiysneuvola ja erikoissairaanhoido: konsultaatiot, lähetteet, hoitolinjat. Lääkärin käsikirja. Artikkelitarkastettu 8.11.2018, viimeisin muutos 3.10.2018. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.2.2020. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.
- Uotila, J. 2018b. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Lääkärin käsikirja. Artikkelitarkastettu 8.11.2018, viimeisin muutos 3.10.2018. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.2.2020.
<https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.
- Van den Bergh, B. R. H., van den Heuvel, M. I., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S. R., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkönen, K., King, S. & Schwab, M. 2017. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 117, 26–64. Viitattu 8.12.2020.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.003>.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Viitattu 11.3.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>.
- Wadephul, F., Jarrett, P. M., Jomeen, J., & Martin, C. R. 2018. A mixed methods review to develop and confirm a framework for assessing midwifery practice in perinatal mental health. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 10, 2258–2272. Viitattu 18.11.2020. <https://doi.org/10.1111/jan.13786>.
- Whittemore, R. & Knafelz, K. 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 5, 546–553. Viitattu 21.2.2020. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
- Witt, W. P., Wisk, L. E., Cheng, E. R., Hampton, J. M., Creswell, P. D., Hagen, E. W., Spear, H. A., Maddox, T. & DeLeire, T. 2011. Poor Prepregnancy and Antepartum Mental Health Predicts Postpartum Mental Health Problems among US Women: A Nationally Representative Population-Based Study. *Women's Health Issues*, 21, 4, 304–313. Viitattu 21.1.2021.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S104938671100003X?casa_token=FF7In47x3sMAAAAA:NM54orks1Fpk4Oa-UXKAQAeQQFSUqdt6dVnxLv8lk8u34gFRhBRV3AQsItVRsFn4YV305vvZ.

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen lähteet

Alderdice, F., McNeill, J. & Lynn, F. 2013. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29, 389–399. Viitattu 10.2.2020. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.010>.

Bogaerts, A. F., Devlieger, R., Nuyts, E., Witters, I., Gyselaers, W. & Van den Bergh, B R. 2013. Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: A randomized controlled trial. *International Journal of Obesity*, 37, 814–821. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.162>

Carroll, M., Downes, C., Gill, A., Monahan, M., Nagle, U., Madden, D. & Higgins, A. 2018. Knowledge, confidence, skills and practices among midwives in the republic of ireland in relation to perinatal mental health care: The mind mothers study. *Midwifery*, 64, 29–37. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.006>.

Chrzan-Dętkoś, M., Walczak-Kozłowska, T., Pietkiewicz, A. & Żoźnowska, J. 2021. Improvement of the breastfeeding self-efficacy and postpartum mental health after lactation consultations - observational study. *Midwifery*, 94, 102905. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102905>.

Coates, D. & Foureur, M. 2019. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 27, e389–e405. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1111/hsc.12740>.

Fletcher, A., Murphy, M. & Leahy-Warren, P. 2021. Midwives' experiences of caring for women's emotional and mental well-being during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 1403–1416. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1111/jocn.15690>.

Fulford, R. & Kornelsen, J. 2018. Midwife as counsellor: Midwives' experiences counselling women through pregnancy, birth and the early postpartum. *Canadian Journal of Midwifery*, 17. Viitattu 6.10.2021. <https://www.cjmrp.com/files/v17n1-fulford.pdf>.

Gillis, B. D., Holley, S. L., Leming-Lee, T. S. & Parish, A. L. 2019. Implementation of a perinatal depression care bundle in a nurse-managed midwifery practice. *Nursing for Women's Health*, 23, 4, 288–298. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.05.007>.

Madden, D., Sliney, A., O'Friel, A., McMackin, B., O'Callaghan, B., Casey, K., Courtney, L., Fleming, V. & Brady, V. 2018. Using action research to develop midwives' skills to support women with perinatal mental health needs. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 561–571. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1111/jocn.13908>.

