

ÄITIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN OHJAUKSESTA SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN HOIDOSSA

*”Ainoa varma keino saada vastauksia on
kysyä ja puhua suoraan”*

Iida Kainulainen
Reetta Kangasniemi
Minna Saukkonen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2010

Hoitotyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) KAINULAINEN, Iida KANGASNIEMI, Reetta SAUKKONEN, Minna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 10.11.2010
	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Äitien kokemuksia saamastaan ohjauksesta synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa ”Ainoa varma keino saada vastauksia on kysyä ja puhua suoraan”		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) OITTINEN, Pirkko ja POHJOLAINEN, Maritta		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen Keskussairaala, yleissairaалapsykiatrian osasto 7		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin miten synnytyksen jälkeisen masennuksen läpikäyneet äidit ovat kokeneet hoitohenkilökunnalta saadun ohjauksen ja millaisia tarpeita äideillä on ohjaukseen liittyen. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna Keski-Suomen Ensi- ja turvakodin tiloissa helmikuussa 2010. Kohderyhmän muodostivat viisi synnytyksen jälkeisen masennuksen kokenutta äitiä. Aineisto analysoitiin teemoittelun ja tyypittelyn avulla.</p> <p>Synnytyksen jälkeisen masennuksen kokeneet äidit kokivat keskustelun olleen yleisin ohjausmenetelmä. Äidit korostivat sitä kuinka tärkeää on saada käydä omia kokemuksiaan useaan kertaan läpi. Suurin osa äideistä oli kokenut saavansa rohkaisua terveydenhoitajalta. Kaikki haastatellut äidit olivat saaneet kirjallista materiaalia synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Päälimmäisenä materiaaleista äideille oli jäänyt mieleen synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet.</p> <p>Äidit toivoivat saavansa kirjallista materiaalia riittävän varhaisessa vaiheessa. Äidit kaipaivat, että isät otettaisiin huomioon ohjauksessa. Äidit kokivat tärkeänä, että isille puhuttaisiin sairaudesta ja sen oireista. Äidit toivat esille toiveen, että neuvolakäynteihin varattaisiin enemmän aikaa äidin ja perheen hyvinvointiin ja jaksamiseen. Äidit toivoivat terveydenhoitajilta avoimuutta ja rohkeutta ottaa esille vaikeita asioita ja kysyä suoraan.</p> <p>Tutkimuksen pohjalta laadimme terveydenhoitotyön kehittämistehtävänä oppaan synnytyksen jälkeisestä masennuksesta äitien ja hoitohenkilökunnan käyttöön. Opas tulee olemaan apuväline äitien ohjauksen tukena. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaалapsykiatrian osasto 7. Yhteistyökumppanina toimi myös Keski-Suomen Ensi- ja turvakoti.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Synnytys masennus, synnytyksen jälkeinen masennus, ohjaus		
Muut tiedot Liitteenä saatekirje, suostumuslomake ja teemahaastattelurunko		



Author(s) KAINULAINEN, Iida KANGASNIEMI, Reetta SAUKKONEN, Minna	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 10.11.2010
	Pages 55	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Mothers' Experiences of Guidance in the Treatment of Post-Natal Depression. "The only certain way to get answers is to ask and speak directly"		
Degree Programme Nursing degree		
Tutor(s) OITTINEN, Pirkko ja POHJOLAINEN, Maritta		
Assigned by Unit 7 of the general psychiatry at the Central Hospital of Central Finland		
<p>Abstract</p> <p>This thesis studied how mothers who had undergone post-natal depression experienced the guidance given by the nursing staff and what kind of needs relating to the guidance they had. The thesis was carried out as qualitative research and the method of collecting the data was chosen to be a theme interview. The theme interview was carried out as a group interview at the Refuge and Shelter Home of Central Finland in February 2010. The target group was five mothers who had post-natal depression. The data was analyzed by categorizing it into different themes and classifying by type.</p> <p>According to the mothers, discussion was the most common form of guidance. The mothers stressed the importance of discussing their own experiences several times. The majority of the mothers felt that they had been encouraged by the public health nurse. All the interviewed mothers had been given written material about post-natal depression. The mothers remembered the symptoms of post-natal depression listed in the material best.</p> <p>The mothers expressed a wish that the written material would have to be given at an early stage. They also wished that fathers would be taken into consideration in the guidance as well. They found it important that the fathers were told about the disease and its symptoms. The mothers also pointed out that during the maternity clinic visits there would have to be more time to discuss the well-being and resources of both the mother and the family. From the nurses' part the mothers wished openness and courage to bring up difficult topics and to ask directly.</p> <p>On the basis of the study, a guide about post-natal depression for mothers and nursing staff will be written as a public health nursing development task. The guide will be an instrument for supporting the guidance of mothers. The client of this thesis was the unit 7 of general psychiatry at the Central Hospital of Central Finland. The Mother and Child Home and Shelter of Central Finland also participated in this project.</p>		
Keywords Post Natal depression, Counsel		
Miscellaneous Attachments Cover letter, Acquiescence form, Theme interview frame		

SISÄLTÖ

<u>1 JOHDANTO</u>	5
<u>2 MASENNUS JA SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN</u>	
<u>ERITYISPIIRTEET</u>	7
<u>2.1 Masennus</u>	7
<u>2.2 Baby blues eli synnytyksen jälkeinen herkistyminen</u>	8
<u>2.3 Synnytyksen jälkeinen masennus</u>	9
<u>2.3.1 Riskitekijät</u>	11
<u>2.3.2 Suojaavat tekijät</u>	13
<u>2.3.3 Hoito</u>	13
<u>2.3.4 Synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutukset perheeseen</u>	18
<u>2.3.5 Varhainen vuorovaikutus</u>	19
<u>2.3.6 Isän näkökulma</u>	22
<u>2.4 Psykoottinen masennus</u>	23
<u>2.5 Synnytyksen jälkeinen psykoosi</u>	24
<u>3 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ</u>	25
<u>3.1 Ohjauksen merkitys ja tavoitteet</u>	26
<u>3.2 Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät</u>	27
<u>3.3 Ohjauksen keinot</u>	29
<u>3.3.1 Ohjausmenetelmät</u>	29
<u>3.3.1 Kirjalliset ohjeet</u>	30
<u>3.4 Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä</u>	31
<u>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA</u>	
<u>KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET</u>	33
<u>5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</u>	34
<u>5.1 Tutkimusmenetelmät</u>	34
<u>5.2 Haastattelu</u>	34
<u>5.3 Aineiston analysointi</u>	35
<u>6 TUTKIMUKSEN TULOKSET</u>	36
<u>6.1 Äitien saama ohjaus</u>	36
<u>6.2 Ohjauksen tunneilmapiiri</u>	39
<u>6.3 Ohjauksen tarpeet</u>	40
<u>6.4 Arjessa jaksaminen</u>	42
<u>7 POHDINTA</u>	45
<u>7.1 Tulosten tarkastelua</u>	46
<u>7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys</u>	48
<u>7.3 Jatkotutkimusaiheet</u>	50
<u>LÄHTEET</u>	51
<u>LIITTEET</u>	55
<u>Liite 1. Teemahaastattelurunko</u>	55
<u>Liite 2. Saatekirje</u>	57
<u>Liite 3. Suostumuslomake</u>	58
<u>Liite 4. Esimerkki analyysipolusta</u>	59

1 JOHDANTO

Äidiksi tuloa pidetään monella tapaa naisen elämän yhtenä käännekohtana. Syntyvä vauva mullistaa naisen omaa identiteettiä, arkea ja tärkeimpiä ihmissuhteita monin eri tavoin. Vastuun kantamiseen lapsesta sisältyy käytännössä monia erilaisia, jopa vastakkaisia tunteita. Lapsi merkityksellistää naisen elämää, tuottaa iloa, nautintoa ja antaa pätevyyden kokemuksia, mutta samalla lapsen kanssa elämiseen sisältyy epävarmuuden, syyllisyyden, huolen, väsymyksen ja uupumuksen tunteita. Lapsen tuomat muutokset eivät aina tapahdu kivuttomasti, ihmissuhteet muuttuvat ja naisen oletukset ja odotukset lapsen syntymän jälkeisestä ajasta voivat kokea romahduksen. (Sevon 2009, 96–97.)

Synnyttäneistä naisista noin 10 % sairastuu synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Hertzberg 2000, 1491, Heikkinen & Luutonen 2009, 1459). Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet voivat olla epämääräisiä. Tunteita ei osata aina tulkita masennukseksi eikä niille löydy sanallisia kuvauksia. (Niemi 1997, 18.) Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireita voivat olla mielialan vaihtelevuus, itkuisuus, alakuloisuus, riittämättömyyden tunne sekä sopeutumiskyvyn puute suhteessa lapseen (Ylilehto 2005, 28). Ilmiö on jäänyt osittain piiloon neuvoloissa vaikean tunnistettavuuden takia. Äidit kokevat negatiivisista tunteista ja uupumuksesta puhumisen vaikeaksi, sillä he tuntevat syyllisyyttä ja kuvittelevat olevansa ainoita, jotka kokevat näitä tunteita. (Niemi 1997, 17.) Äitien on vaikeaa tuoda esille masennukseen liittyviä tunteita, sillä yleinen oletamus on, että äidin ”kuuluu” olla onnellinen vastasyntyneen lapsen kanssa. Neuvolan terveydenhoitajien ja terveyskeskuslääkäreiden asema synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa on tärkeää. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus ei ole yksinomaan äidin ongelma, koska sillä on vaikutusta koko perheeseen. (Heikkinen & Luutonen 2009, 1459–1460.)

