



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mira Susanna Ainassaari

ÄIDIN SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN MASENNUS

Terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa ja tukea

Sosiaali- ja terveysala
2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Mira Ainassaari
Opinnäytetyön nimi	Äidin synnytyksen jälkeinen masennus: terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa ja tukea
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	50 + 5 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia terveydenhoitajien valmiuksia tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus sekä heidän valmiuksiaan ja mahdollisuuksiaan tukea synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastunutta äitiä. Tutkimuksessa oli kolme tutkimusongelmaa: Mitä on synnytyksen jälkeinen masennus? Mitkä ovat terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa masennus? Mitkä ovat terveydenhoitajien valmiudet ja mahdollisuudet tukea masentunutta äitiä?

Tutkimuksen kohderyhmänä oli erään kaupungin kolme terveydenhoitajaa lastenneuvolasta ja kolme kättilöä äitiysneuvolasta. Tutkimusaineisto kerättiin teema-haastattelulla ja haastateltujen taustatiedot kyselylomakkeen avulla. Tutkimus oli kvalitatiivinen. Aineisto analysoitiin käyttämällä sisällönanalyyttimenetelmää.

Tutkimustuloksista ilmeni, että valtaosa terveydenhoitajista koki, että heillä on riittävät valmiudet tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus sekä keinoja tukea masentunutta äitiä. Tunnistamista vaikeuttavat kuitenkin muun muassa niin sanottu tsemppaajat, jotka yrittävät pitää kullista yllä. Terveydenhoitajat tunnistivat masennuksen äidin kertoessa tuntemuksistaan ja oireistaan, äidin käytöksen muutoksesta, äidin mielialasta, olemuksesta ja puheista sekä äidin ja vauvan välisestä vuorovaikutuksesta. Terveydenhoitajat kokivat pystyvänsä tukemaan masentunutta äitiä muun muassa kyselemällä äidin voinnista, tihentämällä ja pidentämällä neuvolakäyntejä ja äidin avun tarpeen mukaisesti järjestämällä apua, esimerkiksi ajan neuvolapsykologin luokse.

Asiasanat	synnytyksen jälkeinen masennus, EPDS-mielialalomake, tunnistaminen, tukeminen
-----------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Author	Mira Ainassaari
Title	Mother's postnatal depression: public health nurses' ability to identify and support
Year	2011
Language	Finnish
Pages	50 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

The purpose of this bachelor's thesis was to examine the public health nurses' ability to identify postnatal depression and their abilities and possibilities to support mothers, who suffer from postnatal depression. This study had three research problems: What is postnatal depression? How able are the public health nurses in identifying depression? How can the public health nurses support the depressed mother and in what ways?

The target group consisted of three public health nurses from a postnatal clinic and three midwives from an antenatal clinic in a Finnish city. The data was collected with theme interviews and the background information of the interviewees was collected with a questionnaire. The study was qualitative. The data was analyzed using content analysis.

The results show that the majority of the public health nurses felt that they have adequate abilities to identify postnatal depression and they have ways to support the depressed mother. It's difficult to identify the mother's depression, for example if the mothers try to hide the depression. The public health nurses recognized the mother's depression if the mother told about the feelings and symptoms, about the behavioural changes, mother's mood and appearance and about the interaction between the mother and the baby. The public health nurses felt they could support the depressed mother for example by asking about the mother's mood, by meeting the mother more often and for a longer period of time and if necessary by arranging help, for example an appointment with a psychologist.

Keywords	Postnatal depression, EPDS-scale, identification, support
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	7
1.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat	7
1.2 Aikaisemmat tutkimukset	8
2 RASKAUS, SYNNYTYSKOKEMUS JA MIELENTERVEYDEN MUUTOKSET SYNNYTYKSEN JÄLKEEN	12
2.1 Synnytyksen jälkeinen herkistyminen	14
2.2 Synnytyksen jälkeinen masennus	14
2.3 Synnytyksen jälkeinen psykoosi	15
3 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN MASENNUSTILA	17
3.1 Synnytyksen jälkeisen masennuksen määrittäminen	17
3.2 Esiintyvyys ja yleisyys	17
3.3 Syyt ja riskitekijät	18
3.4 Oireet	19
3.5 Tunnistaminen	20
3.6 Ehkäisy ja hoito	22
3.7 Vaikutukset perheeseen	24
3.8 Neuvolan rooli	25
3.8.1 Terveystenhoitaja synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistajana ja tukijana	28
3.8.2 Suositukset	29
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	31
4.1 Tutkimusmenetelmät	31
4.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta	31
4.3 Aineiston analysointi	33
5 TUTKIMUSTULOKSET	35
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	35
5.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen käsite	35

5.3	Terveystenhoitajien valmiudet tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus	36
5.4	Terveystenhoitajien valmiudet ja mahdollisuudet tukea masentunutta äitiä	41
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	43
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua	43
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	46
6.3	Jatkotutkimusaiheet.....	47
	LÄHTEET.....	48

LIITELUETTELO

LIITE 1 EPDS-mielialalomake

LIITE 2 Opinnäytetyön lupa-anomus

LIITE 3 Saatekirje

LIITE 4 Kyselylomake

LIITE 5 Teemahaastattelu

1 JOHDANTO

Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen naisen fyysisessä tilassa, tunteissa, elämäntyyliin ja suhteissa muihin ihmisiin tapahtuu merkittäviä muutoksia. Lapsen syntymää seuraavan vuoden aikana äidillä on suurempi riski kohdata psyykkisiä ongelmia kuin missään muussa elämänvaiheessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 230.) Synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuu Suomessa noin 10 % eli noin 6000 äitiä vuosittain (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316). Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeää itse äidin hyvinvoinnin kannalta, mutta myös lapsen emotionaalisen kehittymisen kannalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 231).

Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta löytyi paljon tutkimuksia ja kirjallisuutta. En kuitenkaan löytänyt kuin yhden tutkimuksen, joka käsitteli nimenomaan terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta.

Mielenkiintoni tähän aiheeseen heräsi, kun oli mielenterveystyön harjoittelussa. Harjoittelun aikana keskustelimme harjoittelupaikassa siitä kuinka tärkeässä roolissa neuvoloiden terveydenhoitajat ovat synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa. Aihe kiinnostaa myös, koska yksi mieluisista tulevaisuuden töistäni olisi olla lastenneuvolan terveydenhoitajana. Aihe on myös ajankohtainen, siitä puhutaan paljon ja tehdään tutkimuksia.

1.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää masentuneiden äitien tunnistamista ja hoitoa äitiys- ja lastenneuvoloissa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta ja äidin tukemisesta.

Tutkimusongelmat ovat:

- 1) Mitä on synnytyksen jälkeinen masennus?
- 2) Mitkä ovat terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa masennus?

3) Mitkä ovat terveydenhoitajien valmiudet ja mahdollisuudet tukea masentunutta äitiä?

1.2 Aikaisemmat tutkimukset

Mustosen (2009) tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää masentuneiden äitien tunnistamista ja hoitoa äitiys- ja lastenneuvolassa. Mustonen tutki perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Tutkimus oli laadullinen. Aineiston Mustonen keräsi äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajilta esseekirjoituksilla sekä täydentävillä teemahaastatteluilla. Aineiston tutkija analysoi soveltaen induktiivista sisällönanalyysia.

Tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhoitajat tunnistivat äidin masennuksen olemuksen ja mielialan muutoksista, väsymyksestä ja univaikeuksista sekä lapsen ja äidin välisestä vuorovaikutuksesta ja siinä ilmenevistä häiriöistä. Myös terveydenhoitajien omat havainnointi- ja vuorovaikutustaidot vaikuttivat masennuksen tunnistamiseen. Terveydenhoitajat käyttivät EPDS-mielialalomaketta säännöllisesti neuvolan ohjeiden mukaisesti sekä lisäksi oman arvion perusteella raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Tulosten mukaan masentuneiden äitien kohtaaminen vaati suunnitelmallisia tapaamisia, äidin ja perheen tukemista sekä terveydenhoitajan ammatillista osaamista ja monipuolista yhteistyötä. Mustosen tutkimustuloksia voidaan hyödyntää synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa ja hoidon kehittämisessä äitiys- ja lastenneuvolassa, terveydenhoitajien koulutuksessa sekä ammatillisen täydennyskoulutuksen suunnittelussa.

Tammentien (2009) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitkä sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä äidin synnytyksen jälkeisen masennukseen ja minkälainen yhteys äidin synnytyksen jälkeisellä masennuksella on perheen toimivuuteen, sekä kuvata perheiden kokemuksia äidin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa substantiivinen teoria, joka kuvaa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivän äidin perheen ja lastenneuvolan terveydenhoitajan välistä vuorovaikutusta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa,

jota voidaan hyödyntää hoitohenkilöstön ja perheiden välisen vuorovaikutuksen kehittämisessä.

Tammentien tutkimus oli kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin kyselylomakkein ja haastatteluin. Perheet täyttivät Family Dynamics Measure II (FDMII) ja Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) -mittarit. Lisäksi tutkija haastatteli osaa näistä perheistä sekä lastenneuvolan terveydenhoitajia. Haastattelut olivat väljästi teemoiteltuja avoimia haastatteluja. Kyselylomakkeet analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmaa käyttäen ja laadullinen aineisto analysoitiin grounded teoria -menetelmän jatkuvaa vertailun menetelmää käyttäen.

Tutkimustulosten mukaan selkeää syytä äitien synnytyksen jälkeiselle masennukselle ei sosiodemografisista tekijöistä voitu osoittaa. Masentuneiden äitien perheissä vanhempien koulutustaso oli alhaisempi kuin muissa perheissä ja äidit imettivät lastaan lyhyemmän aikaa ja olivat tyytymättömämpiä perhe-elämäänsä kuin muut äidit. Myös masentuneiden äitien perheiden toimivuus oli kaikilla perheen osa-alueilla huonompaa verrattuna muihin perheisiin. Masentuneitten äitien perheissä vanhemmilla oli selkeä ristiriita raskaudenaikaisten odotusten ja synnytyksen jälkeisen todellisuuden välillä. Masentuneiden äitien perheet kokivat yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisen vuorovaikutuksen puutetta lastenneuvolan terveydenhoitajien kanssa. Vuorostaan lastenneuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat kokivat vuorovaikutuksen masentuneiden äitien perheiden kanssa kokonaisvaltaisena yhteistyönä yksilöllisen perheen kanssa.

Tammentie oli tuottanut tutkimuksessaan masentuneiden äitien perheiden ja lastenneuvolan terveydenhoitajan välisestä vuorovaikutuksesta substantiivisen teorian, jonka avulla lastenneuvolan terveydenhoitajien on mahdollista entistä paremmin huomioida synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien perheiden erityispiirteet lastenneuvolan asiakkaina.

Ylilehdon (2005) tutkimuksen tavoitteena oli tutkia lapsen syntymän jälkeistä aikaa perheen arkielämässä. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella ja kvalitatiivisella tutkimusotteella. Tutkija käytti aineiston keräämisessä lomakekyselyä ja

teemahaastattelua. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Oulun kaupungin alueella asuvat avio- tai avoparit, jotka odottivat ensimmäistä lastaan ja joiden laskettuaika oli 1.2.1992–31.1.1993.

Ylilehto arvioi kvantitatiivisesti äitien mielialaa EPDS-kyselyä käyttäen odotusaikana ja synnytyksen jälkeen. Parisuhdetta Ylilehto tutki käyttäen osaa Spanierin kehittämästä kyselystä (Dyadic Adjustment Scale, DAS) sekä osaa Bienvenun aviopuolisoitten vuorovaikutuskyselystä, joista tutkija muodosti parisuhdekyselyn.

Ylilehdon tutkimustulosten mukaan riski masentuneisuuden kehittymiselle odotusaikana on 4,7-kertainen ja synnytyksen jälkeen 5,5-kertainen jos parisuhde koetaan huonoksi. 3–10 kuukautta synnytyksen jälkeen haastateltiin äitejä. Haastateltavat jaettiin EPDS-kyselyn perusteella kolmeen ryhmään EPDS < 5, EPDS > 13 ja muut. EPDS-mielialalomakkeisiin vastanneista 10,4 % ylitti katkaisupistemäärän 13 odotusaikana ja synnytyksen jälkeen 8,3 % vastanneista. Monet yli 13 pistettä saanutta kokivat itse kärsineensä ohimenevästä alakuloisuudesta tai heillä oli parisuhdeongelmia. Myös äideillä, jotka kärsivät vakavasta masennuksesta oli käytössään eri selviytymiskeinoja. Tutkimuksen mukaan tärkeimmät selviytymiskeinot olivat sosiaalisen tuen hakeminen, etäisyydenotto, liikuntaharrastus, rentoutuminen lukemalla, kognitiiviset keinot, uskonnollisuus ja huumori. Puolison tuella koettiin olevan tärkein merkitys toipumisprosessissa.

Hiltusen (2003) tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa uusia riskitekijöitä: masennuksen esiintyvyyden vaihtelua eri valoisuus- ja vuodenaikoina sekä nykyaikaisen synnytyskivun lievityksen osuutta masennuksen esiintyvyyteen. Tutkimuksessa arvioitiin myös isien masentuneisuuden esiintyvyyttä. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla Oulun Yliopistollisen sairaalan synnytysosastolla 1.1.1996–31.3.1997. Tutkimuksessa selvitettiin myös kuinka masentuneet äidit tulkitsevat lapsensa eleitä ja ilmeitä ennen kuin he osaavat puhua. Masennuksen vaikutusta äidin ja lapsen vuorovaikutukseen tutkittiin tutkimuksen toisessa vaiheessa videomalla äiti-lapsipareja lapsen ollessa 10 kuukauden ikäinen. Tutkimustuloksien mukaan 16 % äideistä oli masentuneita pian synnytyksen jälkeen ja neljän kuu-

kauden päästä 13 % oli masentuneita. Aiempi masennus lisäsi riskiä olla masentunut vielä 4 kuukauden päästä synnytyksestä. Isän masentuneisuus liittyi vahvasti äidin masennukseen. 5 % isistä ilmeni synnytyksen jälkeen masentuneisuutta. Masentuneet äidit tulkitsivat vähemmän vihan tunteita lastensa ilmeistä ja eleistä kuin muut äidit. Toistuvasti masentuneet äidit havaitsivat vähemmän ilon tunnetta. Masentuneisuutta esiintyi enemmän pimeään aikaan heti synnytyksen jälkeen ja keväällä neljä kuukautta synnytyksen jälkeen masennusta ilmeni vähemmän. Tutkimustulosten mukaan masennusta esiintyi vähemmän äideillä, jotka olivat saaneet epiduraali- tai paracervikaalipuudutuksen verrattuna äiteihin, joilla ei ollut kivunlievitystä alatiesynnytyksen aikana. Vastanneista 5 % oli toistuvasti masentuneita. Heidän lapsensa oli videointitilanteessa vähemmän impulsiivisia ja aloitteellisia ja he ottivat vähemmän katsekontaktia äitiinsä. Lapsen ja äidin välinen vuorovaikutus oli vähemmän vastavuoroista ja sitä leimasi "tyhjiys". Toistuvasti masentuneiden äitien lasten puheen ilmaisu oli heikompaa 3,5 vuoden iässä.

2 RASKAUS, SYNNYTYSKOKEMUS JA MIELENTERVEYDEN MUUTOKSET SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

Raskaus

Raskaus kestää keskimäärin 40 raskausviikkoa. Täysiaikaisen raskauden kesto on 38–42. raskausviikkoa. Ennenaikainen synnytys on kyseessä jos lapsi syntyy ennen 37. raskausviikon loppua. Yliaikaisuus tarkoittaa 42. raskausviikon jälkeen tapahtunutta synnytystä. (Eskola & Hytönen 2005, 94–95.)

Raskauden alkuvaiheessa naiselle on tyypillistä tunteiden myllerrys ja epätasapaino eli ambivalenssi. Useiden tutkimusten tuloksien mukaan äidiksi tulemisen onnen lisäksi voi olla toive, ettei olisikaan raskaana. Nainen voi kokea surua, kiukua ja ärtyneisyyttä alkanutta raskautta kohtaan. Tällaiset ambivalenttiset ja nopeasti vaihtuvat tunteet ovat tulevalla äidillä ja isällä melko tavallisia, ja ne voivat aiheuttaa hämmennystä. Naisen minäkuvassa tapahtuu muutoksia, jotka liittyvät lisääntyvään vastuuseen, opintojen ja ammattiuran väliaikaiseen keskeytymiseen sekä oman henkilökohtaisen vapauden vähenemiseen. Vauvan tulo vaikuttaa myös parisuhteeseen ja ystävyysuhteisiin. Naisen ja myös miehen on hyvä käsitellä ambivalentit tunteensa, mutta niiden selvittely yksin on hankalaa. Puolisot voivat yhdessä käsitellä ja pohtia kokemiaan tunteita ja miettiä mitä ovat saamassa, mistä joutuvat luopumaan ja miten tulevat elämänsä järjestämään, näin puolisot voivat löytää uuden tasapainon omille rooleilleen ja suhteilleen. Jos nainen ei pysty puhumaan puolisonsa kanssa kokemistaan tunteistaan, niin hänen tulisi voida puhua jonkun muun kanssa esimerkiksi neuvolan terveydenhoitajan tai kättilön kanssa. (Eskola & Hytönen 2005, 95–98.)

Kasvu vanhemmuuteen on osa inhimillistä kasvua. Ensimmäisen lapsen odotus ja syntyminen vie puolisot kehitysvaiheeseen, jossa kummankin on luotava uudet roolit – äitiys ja isyys on integroitava osaksi omaa persoonallisuutta. (Eskola & Hytönen 2005, 100.)

Synnytys

Synnytyksellä tarkoitetaan kohdunsuun avautumista ja sikiön, istukan ja kalvojen poistumista kohdusta ulkopuoliseen ympäristöön. Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen: avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe. Puhutaan ennenaikaisesta synnytyksestä, jos raskaus päättyy lapsen syntymään 23.–36. raskausviikolla. Täysiaikainen synnytys on kyseessä kun raskausviikkoja on 38.–42. Yliaikainen synnytys tapahtuu 42. raskausviikon jälkeen. (Eskola & Hytönen 2005, 211.) Synnytyksen jälkeen alkaa lapsivuodeaika (puerperium), jonka aikana äidin elimistö palautuu vähitellen lähes raskautta edeltävään tilaan. Lapsivuodenajan kesto on yksilöllinen, keskimääri 5–12 viikkoa. Palautuminen kestää kuitenkin pidempään, noin vuoden ajan. (Eskola & Hytönen 2005, 259.)