Marnes, J. & Hall, P. 2013. Midwifery care: A perinatal mental health case scenario. *Women and Birth*, 26, e112–e116. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.07.002>.

Noonan, M., Doody, O., Jomeen, J. & Galvin, R. 2017. Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: An integrative review. *Midwifery*, 45, 56–71. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.010>.

- Olander, E. K., McKenzie-McHarg, K., Crockett, M. & Ayers, S. 2014. Think pink! A sticker alert system for psychological distress or vulnerability during pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 22, 8, 590–595. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.8.590>.
- Posmontier, B., Neugebauer, R., Stuart, S., Chittams, J. & Shaughnessy, R. 2016. Telephone-administered interpersonal psychotherapy by nurse-midwives for postpartum depression. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 61, 4, 456–466. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12411>.
- Ransing, R., Kukreti, P., Raghuvver, P., Mahadevaiah, M., Puri, M., Pemde, H. Karkal, R., Patil, S., Nirgude, A., Kataria, D., Sagvekar, S. & Deshpande, S. N. 2020. Development of a brief psychological intervention for perinatal depression (BIND-P). *Asia-Pacific Psychiatry*, 13, e12436. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1111/appy.12436>.
- Reed, M., Fenwick, J., Hauck, Y., Gamble, J. & Creedy, D. K. 2014. Australian midwives' experience of delivering a counselling intervention for women reporting a traumatic birth. *Midwifery*, 30, 269–275. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.009>.
- Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M., & Korstjens, I. 2011. Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: A qualitative study. *Midwifery*, 27, e122–e127. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.006>.
- Thomson, G. & Garrett, C. 2019. Afterbirth support provision for women following a traumatic/distressing birth: Survey of NHS hospital trusts in England. *Midwifery*, 71, 63–70. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.01.004>.
- Wang, T., Pai, L., Tzeng, Y., Yeh, T., & Teng, Y. 2021. Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *NursingOpen*, 8, 5, 2117–2130. Viitattu 6.10.2021. <https://doi.org/10.1002/nop2.764>.

Liite 2. Aineistohaussa käytetyt hakulausekkeet

Cinahl (225 osumaa)

AB midwi* AND AB ("mental hygiene" or "mental health" or "mental welfare" or "emotional health" or "emotional welfare" or "psychological health" or "psychological welfare") AND AB (antenatal or gestation or gestational or maternal or maternity or perinatal or peripartum or postnatal or postpartum or pregnancy or pregnant or prenatal or prepartum or puerperal or puerperium)

Cochrane Library (82 osumaa)

midwi* in Title Abstract Keyword AND "mental health" OR "psycholog* health" OR "emotion* health" in Title Abstract Keyword AND *natal or *partum or mater* or pregn* or gestation* or puerper* in Title Abstract Keyword

Google Scholar

allintitle: midwife OR midwives OR midwifery AND mental OR psychological OR emotional

Joanna Briggs Institute EBP Database (140 osumaa)

midwi* and ("mental hygiene" or "mental health" or "mental welfare" or "emotional health" or "emotional welfare" or "psychological health" or "psychological welfare") and (antenata* or gestatio* or mater* or perinata* or peripartu* or postnata* or postpartu* or pregnan* or prenata* or prepartu* or puerper*) (Keyword)

Medic (91 osumaa)

kätil* AND raskau* OR lapsivuo* (Tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä)

ProQuest (336 osumaa)

ab(midwi*) AND ab("mental hygiene" OR "mental health" OR "mental welfare" OR "emotional health" OR "emotional welfare" OR "psychological health" OR "psychological welfare") AND ab(antenatal OR gestatio* OR matern* OR perinatal OR peripartum OR postnatal OR postpartum OR pregnan* OR prenatal OR prepartum OR puerper*)

PubMed (260 osumaa)