Opinnäytetyömme lähti liikkeelle Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaалapsykiatrian osaston tarpeesta saada osastolle opas synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Opas tulisi synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneille äideille ja heidän puolisoilleen sekä osaston ja neuvoloiden henkilökunnalle. Kiinnostuimme aiheesta, sillä terveydenhoitajina olemme avainasemassa synnytyksen

jälkeisen masennuksen tunnistamisessa ja ennaltaehkäisyssä. Kartoitimme synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneiden äitien kokemuksia ohjauksesta ja ohjauksen tarpeista teemahaastattelun avulla. Kartoitimme syksyllä 2009 onko Keski-Suomen alueen äitiys- ja lastenneuvoloissa käytössä opasta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Osassa neuvoloista ei ollut käytössä minkäänlaista opasta aiheesta ja jotkut käytössä olevat oppaat sisälsivät vanhentunutta tietoa. Neuvolat ilmaisivat kiinnostusta ja tarvetta oppaaseen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää äitien kokemuksia ohjauksesta ja ohjauksen tarpeista synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa sekä tuottaa materiaalia aiheesta Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaalapsykiatrian osastolle ja osaan Keski-Suomen alueen neuvoloihin. Tavoitteena on, että saadun tiedon avulla Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaalapsykiatrian osaston työntekijät ja neuvolan työntekijät saavat tietoa miten äidit toivovat heitä ohjattavan. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on tulevina terveydenhoitajina syventää tietoja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja kehittää taitoja tutkimuksen tekemisessä. Teemme samalla terveydenhoitotyön kehittämistehtävänä oppaan synnytyksen jälkeisestä masennuksesta osaston henkilökunnalle ja Keski-Suomen neuvoloihin.

2 MASENNUS JA SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN ERITYISPIIRTEET

2.1 Masennus

Masennus eli depressio on kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyden häiriö ja on kaikki sairaudet mukaan lukien yksi yleisimmistä kansanterveysongelmista. Masennus sanaan liittyviä käsitteitä käytetään monessa eri merkityksessä ja siksi onkin tärkeää selvittää mitä sillä tarkoitetaan kussakin asiayhteydessä. Sana masennus voi tarkoittaa masentunutta tunnetilaa ja hetkellinen masennuksen tunne on normaali reaktio erilaisten menetyksien ja surun yhteydessä. Masentuneella mielialalla tarkoitetaan pysyvämmäksi muuttunutta masentunutta tunnevirettä. Se voi kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. Kun masentuneeseen mielialaan liittyy muita oireita, puhutaan masennusoireyhtymästä. Masennustilat eli depressiot ovat oireyhtymiä, jotka ovat mielenterveyden häiriöitä, toisin kuin ohimenevä masennuksen tunne tai pelkkä masentunut mieliala. (Isometsä 2007, 194.)

Tavalliset oireyhtymät luokitellaan lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin oireiden yleisen vaikeusasteen perusteella. Diagnostiikka ohjaa oleellisesti potilaan hoitoa. Se on keskeisin tekijä arvioidessa lääkehoidon tai muiden biologisten interventioiden tarvetta. Psykoterapian tarvetta ja sen todennäköistä tuloksellisuutta arvioidessa myös kuvaileva diagnoosi on usein hyödyksi. (Isometsä 2007, 194.)

Synnytyksen jälkeinen masennus on yleinen ilmiö ja siihen sairastuu noin 10 % synnyttäneistä äideistä (Hertzberg 2000, 1491, Heikkinen & Luutonen 2009, 1459). Puolet ensisynnyttäjistä kokee masennuksen oireita synnytyksen aikoihin ja jopa neljännes kokee oireita toistuvasti (Kemppinen 2007, 117).

Ilmiö on jäänyt osittain piiloon, sillä äitien masennus on vaikea tunnistaa esimerkiksi neuvoloissa. Äitien on vaikea kertoa negatiivisista tunteistaan ja uupumuksestaan, sillä he tuntevat syyllisyyttä ja kuvittelevat olevansa ainoita, jotka kokevat näitä tunteita. Äidit ovat myös kokeneet, ettei heitä ole otettu tosissaan, kun he ovat yrittäneet puhua tunteistaan. (Niemi 1997, 17.) Myös Heikkinen & Luutonen (2009) toteavat, että tänä päivänäkin äitien on vaikea tuoda esille masennukseen liittyviä

tunteita, sillä yleinen oletus on, että äidin ”kuuluu” olla onnellinen vastasyntyneen lapsen kanssa. Äidin masennus jää usein tunnistamatta ja hoitamatta ja korostavat terveyskeskuslääkäreiden ja neuvolan terveydenhoitajien asemaa tunnistamisessa.

Kirjallisuudessa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta puhutaan kolmena erilaisena ilmenemismuotona ja on hyvin tärkeää eritellä ne toisistaan. Nämä kolme pääryhmää ovat synnytyksen jälkeinen herkistyminen, synnytyksen jälkeinen masennus ja synnytyksen jälkeinen psykoosi. (Hertzberg 2000, Niemi 1997 & Ylilehto 2005.)

2.2 Baby blues eli synnytyksen jälkeinen herkistyminen

Masennuksen lievintä muotoa kutsutaan baby bluesiksi, jonka kokee 50–80% synnyttäneistä äideistä. Ilmiö on niin yleinen ja ohimenevä, että sitä on pidettävä normaalina. Herkistyminen on yleisempää ensisynnyttäjillä ja tutkijat ovat ajatelleet sen olevan yhteydessä myös vanhemmuuteen sopeutumisen kanssa. Sen oireita voivat olla väsymys, uupumus, itkuisuus, pelkotilat, unettomuus, harhaluulot ja ambivalenssi eli kaksijakoisuus. Herkistyminen kuitenkin eroaa vakavammasta ja pidempikestoisemmasta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. (Ylilehto 2005, 27.) Oireet ovat usein vaikeimmillaan 3-5 päivän kuluttua synnytyksestä ja häviävät parin viikon kuluessa (Heikkinen & Luutonen 2009, 1459). Edhborgin (2008, 186) tekemän tutkimuksen mukaan myös miehet kokevat herkistymistä, mutta kuitenkin naisia vähemmän. Tutkimuksen mukaan miesten herkistyminen oli huipussaan ensimmäisenä päivänä synnytyksen jälkeen.

Lapsen syntymä muuttaa naisen elämää, etenkin ensimmäisen lapsen kohdalla. Lapsen saaminen lisää naisen haavoittuvuutta. Lapsen murheet ovat raskaampia kantaa kuin omat murheet, *kun on kerran äidiksi tullut, äitinä myös pysyy riippumatta lapsen iästä*. Äiti on erityisen herkkä raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Äidin herkkyys on tärkeääkin, sillä sen avulla äiti pystyy vastaamaan lapsensa tarpeisiin. Se voi kuitenkin myös luoda pohjaa masennukselle. (Heikkinen & Luutonen 2009, 1459.)

Herkistyminen kehittyy usein seuraavalla tavalla; synnytys sujuu yleensä hyvin, perhe on onnellinen ja lapsi terve, mutta muutama päivä synnytyksen jälkeen äiti muuttuu itkuiseksi, loukkaantuu helposti, on ärtyväinen ja herkkä. Baby bluesin on ajateltu

johtuvan äkillisestä hormonitason laskusta synnytyksen jälkeen ja rintamaidon erityksestä johtuvasta hormonisäätelystä, jolloin maito nousee rintoihin. Myös valtaisa jännitys purkautuu synnytyksen jälkeen ja äiti ymmärtää kuinka paljon työtä vauvan hoitoon liittyy ja äiti kokee hämmennystä kaiken uuden ja muotoutumattoman yhteydessä. Tilanne on kuitenkin varsin normaali ja häviää yleensä yhtä nopeasti kuin on tullutkin. (Niemi 1997, 17–18.) EPDS -mittari (Edinburgh Postnatal Depression Scale) voi olla hyvä työväline todeta baby blues. Tutkimuksen mukaan se osoitti hyvin naiset joilla oli suuri riski saada masennuksen oireita. (Edhborgin 2008, 186.)

2.3 Synnytyksen jälkeinen masennus

Mikäli aiemmin kuvattu baby blues jää äidin pysyväksi tunnetilaksi ja saa entisestään tummempia sävyjä ja tunteita, voidaan puhua synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Masennus on usein pahimmillaan 6-8 viikon kuluttua synnytyksestä. Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet ovat varsin epämääräisiä ja ne voivat ilmetä monentasoisina ja erilaisina yhdistelminä. Tunteita ei osata aina tulkita masennukseksi ja niille ei aina löydy sanallisia kuvauksia. (Niemi 1997, 18.)

Masennuksen oireet ilmenevät useimmiten 4-6 viikkoa synnytyksestä itkuisuutena, alakuloisuutena, riittämättömyyden tunteena sekä sopeutumiskyvyn puutteena erityisesti suhteessa lapseen. Mieliala voi vaihdella ja mikäli vuorokausivaihtelua esiintyy, illat ovat yleensä vaikeimpia. (Ylilehto 2005, 28.) Äiti on usein huolestunut lapsestaan ja tuntee itsensä huonoksi, riittämättömäksi ja kyvyttömäksi.

Suurimmillaan synnytyksen jälkeisen masennuksen ilmaantuvuus on kolmen kuukauden ajan synnytyksen jälkeen ja se pysyy koholla noin puoli vuotta synnytyksestä. (Kettunen & Koistinen 2008, 1713.) Kuten masennus muissakin elämäntilanteissa, synnytyksen jälkeisen masennuksen kulku on hyvin vaihteleva, oireet voivat lieventyä itsestään 2-6 kuukaudessa, mutta joillakin potilailla niitä esiintyy vielä vuoden kuluttua (Hertzberg 2000, 1943).

Muissa masennustiloissa ilmenevä aamuhäpäminen ilmenee synnytyksen jälkeisessä masennuksessa nukahtamisvaikeutena. Itsemurha-ajatuksia ilmenee vähemmän kuin muissa masennustiloissa. Synnytyksen jälkeinen masennus kestää keskimäärin 6-8 viikkoa. Pidemmässä seurantatutkimuksessa todettiin, että psyykkisiä oireita ilmeni äideillä vielä 4 vuotta lapsen syntymän jälkeen. Synnytyksen jälkeistä masennusta

pidetään ilmiönä, jolla on pitkäkestoisia seurauksia tulevaan lapseen ja koko perheen hyvinvointiin. (Ylilehto 2005, 28.)