Synnytyskokemus

Synnytyskokemus tarkoittaa sitä kokonaisvaltaista elämystä, jonka lapsen syntyminen vanhemmissa herättää. Se on hyvin subjektiivinen kokemus. Synnytyksen jälkeisinä päivinä ja viikkoina on tärkeää antaa äidille sekä isälle mahdollisuus keskustella synnytyskokemuksesta. Vierihoido-osastolla äiti saa tutustua yhdessä hoitajan kanssa potilasasiapapereihin. Hoitaja selvittää äidille hoitoratkaisujen perustelut ja vastaa äidin kysymyksiin. Äiti saa kertoa synnytyskokemuksestaan, siitä mikä oli upeinta tai vaikeinta, miten autettiin ja tuettiin. Isä tai tukihenkilö voi olla myös mukana keskusteltaessa synnytyskokemuksesta. Synnytyskokemuksen käsitteleminen on etenkin tärkeää, jos synnytyskokemus on ollut kielteinen tai synnytykseen on liittynyt jotain poikkeavaa. Synnytyskokemuksen käsittely helpottaa myös suhtautumista seuraaviin raskauksiin ja synnytyksiin. (Eskola & Hytönen 2005, 261.)

Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen tapahtuu merkittäviä muutoksia naisen fyysisessä tilassa, tunteissa, elämäntyyliin ja suhteissa muihin ihmisiin. Naisella on lapsen syntymää seuraavan vuoden aikana suurempi riski kohdata psyykkisiä ongelmia kuin missään muussa elämänvaiheessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 230.)

Viime vuosien aikana on julkisuudessa puhuttu paljon synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Monenlainen äitien psyykkinen oirehdinta saatetaan nykyään nimetä herkästi synnytyksen jälkeiseksi masennukseksi. Kaikki psyykkinen oirehdinta ei kuitenkaan ole masennusta. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 318.)

2.1 Synnytyksen jälkeinen herkistyminen

Synnytyksen jälkeisellä herkistymisellä (baby blues, maternity blues, postpartum blues) tarkoitetaan ohimenevää masennustilaa, joka alkaa yleensä heti (2–3 vuorokautta) synnytyksen jälkeen (Ylilehto 2005, 27). Synnytyksen jälkeinen herkistyminen on melko yleistä, eikä sitä pidetä psyykkisenä oireiluna. Sitä esiintyy noin 50–80% synnyttäneistä äideistä. (Eskola & Hytönen 2005, 281.) Herkistymiselle tyypillisiä oireita ovat itkuherkkyys, mielialanvaihtelut ja unihäiriöt. Oireet ovat lieviä ja ohimeneviä, joten hoitoa ei tarvita. (Duodecim 2002, 38.) Oireet ovat voimakkaimmillaan 3–5 päivää synnytyksen jälkeen, jonka jälkeen ne helpottuvat ja häviävät itsestään yleensä parissa viikossa (Huttunen 2008). Herkistyminen auttaa äitiä virittäytymään pienen vauvan maailmaan ja vastaanottamaan ja ymmärtämään vauvan hienovaraisia ja hauraita viestejä sekä vastaamaan niihin (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 318; Sarkkinen 2003, 285).

2.2 Synnytyksen jälkeinen masennus

Herkistymistä vaikeampi ja pitkäkestoisempi on synnytyksen jälkeinen masennus (postpartum depression, postnatal depression, puerperal depression), jota esiintyy 10–15 % synnyttäneistä. Masennus puhkeaa yleensä ensimmäisten kuukausien aikana. Oireet ovat hyvin samantapaisia kuin muissakin elämänvaiheissa esiintyvissä masennuksissa, siis mielialanlaskua, väsymystä, itkuisuutta ja unihäiriöitä. Lisäksi äidillä voi olla huonommuudentunteita omaan äitiyteensä nähden, vaikeutta sopeutua vauvaan ja tämän hoitoon, syyllisyydentunnetta siitä ettei rakasta vauvaansa riittävästi. (Eskola & Hytönen 2005, 281.) Oireet ovat voimakkaimmillaan useimmiten 1,5–3 kuukauden kuluessa synnytyksestä (Bergström 2008; Sarkkinen 2003, 284).

Osalla äideistä synnytyksen jälkeinen masennus paranee spontaanisti, mutta toisilla masennus kroonistuu ja pitkittyy (Sarkkinen 2003, 285). Pitkittyessään masennuksella on tapana vaikeutua ja sillä on vaikutuksia lapsen ja koko perheen hyvinvointiin (Ahokas 2006, 14–15).

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa voidaan käyttää samoja hoitomuotoja kuin tavallisen masennuksen hoidossa (Duodecim 2002, 38). Hoitamattomana masennus pitkittyy ja voi kestää jopa useita vuosia (Eskola & Hytönen 2005, 281). Masennuksen uusiutuminen on todennäköistä etenkin jos masennusta ei ole hoidettu (Sarkkinen 2003, 285). Luvussa 3 käsitellään laajemmin synnytyksen jälkeistä masennusta ja sen tunnistamista ja hoitoa.

2.3 Synnytyksen jälkeinen psykoosi

Synnytyksen jälkeinen psykoosi (lapsivuodepsykoosi, post partum psychosis, puerperal psychosis) on vakava ja vaikea psyykkinen häiriö, jota esiintyy noin 0,1–0,2 % vastasyntyneistä. Se alkaa yleensä kuukauden sisällä synnytyksestä. Joskus psykoosi voi ilmetä jo raskauden lopulla tai synnytyksen aikana. Oireita ovat mielialanvaihtelut, sekavuus, yliaktiivisuus tai passiivisuus, harhaluulot ja -aistimukset. Äidillä on suurentunut riski sairastua lapsivuodepsykoosiin, jos hänellä on aikaisemmin ollut jokin psyykkinen sairaus. Psykoosin taustalla voi olla myös elimellisiä syitä, kuten hormonaaliset muutokset, lääkeaineiden vaikutusta tai voimakas psykososiaalinen rasitus. (Eskola & Hytönen 2005, 281–282.) Äidin on tärkeää kertoa jo odotusaikana äitiysneuvolassa kättilölle tai lääkärille mahdollisista aikaisemmista psykoottisista oireista. Riittävä tuki odotusaikana ja synnytyksen jälkeen saattaa vähentää synnytyksen jälkeisten psykoosien esiintymistä tai ainakin lievittää psykoosin oireita. (Huttunen 2010a.) Edelleen on kiistanalaista, onko lapsivuodepsykoosi oma itsenäinen sairaus vai ilmentääkö se alkavaa vakavampaa psyykkistä sairastumista, kuten skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai depressiota (Sarkkinen 2003, 311).

Synnytyksen jälkeinen psykoosi on erittäin vakava sairaus, jonka varhainen toteaminen on erittäin tärkeää äidin ja vauvan sekä koko muun perheen hyvinvoin-

nin kannalta. Synnytyksen jälkeisen psykoosin hoito vaatii usein psykiatrista sairaalahoitoa. Monesti äiti ja lapsi otetaan yhdessä hoitoon. Lähes aina hoito edellyttää myös antipsykoottista lääkehoitoa. Antipsykoottiset lääkeaineet imeytyvät rintamaitoon, jolloin lääkehoidon aikaisesta imetyksestä tulee neuvotella aina hoitavan lääkärin kanssa. Psykoosivaiheen kesto vaihtelee muutamasta viikosta useaan kuukauteen. Suurin osa äideistä toipuu synnytyksen jälkeisestä psykoosista hyvin ja pystyy toimimaan normaalisti äitinä. (Huttunen 2010a.)

3 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN MASENNUSTILA

3.1 Synnytyksen jälkeisen masennuksen määrittäminen

Synnytyksen jälkeisen masennuksen käsite on kiistanalainen; onko kyseessä juuri synnyttäneen äidin elämäntilanteeseen liittyvä masennus vai onko masennus samanlaista kuin muulloin naisen elämän aikana (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316; Sarkkinen 2003, 284). Synnytyksen jälkeisellä masennuksella tarkoitetaan DSM-IV luokituksessa neljän viikon kuluessa synnytyksestä alkavaa masennustilaa (Luhtasaari 2005). Synnytyksen jälkeistä masennustilaa ei löydy sellaisenaan virallisista ICD 10 tai DSM-IV tautiluokituksesta (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316). Yleensä tutkimuksissa synnytyksen jälkeisellä masennuksella on tarkoitettu ei-psykoottista, kliinisesti merkittävää, tukea ja hoitoa vaativaa depressiivistä jaksoa, joka alkaa vuoden kuluessa synnytyksestä tai ulottuu raskausvaiheesta synnytyksenjälkeiseen aikaan (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316; Sarkkinen 2003, 284). Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireiden huippu on yleensä 1,5–3 kuukauden kuluttua synnytyksestä (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 317). Synnyttäneistä äideistä arviolta 10–15% sairastuu synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Tämän masennusvaiheen aikana äidin ja lapsen varhainen vuorovaikutus häiriintyy helposti ja turvallisen kiintymyssuhteen luominen häiriintyy. (Heikkinen & Luutonen 2009, 1459; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 17.)

3.2 Esiintyvyys ja yleisyys

Naisella on suurempi riski masentua raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeen kuin muulloin elämänsä aikana. Masennuksen ilmaantumisen riski lapsen syntymän tienoilla on kolminkertainen. Uudelleensynnyttäjät ovat useammin masentuneita kuin ensisynnyttäjät. Tätä selittää se, että useamman lapsen tilanne on äidille monella tapaa kuormittava. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 317.) Vuosittain noin 10–15% synnyttäneistä äideistä sairastuu kliinisesti merkittävään masennukseen synnytyksen jälkeen (Tammentie 2009, 13). Myös isillä esiintyy synnytyksen jälkeistä masennusta. Hiltusen (2003) tekemässä tutkimuksessa esiintyi 5% isistä synnytyksen jälkeistä masennusta. Äitien masennus alkaa melko pian

synnytyksen jälkeen, kun isien masennus ilmenee yleensä vasta 4–12 kuukauden kuluttua vauvan syntymästä (Tammentie 2009, 31).

Eri kulttuureissa tehdyissä tutkimuksissa on synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyvyys todettu yhtä yleiseksi kulttuuritaustasta riippumatta (Tammentie 2009, 32).

Masennus voi uusiutua, etenkin jos sitä ei ole hoidettu, seuraavassa elämän siirtymä- tai kriisivaiheessa. Erityisen herkkiä uusiutumaan ovat ne äidin masennukset, joiden fokus on äiti-vauva -suhteessa ja jotka liittyvät äitiyden kehitysvaati-
muksiin. Seuraavien raskauksien aikana synnytyksen jälkeisen masennuksen ko-
keneiden äitien voisi olla viisasta hakeutua ennalta ehkäisevästi jo raskauden ai-
kana vuorovaikutushoitoon. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 317.) Masennuksen
uusiutumisriski on suuri erityisesti seuraavien synnytysten yhteydessä, jopa 40 %
(Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 232).

3.3 Syyt ja riskitekijät

Synnytyksen jälkeisen masennuksen syntyyn vaikuttavia tekijöitä on tutkittu pal-
jon. Selvää yksittäistä syytä ei ole löydetty, mutta riskitekijöitä masennuksen syn-
tyyn on monia. (Ahokas 2006, 16; Sarkkinen 2003, 290.) Synnytyksen jälkeisen
masennuksen taustalla olevat tekijät ovat moninaisia ja yksilöllisiä (Tammentie
2009, 4). Suurimpana riskitekijänä pidetään sosiaalisen tuen puutetta (Hiltunen
2003, 26).

Eri tutkimuksissa on osoitettu lukuisia riskitekijöitä, jotka ovat vahvasti yhteydes-
sä äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen puhkeamiseen. Näitä riskitekijöitä
ovat muun muassa aikaisemmat mielialahäiriöt, raskauden aikainen masennus ja
ahdistus, stressaavat tapahtumat raskauden tai varhain lapsivuoden aikana, alhai-
nen itsetunto, sosiaalisen tuen puute ja taloudelliset ongelmat. (Grace, Robertson,
Stewart & Wallington 2004; Heikkinen & Luutonen 2009, 1459; Leigh & Mil-
grom 2008.) Kirjallisuudessa on mainittu lisäksi myös monia muita riskitekijöitä
kuten äidin nuori ikä, vähäinen koulutus, raskauksien tarinat esimerkiksi mah-
dolliset keskenmenot (Leigh & Milgrom 2008), huono parisuhde (Ahokas 2006,

13; Heikkinen & Luutonen 2009, 1459) tai puolison puuttuminen (Ahokas 2006, 13; Tammentie 2009, 32), suvussa esiintyvä synnytyksen jälkeinen masennustai-pumus (Ahokas 2006, 13). Aikaisemmat hormonaaliset häiriöt, kuten PMS (premenstrual syndroma) tai PMDD (premenstrual dysphoric disorder) voivat lisätä riskiä synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Ahokas 2006, 13). Hormonaaliset muutokset synnytyksen jälkeen (esimerkiksi kilpirauhasen toiminnan häiriöt, estrogeenin ja kortikotropiinia vapauttavan hormonin pitoisuuden pieneneminen) voivat myös altistaa synnytyksen jälkeiselle masennukselle (Heikkinen & Luutonen 2009, 1459). Tutkimukset viittaavat, että synnytyksen jälkeisen hormonifysiologian ja sen muutoksilla olisi selkeä yhteys synnytyksen jälkeisen masennuksen puhkeamisessa äideillä, joilla ei ole aikaisempaa diagnostisoitua masennusta (Ahokas 2006,13).

Masennuksen laukaisemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat myös synnytyksessä tapahtuneet komplikaatiot (Ahokas 2006, 13) ja vauvan aiheuttama valvominen (Ahokas 2006, 13; Tammentie 2009, 32). Synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiä lisää myös huono äitisuhde (Ylilehto 2005, 40) ja naisen kokemus saamaansa vähäisestä äidillisestä hoivasta lapsuudessaan (Heikkinen & Luutonen 2009, 1459).

Terveystenhoitajia ja lääkäreitä kehoitetaan huomioimaan äidin tilanteessa olevia riskitekijöitä. Riskitekijöiden tunnistaminen ja tiedostaminen auttaa terveydenhoitajaa havaitsemaan riskialttiina olevat äidit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 231–232.)

3.4 Oireet

Masennuksesta on usein jo merkkejä raskauden aikana (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 317). Synnytyksen jälkeisessä masennuksessa on muille tyypillisille masennustiloille liittyviä oireita kuten väsymystä, itkuisuutta ja unihäiriöitä. Lisäksi näiden oireiden ohella äidillä on huonommuuden tunteita omaan äitiyteen nähden, vaikeuksia sopeutua lapseen ja lapsen hoitamiseen. (Eskola & Hytönen 2005, 281.) Äiti voi kokea kiinnostuksen puutetta vastasyntyntä vauvaansa kohtaan,

voimakasta syyllisyyttä ja syyttää itseään siitä, ettei rakasta lastaan riittävästi ja että lapsen hoitaminen tuntuu ahdistavalta (Eskola & Hytönen 2005, 281; Huttunen 2008). Äiti voi kärsiä myös pakonomaisista peloista että vahingoittaa lasta tai itsemurha-ajatuksista (Huttunen 2008). Masentuneilla äideillä on kuitenkin todettu olevan vähemmän itsemurha-ajatuksia kuin muilla masentuneilla, sillä vauva yleensä pitää äitiä kiinni elämässä. Jos masentuneella äidillä on kuolema- ja itsemurha-ajatuksia, niin usein mukana on myös ajatus vauvan ottamisesta mukaan kuolemaan. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 317.)

Masennusoireiden huippu on tyypillisimmillään 1,5–3 kuukauden kuluttua synnytyksestä (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 317; Sarkkinen 2003, 284). Oireet helpottavat hiljalleen ja ilman hoitoa masennusvaiheen kesto on noin seitsemän kuukautta. Toipumisen todennäköisyys on hyvä. Synnytyksen jälkeinen masennus voi kuitenkin laukaista pitkäkestoisen masennuksen ja ahdistuneisuuden. Mielen tasapainossa voi olla häiriöitä vuosien ajan. Masennuksen uusiutumisen riski on erityisen suuri seuraavien synnytysten yhteydessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 232.)

3.5 Tunnistaminen

Äidin masennus jää usein tunnistamatta, diagnosoimatta ja siten myös hoitamatta. Masennusta voi olla vaikea itse masentuneen äidinkin tunnistaa ja tunnustaa. (Sarkkinen 2003, 286.) Etenkin jos oireet ovat lievät, voi äidin olla vaikeaa tunnistaa niitä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 231). Tunnekokemuksena mielialanlasku ei ole yhtä selkeä kuin esimerkiksi vihan, surun, ahdistuksen ja pelon tunteet. Masennustila kehittyy usein pikkuhiljaa ja salakavalasti ja se koostuu monenlaisista oireista niin psyykkisistä kuin somaattisista. (Sarkkinen 2003, 286.) Äidit voivat hävetä sitä etteivät pärjää kaikkien lapsen ja äitiyteen liittyvien haasteiden kanssa. Tällöin äidit saattavat yrittää piilotella masennuksen oireita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 231.) Masennuksen tunnustaminen voi olla vaikeaa, sillä yleinen oletus on, että vastasyntyneen äidin ”kuuluu” olla onnellinen (Heikkinen & Luutonen 2009, 1459). Äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat yhteistyössä terveyskeskuslääkäreiden ja -psykologien kanssa ovat avainase-

massa äidin masennuksen tunnistamisessa ja diagnosoimisessa (Sarkkinen 2003, 286–287; Heikkinen & Luutonen 2009, 1459).

Masennuksen tunnistamisen jälkeen on arvioitava tarkemmin, mistä äidin oireilussa on kyse. Liittyykö masennus äidiksi asettumisen ja sopeutumisen problematiikkaan, äiti-vauva -suhteeseen vai parisuhteessa esiintyviin ongelmiin vai onko ongelmia useammalla edellä mainitulla alueella. (Sarkkinen 2003, 287.)

Masennuksen tunnistaminen on tärkeää niin äidin hyvinvoinnin kuin lapsen kehittymisen kannalta. Masentuneen äidin ja lapsen vuorovaikutus on yleensä vähäistä. Erään amerikkalaisen tutkimuksen tulosten mukaan alle yksivuotiaan lapsen äidin masennus aiheutti lapselle masennusta ja ahdistusta, mutta tutkimuksessa ilmeni masentuneiden äitien lapsilla myös tavallista enemmän uhmaa, käyttäytymishäiriöitä ja aggressiivisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 231.)