((midwi*[Title/Abstract]) AND ("mental hygiene"[Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental welfare"[Title/Abstract] OR "emotional health"[Title/Abstract] OR "emotional welfare"[Title/Abstract] OR "psychological health"[Title/Abstract] OR "psychological welfare"[Title/Abstract])) AND (antenata*[Title/Abstract] OR gestatio*[Title/Abstract] OR matern*[Title/Abstract] OR perinata*[Title/Abstract] OR peripartu*[Title/Abstract] OR postnata*[Title/Abstract] OR postpartu*[Title/Abstract] OR pregnan*[Title/Abstract] OR prenatal*[Title/Abstract] OR prepartu*[Title/Abstract] OR puerper*[Title/Abstract])

Liite 3. Kirjallisuuskatsauksen artikkelit

Artikkelin kirjoittaja, julkaisuvuosi, nimi ja julkaisuma	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Aineistonkeruumenetelmä, otanta	Keskeiset tulokset
Alderdice, F., McNeill, J. & Lynn, F. 2013. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. Englanti.	Tunnistaa ei-invasiivisia interventioita, joilla kätilöt voivat tukea odottavien ja synnyttäneiden äitien mielenterveyttä ja hyvinvointia.	systemaattinen kirjallisuuskatsaus	32 systemaattista katsausartikkelia	Kuvaus vallalla olevista interventioista ja niiden vahvuuksista ja heikkouksista. Toimivia interventioita ei voi nimetä, mutta useita interventioita kannattaa tutkia lisää. Katsaukset eivät tukeneet erityistä kätilön roolia perinataaliaikaisen mielenterveyden tukena.
Bogaerts, A. F., Devlieger, R., Nuyts, E., Witters, I., Gyselaers, W. & Van den Bergh, B R. 2013. Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: A randomized controlled trial. Belgia.	Tutkia vähentääkö ylipainoisille odottajille kohdennettu elämäntapa-interventio raskauden aikaista painon nousua ja koettua ahdistusta ja masennusta.	RCT	interventioyryhmä n=76, verrokiryhmä n=58, kontrolliryhmä n=63	Interventioyryhmässä painon nousu oli vähäisempää ja interventio myös vähensi naisten ahdistusta, mutta sillä ei ollut vaikutusta masennuksen kehittymiseen.
Carroll, M., Downes, C., Gill, A., Monahan, M., Nagle, U., Madden, D. & Higgins, A. 2018. Knowledge, confidence, skills and practices among midwives in the republic of ireland in relation to perinatal mental health care: The mind mothers study. Irlanti.	Tunnistaa kätilöiden pätevyyteen liittyviä tekijöitä (tieto, itseluottamus, taidot, koulutukselliset prioriteetit) ja tutkia heidän tekemäänsä kliinistä työtä perinataaliaikaisen mielenterveyden hoidossa.	Kuvaileva kyselytutkimus / kvantitatiivinen tutkimus	itse täytettävä kysely, n=438 kätilöä	Suurin osa kätilöistä hoitaa naisia, joilla on perinataaliaikaisia mielenterveyshäiriöitä. Tieto etenkin harvinaisemmista mielenterveyden häiriöistä on rajallista. Puheeksi ottamisen ja tiedon antamisen taidoissa on puutteita. Mielenterveyden arviointi on valikoivaa kohdistuen riskiryhmiin ja välttämällä herkkiä aiheita.
Chrzan-Dętkoś, M., Walczak-Kozłowska, T., Pietkiewicz, A. & Żołnowska, J. 2021. Improvement of the breastfeeding self-efficacy and postpartum mental health after lactation consultations - observational study. Puola.	Arvioida imetysohjauksen vaikutusta imetysohjaamiseen ja synnytysten jälkeiseen mielenterveyteen.	Havaintotutkimus / kvantitatiivinen tutkimus	Kysely ennen ja jälkeen intervention, 160 naista (interventioyryhmä n=90, verrokiryhmä n=70)	Imetysohjaukseen hakeutuvilla on muita enemmän mielenterveyden haasteita. Imetysohjaamisella on negatiivinen korrelaatio mielenterveyshäiriöiden kanssa. Imetysohjauksen jälkeen imetysohjaaminen kasvoi ja mielenterveydelliset oireet vähenivät.
Coates, D. & Foureur, M. 2019. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. Australia.	Tutkia kätilöiden osaamista ja roolia mielenterveyden hoidon tuottajina.	Systemaattinen scoping-katsaus	30 erityyppistä tutkimusartikkelia	Kätilöt haluavat toimia mielenterveyden tukena, mutta heiltä puuttuu siihen tarvittavaa itseluottamusta, tietoa ja harjoittelua.
Fletcher, A., Murphy, M. & Leahy-Warren, P. 2021. Midwives' experiences of caring for women's emotional and mental well-being during pregnancy. Irlanti.	Tutkia kätilöiden kokemuksia äitien mielenterveyden hoitamisesta raskausaikana.	Kvalitatiivinen tutkimus	Puolistrukturoitu haastattelu, n=10 kätilöä	Kätilöiden tietoisuutta, tunnistamista ja näkemyksiä kuvaavat teemat olivat "tietoisuus perinataaliaikaisesta mielenterveydestä", "emotionaalista hyvinvoinnista keskusteleminen" ja "naisella on jotain paljastettavaa".