Pienen vauvan syntymä muuttaa perheen arkea perusteellisesti. Erityisesti äidillä on paljon sopeutumista uuteen rooliinsa. Samaan aikaan äidin fysiologiassa tapahtuu muutoksia. Riskitekijöitä lukuun ottamatta synnytyksen jälkeisen masennuksen etiologia on suurelta osin selvittämättä. Synnytykseen liittyvien äkillisten hormonaalisten muutosten ajatellaan altistavan synnytyksen jälkeiselle masennukselle. Veressä olevien hormonien, kuten estrogeenin ja progesteronin pitoisuudet vähenevät nopeasti synnytyksen jälkeen ja prolaktiinipitoisuudet ovat suuria. Useat tutkimukset viittaavat siihen, että masennuksella ja estrogeenipitoisuuksilla olisi yhteys. Kuitenkaan suoraa yhteyttä ei ole kyetty osoittamaan. Suurella estrogeeniannoksella voidaan ehkäistä ja jopa korjata synnytyksen jälkeistä masennusta. (Perheentupa 2003, 387–388.)

Masennuksella ja keskushermoston serotoniinipitoisuuksilla on todettu olevan yhteys. Serotoniinin takaisinoton estäjien (SSRI-lääkkeet) hyvä teho masennuksen ja synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa viittaa serotoniinijärjestelmän osallisuuteen. Tutkimuksissa on todettu estrogeenin vaikuttavan monella tapaa serotoniinijärjestelmään. (Perheentupa 2003, 388.)

Tutkimusten mukaan synnytyksen jälkeinen masennus saattaa johtua myös hypotalamuksen kortikotropiinia vapauttavaa hormonia (CRH) tuottavien neuronien eriasteisista ja vaihtelevan kestoisesta toiminnanhäiriöistä. Loppuraskauden aikana hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakseli eli HPA-akseli on hyperaktiivisessa tilassa. Tämä johtuu istukkaperäisen CRH:n suurista ja CRH:n sitoja proteiinin pienistä pitoisuuksista. Tällöin vapaata CRH:ta on runsaasti sekä ACTH- että kortisolipitoisuudet ovat suuria. Runsaat estradiolipitoisuudet saattavat osaltaan stimuloida HPA-akselia. Estradiolin ja CRH:n pitoisuudet pienenevät runsaasti synnytyksen jälkeen. CRH:n mukana vähenee samalla myös siitä täysin riippuvaisen HPA-akselin aktiivisuus. Edeltävä altistus suurille glukokortikoidipitoisuuksille saattaa kuitenkin aiheuttaa HPA-akselin hypoaktivaation. Hypotalamuksen CRH-erityksen palautuminen normaaliksi voi kestää muutamasta viikosta useampaan kuukauteen. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että synnytyksen jälkeen herkistyneillä ja masentuneilla äideillä HPA-akselin lama on voimakkaampi ja pitkäkestoisempi kuin ei-masentuneilla äideillä. CRH-geeni sisältää

estrogeenireseptorin sitoutumiselementin, jonka kautta estrogeeni voi lisätä CRH:n eritystä ja täten lievittää masennuksen oireita. Masennukselle voivat altistaa myös kilpirauhasen toiminnan häiriöt. (Perheentupa 2003, 388.)

2.3.1 Riskitekijät

Ylilehto (2005) kertoo riskitekijöistä, jotka altistavat synnytyksen jälkeiselle masennukselle. Yksinäisillä äideillä on todettu olevan lisääntynyt mielenterveysongelmien riski synnytyksen jälkeen ja myös sosiaalisen tuen puute ja eristyneisyys on katsottu masennuksen riskitekijöiksi. Äidin oma huono äitisuhde ja sen hetkinen suhde omaan puolisoon ovat merkittäviä riskitekijöitä. Pitkää imetysaikaa on pidetty riskitekijänä ajatellen masennuksen takana olevia hormonaalisia tekijöitä, sillä hypoestrogeninen tila ja sen kesto ovat osaltaan riippuvaisia imetyksen kestosta ja intensiteetistä ja imetyksen aiheuttaman laktaatioamenorrean (imetyksestä johtuva kuukautisten puuttuminen) aikana estrogeenitaso pysyy alhaisena (Kettunen & Koistinen 2008, 1714). Kilpirauhasvastaineiltaan positiiviset äidit ovat riskiryhmässä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen.

Raskausajan komplikaatioiden ja aiempien masennusepisodien on todettu altistavan synnytyksen jälkeiselle masennukselle. Persoonallisuustekijät voivat vaikuttaa masennuksen ilmenemiseen. EPDS -mittarilla mitattuna korkeat pisteet neuroottisuudesta saaneilla ihmisillä oli kolminkertainen riski sairastua masennukseen ja ennen lapsen syntymää ihmissuhteissa herkiksi todetuilla oli 11-kertainen riski sairastua masennukseen synnytyksen jälkeen. (Ylilehto 2005, 38–39.) Vaikka synnytyksen jälkeinen herkistyminen on normaalia ja vaaratonta, on herkistymisen kokeneilla äideillä kuitenkin suurempi riski sairastua masennukseen myöhemmässä vaiheessa kuin äideillä, joilla oireita ei ole ollut. Naisista 20 %, joilla on ollut selvä herkistymiskausi, kehittyi myöhemmin synnytyksen jälkeinen masennus. (Hertzberg 2000, 1942.)

Raskaus on normaali kriisi jo sinänsä, johon liittyy psykologisia muutoksia. Mikäli naisella on moninkertainen kriisi eli monta kuormittavaa asiaa yhtä aikaa tai jokin suuri muutos perheessä, on hänellä riski oireilla. Mikäli äiti ei saa tarpeeksi tukea tai aikaisemmissa raskauksissa on esiintynyt komplikaatioita, on masennuksen riski suurentunut. Naiset, joilla on ollut neuroottista syömiseen liittyvää oireilua, vaikeuksia

hyväksyä naisen identiteetti ja rooli, voivat oireilla synnytyksen jälkeen. Heillä on usein myös ongelmia oman ruumiinkuvan käsitteen kanssa. Myös pitkään jatkuneen selittämättömän lapsettomuuden jälkeen tullut raskaus sekä raskauden pitkä suunnittelu lapsettomuushoitoinen ovat riskitekijöitä. (Ylilehto 2005, 39.) Lisäksi aiemmin sairastettu masennus ja lähisuvun masennukset lisäävät synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiä (Brewster, Caesar, Cooper, Craddock, Dave, Dean, Farmer, Forty, Hough, Jones, Jones, Macgregor & McGuffin 2006, 1551). Äideille, joilla on ollut aiemmin masennusta, kehittyi 25 % todennäköisyydellä synnytyksen jälkeinen masennus. Aiemman synnytyksen jälkeisen masennuksen uusiutumisen riski on jopa 40 %. (Perheentupa 2009.)

Niemi (1997, 20) kertoo synnytyksen jälkeisen masennuksen riskitekijöiksi seuraavat asiat; omien kykyjen aliarviointi jo vauvaa odottaessa, äitiyden ihannointi, erittäin vaikea synnytys, ongelmallinen parisuhde ja puolison tuen puute, ristiriitainen suhde omaan äitiin, sosiaalisen tuen puute, toisten äitien seuran puute sekä eristyneisyys ja yksinäisyys. Ikää, koulutustasoa, siviilisäätystä, lasten lukumäärää tai sosioekonomista asemaa ei ole voitu pysyvästi yhdistää kroonistuneeseen riskiin sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. (Hertzberg 2000, 1494). Parisuhdeväkivaltaa pidetään myös riskitekijänä masennukselle (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004, 239).

Ylilehdon (2005, 137) mukaan rintatulehdus ja lapsen hoitaminen ilman apua olivat useille haastateltaville naisille kuormittava tekijä, mikä saattoi muuttaa mielialaa alavireiseksi ja depressiiviseksi. Rintatulehduksen ehkäisemiskeinot voisivat parantaa myös mielenterveyttä ja näin ehkäistä masennusta. Masentuneiden äitien osuus oli huomattavasti pienempi niiden äitien joukossa jotka synnyttivät alateitse kivunlievityksen turvin kuin niiden jotka synnyttivät alateitse ilman kivunlievitystä (Hiltunen 2003, 75).

Recordsin ja Rican (2005, 281) tutkimuksen mukaan henkistä väkivaltaa kokevat synnytyksen jälkeen naiset, jotka ovat kokeneet joko fyysistä, seksuaalista tai henkistä hyväksikäyttöä ennen raskautta ja naiset, joilla ei ole aiemmin ollut hyväksikäyttöä. Ennen synnytystä hyväksikäytetyt naiset kokivat henkistä väkivaltaa huomattavasti enemmän myös synnytyksen jälkeen. Tutkimuksen mukaan hyväksikäytettyjen naisten ja ei hyväksikäytettyjen naisten välillä ei ollut merkittävää eroa synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastumiseen. Hiltusen (2003, 75) mukaan vuodenaikojen vaihtelulla on merkitystä synnytyksen jälkeiseen masennuksen esiintyvyyteen.

Pimeään vuoden aikaan masennuksen oireet lisääntyivät ja kevät taas näytti suojelevan myöhemmältä masennukselta.

2.3.2 Suojaavat tekijät

Mielenterveyttä suojaavat tekijät voidaan jaotella sisäisiin suojaaviin tekijöihin sekä ulkoisiin suojaaviin tekijöihin. Sisäiset suojaavat tekijät liittyvät mielenterveyden yksilöllisiin tekijöihin ja kokemukseen. Näitä ovat ihmisen emotionaalis-kognitiivinen toiminta, perimä ja ihmisen kokonaisvaltainen terveys. Itsearvostus, hyvä itsetunto ja realistinen minäkäsitys hyväksytyksi tulemisen tunteineen suojaavat ihmistä myös mielenterveyttä haavoittavien tekijöiden yhteydessä. Ihmisen sopeutumiskyky ristiriitojen ja ongelmatilanteiden käsittelytaitona ja oppimiskykynä suojaavat ihmistä mielenterveyden häiriöiltä. Sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutussuhteisiin liittyviä sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat varhaiset myönteiset ihmissuhteet sekä nuoruus- ja aikuisiän vuorovaikutustaidot. Näitä voivat olla muun muassa ihmissuhteiden solmimis- ja purkamistaidot. Turvallinen ympäristö ja henkilökohtainen elämänpiiri edistävät hyvää mielenterveyttä ja suojaavat erityisesti ulkoisilta haavoittavilta tekijöiltä. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 30.)