Erityisesti synnytyksen jälkeisen masennukseen tunnistamiseen on kehitetty Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) -mielialalomake (Heikkinen & Luutonen 2009, 1460). EPDS-mielialalomake on kehitetty Englannissa ja se on maailmalla niin tutkimuksellisessa kuin hoidollisessa käytössä (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 329). EPDS-mielialalomake on osoittautunut käyttökelpoiseksi myös suomalaisissa tutkimuksissa. Lomake suositellaan täytettäväksi joko jälkitarkastuksessa tai 6–8 viikkoisen vauvan terveystarkastuksen yhteydessä. Jokaisella neuvolakerralla havainnoidaan vanhempien mielialoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 232–233.) EPDS-seulaa voi käyttää myös tarvittaessa muulloinkin muun muassa raskauden aikana. Systemaattisen seulonnan avulla on mahdollista löytää äidit, joilla on riski sairastua masennukseen tai jotka ovat masentuneet. Neuvolan terveydenhoitajien tietoja ja taitoja tunnistaa masennus voidaan lisätä muun muassa koulutuksien avulla. (Kumpuniemi, Kuosmanen, Melartin, Ruponen & Vuorilehto 2007, 22–23.)

EPDS-seula on helppo toteuttaa, sillä kyselyn täyttö on yksinkertaista ja vastausten pisteyttäminen nopeaa. Äidit eivät aina jää kuitenkaan seulaan, vaikka onkin masentunut. Äidillä täytyy olla jokin tunne- tai tietoisuustasolla koettu yhteys

omaan psyykkiseen vointiinsa. Myös äidin ja terveydenhoitajan suhde voi vaikuttaa tuloksiin. Äidin ja terveydenhoitajan suhde tulisi olla toimiva ja luottamuksellinen, jotta seula toimisi luotettavasti. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 329.)

Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen, diagnosoiminen ja hoidon aloittaminen mahdollisimman varhain olisi tärkeää. Ongelmia tuottaa kuitenkin masentuneiden äitien tunnistaminen, sillä masentuneen itsensäkään on vaikea tunnistaa ja tunnustaa masennusta. (Sarkkinen 2003, 286.) Whittonin, Warnerin ja Ablebyn tekemässä tutkimuksessa tuli ilmi, että suurin osa (90 %) masentuneista äideistä huomasi että jotain oli vialla, mutta vain kolmannes heistä uskoi että kyseessä voisi olla synnytyksen jälkeinen masennus. Näistä äideistä reilut 80 % ei ollut puhunut terveydenhuollon ammattilaisille oireistaan. (Tammentie 2009, 36.)

3.6 Ehkäisy ja hoito

Puolisolta ja muilta läheisiltä saatu sosiaalinen tuki raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen saattaa vähentää riskiä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja lyhentää mahdollista masennustilaa (Huttunen 2010b).

Synnytyksen jälkeinen masennus paranee yleensä melko nopeasti. Tyypillisesti oireet helpottuvat kuukausien kuluessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 232.) Hoidon valintaan vaikuttaa kunkin yksilöllinen tilanne, masennuksen aste, sosiaalisen tuen tarve ja saatavuus (Ahokas 2006, 18). Kaikkien masentuneiden ensisijainen hoidon perusta on turvallinen ja tukea antava hoitosuhde (Heikkinen & Luutonen 2009).

Lievissä tapauksissa riittää tukea antava keskustelu ja käytännön tukitoimet esimerkiksi kotiapu (Ahokas 2006, 18). Vertaistuki voi olla merkittävä äidin jaksamiselle, siellä äiti saa aitoa ymmärrystä, käytännön ohjeita ja hyväksyntää. Tärkeintä on, että äiti ei jää yksin. (Väestöliitto 2008, 60.) Äidin ja vauvan vuorovai-
kutuksen tukeminen on myös tärkeää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 233).

Tukea äiti ja perhe voi saada lievään masennukseen ja äidin ja vauvan vuorovai-
kutuksen kehittämiseen äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajilta, neuvola-

psykologeilta ja neuvolan perhetyöntekijöiltä, kolmannen sektorin tarjoamista palveluista kuten Ensi- ja turvakotien liitolta, järjestöjen tarjoamista palveluista kuten Väestöliitolta ja Mannerheimin Lastensuojeluliitolta (MLL), joka järjestää muun muassa lastenhoitopalveluita, erilaisia perhekahviloita ja ryhmiä, ja lisäksi äiti voi saada vertaistukea esimerkiksi Äidit irti synnytysmasennuksesta ÄIMÄ ry:ltä. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 332–333; Sarkkinen 2003, 302.) Terveystenhoitajat voivat antaa tukea äitiys- ja lastenneuvolassa niin sanotulla tehostetulla työllä eli tihentämällä ja pidentämällä vastaanottoaikoja, tekemällä kotikäyntejä perheeseen, järjestämällä äiti-vauva -ryhmiä ja ryhmäneuvoloita (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 332–333; Sarkkinen 2003, 302). Myös psyykkisesti hyvinvoivat isät ovat voimavara äidin lievän masennuksen tukemisessa (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 332–333).

Keskivaikeisiin ja vaikeisiin masennuksiin sekä äidin ja vauvan vuorovaikutusongelmien hoito edellyttää aina verkostollista työskentelyotetta ja usein eri hoitomuotojen yhdistämistä. Hoitona ovat yleensä psykoterapiat ja lääkehoito. Riippuen äidin masennuksen syystä tai fokuksista hoitotahoja voivat olla muun muassa neuvolapsykologitoiminta, perheneuvolan vauvaperhetoiminta, lastenpsykiatrian vauva- tai pikkulapsipsykiatrinen yksikkö, aikuispsykiatrian poliklinikka tai äiti-vauvaosastopaikka ja yksityiset psykoterapiapalvelut. Lääkehoidon tarve tulisi lääkärin arvioida rutiinisti jo keskivaikean masennuksen hoidossa. Muita hoitomuotoja ovat äidin ja vauvan vuorovaikutushoidot ja -psykoterapia, varhaiseen vuorovaikutukseen vaikuttamaan pyrkivät hoidot eli niin sanotut äiti-vauvaterapiat erityisesti silloin kun äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus on vaarassa häiriintyä äidin masennuksen vuoksi, äidin yksilöpsykoterapia muun muassa äitiyteen asettumiseen ja sopeutumiseen liittyvissä ongelmissa, pari- tai perheterapiat muun muassa kun äidin masennuksen fokus on parisuhteessa ja varhaisen vanhemmuuden haasteissa sekä psyykkisen ja sosiaalisen tuen ongelmissa. Myös järjestöt tarjoavat erilaisia palveluita, esimerkiksi Ensi- ja turvakotien liitolta on Baby Blues -toimintaa. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 333.) Hoitamatta jätetty masennus voi kestää useita kuukausia ja sillä on vaikutusta koko perheeseen (Mason & Poole 2008).

Hormonihoidoilla voi olla hyötyä osalle synnytyksen jälkeiseen masennuksen sairastuneille. Pienillä aineistoilla tehtyjen tutkimusten mukaan estrogeenihoidot auttavat nopeasti. Erään suomalaisen estrogeenihoitokokeilun mukaan äidit, joilla ei ollut aikaisempaa masennustaustaa tai joilla on pelkästään synnytyksen jälkeinen masennus, sai estrogeenihoidosta avun pääosin kahdessa viikossa. (Kettunen & Koistinen 2008, 1715–1716.)

Vaikeiden masennusten ja myös psykoosien hoidossa on lääkkeitä hyötyä. Lääkkeiden käyttö yleensä estää imettämisen, mutta tällöin tuetaan äitiä löytämään muita keinoja läheisyyden luomiseksi itsensä ja lapsen välille. (Eskola & Hytönen 2005, 282.)

Keskeisintä on masennuksen varhainen tunnistaminen ja tehokkaan, yksilöllisen hoidon aloittaminen. Pahimmat esteet ovat myöhäinen hoitoon hakeutuminen, tiedon puute ja tiedon puutteesta johtuvat ennakkoluulot. Kokonaisuudessaan äidin masennus voidaan hoitaa asianmukaisesti melko nopeastikin. (Ahokas 2006, 21.)

3.7 Vaikutukset perheeseen

Synnytyksen jälkeinen masennus varjostaa äidin omaa elämää, mutta etenkin koskettaa myös vauvaa, jonka psykososiaalinen ja kognitiivinen kehitys voi vaarantua (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316). Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen on todettu haittaavan varhaista vuorovaikutusta ja altistavan turvattomalle kiintymyssuhteelle, mikä vaikeuttaa lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelykyvyn kehitystä ja altistaa lapsen myöhemmälle psyykkisille häiriöille (Heikkinen & Luutonen 2009, 1459). Lisäksi äidin masennus koskettaa perheen isää ja muita lapsia ja usein myös isovanhempia ja ystäviä (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316).

Vaikutukset liittyvät keskeisesti siihen mihin masennus ensisijaisesti liittyy, onko fokus äidin ja vauvan suhteessa, parisuhteessa vai äidin omassa äitisuhteessa. Masennuksen tunnistamisen ja diagnosoimisen yhteydessä on aina tarkemmin arvioitava, mikä on masennuksen fokus ja minkälainen merkitys masennuksella on äi-

din ja vauvan vuorovaikutussuhteelle. Jos fokus ei ole äidin suhteessa lapseen, niin varhainen vuorovaikutus ei ole niin suuressa vaarassa häiriintyä kuin tilanteissa, joissa fokus on äiti-vauva -suhteessa. On myös masentuneita äitejä, joille suhde vauvaan on ainoa tyydyttävä ja onnea tuottava ihmissuhde. Kun fokus on äidin suhteessa vauvaan, niin silloin masennus tulee nähdä myös varhaisen vuorovaikutuksen häiriönä. Hoito tulee tällöin kohdentaa myös äidin yksilöhoidon lisäksi äidin ja vauvan välisen suhteen hoitamiseen. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 322–323.) On tutkimustuloksia joiden mukaan, jos äidin ja vauvan välistä varhaista vuorovaikutussuhdetta ei hoideta tai vauvalla ei ole muuta korvaavaa varhaista vuorovaikutussuhdetta esimerkiksi isäänsä, yleistyy vauvan äidiltään omaksuma depressiivinen vuorovaikutustyyli vauvan muissa ihmissuhteissa. Isän roolin merkitys hoitajana kasvaa kun äiti on vaikeasti masentunut, eikä pysty ottamaan perusvastuuta vauvasta. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 232.)

Masentuneiden äitien vauvoilla on ei-masentuneiden äitien vauvoihin verrattuna enemmän negatiivisia ja vähemmän positiivisia ilmeitä, jolloin vauva vaikuttaa vakavalta ja totiselta. Masentuneiden äitien vauvat äänтелеvät ja joteltelevat vähemmän ja välttelevät katsekontaktia kääntämällä pään pois. Vauvojen aktiivisuuden tasossa voi olla myös eroa; masentuneiden äitien vauvat voivat olla niin sanotusti liian kilttejä, mukautuvia tai jollakin tapaa luovuttaneita, jolloin ne saattavat olla ilmaisematta tarpeitaan tai eivät herätä huomiota. Masentuneiden äitien vauvat protestoivat ja itkeskelevät enemmän kuin ei-masentuneiden vauvat ja heidän mielialansa on alakuloinen ja masentunut. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 324.)

3.8 Neuvolan rooli

Suomessa lähes kaikki odottavat äidit ja lapsiperheet käyttävät neuvolapalveluita. Äitiysneuvolan tarkoituksena on vastata raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidollisiin ja tuen tarpeisiin. Tavoitteena on turvata raskauden normaali kulku, äidin ja perheen hyvinvointi, terveen lapsen syntymä ja vanhemmuuden vahvistuminen. (Lindholm 2007b, 33.)

Äitiysneuvolassa käynnit ovat vapaaehtoisia. Lähes kaikki noin 97–99% raskaana olevista naisista käyttää äitiysneuvolan palveluita. Raskaana oleva nainen ja lasta odottava perhe tulevat äitiysneuvolan asiakkaiksi yleensä raskauden kestätyä 8–12 viikkoa. Asiakkuus äitiysneuvolassa päättyy, kun äidille tehdään jälkitarkastus äitiysneuvolassa noin kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen. (Lindholm 2007b, 33.) Ensisynnyttäjät äidille suositellaan 13–17 neuvolakäyntiä odotus- ja lapsivuodeaikana. Uudelleensynnyttäjille suositellaan 9–13 käyntiä. Lääkärikäyntejä on vähintään neljä, joista yksi on synnytyksen jälkeinen jälkitarkastuskäynti. Yksilöllisen tarpeen mukaan käyntejä voidaan lisätä. (Eskola & Hytönen 2005, 103.)

Äitiysneuvolan työmuotoja ovat perhesuunnittelu, terveystarkastukset sisältäen seulonnat ja ohjaus, neuvonta ja tukitoimet, perhevalmennus, muut ryhmämuotoiset toiminnot, kotikäynnit, puhelinneuvonta ja moniammatillinen yhteistyö. Raskaana oleville ja heidän perheilleen järjestetään odotusaikana perhevalmennusta. Perhevalmennuksen tarkoituksena on valmentaa vanhempia ja mahdollisia sisarusia tulevan lapsen odotukseen, synnytykseen ja perhe-elämään. Stakesin ja Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksissa kehoitetaan kuntia järjestämään perhevalmennuskertoja raskauden aikana ja myös synnytyksen jälkeen esikoistaan odottaville perheille. Perhevalmennusta on järjestetty ja toteutettu eri paikkakunnilla ja eri neuvoloissa hyvin vaihtelevilla tavoilla ja sisällöillä. Suurin osa esikoistaan odottavista perheistä osallistuu perhevalmennukseen. (Lindholm 2007b, 36.)

Noin 97–99% lapsiperheistä käyttää lastenneuvolan palveluita. Lastenneuvolan tavoitteena on lasten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden edistäminen ja perheiden hyvinvoinnin paraneminen. Lastenneuvolan ensisijaisena päämääränä on lapsen etu ja sen saavuttaminen edellyttää varhaista puuttumista kaikkiin lapsen hyvinvointia uhkaaviin tekijöihin. Suositusten mukaan alle vuoden ikäiset lapset käyvät neuvolassa määräaikaistarkastuksissa 8 kertaa, 1–2 -vuotiaat neljä kertaa vuodessa ja sen jälkeen kerran vuodessa. Näistä ensimmäisen ikävuoden aikana lääkärintarkastuksia on kolme ja sen jälkeen lapsi käy neuvolalääkärillä 2–

3 kertaa ennen kouluikää. Tapaamiset suunnitellaan lapsen ja perheen tarpeiden mukaisesti. (Lindholm 2007a, 113.)

Lastenneuvoloiden työmuotoja ovat terveystapaamiset, joihin sisältyy seulonnat, rokottaminen, ohjaus, tuki ja neuvonta. Erilaiset ryhmät ja kotikäynnit mahdollistavat lapsiperheiden voimavaraistumisen ja mahdollistavat myös riittävän varhaisen puuttumisen kasvua, kehitystä ja terveyttä vaarantaviin tekijöihin. (Lindholm 2007a, 113.)

Äitiys- ja lastenneuvoloiden yksi työmuodoista on kotikäynti. Terveystenhoitaja saa tällöin mahdollisuuden tarkkailla äitiä ja lasta sekä muuta perhettä heidän luonnollisessa ympäristössään. Koti on perheen yksityisaluetta, joten tämä tuo terveydenhoitajan ja perheen vuorovaikutukseen uuden sävyn. (Eskola & Hytönen 2005, 283.) Suosituksen mukaan lastenneuvolan terveydenhoitaja tekee kotikäynnin ainakin kaikkien esikoistaan odottavien vanhempien kotiin jo odotusajan lopulla tavaten mielellään molemmat vanhemmat. Vanhemmat saavat tällöin mahdollisuuden tutustua lastenneuvolan terveydenhoitajaan ja työntekijän kannalta kotikäynnin tarkoituksena on tutustua perheeseen sen arkiympäristössä. Käynnillä on tarkoitus keskustella muuttuvan perhetilanteen herättämistä odotuksista ja peiloista, ennakoida ja ehkäistä mahdollisia tapaturmia sekä kotikäynti auttaa erityistukea tarvitsevien varhaista tunnistamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 121–122.)

Vastasyntyneen lapsen perheeseen suositellaan tehtäväksi kotikäynti sitten kun perhe on kotiutunut synnytyssairaalasta. Lapsen syntymän jälkeisen käynnin sisältönä on vauvan ja perheen voinnin havainnointi ja vauvan hoidon ohjaus. Kotikäynnin tärkein asia on varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Kotikäynnillä käydään läpi muun muassa synnytyskokemusta, mielialaa, imetykseen liittyviä asioita ja äidin palautumista synnytyksestä. Lapsen tarkkailussa olennaisinta on yleisvointi, paino, eritteiden laatu ja määrä sekä mahdollinen keltaisuus, myös napa tarkistetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 123–124.)

Kotikäyntejä voidaan lisätä tunnistetun tarpeen perusteella. Esimerkiksi keskoslasten perheet, paikkakunnalle muuttaneet perheet, päihde- tai mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien perheet ovat sellaisia perheitä, joihin voidaan tehdä tarvittaessa lisäkotikäyntejä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 124–125.)

3.8.1 Terveydenhoitaja synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistajana ja tukijana

Äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat ovat keskeisessä asemassa äidin masennuksen tunnistamisessa ja tukemisessa yhdessä neuvolalääkäreiden, neuvolapsykologien ja perhetyöntekijöiden kanssa (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 332).

Terveydenhoitajan olennaisia työkaluja ovat aktiivinen kuuntelu, aito läsnäolo, äidin kunnioittaminen ja empatia. Alusta alkaen äidin on hyvä tietää, että hän itse on oman elämänsä paras asiantuntija ja päätöksentekijä ja terveydenhoitaja on hänen apunaan kasvaessaan äidiksi. Näin äidille tulee tunne, että hän voi puhua rehellisesti ja kertoa hankalistakin asioista. Ilmapiirin ollessa hyväksyvä, syntyy äidille tunne, että terveydenhoitaja on häntä varten. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 326.)

Neuvolatyössä masennuksen tunnistaminen ja työskentely masentuneen äidin kanssa voi olla välillä vaikeaa, sillä masentuneen äidin voi olla vaikea näyttää avuntarvettaan eikä hän välttämättä itse vaadi tai hae aktiivisesti apua. Masennuksen tunnistaminen vaatii äidin ja hänen arkensa riittävää tuntemusta. Luottamuksellisen suhteen rakentaminen on tärkeää, sen kautta luodaan mahdollisuus yhteistyöhön äidin kanssa. Luottamuksellisen suhteen synnyttyä terveydenhoitaja pääsee tutustumaan äidin maailmaan, perheeseen ja läheisiin sekä äidin omiin ajatuksiin ja tunteisiin, joista saattaa paljastua raskauteen, synnytykseen ja äitiyteen liittyviä huolia ja pelkoja. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 325–326.)