Fulford, R. & Kornelsen, J. 2018. Midwife as counselor: Midwives' experiences counselling women through pregnancy, birth and the early postpartum. Kanada.	Tutkia, kuinka kätilöt määrittelevät, ymmärtävät ja kokevat ohjaamisen osana kätilön työtä Brittiläisessä Kolumbiassa.	Kvalitatiivinen tutkimus	Puolistrukturoidu haastattelu, n=9 kätilöä	Tuloksista nousseet teemat: "ohjaaminen nähdään osana kätilön työtä", "on tärkeää kohdata ihmiset sellaisena kuin he ovat", "joskus kätilöt ovat liian vaikea pulman edessä", "tekemällä oppiminen" ja "myös kätilöstä on pidettävä huolta".
Gillis, B. D., Holley, S. L., Leming-Lee, T. S. & Parish, A. L. 2019. Implementation of a perinatal depression care bundle in a nurse-managed midwifery practice. USA.	Implementoida hoitopaketti perinataalisen masennuksen hoitoon auttamaan kätilöitä äitien opettamisessa ja jatko-hoitoon ohjaamisessa. Arvioida implementoinnin onnistumista.	Hoidon laadun parantamisen ohjelman implementointi	4 viikon aikana tehty 51 raskauden aikaista tapaamista, joissa 22:ssa hoitopaketti otettiin käyttöön	Hoitopaketti (opetus+keskustelu+lista toimijoista) oli lyhyt, helppo ottaa osaksi rutiinihoitoa ja sai äideiltä hyvän vastaanoton.
Madden, D., Sliney, A., O'Friel, A., McMackin, B., O'Callaghan, B., Casey, K., Courtney, L., Fleming, V. & Brady, V. 2018. Using action research to develop midwives' skills to support women with perinatal mental health needs. Irlanti.	Tunnistaa ja kehittää kätilöiden osaamista äitien mielenterveyden tukemisessa raskausaikana.	Toimintatutkimus	1 mielenterveyteen erikoistunut sairaanhoitaja ja 7 kätilöä, 3 tapaamiskertaa	Osallistujat kokivat epävarmuutta mielenterveyden haasteisiin vastamisessa. Tutkimuksen tapaamiset tukivat osallistujien ymmärrystä perinataalisesta mielenterveydestä ja sen hoitamisesta. Rakennettiin hoitoon ohjauksen suunnitelma. Lisäksi avoimien kysymysten käyttö keskustelun tukena ja koulutuksen tarkeys nousivat merkityksellisiksi asioiksi.
Marnes, J. & Hall, P. 2013. Midwifery care: A perinatal mental health case scenario. Australia.	Kuvata kätilön työhön liitettäviä strategioita, joilla voisi saavuttaa National Perinatal Depression Initiative:n mukaisia tavoitteita.	Kuvitteellinen tapaus-tutkimus ja aiheen käsittely		Arviointimenetelmiksi nousee arviointikyselyt, kliininen haastattelu, fyysinen arviointi, kumppanin kanssa keskusteleminen, äiti-lapsi-suhteen havainnointi sekä vauvan nukkumisesta ja syömisestä kysyminen. Arvion perusteella suositellaan hoitomenetelmät.