Ulkoiset suojaavat tekijät ovat sidoksissa muun muassa asumiseen, koulutusmahdollisuuksiin ja työllisyyteen. Myönteiset mallit sekä toimivat yhteiskuntarakenteet ja resurssit palvelujen saatavuutena ja laatuna ovat mielenterveyttä suojaavia ulkoisia tekijöitä. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 30.) Tolvasen (2002, 21) mukaan sosiaalinen tuki ja hyvä fyysinen kunto liittyvät alhaiseen masennukseen. Vapaa-ajan liikunnan harrastamisen ja masentuneisuuden välinen yhteys ei ollut kuitenkaan kovinkaan merkitsevää.

2.3.3 Hoito

Masennustilojen oireet ovat psykologisia ja ne näkyvät potilaan käyttäytymisessä ja sosiaalisissa suhteissa sekä keskushermoston ja hormonaalisten järjestelmien toiminnassa. Masennustilojen hoidossa käytetään biologisia, psykologisia ja potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia hoitomuotoja. Keskivaikeissa ja vaikeissa masennustiloissa käytetään etenkin biologisia hoitomuotoja ja lievissä tai keskivaikeissa masennustiloissa psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä. (Isometsä 2007,

181 -182.) Hoidon lähtökohtana on aina masennuksen diagnosointi. Hoito jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, akuuttivaiheeseen, ylläpitohoitoon ja jatkohoitoon. (Käypähoito 2009.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito on samansuuntaista kuin masennuksen hoito yleensäkin (Käypähoito 2009, Perheentupa 2009). Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidosta on hyvin niukasti tutkimuksia ja siksi hoito onkin pitkälti perustettava kliinisiin kokemuksiin. Se kuitenkin muistuttaa suurelta osin muissa elämäntiloissa ilmenevien masennustilojen hoitoa, johon kuuluvat rauhoittava ja tukeva suhtautuminen, potilasopastus, psykoterapia ja psykofarmakologia. Lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa psykoterapiat ja lääkehoito ovat yhtä tehokkaita oireiden lievittäjiä, mutta niiden yhtäaikainen käyttö on tehokkaampaa kuin kumpikaan yksinään. Suurin osa masennustiloista synnytyksen jälkeen on lieviä ja usein hoidettavissa neuvolan antamalla psykososiaalisella tuella. (Käypähoito 2009.)

Psykoterapiassa masentunut äiti tarvitsee tilaa, jossa hän voi tuntea olevansa hyväksytty omana itsenään. Äidin häpeää ja syyllisyyttä lisäävät helposti erilaiset neuvot ja ohjeet. Äidin on tärkeä saada kokemus siitä, että kaikki hänen ristiriitaiset tunteet hyväksytään ja otetaan vastaan. Äiti tarvitsee uuden identiteetin rakentamisessa aikaa ja tukea. Myös pariterapia ja yhteistapaamiset ovat merkityksellisiä. Tilanteen ainutlaatuisuus on otettava huomioon, sillä äiti ei hyödy sairauslomasta. Myös äidin ja lapsen suhteen mahdolliset häiriöt on huomioitava ja tarvittaessa taattava erityinen terapiamuoto, jolla tuetaan äidin ja lapsen varhaista vuorovaikutusta. (Hertzberg 2000, 1495.) Synnytyksen jälkeinen masennus haittaa varhaista vuorovaikutusta lapsen ja äidin välillä. Masennus altistaa turvattomalle kiintymyssuhteelle, joka altistaa lapsen myöhemmille psyykkisille häiriöille sekä vaikeuttaa lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn kehitystä. (Heikkinen & Luutonen 2009, 1459.)

Vakavan masennuksen yhteydessä on harkittava masennuslääkkeiden käyttöä. Ensisijaisena vaihtoehtona synnytyksen jälkeisen masennuksen lääkehoidossa pidetään selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä eli SSRI-lääkkeitä (Käypähoito 2009) niiden siedettävyytensä ja tutkimustuloksien vuoksi. Vaikka SSRI-lääkkeitä pidetään ensisijaisena lääkkeinä, ei muidenkaan lääkkeiden käyttöön ole liitetty varmasti mitään vakavia haittavaikutuksia. Trisyklisiä masennuslääkkeitä kannattaa

harkita, mikäli äidin aikaisemmat masennukset ovat reagoineet suotuisasti näihin lääkkeisiin. Uusien ja vähemmän käytettyjen masennuslääkkeiden käyttöön imettävän äidin hoidossa on hyvä suhtautua vielä varovasti, sillä aiheesta ei ole julkaistu riittävästi tapausselostuksia. (Hertzberg 2000, 1495.)

Kettusen & Koistisen (2008) hoitokokeilussa estrogeenihoito vaikutti erityisesti niiden äitien masennukseen, joilla oli pelkästään synnytyksen jälkeinen masennus ilman aikaisempaa masennushistoriaa. (Kettunen & Koistinen 2008, 1713–1714.)

Estrogeenihoito saanee paikan synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa, mutta useita tutkimuksia tarvitaan ennen kuin suosituksia voidaan antaa. Pitkäaikaiseen estrogeenihoitoon liittyy myös ongelmia, kuten imetyksen estyminen ja haittavaikutukset kohdun limakalvoon. (Hertzberg 2000, 1495–1496.)

Litiumlääkitystä ei suositella imettäville äideille, mutta muista mielialantasaajista turvallisoin on valproaatti. Bentsodiatsepiinien käyttö ei ole este imetykselle, vaikka suuremmat pitoisuudet voivatkin veltostuttaa vauvaa. Tsopikloni erittyy äidinmaitoon, muttei todennäköisesti aiheuta lapselle haittaa, joten sitä voi tilapäisesti käyttää unettomuuteen. (Hertzberg 2000, 1496.) Fluoksetiinia ei suositella hoidoksi, sillä sen on kuvattu kumuloituneen eli kertyneen imeväisiin (Käypähoito 2009).

Päätös masennuslääkkeiden käytöstä imetyksen aikana on tehtävä yhdessä äidin kanssa. Äidille kerrotaan, että kaikki psyykenlääkkeet erittyvät ainakin jossain määrin rintamaitoon, mutta lapsissa mitatut lääkepitoisuudet ovat olleet lähes kaikissa tapauksissa häviävän pieniä. Imetyksen lopettaminen on merkittävä asia, sillä se vaikuttaa sekä lapsen ravitsemukseen sekä erityisesti äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen kehittymiseen (Eerola 2000, 1504). Nykytiedon valossa masennuslääkkeiden käyttö ei ole este imetykselle. Masennuslääkkeitä käyttävää ja imettävää äitiä tulee ohjata seuraamaan lapsessa mahdollisesti tapahtuvia muutoksia ja kertomaan niistä lääkärille. Tällaisia muutoksia on muun muassa unen, ruokahalun ja käyttäytymisen muutokset. Alle kymmenen viikon ikäisten lasten maksa toimii varsin rajallisesti ja siksi masennuslääkkeiden vaikutuksia lapseen tulee tarkkailla huolellisesti erityisesti alle kolmen kuukauden ikäisillä lapsilla. (Hertzberg 2000, 1496.)

Venola (2008, 39) kirjoittaa, että tehokkaaksi todettuja interventioita synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitamisessa ovat vertaistuki, vauvahierontatunnit, jossa ohjataan oikeaa tekniikkaa ja vuorovaikutusta vauvan kanssa, vaunukävelylenkit ryhmässä ja ryhmäkeskustelut sekä psykoterapia ja kognitiivisbehavioralinen terapia. Yksin tai ryhmässä toteutettu liikunta on myös hyödyllistä masennuspotilaille ja sitä voidaan suositella osana kokonaihoitoa, ellei lääketieteellistä estettä ole (Käypähoito 2009).

Äidin tueksi on myös luotava verkosto, johon voivat kuulua perhe, ystävät ja ammattiauttajat. Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa myös tieto vertaistuesta voi olla äidille arvokas. (Hertzberg 2000, 1495.) Moilasan (2009) tekemän tutkimuksen mukaan vertaisryhmässä ilmeni paljon sosiaalista tukea eri muodoissaan. Ryhmästä saatu henkinen tuki auttoi äitejä selviämään masennuksesta ja uskomaan siitä selviytymiseen. Ryhmässä äidit saivat jakaa kokemuksiaan masennuksesta, naiseudesta, äitiydestä, synnytyksestä, parisuhteesta ja perhe-elämään liittyvistä tunteista. Äitien kokemusten mukaan vertaisryhmästä sai myös paljon tukea ja varmuutta vauvan kanssa olemiseen. (Moilanen 2009, 53.)

Masennuksesta toipumisessa voimavarat ja ihmissuhteet ovat ratkaisevia, vaikka ihminen itse ei niitä huomaisikaan. Masentuneelle ihmiselle toivon ylläpitäminen ja psykoedukatiivinen hoito-ote ovat myös toipumista edistäviä tekijöitä. (Lemström 2009, 37.) Mielenterveysasiakkaan voimaantumisen on tärkeää itsearvostuksen tukeminen. Tällöin osoitetaan asiakkaan vahvuuksia ja kiinnitetään huomiota asioihin, joilla on merkitystä asiakkaan selviytymiselle arjessa. Palautteen antaminen pienistäkin myönteisistä muutoksista on tärkeää. (Iija 2009, 118.) Enäkosken (2002, 164–169) tutkimuksen mukaan toisen ihmisen apu on välttämätöntä masennuksesta selviämiseksi ja että yhdestäkin hyvästä ihmissuhteesta voi saada merkittävää tukea. Tärkeäksi koettiin se, että tukea saatiin silloin kun sitä tarvittiin. Tutkimuksessa selvisi myös, että masennuspotilaan tulisi saada enemmän ja parempaa tietoa ja käytännöllistä tukea farmasisteilta ja terveyskeskuslääkäreiltä.