Masennuksen varhaisen tunnistamisen kannalta on tärkeää, että äiti voi neuvolassa keskustella omista mielikuvistaan vauvasta, vanhemmuudesta, synnytyksestä ja elämästä vauvan kanssa hänen syntymänsä jälkeen. Vauvan synnyttyä on tärkeää muistella synnytystä ja vauvan ensihetkiä. Vauvan syntymisen jälkeen on kysyttävä

vä äidin vointia ja arjesta selviytymistä vauvan kanssa. Keskustelun lisäksi terveydenhoitajan tulee havainnoida äidin ja vauvan yhdessäoloa ja vuorovaikutusta niin kotikäynnillä kuin neuvolatapaamisissa. Vuorovaikutusta voi havainnoida sillä, että onko äidillä ja vauvalla katsekontaktia, kuinka imetys ja ruokailu sujuvat, miten äiti pystyy lohduttamaan vauvaa, jutteleeko äiti vauvalle, kuinka äiti kuvailee vauvaa ja näkyykö äidistä iloa ja nautintoa vauvasta. Tavallista on, että masentunut äiti on vähän kontaktissa vauvan kanssa vastaanotolla. Äiti voi esimerkiksi jättää vauvan sivummalle turvakaukaloon tai puhua enemmän itsestään kuin vauvasta. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 325–326.)

Raskauden aikaiset ja äitiyteen liittyvät mielialanvaihtelut ovat tuttuja terveydenhoitajille, mutta terveydenhoitajat tarvitsevat usein lisäkoulutusta ja mallittamista tukea tai hoitoa vaativan masennuksen tunnistamiseen ja tarkempaan arviointiin (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316).

Äidin masennuksen seulominen EPDS-seulalla jokaiselta vastasyntyttäneeltä äidiltä auttaa terveydenhoitajia tunnistamaan ajoissa synnytyksen jälkeisen masennuksen ja helpottaa myös masennuksen puheeksi ottamista. Jos äiti jää seulaan, on terveydenhoitajan tai terveyskeskuslääkärin arvioitava tarkemmin keskustelemalla ja havainnoimalla, mistä ja kuinka vakavasta masennuksesta on kyse. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 328–329, 331.)

Terveydenhoitajien antama tuki masentuneille äideille on tärkeää. Terveydenhoitajat voivat tukea lievästi masentunutta äitiä niin sanotulla tehostetulla työllä eli tiheämmillä ja pidemmillä vastaanottoajoilla sekä tarvittaessa tehdä kotikäyntejä perheeseen sekä ryhmäneuvoloilla ja äiti-vauva -ryhmillä. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 332–333.)

3.8.2 Suositukset

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008, 102) on antanut suosituksen neuvolan tehtävistä perheiden tukemisessa: "varhaisen puuttumisen ja asiakaskeskeisyyden tehostamiseksi neuvolassa otetaan käyttöön asiakasperheille soveltuvia lomakkeita". Synnytyksen jälkeistä masennusta suositellaan seulottavaksi joko synnytyksen

jälkeen jälkitarkastuksessa tai viimeistään lapsen 6–8-viikkoistarkastuksen yhteydessä. Jokaisessa tapaamisessa havainnoidaan vanhempien mielialoja. Äitiys- ja lastenneuvolan, terveysaseman, erikoissairaanhoidon ja mielenterveysyksiköiden kesken suositellaan sovittavaksi synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontatavoista, vastuuhenkilöistä, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopolusta ja tarvittavasta lisäkoulutuksesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 233.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisesti. Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään todellisen elämän kuvaamiseen. Todellisuus on käytännössä moninainen, eikä sitä voi pilkkoa osiin kuinka tahansa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohdetta tulisi tutkia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Arvolähtökohdista ei voi luopua, koska arvot muovaavat sitä miten pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksessa ilmenevät tulokset ovat ehdollisia, sekä aikaan että paikkaan sitoutuneita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita. Tällöin pääpaino ei ole todentaa olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä että aineisto kerätään luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tiedonkeruun välineenä käytetään yleensä ihmistä. Tutkijan tulisi luottaa havaintoihin ja keskusteluun, sekä pitää toissijaisena mittausvälineistä saatua tietoa. Aineiston hankinnassa voidaan käyttää apuna myös lomakkeita ja testejä, kun pyritään tiedon täydentämiseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen yhteydessä suositaan metodeja (esimerkiksi teemahaastattelu, havainnointi, ryhmähaastattelu), joissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

4.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimus toteutettiin Suomessa, eräässä keskikokoisessa kaupungissa. Kohderyhmä muodostui erään kaupungin äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajista. Tutkimukseen osallistui kolme terveydenhoitajaa lastenneuvoloista ja kolme kättilöä äitiysneuvoloista. Kriteerinä oli että terveydenhoitajat olivat kohdanneet työssään synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneita äitejä. Tutkija itse ei pystynyt vaikuttamaan haastateltaviksi valittujen terveydenhoitajien valintaan, joten sattumalta kaikki haastateltavat omasivat melko pitkän kokemuksen neuvolatyöstä.

Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla sekä taustatiedot (ikä, koulutus, työkokemus) haastateltavista kerättiin kyselylomakkeella. Aineiston hankintatavaksi valittiin teemahaastattelu, jotta saataisiin vastaajat lähtemään mukaan tutkimukseen. Taustatiedot päätettiin kerätä kyselylomakkeella, jotta haastatteluaikaa ei taustatietojen keruuseen menisi niin paljoa ja näin myös taustatietojen analysointi oli helpompaa.

Tiedonkeruumenetelmänä haastattelu on hyvä, koska siinä ollaan suoraan vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Toisaalta siitä voi olla sekä hyötyä että haittaa. Haastattelun suurin etu on yleensä sen joustavuus aineistoa kerätessä. Haastattelun etenemistä voidaan säädellä haastatteluaiheiden järjestyksellä ja vastauksia on mahdollista tulkita enemmän kuin monissa muissa tiedonkeruumenetelmissä. Haastattelun hyvä puoli on myös se että suunnitellut vastaajat saadaan yleensä mukaan tutkimukseen ja haastateltava on mahdollista tavoittaa myöhemminkin, jos on tarpeen täydentää tutkimusaineistoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 205–206.)

Haastattelu sisältää myös huonoja puolia. Haastattelu vaatii aikaa, edellyttää huolellista suunnittelua ja kouluttautumista haastattelijan rooliin ja tehtäviin. Haastattelutilanteeseen voi sisältyä monia virhelähteitä, jotka voivat johtua niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin ja itse haastattelutilanteesta kokonaisuutena. Haastattelun luotettavuutta saattaa osaltaan heikentää haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Haastatteluaineisto on pitkälti tilannesidonnaista. (Hirsjärvi ym. 2009, 206–207.)

Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teemat ovat valmiiksi tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelua voidaan pitää lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuotona. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Tutkimuksen suorittaminen

Anoin opinnäytetyön tutkimuslupaa alkuvuodesta 2010 ja se myönnettiin 3.2.2010, jonka jälkeen olin yhteydessä valittujen terveysasemien osastonhoitajiin. Osastonhoitajat olivat toimittaneet kyselylomakkeet ja teemahaastattelurun-

got äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajille. Kaikki kuusi valittua terveydenhoitajaa lähti tutkimukseen mukaan ja jokaisen kanssa sovittiin erikseen haastatteluaikat. Haastattelut toteutettiin aikavälillä 1.3–31.3.2010. Haastattelut suoritettiin kunkin terveydenhoitajan työpaikalla ja heidän aikataulunsa mukaisesti. Haastatteluaika vaihteli keskimäärin 0,5–1 tuntiin. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Haastattelut nauhoitettiin, nauhat purettiin kevään 2010 aikana. Haastattelun yhteydessä terveydenhoitajat täyttivät kyselylomakkeen, jolla kartoitettiin haastateltavien taustatietoja.

4.3 Aineiston analysointi

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen tutkimus ja tutkimustulosten analysoinnissa on käytetty sisällönanalyysimenetelmää. Analysointi aloitettiin kuuntelemalla haastattelut ja samalla aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sana sanalta. Seuraavaksi luettiin haastattelut yksitellen läpi ja perehdyttiin niiden sisältöön. Aineistoon perehtymisen jälkeen aineisto pelkistettiin eli redusointiin käyttämällä erivärisiä alleviivaustuseja. Pelkistystä ohjasivat tutkimusteemat. Tutkimusteemat olivat synnytyksen jälkeinen masennus, valmiudet tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus ja valmiudet & mahdollisuudet tukea masentunutta äitiä. Alleviivatut, pelkistetyt ilmaukset listattiin eri konsepteille tutkimusteemoittain. Tämän jälkeen etsittiin samankaltaisia ilmauksia pelkistetyistä ilmauksista sekä myös erilaisuuksia etsittiin. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia. Alaluokkia yhdistämällä muodostettiin yläluokkia ja yläluokista muodostettiin teoreettisia käsitteitä.

Sisällönanalyysillä pyritään tutkittavasta ilmiöstä luomaan sanallinen kuvaus mahdollisimman tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kuitenkin kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota. Analysoinnilla luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen analysointi perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään se ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. Analysointia tehdään jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa. Laadullisessa eli induktiivisessa aineiston analysoinnissa on kolme vaihet-

ta: aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistui lastenneuvoloista kolme työntekijää, jotka kaikki olivat koulutukseltaan terveydenhoitajia. Äitiysneuvoloista osallistui myös kolme työntekijää, yksi ilmoitti koulutukseen kätilö, yksi kätilö-terveydenhoitaja ja yksi terveydenhoitaja-kätilö. Työkokemus neuvolatyöstä vaihteli vastaajilla 11,5 vuodesta 31 vuoteen. Keskiarvoksi saadaan 19,75 vuotta.

5.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen käsite

Vastaajista suurin osa koki synnytyksen jälkeisen masennuksen laajaksi käsitteeksi, jota on eriasteista. Vastaajien mukaan synnytyksen jälkeisen masennuksen erottaa baby bluesista oireiden pitkittyminen. Puolet vastaajista koki, että mielialanlasku liittyy uuteen tilanteeseen, äidiksi tulemiseen ja kasvamiseen. Myös pari vastaajaa otti esille, että synnytyksen jälkeisen masennuksen taustalla voi olla hormonaaliset muutokset.

"Moniulotteista, niitä on niin eriasteisia."

"Se on synnytyksen jälkeen ilmenevä mielialanlasku, jota on eriasteista, joka liittyy äidiksi tulemiseen ja äidiksi kasvamisen käynnistää useilla naisilla tällaisen..."

"Se on yleensä semmoinen reaktio siihen uuteen rooliin, äidin rooliin."

"...kaikki mitä liittyy siihen uuteen tilanteeseen ja alkaen niinku hormonaalisista muutoksista sitten näihin kaikkiin henkisiin ja sosiaalisiin muutoksiin, niin kaikki vaikuttaa siihen että jotkut sitten ovat alakuloisia..."

"Se osuu ajankohdaltaan tuohon synnytyksen jälkeisen aikaan."

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireita vastaajat listasivat paljon, niistä yleisimmät olivat: itkuherkkyys ja itkeskely, unihäiriöt, väsymys, alakuloisuus, apaattisuus, poikkeavuudet äidin käytöksessä, huolestuneisuus ja vuorovaikutushäiriöt vauvaan. Jokainen äitiysneuvolan kätilö toi esille, että merkkejä on jo raskauden aikana masennuksesta. Raskauden aikana yleisin oire oli ylenmääräinen huoli pienistäkin asioista, muita oireita olivat epävarmuus, ambivalenttisuus sen suhteen tuleeko hänestä äiti ja ahdistuneisuus.

5.3 Terveystenhoitajien valmiudet tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus

Lastenneuvola koettiin tärkeässä roolissa synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa. Äitiysneuvolan rooli korostui raportin antajana. Haastatellut eivät kokeneet tunnistamisessa olevan suuria ongelmia. Heidän mukaansa kaikkea ei kuitenkaan huomaa tai tule esille kotikäynneillä tai neuvolakäynneillä.

"Näitä masentuneita äitejähän on aina ollut ja niitä tulee olemaan. Ja me ollaan ne äidit tunnistettu."

"Kyl me vanhat kätilöt ja terveydenhoitajat kyllä tunnistetaan ne äidit, et siinä en usko et on mitään ongelmaa."

"En tiedä löytyykö vieläkkään kaikki näillä kaikilla mahdollisilla apuvälineillä ja omalla intuitiolla mutta suurempi osa kuin ennen."

"Semmosia hämmästyttäviä kommentteja kuulee aina välillä jälkikäteen, että joku äiti sanoo et kyl mä olinkin masentunut silloin sen lapsen jälkeen ja kuitenkin se ei koskaan oo tullu missään esille. Mut mun mielestä nää graavit oikeen masennukset tulee aina esille."

"Jotkut vaikea löytää, voi tulla yllätyksiäkin."

Yksi vastaajista sanoi tunnistamisen olevan vaikea asia.

"Se (tunnistaminen) on hirveen vaikea asia. Jälkeenpäin on hyvä tuumata et ois pitänyt huomata toi ja toi. Oireita on tosi vaikea tun-

nistaa jos masennusseulaan vastataan ok ja kysyttäessä ok. Kyllä semmoset jos joku tuo ilmi ettei saa nukuttua, on alavireisyyttä, ei jaksakaan tehdä mitään niin silloin puuttuminen on helpompaa."

Kolme vastaaja toi esille, että piilevät tapaukset ja tsemppaajat ovat vaikeimmat tunnistaa.

"Ongelmana on sit semmoiset jotka yrittää niinku tsempata ja sit kumminki siel on jotain takana. Ne on kyl aika taitavia siinä että ku tullaan neuvolaan tai ku me mennään kotikäynnille niin se tsempataan se aika. Et voi olla et se on vähä isompi ryhmä kuin mitä uskoisikaan, joka ei sitten kuitenkaan päästä sitä ulos sen oman niinku panssarin läpi."

"Tunnistamista vaikeuttaa jos kulissit pitää olla."

Puolet vastaajista toi esille tunnistamista helpottavaksi tekijäksi aikaisemman kontaktin äitiin ja hoitosuhteen pituuden. Tällöin tietää ja tuntee äidin tavan kommunikoida ja huomion herättää äidin käytöksessä tapahtuneet muutokset.

"Tunnistamista helpottaa jos tuntee äidin, et sulla on jo kontakti. Ja jos on tuntenut monta vuotta perheen ja jos on semmoinen hyvä luottamus syntynyt."

Kolme vastaajista koki kokemuksen tuoneen valmiuksia tunnistamiseen ja rohkeutta ottaa asioita esille.

"Mun mielestä vasta nyt mä rupeen niinku tällaisia asioita tunnistamaan että aika kauan pitää tehdä tätä työtä että niinku tulee se vaito et onko tässä ny kaikki hyvin."

Jokainen vastaaja käytti tunnistamisessa samoja keinoja, yleisin keino oli kysyminen muun muassa äidin voinnista ja vauvan hoidosta, avoin keskustelu sekä havainnointi. Oma intuitio ja näppituntuma koettiin myös tärkeäksi osaksi tunnistamista.

"Kysytään äidin vointia kotikäynnillä, neuvolakäynneillä alkuvaiheessa vielä enempi, pitäisi kyllä muistaa sitten vähän myöhemminkin."

"Keskustellaan ja täytyy uskaltaa todella kysyä ihan niitä ydin juttuja, mennä oikein asiaan, kysyä ja katsoa ihan silmiin."

Vastaajien mukaan synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaa parhaiten jos äiti itse kertoo olotilastaan, oireista ja tuntemuksistaan. Vastaajien mukaan huomion herättää tai synnytyksen jälkeisen masennuksen voi tunnistaa äidin käyttäytymisen muutoksesta, äiti kertoo oireista itse tai kyseltäessä, näkee äidin mielialasta, olemuksesta ja puheista ja mahdollisista vuorovaikutushäiriöistä vauvaan. Huolen herättää jos äidillä on aikaisempaa masennustaustaa tai muuta mielenterveysongelmaa tai jos äitiysneuvolassa on ollut jo huoli.

"Jos siellä taustalla masennuksen taipuvuutta tai jotain mielenterveysasioita, niin kyllähän se aina sellainen huutomerkki on."

"Äitiysneuvolan puolelta saadaan raporttia, jos siellä murehditaan jotain äitiä niin sitähan varmaan seuraa niinku enemmän, kaikkia pitää seurata mutta nää on varmaan vähän riskiryhmä, niin niitä tukee ehkä vähän enemmän."

Kaksi vastaajaa toi esille sen, että aina kuitenkin ei kyse ole synnytyksen jälkeisestä masennuksesta vaikka oma intuitio niin sanoisikin, sillä äiti voi olla perusolemukseltaan vähäeleinen, surumielinen tai taustalla voi olla jotain muuta esimerkiksi huono parisuhde tai väkivaltaa.

Mahdollisista apuvälineistä kysyttäessä jokainen vastaaja toi esille EPDS-seulan. EPDS-seulan antaa äidille täytettäväksi lastenneuvola, äiti tuo täytetyn seulan mukanaan jälkitarkastukseen, jossa tapaa äitiysneuvolan kättilön ja neuvolalääkärin. Seula käydään läpi jälkitarkastuksessa. EPDS-seula koettiin toimivaksi, kunhan vain äidit vastaavat siihen rehellisesti.

"Toimiva kapine (EPDS-seula), on sellaisia äitejä joilta en olisi aikaisemmin löytänyt ja hoksannut, niin tän kaavakkeen avulla löytyi."

"Ehkä se on hyvä silloin kun on aloittanut työt, että se on semmoisena tukena ja itse henkilökohtaisesti koen että se on ihan hyvä ja sieltä voi tulla joku joka löytyy. Mutta jotenkin mulla on oma usko siihen että äiti voi itse pisteyttää ne niin ettei jää kiinni."

"EPDS-seula on sellainen meidän apuväline, mitä me käytetään. Siinä saadaan joskus kiinni yllättäviä korkeita pisteitä, mutta sitten on näitä joita itse epäilee että kuinka tää äiti oikein voi, onko se masentunut? niin ei se saa paljon yhtään pisteitä, että se on tosi vaikea että täyttääkö ne sen sitten rehellisesti vai laittaako ne vaan sen mitä ne luulee et mä haluan kuulla."