Noonan, M., Doody, O., Jomeen, J. & Galvin, R. 2017. Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: An integrative review. Irlanti.	Syntetisoida alkuperäistutkimusta, joka koskee kätilön roolia perinataalissa mielenterveyden hoidossa.	Integratiivinen katsaus	22 tutkimusartikkelia (joista 15 kvantitatiivisia, 6 kvalitatiivisia ja 1 mixed method -tutkimus)	Kätilön rooli näyttäytyy henkilökohtaisena sitoutumisena, johon kuuluu tieto, taito, päätöksenteko ja asenne sekä ammatillisena sitoutumisena, johon kuuluu hoito-organisaatio, hoitoon ohjaus ja tuki.
Olander, E. K., McKenzie-McHarg, K., Crockett, M. & Ayers, S. 2014. Think pink! A sticker alert system for psychological distress or vulnerability during pregnancy. Englanti.	Arviointi pinkki tarra -systeemistä, jossa psykologin vastaanotolla käyneen äidin potilaspareihin laitettiin pinkki tarra kertomaan kätilöille, että äidin psyykinen tila ja tarpeet vaativat erityistä huomiota.	Laadullinen tutkimus, pilottiarviointi	Fokusryhmähaastattelu (n=4 kätilöä), syvähaastattelu (n=4 synnyttäneitä naista), haastattelu (n=49 synnyttäneitä naista) ja potilastietokantahaku	Menetelmä nähtiin tehokkaana keinona viestiä mielenterveys- ja äitiyspalveluiden välillä ja se vastaanotettiin positiivisesti niin kätilöiden kuin äitien osalta. Tutkimuksen aikana yksikään äiti ei traumatisoitunut synnytyksessä huonon hoidon vuoksi ja synnytystrauman vuoksi tehty psykologilla käynnit vähenivät.
Posmontier, B., Neugebauer, R., Stuart, S., Chittams, J. & Shaughnessy, R. 2016. Telephone-administered interpersonal psychotherapy by nurse-midwives for postpartum depression. USA.	Testata kätilön toteuttaman puhelinvälitteisen interpersoonallisen psykoterapian soveltuvuutta, vaikuttavuutta ja saavutettavuutta synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa.	Prospektiivinen kohortti-tutkimus	Haastattelut lähtötilanteessa sekä 4, 8 ja 12 vko:n kuluttua (interven-tioryhmä n=41, verrokiryhmä n=20)	The Hamilton Rating Scale for Depression -kyselyn mukaan masennus oli interventioryhmässä kontrolliryhmää alempi 8 ja 12 viikon kuluttua interventiosta. Tulosten perusteella interventio on tehokas ja saavutettavissa oleva.