Masentuneiden potilaiden kokema toivottomuus lieveni selvästi sairaalahoidon aikana. Omahoitajasuhteen masentuneet potilaat arvioivat toteutuneen rakenteellisesti ja sisällöllisesti hyvin ja he olivat tyytyväisiä omahoitajaansa huolimatta kokemastaan toivottomuudesta. Hoitosuhteen keskeiset tekijät ”tässä ja nyt” - tilanne, läsnäolo,

huolenpito, todellinen välittäminen ja luottamuksellisen suhteen kehittyminen toteutuivat potilaiden mielestä hyvin. (Kokkonen, Kylmä, Miettinen, Pelkonen & Rissanen 2004, 20–21.) Masentuneet pitivät Rynäsen (2005, 95–102) mukaan toivoa elämää ylläpitävänä voimana. He kuitenkin kokivat toivon kaukaiseksi asiaksi ja sen vuoksi myös vaikeaksi tavoittaa. Toivo yhdistettiin normaaliin elämään ja elämänhaluun, voimavaroihin ja selviytymiseen. Toivoa oli merkityksellinen toiminta, kuten työ ja opiskelu, toiset ihmiset, perhe, lapset, suku, parisuhde, ystävät ja eläimet. Toivoa herättivät pienetkin asiat kuten kahvin tuoksu ja kauniit vaatteet. Myös esteettiset elämykset, kirkkaat värit ja luonto yhdistettiin toivoon. Uskonto ja usko koettiin helpottavana ja rauhoittavana ja sekin liitettiin toivoon. Haastateltavien mukaan toivo liittyy menneisyyden hyväksymiseen ja ymmärtämiseen sekä menneisyydestä irti pääsemiseen. Tässä hetkessä eläminen ja tulevaisuuteen suuntaaminen liittyivät toivoon.

Rynäsen (2005, 103–107) tutkimuksessa kartoitettiin myös kokemuksia toivoa tukevasta hoidosta. Masentuneet pitivät hoitosuhteen pysyvyyttä tärkeänä ja he arvostivat sitä, että henkilö tuntee potilaansa tarpeeksi hyvin. He kokivat, että hyvä yhteydensaanti hoitavaan henkilöön ja yhteensopivuus tämän kanssa tukee heidän toivoaan. Hoitavan henkilön hyväksi ominaisuuksiksi he kokivat määrätietoisuuden, aktiivisuuden, rohkeuden, jämäkkyyden, ohjaavan otteen, turvallisuuden, luotettavuuden ja vahvuuden, liian ”löysä ote” koettiin epämiellyttäväksi. Hoitavan henkilön toivottiin työskentelevän omalla persoonallaan. Ammattitaitoa ja empaattisuutta myös korostettiin. Helposti lähestyttävyyden ja yksilöllisyyden huomioiminen olivat myös tärkeitä. Toivoa tukevaksi tekijäksi sanottiin keskustelu hoitavan henkilön kanssa, erityisen tärkeinä pidettiin omahoitajakeskusteluja. Kannustamista kaivattiin lisää puhumiseen ja pahasta olosta kertomiseen. Käytännöllistä tukea toivottiin silloin kun omat voimavarat olivat vähäiset. Riittävän ajan antaminen potilaalle tuli esille.

Saarikiven (2006, 76–80) tutkimuksen mukaan masentuneet kuvasivat elämän käännekohtien liittyvän sekä positiivisiin että negatiivisiin elämäntapahtumiin ja niihin liittyviin oivalluksiin omasta elämästä. Elämän myönteisiä käännekohtia olivat muun muassa anteeksi antaminen ja saaminen. Negatiiviset käännekohdat liittyivät elämässä tapahtuneisiin kriisitilanteisiin ja vastoinkäymisiin, kuten avioeroon. Elämän käännekohtien löytämisen jälkeen masentuneet kokivat monenlaisia muutoksia

itsessään, kuten kuntoutukseen hakeutuminen, uusi harrastus, oma-aloitteellisuuden lisääntymisen kotitöissä, mielialan kohentuminen, yöunien parantuminen ja ahdistusta lieventävän lääkityksen tarpeen väheneminen. Elämän käännekohtien löytämisen jälkeen he pystyivät suuntaamaan tulevaisuuteen ja heille tuli tunne pärjäämisestä. Pärjäämiseen liittyi myös parempi itsetunto. Toivon löytyminen auttoi itsensä hoitamista ja uskoa omiin kykyihin, jonka jälkeen he tunsivat kykenevänsä kohtaamaan taas iloa ja onnea. Asennemuutoksen myötä pieniäkin asioita osattiin arvostaa ja pettymyksistä oppia.

Masentuneiden mielestä käännekohtien saavuttaminen edellytti muutosprosessia, joka lähti oman tilanteen tiedostamisesta. Tiedostamisen avulla masentuneet alkoivat pohtia masentumiseen johtaneita syitä ja siihen liittyviä tunteita. Halu ja yritys itsensä auttamiseksi ja sen myötä oma uskallus ja vastaanottavainen mieli auttoivat muuttamaan elämänasennetta avoimemmaksi. Realistisesti asetetut tavoitteet ja niiden arviointi auttoi masennuksesta selviytymisessä. Omien voimavarojen käyttöön otto oli myös tärkeää toipumisen käynnistämisessä. Se edellytti vastuunottamista omasta elämästään. Vastuunottamisen myötä masentuneet löysivät itsestään uusia voimavaroja. Omien pelkojen kohtaaminen vapautti positiivista energiaa. (Saarikivi 2006, 76-80.)

2.3.4 Synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutukset perheeseen

Äidin synnytyksen jälkeistä masennusta on tutkittu melko vähän perheen kannalta. Masentuneet ihmiset ovat puolisoidensa kanssa välisessä vuorovaikutuksessa negatiivisempia kuin muiden ihmisten kanssa. Tutkimustulosten mukaan synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavien äitien puoliset ovat peloissaan ja hämmentyneitä. He kokevat, että eivät pysty auttamaan puolisoaan. Tämä kykenemättömyys auttaa puolisoaan herättää isissä turhautumista ja vihaa. Vaikka synnytyksen jälkeinen masennus myöhemmin väistyykin, se jättää puolisoille epävarmuuden tunteen tulevaisuudesta. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen on todettu olevan yhteydessä myös puolison masentumiseen. (Tammentie 2009, 35.) Psykkisten oireiden ja ongelmien ilmaantuminen silloin, kun ihmiset olettavat ja odottavat olevansa onnellisia, aiheuttaa perheelle ja parisuhteelle ongelmia. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus ei ole yksinomaan äidin ongelma, koska sillä on vaikutusta koko

perheen selviytymiseen ja parisuhteen kestämiseen vauva-ajan yli. (Heikkinen ja Luutonen, 2009, 1459–1465.)

Äidin synnytyksen jälkeinen masennus vaikuttaa äidin itsensä lisäksi myös vauvaan, puolisoon ja koko perheeseen. Tutkimuksen mukaan synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavat äidit imettävät lapsiaan vähemmän aikaa, kuin äidit, joilla masennusoireita ei ole. Masentuneet äidit suhtautuvat rooliinsa äitinä negatiivisemmin kuin ne äidit, joilla ei ole masennusoireita. Masentuneen äidin ja hänen vauvansa vuorovaikutus kärsii ja näiden äitien on todettu olevan vähemmän sensitiivisiä eli herkkiä vauvojensa viesteille, kuin niiden äitien, joilla ei ole ilmennyt masennusoireistoa. Masentuneiden äitien vauvojen vuorovaikutus ympäristön kanssa ei ole ollut yhtä positiivista, kuin sellaisten vauvojen, joiden äideillä ei ole masennusoireita. (Tammentie 2009, 34.)

Vauvan univaikeudet saattavat lisääntyä äidin sairastaessa synnytyksen jälkeistä masennusta. Synnytyksen jälkeinen masennus altistaa turvattomalle kiintymyssuhteelle ja vaikeuttaa siten lapsen psyykkistä kehitystä. Synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavien äitien lapsilla on todettu myöhemmin olevan enemmän käytöshäiriöitä ja oppimisvaikeuksia kuin lapsilla, joiden äidit eivät ole olleet masentuneita synnytyksen jälkeen. (Tammentie 2009, 35.)

2.3.5 Varhainen vuorovaikutus

Varhainen vuorovaikutus alkaa jo raskauden aikana sikiön ollessa kohdussa, äidin ja sikiön ruumiillisen dialogin muodossa. Äidin mielikuvat sikiöstä, omasta äitiydestä, sikiön isästä ja omista vanhemmista sekä omasta itsestä vauvana rakentavat vuorovaikutusta ja ovat mukana äidin ruumiillisessa dialogissa sikiön kanssa. Myös isällä on mielikuvia, jotka ovat syntyneet vastaavasti hänen vuorovaikutuskokemuksistaan hänelle merkittävien ihmisten kanssa. Isä voi olla ruumiillisessa dialogissa sikiön kanssa koskettelemalla äidin vatsanpeitteen läpi sikiön liikkeitä ja ottamalla potkuja vastaan. (Siltala 2003, 19.)

Varhaisessa vuorovaikutuksessa äiti ja vauva ovat yhdessä kaksi erillistä persoonaa, joilla on oma mieli ja omat tarpeensa. Vauvan kehityksen kannalta äidin sensitiivisyys on keskeistä vauvan viestiessä tarpeitaan ja kommunikoidessaan äidin kanssa.

Sensitiivinen äiti tunnistaa vauvan viestejä ja vastaa niihin mahdollisimman osuvasti ja nopeasti. Sensitiivinen äiti on vauvan tunnetilojen ymmärtäjä ja tulkitsija. Sensitiivinen äiti havainnoi vauvan olemista ja on valmis vastaamaan vauvan viesteihin asianmukaisella tavalla. Äiti alkaa jutella vauvalle vauvan alkaessa jokellella tai ottaa vauvan syliin kun vauvalla on paha olla. Nälkäänsä itkevää vauvaa sensitiivinen äiti alkaa heti syöttää. Sensitiivinen äiti on siten psyykkisesti läsnä vuorovaikutuksessa vauvan kanssa ottamalla huomioon vauvan tarpeet ja vastaamalla niihin. (Kivijärvi 2003, 252.)