Apuvälineisiin kolme vastaajaa luokitteli puoliset/isät, joilta voi myös kysyä äidin voinnista. Vastaajat myös toivoivat että isät toisivat enemmän esille mahdollista huolta äidistä kertomalla asiasta. Jos huoli ei tule esille, ei sitä välttämättä huomata ja silloin apua ei voida tarjota.

"Totta kai apuvälineenä on myös puoliso, voi kysyä myös häneltä kuinka äiti jaksaa ja kuinka heillä menee."

"Mä toivoisin et ne isät, näiden naisten miehet toisi tänne ja niinku olis huolissaan."

Vastaajat laskivat apuvälineiksi myös oman itsensä, kokemuksen, koulutuksen ja hoitoketjut.

"Meillähän on aika tuore semmoinen koulutus tästä äidin masenuksesta."

"Ja sitten on tietysti tää meidän nää hoitoketjut, tiedetään et jos niinku joku tarttuu siihen EPDS-seulaan, niin onko se sit lievä, keskivai-

kea vai vaikea, niin jollain tavalla niinku tiedetään et miten mennään eteenpäin."

Jokainen vastaaja kertoi saaneensa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta koulutusta. Aiheesta on järjestetty koulutusta tasaisin väliajoin. Haastatellut koki koulutuksien olleen hyödyllisiä. Koulutuksien hyötynä nähtiin se, että asioissa mennään eteenpäin, se motivoi, aukaisee silmät ja saa ehkä innostumaan ja koulutuksissa oppii kollegoiden puheenvuoroista valtavasti. Yksi vastaajista toi esille myös opiskelujen aikaiset peruskoulutukset aiheesta ja yksi vastaaja toi esille myös saaneensa vuorovaikutuskoulutusta, joka tukee synnytyksen jälkeistä masennus koulutusta.

"On ollut ihan niinku tästä EPDS-seulan käytöstä ja sitten niinku samalla ollaan puhuttu kuinka tunnistaa sen masennuksen ja kuinka se käyttäytyy ja lääkeshoidostakin on ollut."

Lisäkoulutuksen tarvetta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta tai sen tunnistamisesta, tukemisesta kukaan haastatelluista ei kokenut tarvitsevänsä. Suurin osa vastaajista kuitenkin koki kertauksien olevan hyvä asia.

"..tää on nyt aika hyvällä mallilla, et ei oo nyt semmosta tarvetta mutta totta kai kertaus on opintojen äiti, että pitää olla aina palaverit välissä ettei unohda."

"Tää on semmonen kestoaihe, niin kyllä siitä vähintään kerran vuodessa jotain koulutusta on ja se on ihan hyvä että tulee sitä päivitystä."

Yksi haastatelluista koki että heillä on hyvät keinot löytää synnytyksen jälkeiset masennustapaukset ja jos hän haluaisi lisäkoulutusta, niin se sisältäisi enemmän sitä *"kuinka osata keskustella äitien kanssa ja kuunnella oikealla tavalla ja tietää että tuohon mun pitäisi tarttua ja kysyä lisää"*. Vastaajan mukaan voi olla että siihen ei koskaan saa tarpeeksi koulutusta.

5.4 Terveydenhoitajien valmiudet ja mahdollisuudet tukea masentunutta äitiä

Jokainen vastaaja toi haastattelussa ilmi sen, että heillä ei ole psykiatrisen hoitajan tai terapeutin koulutusta. Kolme vastaajaa kertoi pitkän ammattitaustan ja kokemuksen tuoneen valmiuksia äitien tukemiseen. Vastaajat kokivat, että heillä on keinoja tukea äitiä. Yleisimmät keinot, mitä vastaajat kertoivat käyttävänsä, olivat synnytyksen jälkeisen masennuksen puheeksi ottaminen, äidin kanssa jutteleminen ja voinnista kysyminen, ylimääräiset ja tihennetyt neuvolakäynnit sekä pidennetyt vastaanottoajat yksilöllisesti. Lastenneuvoloiden vastauksissa tuli esille myös äidin ja vauvan vuorovaikutuksen tukeminen. Kahdessa vastauksessa ilmeni, että lastenneuvolassa on työväliseen käytössä 5 x "tukikeskustelu" -sabluna, jossa ylimääräisillä käynneillä paneudutaan muun muassa parisuhteeseen ja äidin ja vauvan vuorovaikutukseen.

"Me ei pystytä mitenkään terapeuttisesti tukemaan ku ei olla terapeutteja, mutta just se et jos huomaa jossain äidissä masennuksen oireita, niin mun mielestä se on ainakin se et uskaltaa ottaa sen asian esille, kysyä suoraan et kuinka sä oikeesti jaksat ja miten tarvitsisitko jotain apu ja sit koittaa järjestää apua."

"Ensimmäinen tuki on aina olla ihminen ihmiselle, ei piilottauduta virkamiehen viran taakse tai olla sillä tavalla etäisiä. Yritetään luoda sellaista ilmapiiriä ja tunnelmaa sille äidille, että vaikka sä sanoisit mitä niin sä olet hyväksytty ja hyvä."

"Tihennetyt neuvolakäynnit on yksi sellainen keino, jolla voi tukea ja sanoa äidille että tosiaan voi soittaa."

Vastaajat kartoittivat avun tarvetta muun muassa kysymällä äidiltä avun tarpeesta. Yleisimmin vastauksissa ilmeni äidin ohjaaminen terveysasemien psykologien luo. Muita tukikeinoja, joita vastaajat toivat esille, olivat konkreettinen apu esimerkiksi kotiavun muodossa, äiti-vauva-ryhmät ja vauvaperhetoiminta. Lääkärin roolin vastaajat kokivat tärkeänä synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastu-

neen äidin kohdalla. Lääkäri muun muassa arvioi lääkehoidon tarpeen ja tarvittaessa tekee lähetteen erikoissairaanhoidtoon. Kaksi vastaaja toi esille myös Mannerheimin Lastensuojeluliiton (MLL) terveydenhoitajat/perhetyöntekijät, jotka tukevat perheitä ja voivat muun muassa tehdä kotikäyntejä. Yksi vastaajista toi esille, että lievästi masentuneille voi tarjota avoimia palveluja esimerkiksi avoimet päiväkodit ja MLL:n perhekahvila. Yksi vastaajista kertoi kartoittavansa myös tukiverkoston. Puolet vastaajista toi esille haastatteluissa sen, että psykiatrisella puolella ei ole tällä hetkellä resursseja. Jokainen vastaaja oli tietoinen äidin masennuksen hoitolinjasta. Vastaajat kokivat laaditut hoitolinjat hyväiksi ja selkeiksi.

"Hoitolinjat ovat selkeät, mutta ne katsotaan sitten sen äidin kanssa yksilöllisesti, ettei se mene niin mustavalkoisen kaavamaisesti oikeastaan varmaan kenenkään kohdalla, mutta se on ihan hyvä että on sellaiset raamit, joista voi rakentaa."

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Saatujen tutkimustulosten perusteella voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä:

Pitkän ammattitaustan ja kokemuksen omaavat terveydenhoitajat tunnistavat melko hyvin synnytyksen jälkeisen masennuksen. Tosin tunnistamista vaikeuttavat monet tekijät, kuten äidin mahdollinen pyrkimys peitellä masennusta (tsemppaajat).

Terveydenhoitajat tunnistavat synnytyksen jälkeisen masennuksen äidin muuttuneesta käytöksestä, äidin mielialasta, olemuksesta ja puheista sekä äidin ja vauvan vuorovaikutuksen häiriöistä. Tunnistamisen apuvälineenä terveydenhoitajat käyttävät säännöllisesti EPDS-mielialalomaketta. On kuitenkin tilanteita, joissa ei ole kyse välttämättä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta vaan taustalla voi olla esimerkiksi huono parisuhde, väkivalta tai äiti voi olla perusolemukseltaan vähäeleinen tai surumielinen.

Useimmat terveydenhoitajat kokevat, että heillä on keinoja tukea synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastunutta äitiä. Keinoina tukemisessa terveydenhoitajilla ovat muun muassa tiheennetyt ja pidennetyt neuvolakäynnit, keskustelu äidin kanssa ja moniammatillinen yhteistyö.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien valmiuksia tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus ja mahdollisuuksia tukea masentunutta äitiä. Lisäksi olin kiinnostunut terveydenhoitajien saamista koulutuksesta aiheeseen ja mahdollisesta lisäkoulutuksen tarpeesta.

En löytänyt tutkimukseni kanssa samasta näkökulmasta toteutettuja tutkimuksia kuin yhden, joten tutkimustulosten vertailu toisiin tutkimuksiin on tältä osin niukkaa.

Terveydenhoitajat kokivat synnytyksen jälkeisen masennuksen olevan laaja käsite. Yleisimmin terveydenhoitajat liittivät sen äidiksi tulemiseen ja kasvamiseen.

Äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat toivat ilmi, että masennuksen oireita on monesti jo raskauden aikana, etenkin loppuraskaudesta.

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat kokivat etenkin lastenneuvoloiden terveydenhoitajien olevan avainasemassa synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa. Tästä voidaan tulkita, että lastenneuvoloiden terveydenhoitajat työskentelevät neuvolassa perhekeskeisesti ja kiinnittävät lapsen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin lisäksi huomiota myös muihin perheenjäseniin ja heidän vointiinsa.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireiksi useimmat mainitsivat äidin käytöksessä tapahtuneet muutokset, itkuherkkyyden, unihäiriöt, väsymyksen, alakuloisuuden, huolestuneisuuden ja vuorovaikutushäiriöt vauvaan. Terveydenhoitajien mainitsemat oireet olivat sellaisia kuin synnytyksen jälkeistä masennusta käsittelevässä kirjallisuudessaakin. Vastaajat toivat esille, että masennuksen oireita on monesti jo raskauden aikana, etenkin loppuraskaudesta. Raskauden aikana yleisin oire on ylenmääräinen huoli pienistäkin asioista.

Terveydenhoitajat kokivat omaavansa melko hyvät valmiudet tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus. Uskoisin, että tunnistamisen valmiuksiin vaikuttaa myönteisesti varmasti vastaajien pitkä kokemus neuvolatyöstä ja heidän saamansa koulutus synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Terveydenhoitajat itse myös mainitsivat kokemuksen tuoneen valmiuksia tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus ja tunnistamista helpottavat myös mahdollinen aikaisempi kontakti äitiin, jolloin tietää äidin tavan kommunikoida ja huomaa helpommin äidin käytöksessä tapahtuvat muutokset. Mustosen (2009) tutkimustulosten mukaan yleisvoinnin muutosten arviointia edesauttaa tuttuus, jos äiti on ollut pitempään jo terveydenhoitajan asiakkaana.

Terveydenhoitajat toivat ilmi vastauksissaan, ettei kaikkea kuitenkaan huomaa, tunnista ja joskus heille tulee myös yllätyksiä. Tunnistamista ja puuttumista vaikeutti, jos äiti ei tiedostanut masennustaan tai myöntänyt sitä. Mustosen (2009)

tutkimuksessa kävi myös ilmi, että äiti voi pyrkiä peittelemään masennustaan olemalla puhelias, aktiivinen ja ylipirteä neuvolatapaamisissa.

Terveydenhoitajat kokivat, että heillä on keinoja tunnistamiseen. Näitä keinoja ovat kyseleminen, keskusteleminen, havainnointi, myös oma intuitio koettiin tärkeänä tunnistamisessa. Terveydenhoitajat tunnistavat synnytyksen jälkeisen masennuksen äidin kertoessa oireistaan ja tunteistaan, äidin käytöksen muuttumisesta, äidin mielialasta, olemuksesta ja puheista, äidin ja vauvan vuorovaikutuksen häiriöistä. Tältä osin tutkimustulokset ovat melko yhteneviä Mustosen (2009) tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan terveydenhoitajat tunnistavat synnytyksen jälkeisen masennuksen äidin olemuksen ja mielialan muutoksista, väsymyksestä, univaikeuksista ja äidin ja vauvan vuorovaikutuksesta ja siinä ilmenevistä häiriöistä. Myös Mustosen tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat käyttivät tunnistamisen keinoina keskustelua, suorien kysymyksiä esittämistä, äidin kuuntelemista sekä havainnointia.

Terveydenhoitajat käyttivät säännöllisesti synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen kehitettyä EPDS-seulaa. Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) suosittelee synnytyksen jälkeisen masennuksen seulomista paikallisen sopimuksen mukaisesti joko jälkitarkastuksessa tai viimeistään lapsen 6–8-viikkois-tarkastuksen yhteydessä. EPDS-seulan vastaajat kokivat toimivaksi apuvälineeksi, jos vain äidit vastasivat kysymyksiin rehellisesti. Terveydenhoitajien tunnistamisen apuvälineitä ovat myös oma kokemus, koulutus, hoitoketjut ja äitien puoliset, joilta voi myös kysyä äidin jaksamisesta ja terveydenhoitajat toivoivat että puoliset toisivat enemmän mahdollista huolta esille. Terveydenhoitajat olivat saaneet synnytyksen jälkeisestä masennuksesta koulutusta viimeisten vuosien aikana tasaisin väliajoin, saamansa koulutuksen he kokivat myönteisesti. Varsinaista lisäkoulutuksen tarvetta he eivät kokeneet tällä hetkellä tarvitsevansa, mutta aiheeseen liittyvät kertaukset tasaisin väliajoin on ihan hyvä olla.

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat kokivat, että heillä on keinoja tukea masentunutta äitiä, vaikka heillä ei ole terapeutin koulutusta. Tukemisen keinoja ovat masennuksen puheeksi ottaminen, voinnista kysyminen ja keskusteleminen,

tihennetyt ja pidennetyt neuvolakäynnit. Tässä tutkimuksessa ei ilmennyt, tekivätkö terveydenhoitajat ylimääräisiä kotikäyntejä perheeseen. Mustosen (2009) tutkimustulosten mukaan masentuneen äidin kohtaaminen on haastavaa ja vaatii suunnittelua jo etukäteen. Mustosen mukaan terveydenhoitajat kohtasivat masentuneita äitejä suunnitelmallisesti, vastaanottoaikoja pidennettiin ja tihennettiin ja keskityttiin tapaamiseen. Tapaamisia toteutettiin vastaanotolla ja kotona.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen tekemiseen pyysin kirjallisen luvan. Tutkimuslupa myönnettiin 3.2.2010. Lupa-anomuksen mukaan opinnäytetyössäni en tuo julki missä paikkakunnalla tutkimus on suoritettu.

Teemahaastattelurungon pyrin rakentamaan mahdollisimman selkeäksi ja yksiselitteiseksi. Selkeät teemat helpottivat haastattelun kulkua. Samoin teemojen selkeys helpotti tutkijankin työtä tutkimustuloksia tulkittaessa. Kyselylomakkeella karitoitin haastateltavien taustatietoja.

Olin yhteydessä jokaiseen tutkimukseen mukaan lähteneen terveystieteiden osastonhoitajaan, joilta sain yhteystiedot tutkimukseen lähtevistä äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajista. Olin terveydenhoitajiin yhteydessä puhelimitse ja sovin jokaisen kanssa haastatteluajan erikseen. Puhelimessa varmistin heidän saaneen kyselylomakkeen ja teemahaastattelurungon. Aikaa perehtyä teemahaastattelurunkoon mielestäni jokaisella oli hyvin, mutta osa terveydenhoitajista ei kuitenkaan ollut asiaan perehtynyt ennen haastattelua. Tämä saattaa näkyä tutkimuksessa siten, että kaikki oleellinen ei välttämättä haastatteluissa tullut ilmi. Haastattelut suoritettiin 1.3–31.3.2010 aikana.

Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kohtelu on yksi tärkeimmistä tutkimuksen eettisyyden vaikuttavista tekijöistä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja halutessaan terveydenhoitajat pystyivät kieltäytymään tutkimukseen osallistumisesta. Kieltäytymisiä ei kuitenkaan tapahtunut. Haastatteluaineistot käsiteltiin ehdottoman luottamuksellisesti ja haastateltujen anonymiteetti on säilynyt koko prosessin ajan. Haastattelut nauhoitettiin, nauhojen purkamisen jälkeen

nauhat hävitettiin asianmukaisesti. Analysoinnin jälkeen tutkimusaineisto hävitettiin.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa haastateltavat terveydenhoitajat kokivat heillä olevan valmiuksia tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus ja keinoja tukea äitiä. Heillä kaikilla oli paljon kokemusta neuvolatyöstä, joten olisi mielenkiintoista tutkia vasta valmistuneiden tai vähän aikaa neuvolatyötä tehneiden terveydenhoitajien valmiuksia tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus. Mahdollisia muita jatkotutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus äidin ja vauvan vuorovaikutukseen ja lapsen kehitykseen. Mielenkiintoista olisi myös tutkia vähemmän puhuttua isien synnytyksen jälkeistä masennusta.

LÄHTEET

Ahokas, Antti 2006. Vauvan varjo – kokemuksia synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Toim. Haarala, Piia. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Bergström, Birte 2008. Synnytyksen jälkeinen masennus. Sairaanhoidajan käsikirja. [viitattu 09.12.2009]. Saatavissa www-muodossa:
<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=synnytyksen%20jälkeinen%20masennus>.

Duodecim 2002. Masennus. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.–2 p. Helsinki. WSOY.

Grace, Sherry & Robertson, Emma & Stewart, Donna E. & Wallington, Tamara 2004. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Abstract. General Hospital Psychiatry vol. 26, issue 4, 289–295. [viitattu 03.12.2009]. Saatavissa www-muodossa:
<[http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343\(04\)00039-8/abstract](http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343(04)00039-8/abstract)>.

Heikkinen, Tuija & Luutonen, Sinikka 2009. Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Suomen lääkärilehti 15–16/2009, 1459–1465.

Hiltunen, Pauliina 2003. Maternal postnatal depression, causes and consequences. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. [viitattu 17.12.2009] Saatavissa www-muodossa:
<<http://herkules.oulu.fi/isbn9514270541/isbn9514270541.pdf>>.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki. Kariston Kirjapaino Oy.

Huttunen, Matti 2008. Synnytyksen jälkeinen masennustila. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 03.12.2009] Saatavissa www-muodossa:
<http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=huttunen&p_artikkeli=dlk00505>.

Huttunen, Matti 2010a. Lapsivuodepsykoosi. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 06.11.2010] Saatavissa www-muodossa:
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00381>.