Ransing, R., Kukreti, P., Raghuvver, P., Mahadevaiah, M., Puri, M., Pemde, H. Karkal, R., Patil, S., Nirgude, A., Kataria, D., Sagvekar, S. & Deshpande, S. N. 2020. Development of a brief psychological intervention for perinatal depression (BIND-P). Intia.	Kuvata perinataaliseen masennukseen tarkoitettua ja kättilöille suunnattua hoitomallin ja lyhyen psykologisen intervention (BIND-P) kehittämistä.	Katsaus, jonka pohjalta luotiin mallit		Luotiin hoitomalli koskien hoitoa, koulutusta ja jatkohoitoon ohjaamista. Luotiin lyhyt BIND-B-interventio. Mallin implementointi ja arviointi ovat käynnissä.
Reed, M., Fenwick, J., Hauck, Y., Gamble, J. & Creedy, D. K. 2014. Australian midwives' experience of delivering a counselling intervention for women reporting a traumatic birth. Australia.	Kuvata kättilöiden kokemuksia uusien ohjaustaitojen oppimisesta ja ohjausintervention 'Promoting Resilience on Mothers Emotions' (PRIME) tuottamisesta.	Kuvaileva tutkimus	Puolistrukturoitu haastattelu (n=42), kättilöiden päiväkirjamerkinnot ja nettipostaukset, temaattinen analyysi	Kättilöille tuli yllätyksenä joidenkin naisten synnytyskokemusten aiheuttaman ahdistuksen määrä. Esiin nousseet teemat: "haasteet oppia muuttamaan", "naisten parissa työskentely eri tavalla", "vaikuttaminen sekä naiseen että itseen" ja "haasteet välttää tunteen valtaa joutumiselta". Kättilöiden omaksumat ohjaustaidot lisäsivät itseluottamusta hoitaa ahdistuneita äitejä ja kohdata stressaavia tilanteita.
Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M., & Korstjens, I. 2011. Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: A qualitative study. Alankomaat.	Tutkia matalan riskin odottajien mieltymyksiä heidän kättilöltä tarvitsemastaan psykososiaalisesta tuesta matkalla äitiyteen.	Laadullinen tutkimus	Focusryhmähaastattelut (n=21 jaetuna kolmeen ryhmään) Temaattinen analyysi	Naiset halusivat ottaa vastuun omasta hyvinvoinnistaan raskausaikana. Kättilöltä haluttiin ammatillista tukea: emotionaalista tukea ja tietoa raskausajan psyykkisistä ja fyysisistä muutoksista sekä keinoista valmistautua synnytykseen, siitä palautumiseen ja äitiyteen. Informaation valikoinnissa ja tulkinnessa haluttiin apua, mutta päätökset haluttiin tehdä itse.
Thomson, G. & Garrett, C. 2019. Afterbirth support provision for women following a traumatic/distressing birth: Survey of NHS hospital trusts in England. Englanti.	Tutkia käytäntöjä vaikean synnytyskokemuksen jälkeisen keskustelun tarjoamisesta englantilaisissa valtion sairaaloissa.	Kyselytutkimus	Sähköinen kysely n=59 (vastaukset 54 sairaalasta, joka on 40 % kaikista NHS sairaaloista)	Palvelun rahoituksessa ja kirjaamiskäytännöissä on puutteita. Palvelu perustuu äidin tarpeisiin enemmän kuin tutkittuun näyttöön. Synnytyksen jälkeistä palvelua tarjoavat useimmiten kättilöt, mutta tuottajia on myös ilman erityistä koulutusta. Vain puolelle äideistä kerrotaan palvelusta ja äidit hakeutuvat enimmäkseen itse hoitoon. Vain puolet äideistä saa tietoa synnytystraumasta. Jatkohoitoon ohjataan tarvittaessa.
Wang, T., Pai, L., Tzeng, Y., Yeh, T., & Teng, Y. 2021. Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. Taiwan.	Arvioida sairaanhoitajien ja kättilöiden tuottamien psykologisten interventioiden tehokkuutta perinataalisten masennusoireiden hoidossa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi	12 tutkimusta	Interventioilla on merkittävä vaikutus perinataalisten masennusoireiden vähentämisessä. Tukea antava ohjaus näyttötyy tehokkaimpana. Paras tulos saatiin 6–8 kertaa kestävästä interventioista.