Äidin aito osallisuus ja sitoutuneisuus vauvan kanssa olemiseen ovat vauvan oman olemassaolon tunnistamisen perusta. Huomatuksi tuleminen on minuudeksi tulemisen peruskivi. Äidin sensitiivinen käyttäytyminen luo hyvän pohjan äidin ja vauvan väliselle kiintymyssuhteen muodostumiselle. Varhaiset kiintymyssuhteet ovat perustana lapsen myöhemmille muille ihmissuhteille. (Kivijärvi 2003, 252–253.)

Kun äidillä on elämänsä ensimmäinen masennus raskauden aikana tai synnytyksen jälkeen, äidin masennus liittyy usein erityisesti vauvaan ja äitiyteen liittyviin asioihin. Näissä masennuksella on erityinen vaikutus äidin ja vauvan vuorovaikutukseen ja suhteeseen. (Sarkkinen 2003, 291.) Vuorovaikutus äidin ja vauvan välillä muodostuu noidankehäksi. Masennus muuttaa äidin kognitiota, emootiota sekä käyttäytymistä ja nämä vaikuttavat suoraan vauvaan. Masentuneen äidin negatiivisuus, intrusiivisuus eli tunkeilevuus ja vetäytyminen aiheuttavat vauvassa alakuloisuutta ja kiukkuisuutta, vähentävät aktiivisuutta ja vaikeuttavat vauvan orastavaa kykyä säädellä omaa viireys- ja tunnetilaansa. (Sarkkinen 2003, 293.)

Lapselle tunnesuhde aikuiseen on kasvun ja kehityksen edellytys. Pulmat vanhemmuudessa ja puutteellinen emotionaalinen sitoutuminen lapseen voivat aiheuttaa häiriöitä lapselle. Näitä ovat esimerkiksi lapsen kommunikaatiopulmat ja lisääntynyt vastuu. Vaikuttaa siltä, että vanhemman sairauden diagnosoilla ei sinänsä ole merkitystä lapsen kannalta. Merkittävämpää on, miten häiriö vaikuttaa lapsen ja vanhemman vuorovaikutukseen ja vanhemmuuteen. (Heino 2009, 5.)

Äidin masennus vaikuttaa vauvan ja äidin vuorovaikutukseen. Sillä on vaikutusta myös lapsen kehitykseen masentuneen äidin vähentyneen sensitiivisyyden ja psyykkisen poissaolon vuoksi. Synnytyksen jälkeisessä masennuksessa korostuu äidin

passiivisuus vuorovaikutuksessa vauvan kanssa. Äidin vauvaan suuntaama ennakointi ja askeleen edellä olo häiriintyy tai puuttuu. Masentunut äiti on usein jaksamaton eikä siksi pysty lukemaan vauvansa viestejä. Näin ollen ongelmia voi olla vauvan viestin havaitsemisessa ja tulkinnassa, oman toiminnan mukauttamisessa tehdyn tulkinnan mukaiseksi ja tulkinnan ja sitä vastaavan toiminnan ajoituksessa sekä johdonmukaisuudessa. Masentunut äiti ei välttämättä myöskään kykene luomaan ja ylläpitämään riittävän hyvää vuorovaikutustilannetta vauvansa kanssa. Masentunut äiti ei esimerkiksi katso vauvaan tai puhu hänelle, ei helli vauvaa ja voi hoitaa vauvaa mekaanisesti. (Sarkkinen 2003, 292.)

Synnytyksen jälkeisessä masennuksessa äiti voi olla tunkeileva ja epäjohdonmukainen vuorovaikutuksessa vauvan kanssa. Äiti ei ole tunteellisesti kiinnostunut vauvastaan ja voi ajoittain tuntea syyllisyyttä siitä, ettei ole kyennyt olemaan läsnä vauvalleen. Tästä saattaa seurata tunkeilevaa yliyrittämistä ja läheisyyden kompensoimista.

Vastavuoroisuudessa voi ilmetä ongelmia. Masentunut äiti on vuorovaikutuksessa vauvansa kanssa ajoittain passiivinen ja ajoittain intrusiivinen. Tämä tekee vauvalle vuorovaikutuksesta ei-ennustettavaa. Vauvan ja äidin kanssakäyminen ei ole dialogista. Vuorovaikutuksessa on negatiivinen tunnelataus. Masentunut äiti voi nähdä vauvansa kielteisesti, vaativana ja vaikeana. Äiti saattaa kokea vauvansa vieraana eikä vauva vastaa mielikuvaa fantasiavauvasta. Äiti ei kykene nauttimaan vauvasta. (Sarkkinen 2003, 292.)

Masentunut äiti on pettynyt itseensä äitinä ja omiin tunteisiinsa vauvaa kohtaan. Vuorovaikutus on syyllisyyden varjostamaa. Äiti ei havaitse toimivia ja hyviä puolia vuorovaikutuksessaan vauvansa kanssa. Masentuneiden äitien vauvoilla ei-masentuneiden äitien vauvoihin verrattuna on todettu olevan vähemmän positiivisia kasvonilmeitä, enemmän negatiivisia kasvonilmeitä, vähemmän ääntelyä, enemmän katsekontaktin välttelyä, enemmän protestointia, alhaisempaa aktiivisuuden tasoa, enemmän itkuisuutta ja enemmän masentunutta mielialaa. (Sarkkinen 2003, 292.)

Lapsen näkökulmasta yksi vaikeimmista häiriöistä on vanhemman masennus. Lapsen ja vanhemman välinen kiintymys on lapselle äärimmäisen tärkeää, sillä siihen liittyy kokemus keskinäisestä ymmärryksestä ja läheisyydestä. Depressiivisen vanhemman mieli on jossain muualla kuin lapsessa, eikä hän jaksaa huomioida lastaan. Lapsi tekee kaikkensa yrittäessään saada vanhempansa huomion. On tavallista, että lapsi yrittää virittäytyä samalle aaltopituudelle kuin hänen depressiivinen vanhempansa on. Se voi

näkyä samanlaisena depressiivisenä tunneilmapiirinä. Lapsi käy vaisuksi ja saattaa kadottaa toimintatarmonsia yrittäessään sopeutua kodissa vallitsevaan ilmapiiriin. Näin lapsen ihmissuhteet ja elämänpiiri kaventuvat. (Heino 2009, 7.)

2.3.6 Isän näkökulma

Ihmeen (2004) tutkimuksen mukaan isät kokivat synnytysvalmennuksen isyyden kasvun kannalta hyväksi asiaksi. Isät saivat valmennuksessa konkreettista tietoa vauvan odotuksesta ja vauvan tuloon liittyvistä asioista. Isät olisivat halunneet kuitenkin lisää tietoa isyyteen liittyvistä asioista. Myös lapsivuodeajan masennukseen liittyviä asioita oli tuotu vähän esille. Erityisesti synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutuksista perheen arkielämään ei ollut puhuttu mitään. Synnytysvalmennuksessa asia oli tuotu esille lisääntyvänä ongelmana, mutta sen merkityksestä isän toimimiseen perheen arjessa ei ollut puhuttu mitään. (Ihme 2004, 22.)

Ihme (2004) kertoo tutkimuksessaan, että äidin sairastuminen synnytyksen jälkeiseen masennukseen vaikuttaa isänä olemiseen ja jaksamiseen. Isät pohtivat masennusta ja siihen liittyvää käyttäytymistä paljon. Isät kokivat vaikeimmaksi äidin kiinnostuksen puutteen lasta ja perheen arkielämää kohti. Isät kokivat perhe-elämän pyöriävän vaimon masennuksen ympärillä ja isänä olemisesta tuli jokapäiväistä selviytymistä perheen arjesta (Ihme 2004, 25–26).

Isien oma jaksaminen ja perheen selviäminen aiheutti huolta isien mielissä. Isät eivät pystyneet käsittelemään omia tunteitaan. Heidän tunnemaailmansa oli sekamelskassa ja puolison käyttäytyminen lisäsi hermojen kiristymistä. Rutiinilla ja pakolla toimiminen auttoivat jaksamaan. Toivo tilanteen selviämisestä eli. Isät kokivat perheen elämäntilanteen raskaaksi. Oman ajan saaminen auttoi isiä jatkamaan, vaikka se ei ollut aina helppoa. (Ihme 2004, 32–33.)

Ulkopuolelta saatu konkreettinen tuki nähtiin perhetilanteen selviämisen kannalta ehdottoman tärkeänä ja ilman sitä elämäntilanne synnytyksen jälkeisen masennuksen kanssa olisi pahentunut. Avun hankkiminen ulkopuolelta ei ollut aina yksinkertaista. Ihmeen (2004) tutkimuksen mukaan eräs isä oli kokenut häpeää hakea ulkopuolista apua. Ammattilaiselta saatu apu toi helpotusta. Ammattiavun myötä isä sai enemmän aikaa itselleen ja kerätä voimia tulevaan. (Ihme 2004, 37.)

2.4 Psykoottinen masennus

Psykoottinen masennus on yleensä vaikein masennustila. Oirekuvaan liittyy psykoottisia oireita, joillakin harhaluuloja ja aistiharhoja vaikea-asteisen masennuksen ohella. (Isometsä 2007, 160.) Potilaat tulee hoitaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, sairaalassa tai intensiivisessä avohoidossa. Tarvittaessa hoito voidaan toteuttaa myös mielenterveyslain antamin valtuuksin tahdosta riippumatta. Tehokkain, turvallinen ja suositeltava hoitomuoto psykoottisessa masennuksessa on sähköhoito. Masennuslääkehoito tulee yhdistää psykoosilääkehoitoon. (Käypähoito 2009.)