Huttunen, Matti 2010b. Synnytyksen jälkeinen masennus. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 06.11.2010] Saatavissa www-muodossa:
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00505&p_haku=synnytyksen_jälkeinen_masennus>.

Juutilainen, Kirsi & Sarkkinen, Mirja 2007. Vauvaperheen masentunut äiti neuvolassa. Teoksessa: Armanto, Annukka & Koistinen, Paula (toim.), Neuvolatyön käsikirja, 316–334. 1.–2. painos. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Kettunen, Pirjo & Koistinen, Eeva 2008. Synnytyksen jälkeinen masennus ja estrogeenihoito. Suomen lääkäri-lehti 18–19/2008, 1713–1717.

Kumpuniemi, Sirpa & Kuosmanen, Lauri & Melartin, Tarja & Ruponen, Arja & Vuorilehto, Arja 2007. Masennuksen tunnistaminen ja hoito äitiys- ja lastenneuvolassa Vantaalla. Terveystieteiden lehti 8/2007, 22–23.

Leigh, Bronwyn & Milgrom, Jeannette 2008. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. [viitattu 26.11.2009] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/24>](http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/24).

Lindholm, Marja 2007a. Lastenneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa: Armanto, Annukka & Koistinen, Paula (toim.), Neuvolatyön käsikirja, 113–117. 1.–2. painos. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Lindholm, Marja 2007b. Äitiysneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa: Armanto, Annukka & Koistinen, Paula (toim.), Neuvolatyön käsikirja, 33–38. 1.–2. painos. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Luhtasaari, Sinikka 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus. Artikkelinä. [viitattu 08.12.2009]. Saatavissa [www-muodossa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00018>](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00018).

Mason L. & Poole H. 2008. Views of healthcare staff and mothers on postnatal depression screening. *Nursing Times* 104: 50/51, 44–47.

Mustonen, Tiina-Katriina 2009. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta - mielialalomakkeen käyttö masennuksen tunnistamisen välineenä. Pro Gradu. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. [viitattu 04.01.2010]. Saatavissa [www-muodossa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03777.pdf>](http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03777.pdf).

Sarkkinen, Mirja 2003. Masentunut äiti – tyydyttävän äitiyden kokemuksen ulkopuolella. Teoksessa: Niemelä, P, Siltala, P & Tamminen, T. (toim.), Äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus, 283–305. Juva. WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena - opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. 4. painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Tammentie, Tarja 2009. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. [viitattu 17.12.2009] Saatavissa [www-muodossa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7800-0.pdf>](http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7800-0.pdf).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Neuvolatyön tukena käytettäviä lomakkeita. [viitattu 07.11.2010] Saatavissa:

<http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/lomakkeet/lomakkeet_neuvolatyohon>.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6.uudistettu painos. Latvia. Livonia Print.

Väestöliitto 2008. Äidin kielletyt tunteet. Nykypaino Oy.

Ylilehto, Hannele 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus - salpautunut ilo. Naisen lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. [viitattu 17.12.2009] Saatavissa www-muodossa:< <http://herkules.oulu.fi/isbn9514277775/isbn9514277775.pdf>>.

EPDS-MIELIALALOMAKE

MIELIALALOMAKE SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN

TUNNISTAMISEKSI (EPDS)

Ole hyvä ja ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa Sinun tuntemuksiasi viimeisen kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksiasi.

Viimeisten seitsemän päivän aikana

1. olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen

- yhtä paljon kuin aina ennenkin
- en aivan yhtä paljon kuin ennen
- selvästi vähemmän kuin ennen
- en ollenkaan

2. olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia

- yhtä paljon kuin aina ennenkin
- hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
- selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
- tuskin lainkaan

3. olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan

- kyllä, useimmiten
- kyllä, joskus
- en kovin usein
- en koskaan

4. olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä

- ei, en ollenkaan
- tuskin koskaan
- kyllä, joskus
- kyllä, hyvin usein

5. olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä

- kyllä, aika paljon
- kyllä, joskus
- ei, en paljonkaan
- ei, en ollenkaan

6. asiat kasautuvat päälleni

- kyllä, useimmiten
- kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
- ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
- ei, olen selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin aina ennenkin

7. olen ollut niin onneton, että minulla on ollut univaikeuksia

- kyllä, useimmiten
- kyllä, toisinaan
- ei, en kovin usein
- ei, en ollenkaan

8. olen tuntenut oloni surulliseksi ja kurjaksi

- kyllä, useimmiten
- kyllä, melko usein
- en kovin usein
- ei, en ollenkaan

9. olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt

- kyllä, useimmiten
- kyllä, melko usein
- vain silloin tällöin
- ei, en koskaan

10. ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni

- kyllä, melko usein
- joskus
- tuskin koskaan
- ei koskaan

Kysymyksissä 1, 2 ja 4 vastausvaihtoehdot pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 0-3. Kysymykset 3 sekä 5-10 ovat käänteisiä ja ne pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 3-0

EPDS-mittari on validoitu useassa maassa, eikä sitä saa toimipaikkakohtaisesti muuttaa.

(Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010.)

OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (Organisaatio)****XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX****Mira Ainassaari****XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX****65200 Vaasa****Puh. xxxxxxxxxxxx****e0501156@puv.fi****Vaasan ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntaumisvaihtoehto****Työn ohjaaja: Ulla Isosaari****ulla.isosaari@gmail.com****Opinnäytetyön nimi: Synnytyksen jälkeinen masennus****Opinnäytetyön tarkoitus:**

Tuottaa tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää masentuneiden äitien tunnistamista ja hoitoa äitiys- ja lastenneuvoloissa. Tavoitteena on kuvata terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja äidin tukemisesta.

Tutkimuksen toteuttaminen

Kohderyhmä, koko ja valinta:

Kohderyhmä on XXXXXXXXXXXX äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat. Tarkoituksena olisi ottaa tutkimukseen mukaan 3 terveydenhoitajaa äitiysneuvolasta ja 3 terveydenhoitajaa lastenneuvolasta.

Kriteerinä valinnalle ovat: terveydenhoitaja on työssään kohdannut synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiviä äitejä, terveydenhoitaja puhuu ja ymmärtää suomenkieltä.

Tiedonkeruumenetelmä ja ajankohta:

Teemahaastattelu tammikuun 2010- helmikuun alun aikana. Taustatiedot kerätään kyselylomakkeilla.

Analyysimenetelmät:

Aineisto analysoidaan kvalitatiivisesti

Opinnäytetyön valmistuminen:

Opinnäytetyö valmis keväällä 2010

Opinnäytetyön aihe on hyväksytty Vaasan ammattikorkeakoulussa: _____
(päiväys)

Opiskelijan allekirjoitus

Lupa opinnäytetyöhön

myönnetty anomuksen mukaan _____

hylätty _____

myönnetään seuraavin korjauksin _____

Organisaation nimen käyttäminen raportissa: kyllä _____ ei _____

Päivämäärä ja allekirjoitus (organisaation)

LIITTEET: Tutkimussuunnitelma, haastattelurunko, kyselylomake

SAATEKIRJE

Arvoisa xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Olen terveydenhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Teen opinnäytetyötä aiheesta synnytyksen jälkeinen masennus.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja äidin tukemisesta.

Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluna xxxxxxxxxxxx kaupungin äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajille. Haastateltavien taustatiedot kerätään kyselylomakkeen avulla.

Toivon Teiltä positiivista suhtautumista tutkimusta kohtaan.

Yhteistyöterveisin

Mira Ainassaari

KYSELYLOMAKE

1. Mikä on koulutuksesi?

a.) terveydenhoitaja

b.) kätilö

c.) terveydenhoitaja-kätilö

d.) muu, mikä? _____

2. Työskenteletkö

a.) äitiysneuvolassa

b.) lastenneuvolassa

c.) äitiys- ja lastenneuvolassa

3. Kuinka kauan olet tehnyt neuvolatyötä? _____

TEEMAHAASTATTELU

1. MITÄ ON SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN MASENNUS?

2. SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN

- Miten masennuksen tunnistaa? oireet?
- Mahdolliset apuvälineet, mitkä?
- Äit.nla: onko ”merkkejä” raskauden aikana mistä voisi ennustaa tulevaa masennusta?

3. MASENTUNEEN ÄIDIN TUKEMINEN

- Millaiset valmiudet tukea (ammattitaito)?
- Miten tukea? Mitkä keinot olleet toimivia?

4. KOULUTUS, LISÄKOULUTUS

- Oletko saanut aiheesta koulutusta? Millaista? Hyöty?
- Toivoisitko / tarvitsisitko lisäkoulutusta synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan äidin tunnistamiseen/ tukemiseen? Millaista?

5. ÄIDIN HOITOON OHJAAMINEN

- Kun oma apu ei riitä, mihin voi ottaa yhteyttä? Hoitolinja?



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mira Susanna Ainassaari

ARTIKKELIN KIRJOITTAMINEN
OPINNÄYTETYÖHÖN POHJAUTUEN

Sosiaali- ja terveysala
2011

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	3
2 ARTIKKELIN KIRJOITTAMINEN	4
2.1 Artikkelin rakenne	5
2.2 Kirjoittamisprosessi	9
3 TERVEYDENHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN	11
4 OMA ARTIKKELIN KIRJOITTAMISPROSESSI	16
5 POHDINTA	19
LÄHTEET	21
LIITE 1	

1 JOHDANTO

Tässä terveydenhoitotyön asiantuntijuuden kehittämistehtävässä kirjoitettiin artikkeli pohjautuen opinnäytetyöhön ”Äidin synnytyksen jälkeinen masennus – terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa ja tukea”. Opinnäytetyössä tutkittiin äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien valmiuksia tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus ja valmiuksia & mahdollisuuksia tukea masentunutta äitiä.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jonka kohderyhmän muodosti erään kaupungin kolme terveydenhoitajaa äitiysneuvolasta ja kolme terveydenhoitajaa lastenneuvolasta. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin.

Tämän terveydenhoitotyön asiantuntijuuden kehittämistyön tavoitteena on luoda johdonmukainen artikkeli tekemästani opinnäytetyöstä ja lähettää se Terveydenhoitaja-lehteen mahdollista julkaisua varten. Artikkelissa haluan tuoda terveydenhoitoalan ammattilaisten näkyville opinnäytetyössä saamiani tutkimustuloksia. Aikaisempaa kokemusta artikkelin kirjoittamisesta ei ole, joten oma tavoitteeni onkin oppia artikkelin kirjoittamisen perusteita.

Ajatus artikkelin kirjoittamisesta syntyi jo opinnäytetyötä tehdessä. Artikkeli on tarkoitus julkaista Terveydenhoitaja-lehdessä. Tuntui luontevalta valita Terveydenhoitaja-lehti, sillä se on terveydenhoitajien ammattijärjestön oma lehti, joten lukijakunta koostuu muun muassa neuvoloiden terveydenhoitajista. Lisäksi olen itse lukenut sieltä aikaisempia opinnäytetöihin pohjautuvia artikkeleita.

2 ARTIKKELIN KIRJOITTAMINEN

Tavallisimpia tieteellisiä artikkeleita ovat teoreettinen artikkeli, katsausartikkeli ja alkuperäisestä tutkimuksesta raportoiva artikkeli. *Teoreettisessa artikkelissa* pyritään erittelemään ja kehittämään jo olemassa olevaa teoriaa tai teorioita ja kirjoittaja esittää lopulta oman ja parannellun ehdotuksen teoriaksi. *Katsausartikkelissa* kirjoittaja pyrkii luomaan kriittisen katsauksen johonkin erityiskysymykseen alkuperäisartikkeleiden tulosten pohjalta. Kirjoittajan on perehdyttävä huolellisesti alkuperäisartikkeleihin, arvioitava kriittisesti ja tulkittava niiden tuloksia käytettyihin menetelmiin. Hyvä katsausartikkeli sisältää kirjoittajan tulkinnan jälkeen kokoavasti ja jäsennellysti suuren määrän tutkimustuloksia, osoittaen niiden keskeiset linjat ja keskinäiset suhteet sekä mahdolliset puutteet, epäjohtonmukaisuudet ja ristiriidat. Lopuksi kirjoittaja esittää oman ehdotuksensa ongelman ratkaisemiseksi tai esittää suuntaviivat sille, miten alueen tutkimusta olisi syytä jatkaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 269.)

Empiiriseen tutkimukseen pohjautuvassa artikkelissa noudatetaan melko vakiintunutta muotoa: IMDR-kaavaa. IMDR-kaava tulee sanoista Introduction (johdanto), Materials and Methods (tutkimusmenetelmät), Results (tulokset) ja Discussion (pohdinta). Johdannossa lukija viritetään aiheeseen ja esitetään muut keskeisesti aiheeseen liittyvät tutkimukset sekä työssä käytetyt teoriat ja käsitteet. Tutkimusmenetelmäosassa kerrotaan, kuinka tutkimus suoritettiin eli kuvataan aineisto ja kohderyhmä, tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointimenetelmä. Kuvauksen on oltava niin tarkka, että sen perusteella lukijan on helppo seurata, miten tutkimus on suoritettu. Tulososassa esitetään selkeästi, loogisesti ja tiivistä tutkimuksessa saadut tulokset. Tulokset voidaan esittää taulukoin, kuvioin ja tekstein. Pohdintaosassa kirjoittaja arvioi kriittisesti tulostensa merkitystä, luotettavuutta ja pohtii jatkotutkimustarvetta. Esitettyjen johtopäätösten tulee olla perusteltuja. (Viskari 2002, 27–28)

Edellä mainittujen tieteellisen artikkelien osien lisäksi artikkelissa täytyy olla otsikko, tekijän/tekijöiden maininta, tiivistelmä, avainsanat ja kirjallisuusluettelo (Viskari 2002, 28).

Oma artikkelini pohjautuu tekemääni opinnäytetyöhön. Artikkelissa olen pyrkinyt käyttämään alkuperäisestä tutkimuksesta raportoivana artikkelin keskeisimpiä tekijöitä. Hyvin kirjoitettu artikkeli on sisällöltään hyvä, johdonmukainen, tiivis ja mielenkiintoinen. Hyvin kirjoitetun artikkelin kirjoittaminen vaatii harjoitusta ja nöyryyttä kirjoittajalta, sillä artikkelin tekstiä on muokattava useaan otteeseen hyvään lopputulokseen pääsemiseksi. Alkuperäisestä tutkimuksesta raportoivaa artikkelia kirjoitettaessa on suuri merkitys sillä kuinka alkuperäinen tutkimus on tehty. Jos alkuperäinen tutkimus on tehty huterasti, niin silloin ei hyväkään kirjoitustaito auta hyvän lopputuloksen saamisessa. Suunniteltaessa kirjoittaa alkuperäisestä tutkimuksesta raportoivaa artikkelia on syytä selvittää julkaiseeko aiottu aikakauslehti tarkoitettuntyyppisiä artikkeleita. Oma teksti on syytä muokata lehden julkaisun mukaiseksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 270.)

2.1 Artikkelin rakenne

Artikkelien muodollinen rakenne voidaan pelkistää aloitukseen, käsittelyyn ja lopetukseen. Tämä kolmijako vastaa ideaalikertomuksen mallia. Artikkelin aloituksen tehtävänä on herättää lukijan mielenkiinto ja antaa lukijalle eväitä tekstin lukemiseen. Aloituksen avulla lukijaa johdatetaan odottamaan, että hän saa vastuksen johonkin empiiriseen, teoreettiseen tai metodologiseen kysymykseen, hän löytää uuden näkökulman johonkin keskusteluun tai hänet palkitaan jollain uudella tiedolla tai oivalluksella. (Kinnunen 2002, 137.) Kakkuri-Knuutila on korostanut, että lukijan haltuunotto ja luottamuksen saavuttaminen toteutuu läpi aloitusluvun. Hänen mukaansa artikkelin aloituksessa on hyvä tuoda esille muun muassa käsiteltävä aihe; aihepiirin esittely ja merkityksen perustelu, oma näkökulma, rajatun kysymyksen ja apukysymysten esittäminen ja ongelman paikantaminen ja ongelman ratkaisemisen keinot sekä artikkelin tavoitteen esittäminen ja keinojen esittäminen, joilla päästään tavoitteeseen. Aloituksen voi rakentaa myös monella muulla tavalla. (Kinnunen 2002, 138.)

Hyvän artikkelin huonosta erottaa parhaiten sen näkyvimmit osat, eli otsikot, väliotsikot, kuvatestit ja ingressit (Kotilainen 2003, 38). Onnistuneen otsikon valin-

ta pysäyttää lukijan, ingressi houkuttelee lukemaan ja leipäteksti kertoo asian (Mertanen 2007, 41).

Otsikko

Artikkelissa on vähintään yksi otsikko: artikkelin nimi. Otsikon tulee olla lyhyt, mutta samalla informatiivinen. Otsikon tulisi ilmaista mistä tekstin sisällössä on kyse, ehkä myös näkökulman. Mutta kuitenkin nimeen ei pidä pyrkiä mahdollistamaan liikaa informaatiota. Nimi voi olla myös kaksiosainen, jolloin nimen alkuosa toimii käyttönimenä ja loppuosa täsmentää nimeä. Ensimmäinen nimi on yleensä iskevä ja sen tehtävä on herättää lukijan mielenkiinto, loppuosa on pitempi ja yksityiskohtaisempi ja sen tehtävänä on välittää sisältötietoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 270, 316–318.)

Hyvä otsikko ja nimi täyttävät johdannon tavoin kaksi päätehtävää: herättää lukijan kiinnostuksen ja kertoo samalla jotakin olennaista kirjoituksesta tai sen luvun sisällöstä. Lukija ratkaisee usein artikkelin nimen perusteella tutustuuko tekstiin paremmin. Hyvä otsikko aktivoi lukijan muistia ja tietovarastoa sekä herättää lukijan mielessä kysymyksiä ja oletuksia, jotka auttavat häntä jäsentämään asiaa jo ennen tekstin lukemista. Tulkintaa ja ymmärrystä edistävä otsikointi lisää olennaisesti tekstin luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 270, 316–317.)

Ingressi

Ingressi on artikkelin alkukappale, joka on pituudeltaan yleensä pari kolme virkettä. Ingressin tulee olla sisällökäs, kiinnostava, naseva ja lukemaan houkuttava. Ingressi voi olla lihavoidulla, isommalla tai muuten erilaisella kirjasintyypillä kirjoitettu jutun alku ennen varsinaista leipätekstiä. (Kotilainen 2003, 86–87.) Ingressin tarkoituksena on houkuttaa lukijaa lukemaan tekstiä. Ingressi kertoo artikkelin keskeisen asian tiivistetysti ja auttaa lukijaa orientoitumaan käsiteltävään asiaan. (Mertanen 2007, 42.) Hyvä ingressi on otsikon jatke. Se kertoo lukijalle viimeistään, kannattaako hänen lukea artikkeli. Hyvä ingressi kertoo oleellisen artikkelista parilla kolmella virkkeellä myös lukijalle, joka ei lue koko artikkeleita. (Kotilainen 2003, 87.)