Liite 4. Tutkimusaineiston laadunarviointi

Kirjallisuuskatsausten laadunarviointi												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	yht.
Alderdice ym. 2013	K	K	K	K	K	E	K	K	K	K	K	10/11
Coates & Foureur 2019	K	K	K	K	NA	NA	E	K	K	K	K	8/9
Noonan ym. 2017	K	K	K	K	K	?	K	K	K	K	K	10/11
Wang ym. 2021	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	11/11

Kyllä (K) Ei (E) Epäselvä (?) Ei sovellettavissa (NA)

Arviointikriteerit:

1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti?
2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?
3. Onko hakustrategia asianmukainen?
4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä?
5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset?
6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin
7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi?
8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä?
9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä?
10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?
11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?

Laadullisten tutkimusten laadunarviointi												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	yht.	
Fletcher ym. 2021	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	8/10	
Fulford & Kornelsen 2018	K	K	K	K	K	K	E	K	K	K	9/10	
Gillis ym. 2019	K	K	K	K	K	E	E	NA	K	K	7/9	
Madden ym. 2018	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	8/10	
Olander ym. 2014	K	K	K	K	K	E	E	E	K	K	7/10	
Reed ym. 2014	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	8/10	
Seefat-van Teeffelen ym. 2011	K	K	K	K	K	E	E	K	E	K	7/10	
Thomson & Garrett 2019	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	8/10	

Kyllä (K) Ei (E) Epäselvä (?) Ei sovellettavissa (NA)

Arviointikriteerit:

1. Ovatko tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat?
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?
8. Onko tutkimukseen osallistujat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaisut) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla?
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?

RCT-tutkimuksen laadunarviointi														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	yht.
Bogaerts ym. 2013	K	K	K	E	E	E	K	K	NA	K	K	K	K	9/12

Kyllä (K) Ei (E) Epäselvä (?) Ei sovellettavissa (NA)

Arviointikriteerit:

1. Onko osallistujien ryhmiin jakaminen satunnaistettu?
2. Ovatko tutkittavien ryhmiin jako salattu ryhmiin jakoa toteuttaneilta?
3. Ovatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa?
4. Ovatko tutkittavat sokkoutettu tutkimuksen ryhmäjäoista?
5. Ovatko intervention toteuttajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäjäoista?
6. Ovatko tulosmuuttujien mittajaajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäjäoista?
7. Kohdeltiinko ryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa interventiota?
8. Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, kuvattiinko ja analysoitiinko seurannan aikana ilmenneet ryhmien väliset erot asianmukaisesti?
9. Tehtiinkö lähtöryhmien mukainen (hoitoaieanalyysi eli 'intention-totreat') analyysi?
10. Mitattiinko muuttujat samalla tavalla kaikissa ryhmissä?
11. Mitattiinko muuttujat luotettavasti?
12. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?
13. Onko koeasetelma tutkittavan aihealueen näkökulmasta asianmukainen, ja huomioitiinko mahdolliset poikkeavuudet perinteisestä RCT-asetelmasta tutkimuksen toteutuksessa ja analyysissa?

Kvasikokeellisen tutkimuksen laadunarviointi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	yht.	
Chrzan-Dejkoš ym. 2021	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	9/9

Kyllä (K) Ei (E) Epäselvä (?) Ei sovellettavissa (NA)

Arviointikriteerit:

1. Ilmaistiinko tutkimuksessa selvästi mikä on syy ja mikä seuraus (ei ole epäselvyyttä siitä, kumpi muuttuja esiintyi ajallisesti ensin)?
2. Onko vertailussa mukana olleet ryhmät samankaltaisia tutkittavien osalta?
3. Onko vertailussa mukana olevien tutkittavien hoito yhdenmukainen muilta osin kuin altistumisen tai intervention osalta?
4. Onko tutkimuksessa kontrolliryhmä?
5. Mitattiinko tuloksia ennen interventiota /altistumista ja sen jälkeen?
6. Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, niin kuvattiinko ja analysoitiinko seurannan aikana ilmenneet ryhmien väliset erot asianmukaisesti?
7. Mitattiinko tulokset samalla tavalla kaikissa vertailuissa?
8. Mitattiinko tulokset luotettavasti?
9. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?