2.5 Synnytyksen jälkeinen psykoosi

Synnytyksen jälkeen esiintyy enemmän psykoottisia häiriöitä kuin muulloin. Ne eivät olennaisesti eroa luonteeltaan muiden ajankohtien psykooseista ja valtaosa psykoottisista häiriöistä on mielialahäiriöitä. Synnytyksen jälkeinen psykoosi on usein hyvinkin rajoireinen, mutta kuitenkin paranee hyvin. Hoito on vaativaa, sillä äidin ja lapsen välistä vuorovaikutusta ei tulisi vahingoittaa sairaala- ja lääkehoidolla. (Eerola 2000, 1499.)

Synnytyksen jälkeistä psykoosia kutsutaan lapsivuodepsykoosiksi, jota voidaan kutsua myös termillä puerperaali- tai postpartumpsykoosi. Synnytyksen jälkeisiä psykooseja esiintyy noin yhdestä kahteen tuhatta synnytystä kohden. Sen etiologiaa ei vielä tunneta tarkoin, mutta muutoksia ja poikkeavuuksia on todettu muun muassa estrogeeni-, progesteroni- ja kortisolitasoissa sekä kilpirauhasen toiminnassa. Hormonaalisten muutosten lisäksi tähän tilanteeseen saattaa tässä erityistilanteessa suistaa biologiset, psykodynaamiset ja ajankohtaiset ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen verkostoon liittyvät stressitekijät. Lapsivuodepsykoosin tulisi hoitaa erityisen huolellisesti ja turvallisesti akuutin luonteensa, erityispiirteidensä sekä harvinaisuutensa vuoksi, jotta ehkäistään sen kroonistuminen sekä äärireaktioina esiintyvät itsemurhat ja jopa lapsisurmat. (Lönqvist & Honkonen 2007, 154.)

Psykoosi alkaa ensi viikkoina synnytyksen jälkeen väsymyksenä, unettomuutena, itkuisuutena, epäluuloisuutena ja lopulta hajanaisuutena ja sekavuutena sekä toimintakyvyn menetyksenä. Psykoosiin saattaa kuulua myös aistiharhoja. Hoitoon tulee päästä viipyilemättä ja se toteutetaan yleensä sairaalassa tai vastaavissa valvotuissa olosuhteissa. Äiti ei yleensä kykene hoitamaan lastaan, mutta hyötyy tuetusta osallistumisesta lapsen hoidossa. Lähipiiriltä äiti tarvitsee suurta tukea. (Lönqvist & Honkonen 2007, 154.)

Synnytyksen jälkeinen psykoottinen tila vaatii lähes aina psykoosilääkityksen sekä antidepressiivisen tai mielialaa tasaavan lääkehoidon. Myös sähköhoidon tarpeellisuus tulee huomioida. Imetyksen jatkaminen tulee aina arvioida lääkehoidon yhteydessä huomioiden sen hyödyt ja haitat. Nykykäsitykset imetyksen jatkamisesta

psykoosilääkityksen yhteydessä ovat jossain määrin vakiintumattomat ja ristiriitaiset, sillä tutkimustietoa ei ole riittävästi. (Lönnqvist & Honkonen 2007, 154.)

Vuosi synnytyksen jälkeen itsemurhariski nousee 70-kertaiseksi. Itsemurha on johtava äitien kuolinsyy vuosi synnytyksen jälkeen. Tuhannesta naisesta joilla on synnytyksen jälkeinen psykoosi, kaksi tekee itsemurhan. Nämä naiset tekevät itsemurhan usein peruuttamattomasti ja aggressiivisin keinoin kuten polttamalla itsensä tai hyppäämällä korkealta verrattuna raportoituihin naisten itsemurhiin, joiden mukaan naiset usein suorittavat itsemurhan ei väkivaltaisesti kuten yliannostuksilla. (Sit, Rothschild & Wisner 2006, 354.)

Synnytyksen jälkeisen psykoosin sairastaneista äideistä valtaosa toipuu hyvin ja pystyy toimimaan aivan normaalisti lapsen äitinä. Äiti tarvitsee voimakasta psykoterapeuttista ja sosiaalista tukea. Psykoosilla on voimakas taipumus uusiutua myöhempien synnytyksien yhteydessä. Ennen raskautta sairastetut psykoosit ja kaksisuuntainen mielialahäiriö ovat myös riskitekijöitä, jonka vuoksi tulee korostaa fertiili-ikäisten psykoosiin taipuvaisten naisten perhesuunnittelua ja ennaltaehkäisevää hoitoa. (Lönnqvist & Honkonen 2007, 154–155.) Naiset jotka hakivat apua kuukauden sisällä synnytyksestä synnytyksen jälkeiseen psykoosiin, toipuivat paremmin ja heillä oli vähemmän todennäköisemmin pitkäaikaista työkyvyttömyyttä kuin niillä naisilla jotka hakivat apua yli kuukausi synnytyksen jälkeen (Sit ym. 2006, 352).

3 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Ohjaus hoitotyössä on asiakkaan hoidon keskeinen osa. Asiakkaan ohjaaminen on jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan tehtävä. Ohjausta toteutetaan osana asiakkaan hoitoa ja toimenpiteitä sekä suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa. Ohjaustilanteet voivat olla myös suunnittelemattomia. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Jonhansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5-6.) Ohjaus on asiakkaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa heidän taustoihinsa ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksessa korostetaan asiakkaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, asiakkaan jaettua asiantuntijuutta sekä asiakkaan vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta omasta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. Hoitajan tehtävä on auttaa asiakasta käyttämään resurssejaan,

käsittämään kokemuksiin, ratkaisemaan ongelmiaan tai löytämään uusia tapoja toimia. Hyvin onnistunut ohjaus vaikuttaa asiakkaan ja heidän läheistensä terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–7.) Laadukkaalla ohjauksella voidaan vähentää sairauspäiviä, lääkkeiden käyttöä, sairausmenoja ja sairauteen liittyviä hoitokäyntejä (Kaila & Kuivanen 2007, 21).

3.1 Ohjauksen merkitys ja tavoitteet

Ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu, koska hoitoaikojen lyhetessä ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Tämä vaatii ohjauksen tehostamista, sillä asiakkaiden oletetaan selviävän toipumisajasta kotona, muuttavan elintapojaan toivotulla tavalla tai ottavan vastuuta oman terveytensä hoidosta. Tämän vuoksi keskeiseksi asiaksi nousevat näyttöön perustuvat ohjaustavat. Asiakkaat osaavat vaatia yhä laadukkaampaa hoitoa, mikä asettaa myös haasteensa ohjaukselle. Koulutustason nousun ja informaatiotekniikan lisääntymisen johdosta asiakkaat etsivät tietoa ja osaavat käyttää sitä entistä paremmin hyväkseen. Se vahvistaa asiakkaan asemaa oman hoitonsa toimijana ja vastuunkantajana. (Kyngäs ym. 2007, 5–12.)

Laadukas ohjaus edistää asiakkaan toimintakykyä, elämänlaatua, itsehoitoa, hoitoon sitoutumista, kotona selviytymistä ja itsenäistä päätöksentekoa. Asiakkaan tiedon määrä on kasvanut ja hän on ymmärtänyt ja muistanut hoitoon liittyvät asiat paremmin. Se on myös parantanut mielialaa vähentämällä masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja yksinäisyyden tunnetta. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että ohjausta arvioidaan koko ajan. Asetettujen tavoitteiden saavuttamista ja ohjausta tulisi hoitajan arvioida yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjauksen tavoitteiden tulee siten olla selkeät ja arvioitavissa olevat. Lyhyen aikavälin tavoitteiden positiivisten vaikutusten arviointi saattaa johtaa hyviin tuloksiin ja toiminnan hallintaan, koska arviointi lisää asiakkaan tietoisuutta itsestään toimijana. Palautteen antaminen positiivisista asioista motivoi asiakasta. Epäonnistumisen arviointi on myös tärkeää, jotta asiakas voi tehdä suunnitelmia toimintansa muuttamiseksi. Myös ohjaajan tulee arvioida säännöllisesti ohjaustaitojaan ja sitä miten ohjaus on onnistunut, jotta kehittyminen on mahdollista. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

Kääriäisen (2007, 120–121) tutkimuksessa ohjaus toteutui sairaalahoidon aikana enimmäkseen potilaslähtöisesti. Ohjauksen määrää sairaalahoidon aikana pidettiin melko riittävänä. Sairauteen, sen hoitoon ja oireisiin liittyvää ohjausta saatiin riittävästi, mutta sairauden syitä, ennustetta ja hoitovaihtoehtoja koskevaa ohjausta toivottiin lisää. Puutteellisinta ohjaus oli sosiaalisen tuen kohdalta.

3.2 Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät

Ohjaus on tavoitteellista toimintaa, johon vaikuttavat asiakkaan ja hoitajan taustatekijät. Ohjauksessa asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Asiakas voi olla yksilö, perhe tai yhteisö. Hoitajalle suuria haasteita asettavat asiakkaiden erilaisuus ja tästä johtuvat erilaiset tiedon ja tuen tarpeet. Ohjauksessa on tärkeää selvittää asiakkaan tilanne ja mahdollisuudet sitoutua terveyttä tukevaan toimintaan, jotta yksilön tarpeisiin voidaan vastata. Hoitajan tulee tunnistaa myös omat ohjaukseen liittyvät taustatekijät, jotta hän ymmärtää omat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä. Vaikka ohjauksen toteutumisessa pidetään tärkeänä lähtötilanteen arviointia, siihen ei yleensä kiinnitetä riittävästi huomiota. Mikäli asiakkaan taustatekijöitä ei oteta huomioon, asiakkaan ohjaaminen ei perustu yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Kääriäisen (2007, 120) tutkimuksen mukaan ohjauksessa ei aina huomioitu potilaiden elämätilannetta eikä annettu mahdollisuutta keskustella ongelmista. Hoitajan ja asiakkaan taustatekijät muodostavat ohjauksen lähtökohdan. Ne voidaan jakaa yksilöllisiin fyysisiin ja psyykkisiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. (Kyngäs ym. 2007, 25–28.)