Väliotsikot

Väliotsikko kertoo keskeisimmän asian seuraavien kappaleiden sisällöstä ja auttaa täten tekstin ymmärtämistä (Hirsjärvi ym. 2009, 320). Väliotsikoita tarvitaan tekstiin helpottamaan lukemista ja samalla ne antavat lukijalle hengähdystaukoja ja rytmittävät lukemista (Mertanen 2007, 41). Väliotsikot kertoo lukijalle samaa kuin otsikkokin, eli kannattaako lukea tekstiä otsikon takana. Väliotsikot ovat siis tärkeitä osia, ne saattavat ratkaista lukeeko lukija artikkelin loppuun asti. (Kotilainen 2003, 87.)

Kaikissa artikkeleissa ei käytetä väliotsikointia. Joskus ne voidaan korvata esimerkiksi anfangella, isoilla kappaleen alkukirjaimilla (Kotilainen 2003, 87).

Leipäteksti

Leipäteksti kertoo artikkelin varsinaisen asian (Mertanen 2007, 42). Leipäteksti on jutun runko ja siinä kirjoittaja etenee loogisesti ja tuo asioita esille tärkeysjärjestyksessä. Leipätekstin on sisällettävä jotain uutta tietoa lukijalleen. Hyvän leipätekstin kuuluu olla hyvää ja yksinkertaista kieltä. Kirjoittajan asiantuntemus asiaan auttaa hyvän leipätekstin kirjoittamisessa ja silloin lukija vaistoaa, että kirjoittaja tietää mistä kirjoittaa. (Kotilainen 2003, 39, 88–90.)

Taulukot ja kuvat

Taulukoiden ja kuvien avulla voidaan parantaa tekstin luettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Taulukoinnilla ja kuvioilla voidaan esittää esimerkiksi tutkimustuloksia. Tieteellisessä tekstissä esiintyvät taulukot ja kuvat otsikoidaan tekstin kielellä, mutta kansainvälisesti tärkeissä tutkimuksissa ne otsikoidaan tiivistelmän kielellä. Taulukoiden ja kuvioiden otsikointi tulee olla niin informatiivista, että lukija voi pelkästään taulukoita ja kuvioita lukemalla saada käsityksen niiden sisällöstä. (Hirsjärvi ym. 2009, 322, 325.)

Taulukoissa esitetään numerotietoja ja lähinnä vain sarakkeiden otsikoissa ja jotosarakkeessa käytetään verbaalista esitystä. Taulukossa tulee olla taulukkoselos-

te, ylempi pääviivake, taulukkopää, sarakeotsikot, alempi pääviivake, johtosarake ja sarakkeet. (Hirsjärvi ym. 2009, 322–325.)

Hyvä kuvio kertoo enemmän kuin tuhat sanaa tai suuri joukko numeroita. Käyrien, pylväiden ja piirrosten avulla voidaan havainnollistaa ja painottaa tietoa. Kuvioiksi kutsutaan kaikkia havainnollistamiskeinoja paitsi taulukoita. Kuvionimitystä käytetään esimerkiksi kartoista, piirroksista tai valokuvista. Pylväskuvio eli pylväsdiagrammit ja piirakat eli sektoridiagrammit ovat yleisesti käytettyjä kuvioita. (Hirsjärvi ym. 2009, 328.)

Kuvioiden suunnittelu ja laadinta vaativat tekijältään enemmän aikaa ja tulevat yleensä kalliimmaksi kuin teksti ja taulukot. Kirjoittajan on hyvä kuviota suunniteltaessa pohtia seuraavia kysymyksiä: Mikä idea kuvion on välitettävä? Onko kuvio tarpeellinen? Minkä tyyppinen kuvio on sopiva? (Hirsjärvi ym. 2009, 328–329.)

Kiitokset

Artikkelin lopussa on tapana kiittää niitä henkilöitä tai laitoksia, jotka ovat merkittävästi auttaneet tutkimuksen valmistumista. Myös mahdollista rahoittajaa kiitetään. Kiitokset ovat yleensä artikkelin lopussa, ennen lähdeluetteloa. (Hirsjärvi ym. 2009, 272.)

Lähdeviitteet ja lähdeluettelo

Viittaustekniikassa ja lähdeluettelon laatimisessa tulee noudattaa aiotun julkaisusarjan tai aikakauslehden vaatimuksia. Yleispätevä ohje on, että lähdeluettelossa mainitaan vain ne teokset, joihin on artikkelissa viitattu. (Hirsjärvi ym. 2009, 272.)

Artikkeli on yleensä lyhyt, jolloin tekstin tulee olla tiivistä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä kieliasun kirkkauteen ja täsmällisyyteen. Turhat selitykset ja löysät ja epätarkat ilmaisut on karsittava pois. Tekstin rytmin luontevuutta ja sananvalintaa

sekä sanajärjestystä voi tarkistaa lukemalla ääneen tekstiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 272.)

2.2 Kirjoittamisprosessi

Kirjoittamisen prosessilla tarkoitetaan sitä prosessia, jonka seurauksena teksti syntyy. Kirjoittamisen prosessi sisältää monia eri työvaiheita. Tällaisia vaiheita voivat olla muun muassa ideointi, luonnostelu, ensimmäisen version kirjoittaminen, muokkaus ja oikoluku. Eri kirjoittajien kirjoittamisprosessin välillä voi olla paljon eroja, mutta kuitenkin kirjoittamisen prosessi on melko helppo ymmärtää erilaisen työvaiheiden joukkona. (Svinhufvud 2007, 17.)

Kirjoittamiseen liittyy myös kognitiivisia prosesseja. Näillä tarkoitetaan erilaisia ajatteluun liittyviä prosesseja, joita kirjoittaja käy mielessään läpi kirjoittaessaan. Nämä prosessit limittyvät osittain kirjoittamisen prosessin työvaiheisiin, mutta ovat jossain määrin abstraktimpia. Kirjoittamisen kognitiivisia prosesseja ovat esimerkiksi suunnittelu, evaluointi ja monitorointi. Näillä tarkoitetaan kuitenkin mielen sisäisiä toimintoja, ei erillisiä työvaiheita. Kognitiiviset prosessit tapahtuvat osittain samanaikaisesti ja jatkuvasti kirjoittamisen prosessin aikana. On kuitenkin tärkeää ymmärtää, että kognitiiviset prosessit ja kirjoittamisen prosessin työvaiheet liittyvät toisiinsa, mutta eivät ole kuitenkaan sama asia. (Svinhufvud 2007, 17–18.)

Kirjoittamisprosessi on yksilöllinen, joten kirjoittamista ei ole järkevää pakottaa mihinkään valmiiseen kaavaan. Tärkeää on vain löytää itselleen luontevin tapa kirjoittaa. Kirjoittamiseen kannattaa valmistautua huolella. Tärkeää on tehdä suunnitelma, asettaa tavoitteet ja aikataulu, jotka eivät tunnu mahdottomilta toteuttaa. Aikataulu kannattaa laatia itselleen sopivaksi. Tutusta aiheesta artikkelin voi kirjoittaa muutamassa päivässä, mutta uusi aihe tai uuden näkökulman kehittyä voi viedä viikkoja tai kuukausia. (Väliverronen 2002, 83–85.)

Kirjoittamisprosessin tarkoituksena ei ole päästä heti valmiiseen lopputulokseen vaan luonnostella ja kehittää tekstiä vähitellen. Kirjoittamisen prosessi alkaa ideoinnista, aiheen ja näkökulman rajaamisesta ja lopulta päättyy monien muokkaus-

vaiheiden jälkeen valmiiseen tekstiin. Jokaisesta tekstistä pitää kirjoittaa yleensä useampi versio ennen kuin teksti on lopullisesti valmis. Tekstiä on hyvä antaa välillä myös toisten luettavaksi. (Väliverronen 2002, 83.)

Teksti vaatii hiomista pitkin matkaa, sitä on luettava ja muokattava useaan otteeseen. Jokainen kirjoittaja tulee jossain vaiheessa sokeaksi omalle tekstilleen, joten sen vuoksi on tekstiä hyvä antaa luettavaksi myös muille ulkopuolisille. Esilukijat auttavat muun muassa ideoiden ja argumentaatioiden testaamisessa, rönsyilevien näkökulmien rajaamisessa, tyylin hiomisessa ja uusien näkökulmien hakemisessa. Esilukijoiden antama palaute on lähes aina hyödyllistä. Kirjoittajan ei tule ottaa palautetta henkilökohtaisesti, vaan ehdotuksina miten tekstiä voisi parantaa. (Väliverronen 2002, 91–92.)

Muokausvaiheessa on mietittävä tekstin rakennetta, karsittava epäolennaisuuksia, tarkistettava käsitteiden käyttöä ja argumentaation kulkua. Muokausvaihe on välttämätön ja hyödyllinen osa kirjoitusprosessia. Muokausvaiheen jälkeen teksti kannattaa vielä luetuttaa ulkopuolisella lukijalla ja tehdä mahdolliset korjaukset. Tämän jälkeen voi aloittaa tekstin viimeistelyn. (Väliverronen 2002, 92.)

Viimeistelyvaiheessa teksti on tarkistettava ja mahdolliset virheet karsittava pois. Viimeistelyvaiheessa tulee tarkistaa käsitteiden käytön johdonmukaisuus, kielen sujuvuus ja ymmärrettävyys, sitaatit ja lähdeluettelo sekä karsia kirjoitusvirheet. Tärkeää, on myös tarkistaa, että tekstissä vastataan asetettuihin kysymyksiin. (Väliverronen 2002, 92–93.)

Artikkelia tehtäessä kannattaa miettiä seuraavanlaisia kysymyksiä: Kenelle ja mihin olen tämän artikkelin kirjoittanut? Miksi artikkeli kannattaa lukea? Mikä on artikkelin johtoajatus? Vastaanko artikkelissa johonkin kysymykseen tai tuottaako se jonkin jäsenyyksen, näkökulman tai uuden kysymyksen? Haluaisinko itse lukea artikkelin? Näin voidaan välttyä monilta ongelmilta tai vähentää niitä. (Kinnunen 2002, 135–136.)

3 TERVEYDENHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN

Terveydenhoitaja määritellään hoitotyön, erityisesti terveydenhoitotyön, terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntijaksi ihmisten elämänkulun eri vaiheissa. Terveydenhoitotyö on yksilöiden, perheiden, väestön, ympäristön sekä työ- ja muiden yhteisöjen terveyttä edistävää ja ylläpitävää sekä sairauksia ehkäisevää työtä, jolla pyritään vahvistamaan asiakkaiden voimavaroja ja itsehoitoa. Terveydenhoitajatyön näkökulma on preventiivinen ja promotiivinen. (Suomen Terveydenhoitajaliitto STHL Ry 2008, 5.)

Koulutus

Terveydenhoitaja tutkinnon voi suorittaa ammattikorkeakouluissa hoitotyön koulutusohjelmassa suuntautumisvaihtoehtona terveydenhoitotyö. Tutkinnon laajuus on 240 opintopistettä. Valmistunut terveydenhoitaja saa koulutuksen myötä todistuksen terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan tutkinnoista. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 30.)

Terveydenhoitajakoulutus antaa perusvalmiudet toimia terveydenhoitajana eri toimintaympäristöissä. Terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen perustuu hoitotyön ydinosaamiselle ja yleisille työelämän valmiuksille. Terveydenhoitajan keskeisiä osaamisalueita on viisi; eettinen toiminta terveydenhoitotyössä, terveyden edistäminen ja kansanterveystyö, yhteiskunnallinen ja monikulttuurinen terveydenhoitotyö, tutkimus- ja kehittämistyö ja johtaminen terveydenhoitotyössä sekä terveydenhoitotyö elämänkulun eri vaiheissa. Terveydenhoitajan ammatillinen erikoisosaaminen sisältää viisi keskeistä osaamisaluetta, kompetenssia: sairaanhoidollinen/hoitotyön osaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön terveydenhoitotyön osaaminen, ympäristöterveyden edistämisen osaaminen sekä yhteiskunnallisen terveydenhoitotyön osaaminen. Nämä osaamiskuvaukset luovat tarvittavan perustan kunkin ammattikorkeakoulun terveydenhoitajakoulutukseen. Ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmat eroavat toisistaan, mutta kaikkien valmistuvien terveydenhoitajien tietty ammatiosaaminen on samanlaista. (Haarala ym. 2008, 33–38.) Yksittäisen terveyden-

hoitajan osaamisen haasteet painottuvat eri tavoin, sen mukaan missä työskentelee (Haarala ym. 2008, 33).

Ammatillinen osaaminen & asiantuntijuus

Ammatillisen osaamisen voidaan määritellä tarkoittavan saadun koulutuksen tuottamia työelämässä tarvittavia terveydenhoitajan valmiuksia. Kompetenssin voidaan määritellä tarkoittavan pätevyyttä, terveydenhoitajan kykyä hallita ammatinsa kuuluvat osaamisvaatimukset. (Haarala ym. 2008, 29.)

Terveydenhoitaja tarvitsee työssään ammatillista osaamista, kompetenssia joka perustuu tutkittuun tietoon. Ammatillinen osaaminen koostuu ammattispesifisestä tiedosta ja taidosta, yleisistä työelämävalmiuksista ja itsesäätelyvalmiuksista. Se näkyy tekemisen valmiutena ja tulosten saavuttamisena. Hoitotyön ammattilaisen yksilöllinen tieto- ja taitorakenne muodostuu osaamisesta, tietämisestä ja arvos- tamisesta. Ammatillinen osaaminen liittyy yksilön ja hänen potentiaalisen kykyyn suoriutua tietyistä työtehtävistä. (Suomen terveydenhoitajaliitto STHL Ry 2008, 8.)

Terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen ei voi olla vain tietämisen tasolla, vaan terveydenhuollon ammattilaisen tulee osata soveltaa tietoja ja taitoja työs- sään. Työkokemuksen karttumisen myötä terveydenhoitajalle tulee myös val- miuksia analysoida ja kehittää osaamistaan. (Haarala ym. 2008, 38.)

Ammatillinen kasvu työelämässä on jatkuva oppimisprosessi. Sen kautta työnteki- jä hankkii työuransa aikana niitä tietoja, taitoja ja kykyjä, joiden avulla hän voi vastata muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin. Ihanteellisessa tapauksessa työnteki- jän kehittyminen – kasvuprosessi – jatkuu koko työelämän ajan. Tällöin työntekijä kokee, että hänellä on mahdollisuuksia kehittyä työssään. Todellisuudessa kasvu- prosessi voi katketa usein jossain vaiheessa työelämää. Tällöin työmotivaatio heikkenee, työ menettää merkitystään ja työtehtävien hoito muuttuu rutiiniksi. (Ruohotie 2000, 3, 49–50.)

Asiantuntijuus-käsite on lähellä ammattitaidon käsitettä, mutta asiantuntijuus käsitteenä ei rajaudu vain johonkin tiettyyn ammattiin. Asiantuntija voi käyttää laajemmin osaamistaan kuin ammatti edellyttää. Työssä tarvittava asiantuntijuus kehittyy koulutuksen lisäksi työntekijän ja työtehtävien välisen suhteen pohjalta. (Haarala ym. 2008, 28).

Asiantuntija osaa työssään käyttää, löytää ja rajata esiin tulevia kysymyksiä ja etsiä niihin tutkittuun tietoon perustuvia ratkaisuja. Asiantuntijalla on ammattiin ja työtehtäviin tarvittavaa tietoa ja taitoa, ja hän tuntee omaan alaansa liittyvät työprosessit ja työympäristön. Asiantuntija löytää omaan alaansa kuuluvat ongelmat, pystyy rajaamaan ja määrittelemään ne sekä etsimään niihin ratkaisuja. Asiantuntijuuttaan kehittävä ammattilainen tarkastelee kokemuksiaan kriittisesti. Asiantuntijuus kehittyy myös ammattilaisen ja työtehtävien välisen suhteen pohjalta. Asiantuntijuus vaatii jatkuvaa kasvua ja kehittymistä (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 15, 17.)

Ammattitaidon kehittäminen

Terveydenhoitajan ammattikuvan mukaan terveydenhoitajan ammatillisen kehityksen edellytyksenä, on että terveydenhoitaja tuntee oman ammattikuvansa, oivaltaa oman persoonallisuuden ja ammatillisuuden merkityksen työssä ja kehittää jatkuvasti ammattitaitoaan väestön terveydentilan pohjalta. Ammatillisuudella tarkoitetaan tutkittuun tietoon perustuvaa toimintaa, joka edellyttää korkeaa eettistä vastuuta, työmoraalia, ammatin rajojen tuntemista ja vastuuta ammattinsa kehittämisestä. (Haarala ym. 2008, 23.)

Jokainen terveydenhuollon ammattilainen on vastuussa oman ammattinsa kehittämisestä ja terveydenhuollon toimivuudesta (Haarala ym. 2008, 38).

Jokaisen velvollisuus on huolehtia omasta ammatillisesta osaamisestaan. Ammatillisen osaamisen kehittämismenetelmiä on tarjolla runsaasti, eri menetelmiä kannattaa käyttää monipuolisesti. Olemalla aktiivinen ja kiinnostunut voi kehittää omaa ammattitaitoaan, esimerkiksi lukemalla alan kirjallisuutta. Laajenevien työtehtävien kautta myös ammattitaito kehittyy, esimerkiksi henkilö- ja työkierrossa

työntekijä siirtyy määräajaksi muihin tehtäviin ja/tai toiseen yksikköön. Henkilökierron tarkoituksena on muun muassa antaa uusia näkökulmia työhön, työn mielenkiintoisuuden lisääminen, yhteistyön ja ymmärtämisen parantaminen, henkilökohtaisen ammattitaidon ja osaamisen lisääminen. Esimiehen ja alaisen välisessä kehityskeskustelussa tarkastellaan kulunutta kautta ja tarkastellaan työntekijän ja esimiehen suoriutumista työtehtävistä. Kehityskeskustelussa sovitaan työntekijän tehtävistä, tavoitteista ja luodaan kehityssuunnitelma. Yksi keskeisimmistä kehittämiskeinoista on henkilöstön koulutus. (Hildén 2002, 81–82.)