Prevalenssitutkimuksen laadunarviointi										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	yht.
Carroll ym. 2018	K	K	E	K	K	K	K	K	K	8/9

Kyllä (K) Ei (E) Epäselvä (?) Ei sovellettavissa (NA)

Arviointikriteerit:

1. Oliko otantakehikko asianmukainen kattamaan koko perusjoukon?
2. Toteutettiin tutkittavien otanta asianmukaisesti?
3. Oliko otoskoko riittävä?
4. Kuvattiinko tutkittavat ja tutkimusympäristö yksityiskohtaisesti?
5. Oliko analysoitu otos riittävän kattava suhteessa tutkimuksen otokseen?
6. Käytettiin tutkittavien kliinisen tilan tunnistamiseen päteviä menetelmiä?
7. Mitattiinko kaikkien osallistujien kliinistä tilaa vakioidulla ja luotettavalla tavalla?
8. Käytettiin soveltuvia tilastollisia menetelmiä?
9. Oliko vastausprosentti riittävä ja ellei ollut, käsiteltiin se asianmukaisesti?

Tapausselostuksen laadunarviointi									
	1	2	3	4	5	6	7	8	yht.
Marnes & Hall 2013	K	K	K	K	K	NA	NA	K	6/6

Kyllä (K) Ei (E) Epäselvä (?) Ei sovellettavissa (NA)

Arviointikriteerit:

1. Kuvattiinko potilaan demografiset ominaisuudet selkeästi?
2. Kuvattiinko potilaan taustaa selkeästi ja esitettiinkö sitä aikajanana?
3. Kuvattiinko potilaan tämänhetkinen kliininen tila selkeästi?
4. Kuvattiinko diagnostiset testit/menetelmät ja niiden tulokset selkeästi?
5. Kuvattiinko interventio(t) tai hoitomenetelmä(t) selkeästi?
6. Kuvattiinko potilaan intervention jälkeinen kliininen tila selkeästi?
7. Tunnistettiinkö ja kuvattiinko haittatapahtumat tai ennakoimattomat tapahtumat selkeästi?
8. Oliko tapauselostuksessa jokin keskeinen sanoma tai opetus?

Kohorttitutkimuksen laadunarviointi												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	yht.
Posmontier ym. 2016	K	K	K	K	K	NA	K	K	K	K	K	10/10

Kyllä (K) Ei (E) Epäselvä (?) Ei sovellettavissa (NA)

Arviointikriteerit:

1. Olivatko molemmat ryhmät samankaltaisia ja rekrytoitiinko ne samasta kohderyhmästä
2. Mitattiinko altistuminen samalla tavalla jaettaessa tutkittavia altistuneiden ja altistumattomien ryhmiin?
3. Mitattiinko altistuminen pätevällä ja luotettavalla tavalla?
4. Tunnistettiinkö tutkimuksen sekoittavat tekijät?
5. Kuvattiinko tutkimuksessa miten sekoittavia tekijöitä on käsitelty?
6. Olivatko ryhmät/tutkittavat terveitä (eli heillä ei ollut tutkimuksen kohteena ollutta sairautta) tutkimuksen alussa tai altistumisen hetkellä?
7. Mitattiinko tulokset pätevällä ja luotettavalla tavalla?
8. Kuvattiinko seuranta-ajan pituus ja oliko seuranta riittävän pitkä, jotta tuloksia voidaan saada?
9. Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, niin tutkittiinko ja kuvattiinko kadon syyt?
10. Käytettiinkö puutteellisen seurannan käsittelemiseksi asianmukaisia strategioita?
11. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?

Asiantuntijänäkemysten ja narratiivisten tekstien laadunarviointi							
	1	2	3	4	5	6	yht.
Ransing ym. 2020	K	K	K	K	K	K	6/6

Kyllä (K) Ei (E) Epäselvä (?) Ei sovellettavissa (NA)

Arviointikriteerit:

1. Onko mielipiteen lähde selkeästi tunnistettavissa?
2. Onko mielipiteen lähteellä asema asiantuntijoiden joukossa?
3. Ovatko kohdeyleisön kiinnostuksen kohteet kirjoituksen keskiössä?
4. Onko esitetty näkemys analyttisen prosessin tulos, ja onko esille tuodun mielipiteen taustalla logiikkaa?
5. Viitataan olemassa olevaan kirjallisuuteen/näyttöön?
6. Puolustaa kirjoittaja näkemystään loogisesti suhteessa muuhun kirjallisuuteen tai lähteisiin?