Hoitotieteellisen tiedon käyttäminen tarkoittaa sitä, että esimerkiksi hoitaja tuntee alansa tutkimuksia, lukee niitä ja pohtii, miten hän voisi niitä hyödyntää omassa työssään. Tutkimustiedon käyttö ja soveltaminen vaatii, että käyttäjä arvostaa tutkittua tietoa ja pitää sitä käyttökelpoisena ja kehittävänä. Tiedon saatavuus ei ole ongelma, sillä tietotekniikan ansiosta se on nykyaikana varsin helppoa. Tiedon saatavuus vaatii kuitenkin aikaa ja tietokantojen käyttötaitoa. Hoitotieteellisiä tietokantoja ovat esimerkiksi Cinahl ja Medline. Näistä tietokannoista löytyy hoitotieteellisiä tutkimusjulkaisuja. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2008, 111–112.)

Artikkeli on yksi terveyden edistämisen väline, joka tavoittaa monia lukijoita riippuen siitä missä lehdessä artikkeli julkaistaan. Artikkelit hoitotyön ammattijärjestölehdissä tavoittaa ammattihenkilöt. Ammattihenkilö saattaa tutkia kiinnostavia ja ajankohtaisia aiheita, etsiä uutta tietoa tai syventää ja laajentaa jotain aihetta. Artikkeli voi toimia keskustelun avaajana työyhteisössä.

Työntekijän omalla motivaatiolla on merkitystä. Työntekijä, joka haluaa edetä urallaan, on motivoitunut itsensä kehittämiseen, mikä näkyy hänen työpanoksessaan. Nykyään työntekijät, jotka haluavat kehittyä ja kasvaa ammatissaan, ovat valmiita panostamaan myös työajan ulkopuolella tapahtuvaan koulutukseen, tutustumiskäynteihin ja ryhmätoimintaan osallistumiseen. (Hildén 2002, 79.)

Terveydenhoitajat ovat kiinnostuneita ammatillisen osaamisen kehittämisestä. Työntekijällä on vastuu oppimisesta ja osaamisen ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Työnantajan vastuulla on luoda mahdollisuudet ammatillisen osaamisen ylläpitämiselle ja kehittämiselle. Terveydenhoitajan työ voi olla hierarkkisesti nousujohteinen tai niin sanottu asiantuntijaura eli osaamista laajentava ja syventävä ura. Monien terveydenhoitajien työura on tasainen, koska virka- ja toimirakenteiden vuoksi yleneminen on usein rajoitettua. Työkokemuksen myötä terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen kuitenkin syvenee ja laajenee, ja hän pystyy ottamaan vastuulleen yhä haastavampia tehtäviä kehittäen osaamistaan suunnitelmallisesti ja edeten asiantuntijaksi. (Suomen Terveydenhoitajaliitto STHL Ry 2008, 2.)

4 OMA ARTIKKELIN KIRJOITTAMISPROSESSI

Aikaisempaa artikkelin kirjoittamiskokemusta ei ole, joten prosessi lähti liikkeelle teorian tiedon hakemisella ja lukemisella. Luin kirjallisuutta artikkelin kirjoittamisesta ja kirjoittamisprosessista. Heti alkuun sain todeta ennakkopäätökseni artikkelin kirjoittamisen helppoudesta olevan tuulesta temmattu. Tajusin että artikkelin kirjoittaminen voi olla hyvinkin monivaiheinen prosessi, joka ottaa oman aikansa. Teoriatietoon tutustumisen jälkeen tutkin Terveystieteiden tutkimus -lehden omia kirjoitusohjeita artikkeleiden kirjoittajille ja lueskelin muita artikkeleita muun muassa Terveystieteiden tutkimus -lehden opinnäytetyö artikkeleita, jolloin sai paljon tietoa muista mielenkiintoisista aiheista ja lisäksi ajatusta kuinka lähtisi itse kirjoittamaan artikkelia.

Oman artikkelin kirjoittaminen ensimmäiseen muotoonsa kesti muutaman päivän. Varsinaista aikataulua en asettanut, mutta tavoitteena oli saada artikkeli valmiiseen muotoon reilun viikon aikana. Toisina päivinä tekstiä tuli enemmän kuin toisina. Koko kirjoittamisprosessin ajan tekstiä hiottiin. Omalle tekstille tulee hyvin pian sokeaksi, joten sitä on hyvä antaa myös muiden luettavaksi (Väliverronen 2002, 83). Annoin raakaversioita luettavaksi tuttavilleni ja opinnäytetyön ohjaajalleni. Heidän palautteidensa mukaisesti muokkasinkin artikkelia.

Artikkelissa olen pyrkinyt käyttämään hyvää ja ymmärrettävää suomenkieltä. Artikkelissa olen pyrkinyt välttämään vieraskielisiä sanoja. Artikkelin olen pyrkinyt kokoamaan johdonmukaisesti. Artikkelin rakenne muistuttaa opinnäytetyöni rakennetta; ensin kerron opinnäytetyöni aiheesta, tutkimusmenetelmästä, kohde-ryhmästä ja aineiston hankinnasta, sen jälkeen tutkimustuloksista ja viimeiseksi on pohdinta osuus. Pääpaino artikkelissa on tutkimustulosten esittämisessä.

Koen artikkelin kirjoittamisen olleen näin ensikertalaiselle melko haasteellinen tehtävä. Artikkelin kirjoittaminen on vaatinut kärsivällisyyttä ja aikaa. Kuitenkin artikkelin kirjoittaminen sujui suuremmita ongelmitta, koska aihe oli niin tuttu tekemäni opinnäytetyön vuoksi. Haastavaa artikkelin kirjoittamisessa oli saada tut-

kimustulokset tiivistettyyn muotoon kuitenkin jättämättä kertomatta jotain olennaista tai menettämättä tiedon informaatiota.

Artikkeli on tarkoitettu lähetettäväksi Terveystietä-lehteen. Artikkelin kirjoittamisessa olen pyrkinyt hyödyntämään ja käyttämään Terveystietä-lehden artikkelin kirjoittamisohjeita.

Terveystietä-lehti

Terveystietä - Hälsovårdaren on Suomen Terveystietäjaliitto Ry:n julkaisema ammatti- ja järjestölehti terveydenhoitajille, audionomeille, alan opiskelijoille, kouluttajille, asiantuntijoille ja päättäjille. Lehteä käytetään myös opetusaineistona terveysalan opinnoissa. Lehti ilmestyy kahdeksan kertaa vuodessa, joista kerran kaksoisnumerona. Lehden päätoimittaja on Lehtomäki Leila. (Suomen Terveystietäjaliitto STHL Ry.)

Terveystietä-lehti välittää ammatillista tietoa ja toimii jäsenistön aktiivisen vuorovaikutuksen kanavana. Lehdessä julkaistaan ajankohtaista tietoa terveys-, sosiaali- ja koulutuspolitiikasta, terveydenhoitajan ja audionomin ammattiin, koulutukseen ja työhön liittyvistä asioista sekä edunvalvonnasta ja järjestötoiminnasta. Lehti julkaisee myös artikkeleita, tutkimuseloituksia, yleiskatsauksia ja muita kirjoituksia. Jokaisessa Terveystietä-lehdessä on jokin tema. (Suomen Terveystietäjaliitto STHL Ry.)

Terveystietä-lehdellä on omat kirjoittamisohjeet artikkelien kirjoittajille. Kirjoitusohjeiden mukaan terveydenhoitajiksi valmistuvien opinnäytetyöartikkelien enimmäispituus on noin 5000 merkkiä välimerkkeineen. Käsikirjoituksessa ei tule käyttää muotoiluja, kuten sisennyksiä, lihavoitua, kursivoitua tai alleviivauksia. Tekstiin ei liitetä valmistelevaa aineistoa, esimerkiksi kyselylomakkeita. Käsikirjoitusta täydentäviä ja selventäviä valokuvia, piirroksia, taulukoita ja kaaviokuvia kehoitetaan liittämään mukaan artikkeliin. Tilapäisiä lyhenteitä ja vierasperäisiä sanoja, joille on hyvä suomenkielinen vastine, tulee välttää tekstissä. Opinnäytetyöhön pohjautuvissa artikkeleissa tulee keskittyä tutkimustuloksiin ja niiden hyödynnettävyyteen terveydenhoitajatyössä, terveyden edistämässä ja/tai ehkäise-

vässä kansanterveystyössä. Toimitus arvioi kaikki tulevat kirjoitukset. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota muun muassa tekstin ajankohtaisuuteen ja yleiseen kiinnostavuuteen terveydenhoitajatyön kannalta. (Suomen Terveystoimittajaliitto STHL Ry.)

5 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi on alkanut osaltani syksyllä 2009 tutkimussuunnitelman teolla. 15 opintopisteen opinnäytetyö on valmistunut alkuvuodesta 2011. Tämän terveydenhoitotyön asiantuntijuuden kehittämistehtävän olen aloittanut joulukuussa 2010. Aikataulullisesti tavoitteena oli että kehittämistyö on valmis tammi-kuun alkupuolella. Tässä mielestäni onnistuin melko hyvin pysymäänkin.

Pohtiessani opinnäytetyönprosessin aikana terveydenhoitotyön kehittämistehtävää ensimmäinen ajatus oli että teen synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja muista synnytyksen jälkeisistä mielenterveydenmuutoksista esitteen neuvoloihin, joita voi tarvittaessa jakaa vanhemmille tai käyttää suullisen ohjauksen tukena. Haastatteluita tehdessäni kyselin terveydenhoitajilta mahdollista tarvetta kirjallisille esitteille. Toisien mielestä tarvetta oli, mutta kuitenkin noin puolet vastaajista koki että heillä on synnytyksen jälkeisestä masennuksesta tietoa ja esitteitä annettavana äideille. Lopulta päätin hieman eriävien vastauksien pohjalta olla tekemättä esitettä, sillä sille ei välttämättä olisi ollut niin kovin tarvetta.

Opinnäytetyön prosessin kuluessa mietin muita vaihtoehtoja ja lopulta ajatus artikkelin kirjoittamisesta syntyi. Artikkelituntui hyvältä vaihtoehdolta kehittämistehtäväksi, sillä niin saan tutkimustuloksia julki ja samalla myös saan kokemusta artikkelin kirjoittamisesta.

Artikkelin kirjoittamisesta ja kirjoittamisprosessista löytyi melko hyvin teoretietoa, jonka avulla itselle tuli mielikuva kuinka artikkeli kirjoitetaan ja mistä eri vaiheista se syntyy. Toisena teoreettisena alueena halusin tuoda esille terveydenhoitajan ammatillista osaamista ja sitä kuinka terveydenhoitaja voi työssään ja ammatillisessa kehitymisessään hyödyntää artikkelien tietoa.

Ensimmäisen opinnäytetyön (15op) ja tämän kehittämistyön välillä koen kehittyneeni kirjoittajana. Osaan hakea paremmin tietoa ja myös kirjoittaminen on sujunut helpommin ja nopeammin nyt tätä kehittämistyötä tehdessä.

Lisäksi olen saanut paljon arvokasta tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja artikkelien hyödyntämisestä terveydenhoitajan työssä.

LÄHTEET

Eriksson, Katie & Isola, Arja & Kyngäs, Helvi & Leino-Kilpi, Helena & Lindström, Unni Å. & Paavilainen, Eija & Pietilä, Anna-Maija & Salanterä, Sanna & Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2008. Hoitotiede. 1.–2. painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Haarala, Päivi & Honkanen, Hilikka & Mellin, Oili-Katriina & Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Helsinki. Edita Prima.

Hildén, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere. TammerPaino Oy.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Janhonen, Sirpa & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2005. Kohti asiantuntijuutta: Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveystieteillä. Vantaa. Dark Oy.

Kinnunen, Merja 2002. Artikkelin kirjoittaminen. s.135–146. Kinnunen, Merja & Löytty, Olli (toim.). Teoksessa: Tieteellinen kirjoittaminen. Tampere. Tammerpaino Oy.

Kotilainen, Lauri 2003. Parempi lehtijuttu. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Mertanen, Virve 2007. Tietokirjoittajan käsikirja. Tampere. Vastapaino.

Ruohotie, Pekka. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Juva. WS Bookwell Oy.

Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti STHL Ry. Terveystieteen lehti. [viitattu 07.12.2010] Saatavissa [www-muodossa: <http://www.terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti.fi/fi/julkaisut/terveystieteen lehti>](http://www.muodossa:www-muodossa: <http://www.terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti.fi/fi/julkaisut/terveystieteen lehti>)

Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti STHL Ry 2008. Terveystieteen lehti. Helsinki. Art-Print Oy.

Svinhufvud, Kimmo 2007. Kokonaisvaltainen kirjoittaminen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Viskari Sinikka 2002. Tieteellisen kirjoittamisen perusteet: opas kirjoittamiseen ja seminaarityöskentelyyn. 3.tarkistettu painos. Tampere. JuvenesPrint – Tampereen yliopistopaino Oy.

Väliverronen Esa 2002. Kirjoittaminen prosessina. s.83–94. Kinnunen Merja, Löytty Olli (toim.) Teoksessa: tieteellinen kirjoittaminen. Tampere. TammerPaino Oy.

Mira Ainassaari, terveydenhoitajaopiskelija

Vaasan ammattikorkeakoulu, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Ohjaaja: hallintotieteiden tohtori Ulla Isosaari

SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN MASENNUS JA SEN TUNNISTAMINEN

Vuosittain noin 10 % synnyttäneistä äideistä sairastuu synnytyksen jälkeiseen masennukseen (2). Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeää äidin hyvinvoinnin kannalta ja myös lapsen kehityksen kannalta (3). Äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat ovat keskeisessä asemassa äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa ja äidin tukemisessa yhdessä neuvolalääkäreiden, neuvolapsykologien ja perhetyöntekijöiden kanssa (2).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien valmiuksia tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus ja valmiuksia & mahdollisuuksia tukea synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastunutta äitiä. Opinnäytetyössä halusin lisäksi selvittää terveydenhoitajien saama mahdollista koulutusta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli erään suomalaisen kaupungin kolme kättilöä äitiysneuvolasta ja kolme terveydenhoitajaa lastenneuvolasta. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli, että terveydenhoitaja oli työssään kohdannut synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneita äitejä. Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin keväällä 2010. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysimenetelmää.

TUTKIMUSTULOKSIA

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat kokivat etenkin lastenneuvoloiden terveydenhoitajien olevan avainasemassa synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistajana. Terveydenhoitajat kokivat omaavansa melko hyvät valmiudet tunnis-

taa synnytyksen jälkeinen masennus. Terveystenhoitajat kertoivat työkokemuksen tuoneen valmiuksia tunnistaa ja kohdata masentuneita äitejä. Tunnistamista helpotti myös aikaisempi asiakaskontakti äitiin, jolloin on helpompi huomata ja tunnistaa äidin käytöksessä tapahtuneet muutokset. Tutkimustulosten mukaan tunnistamista vaikeutti muun muassa äidin mahdollinen pyrkimys peitellä masennusta.

Tutkimustulosten mukaan yleisimpiä terveydenhoitajan käyttämiä keinoja tunnistamisessa ovat äidin voinnista kyseleminen, keskusteleminen ja havainnointi. Oma intuitio koettiin myös tärkeänä osana tunnistamista. Terveystenhoitajat käyttivät myös säännöllisesti erityisesti synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen kehitettyä EPDS-seulaa (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Terveystenhoitajat tunnistivat masennuksen äidin kertoessa tunteistaan ja oireistaan, äidin käytöksen muuttumisesta, äidin mielialasta, olemuksesta ja puheista sekä äidin ja vauvan välisestä vuorovaikutuksesta ja siinä ilmenevistä häiriöistä.

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat kokivat, että heillä on keinoja tukea synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastunutta äitiä. Näitä keinoja olivat voinnista kyseleminen ja keskusteleminen äidin kanssa, pidennetyt ja tiheennetyt neuvolakäynnit ja moniammatillinen yhteistyö.

Tutkimuksella haluttiin selvittää myös lisäkoulutuksen tarvetta. Terveystenhoitajat olivat viime vuosien aikana saaneet koulutusta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Saamansa koulutuksen he kokivat hyvänä. Varsinaista lisäkoulutuksen tarvetta he eivät kokeneet tarvitsevansa, sillä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta järjestetään melko tasaisin väliajoin koulutuksia.

POHDINTAA

Äitiys- ja lastenneuvoloiden palveluita käyttää lähes kaikki raskaana olevat naiset ja lapsiperheet (4, 5). Äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat ovat avainasemassa synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa (2). Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien mielestä on tärkeää myös että isät tai muut äidin läheiset tuovat tarvittaessa huolta esille. Jos huolta ei tuoda esille, ei sitä välttämättä huomata ja silloin ei voida tarjota apua. (1.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen voi olla kuitenkin haastavaa, jos äiti itse ei tiedosta tai myönnä masennustaan tai yrittää peitellä sitä. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että aina ei kuitenkaan kyse ole masennuksesta, vaikka oma intuitio niin sanoisikin, sillä äiti voi olla perusolemukseltaan vähäeleinen ja surumielinen tai taustalla voi olla jotain muuta esimerkiksi huono parisuhde tai väkivaltaa. (1.)

Tutkimukseen osallistuneilla terveydenhoitajilla oli kaikilla melko pitkä kokemus neuvolatyöstä. Työkokemus vaihteli 11,5 vuodesta 31 vuoteen. He kaikki olivat saaneet myös koulutusta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, joten nämä omalta osaltaan varmasti vaikuttavat tunnistamisen valmiuksiin positiivisesti. Olikin mielenkiintoista tutkia vastaavasti vasta valmistuneiden tai vähän aikaa neuvolatyötä tehneiden valmiuksia tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus. (1.)

LÄHTEET

- (1) Ainassaari 2011. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus: terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa ja tukea. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu.
- (2) Juutilainen & Sarkkinen 2007: Vauvaperheen masentunut äiti neuvolassa. Teoksesta: Neuvolatyön käsikirja. Armanto, A., & Koistinen, P. (toim.) Hämeenlinna. Karisto Oy.
- (3) Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – opas työntekijöille. Oppaita 2004:14. 4.painos. Helsinki. Edita Prima Oy.
- (4) Lindholm 2007: Lastenneuvolatyön järjestelmä. Teoksesta: Neuvolatyön käsikirja. Armanto, A., & Koistinen, P. (toim.) Hämeenlinna. Karisto Oy.
- (5) Lindholm 2007: Äitiysneuvolatyön järjestelmä. Teoksesta: Neuvolatyön käsikirja. Armanto, A., & Koistinen, P. (toim.) Hämeenlinna. Karisto Oy