Fyysiset taustatekijät

Fyysiset tekijät, jotka vaikuttavat asiakkaan ohjaustarpeisiin, ovat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Ikääntyneen ohjaamisessa on erilaisia haasteita kuin lapsilla ja nuorilla. Asiakkaan fyysiset taustatekijät on huomioitava ohjausta annettaessa, sillä ne vaikuttavat siihen miten asiakas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Ohjaustarpeet on osattava asettaa tärkeysjärjestykseen fyysiset tekijät huomioiden. (Kyngäs ym. 2007, 29–31.)

Psyykkiset taustatekijät

Ohjaukseen vaikuttavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat asiakkaan omat terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistyyli ja – vaikeudet sekä asiakkaan oma motivaatio. Motivaatio vaikuttaa siihen, haluaako asiakas omaksua käsiteltäviä asioita ja kokeeko hän ne itselleen tärkeiksi. Asiakkaalla tulisi aina olla mahdollisuus tuoda esille oma versionsa puheena olevan asian ratkaisemiseksi. Myös hoitajan motivaatiolla on merkitystä ohjauksen onnistumisessa. Asiakkaat toivovat hoitajalta herkkyyttä ja aloitteellisuutta tiedon ja ohjeiden antamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 31–33.)

Asiakkaalla voi olla vahvoja terveysuskomuksia tai vanhoja kokemuksia, jotka vaikuttavat hänen suhtautumiseensa ohjaukseen. Myös asiakkaan omat mieltymykset, joista hän haluaa pitää kiinni, vaikuttavat ohjauksen tehokkuuteen. Asiakkaan ja hoitajan tulee myös keskustella ohjauksen tavoitteista ja tarpeista, sillä ne voivat olla hyvin erilaiset. Mikäli asiakas ei osaa tunnistaa omia ohjauksen tarpeitaan, hoitajan tulee auttaa häntä niiden tunnistamisessa. Hoitajan tulee myös pyrkiä tunnistamaan asiakkaan oppimistyyli hyödyntäen taustatekijöitä ja keskustellen hänen kanssaan. (Kyngäs ym. 2007, 33–34.)

Hoitajan olennaisia ohjausvalmiuksia ovat tiedot ohjattavista asioista sekä oppimisen periaatteista ja ohjaamisen menetelmistä. Hoitajan rooli ohjauksessa on toimia ohjaamisen ja vuorovaikutuksen käynnistämisen ja etenemisen asiantuntijana, joten hänellä tulee olla hyvät vuorovaikutus- ja johtamistaidot. Hoitajan on hallittava erilaisia prosesseja kuten tiedonhankintaa, oppimista ja päätöksentekoa. Hoitajan tulee kannustaa asiakasta sekä antaa riittävästi tilaa tehdä päätöksiä. (Kyngäs ym. 2007, 34–35.)

Sosiaaliset taustatekijät

Asiakkaan toimintaan vaikuttavat sosiaaliset taustatekijät ovat sosiaaliset, kulttuuriperustaiset, etniset, uskonnolliset ja eettiset tekijät. Asiakkaan ja hoitajan arvot vaikuttavat siihen, kuinka he suhtautuvat käsiteltävään asiaan. Kääriäisen (2007, 121) tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön asennoitumisessa ohjaamiseen oli toivomisen varaa, vaikka hoitohenkilöstö itse arvioi asennoituvansa siihen myönteisesti. Jotta ohjaus olisi yksilöllistä, ohjaajan tulee tunnistaa ohjaamisen lähtökohdat. Hoitajalla tulee olla oma käsityksensä siitä, miten ja miksi hän ohjaa ja mikä ohjauksessa on tärkeää. Hoitajan tulee pohtia millainen vastuu asiakkaalla on

omista valinnoistaan ja mikä on hänen oma ammatillinen vastuunsa asiakkaan valintojen edistämisessä. (Kyngäs ym. 2007, 35.)

Asiakkaan perhe tai suku saattaa olla ensiarvoisen tärkeitä, joten heidän huomioiminen ohjauksessa on myös tärkeää. Asiakkaan tukiverkosto tulee kartoittaa ja selvittää kuinka omaisten tuki auttaa häntä ja millaista ohjausta omaiset mahdollisesti kaipaavat. (Kyngäs ym. 2007, 35–36.) Kääriäisen (2007, 121) tutkimuksen mukaan asiakkaat arvioivat, että ohjaus ei vaikuttanut omaisten tiedonsaantiin ja he halusivatkin että omaiset olisivat enemmän mukana ohjauksessa. Myös asiakkaan mahdolliset kulttuuriin liittyvät tabut, uskomukset tai traditiot tulee huomioida ohjauksessa (Kyngäs ym. 2007, 36).

Ympäristötekijät

Ympäristötekijät voivat tukea tai heikentää ohjaustilannetta. Näitä tekijöitä hoitoympäristössä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Ensivaikutelma hoitoyksiköstä luo pohjaa odotuksille, mutta merkittävin tekijä on tila, jossa ohjaus toteutetaan. Huoneen tulisi olla rauhallinen, jossa ei tule keskeytyksiä ja joka ei luo asiakkaalle negatiivisia tunteita tai pelkoja. Huoneen tulisi olla valoisa ja hyvin äänieristetty. Hoitajan tulisi olla samalla tasolla asiakkaan kanssa ja arvioida sopiva välimatka asiakkaaseen. (Kyngäs ym. 2007, 36–37.)

Psyykinen ilmapiiri rakentuu useista eri tekijöistä ja yksi ohjausta hankaloittava tekijä on kiire ja ajan vähyys. Kiire vaikuttaa ohjauksen suunnitteluun ja vuorovaikutuksen laatuun. Asiakas saattaa jättää kysymättä asioitaan eikä avaa herkästi keskustelua mikäli hän aistii hoitajan kiireen. (Kyngäs ym. 2007, 37.) Kääriäisen (2007, 119–120) tekemän tutkimuksen mukaan potilaat pitivät ohjausaikaa riittämättömänä. Kiire ohjaustilanteessa viestii sitä, että ohjattava eikä hänen asiansa ole ohjaajalle tärkeitä. Tapaamisen pituutta oleellisempaa on se, miten käytettävissä oleva aika käytetään ohjattavan kannalta parhaiten. (Onnismaa 2007, 39.)

3.3 Ohjauksen keinot

3.3.1 Ohjausmenetelmät

Ohjauksen vaikutuksen varmistamiseksi tulisi käyttää useampaa ohjausmenetelmää, sillä on arvioitu asiakkaan muistavan 75 % siitä mitä hän näkee ja vain 10 % siitä mitä kuulee. Kun ohjauksessa on käytetty sekä näkö- että kuuloaistia, asiakas muistaa 90 % ohjauksen sisällöstä. Kirjallista materiaalia ei tulisi antaa vain siksi, että sitä on saatavilla, vaan sitä tulisi käyttää ohjauskeskustelun tukena. Hoitajan tulisi auttaa asiakasta tunnistamaan hänen oma tapansa omaksua asioita. Toiset voivat muistaa ja ilmaista asioita kielellisesti, jolloin asiakkaalle tulee antaa vahvistavaa sanallista palautetta. Jotkut hahmottavat asioita parhaiten visuaalisesti, jolloin kuvamateriaalia on hyvä käyttää ohjauksen tukena. Myös erilaisten rytmien käyttö ohjauksessa voi olla tehokasta, mikäli asiakas tuntee sen omakseen. Kaikissa ohjausmenetelmissä tulee kuitenkin muistaa kerrata keskeisimmät asiat ohjauksen lopuksi, sillä asiakas pystyy ottamaan vastaan vain rajallisen määrän asioita. (Kynge ym. 2007, 73.)

Kääriäisen (2007, 119–120) tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö hallitsi ohjausmenetelmistä hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. Erilaisten ohjausmenetelmien käyttöön sekä potilaat että hoitohenkilöstö toivoivat kiinnitettävän enemmän huomiota. He tarvitsevat suullisen ohjauksen tueksi kirjallista tai audiovisuaalista ohjausta, jotta välttyttäisiin väärinkäsityksiltä. Kuitenkin ilman kirjallista ohjausmateriaalia jäi tutkimuksen aineiston potilaista peräti kolmannes. Se on merkittävä ongelma, sillä potilaiden on vaikea ilman ohjausmateriaalia myöhemmin tarkistaa asioiden ymmärtämistä ja muistamista. Hyvä kirjallinen ohjausmateriaali edistäisi myös tiedonkulkua omaisille, mikä jäi tutkimuksen mukaan vähäiseksi.

3.3.1 Kirjalliset ohjeet

Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia ohjeita ja – oppaita. Ne voivat olla vain yhden sivun mittaisia ohjeita tai lehtisiä tai useampisivuisia pieniä kirjasia tai oppaita. Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla asiakkaalle voidaan jo etukäteen antaa tietoa tulevasta hoitoon liittyvistä asioista. Toinen tärkeä käyttöalue ovat kotiutusohjeet. Asiakkaat kokevat, että erilaiset hoitoon liittyvät ohjeet on hyvä olla suullisen opetuksen lisäksi saatavilla myös kirjallisina. Näin asiakas voi myös tukeutua ja tarkistaa tietoja niistä myös myöhemmin itsekseen. Asiakkaat tarvitsevat tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, komplikaatioista, sairauteen liittyvästä epävarmuudesta, sairauden etenemisestä tai uusiutumisen riskeistä ja lääkityksestä. On

tärkeää, että kirjallinen ohjausmateriaali on sekä sisällöltään että kieliasultaan ymmärrettävää ja sopivaa. Kirjallinen ohjausmateriaali tulisi tarjota asiakkaalle oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. (Kyngäs ym. 2007, 124–125.)

Hyvä kirjallinen ohje on selkeä ja ymmärrettävä. Siinä ilmoitetaan kenelle se on tarkoitettu ja mikä ohjeen tarkoitus on. On tärkeää kuvata, miten hoidon onnistumista voidaan seurata. Lisätietojen hankkimisesta ja yhteydenotoista on hyvä olla tietoa. Ohjattavan asian sisältö tulisi esittää pääkohdittain, jottei tietoa olisi liikaa. Sisällön tulisi vastata kysymyksiin ”mitä?”, ”miksi?”, ”miten?”, ”milloin?” ja ”missä?”. Kirjallisessa ohjeessa tulisi huomioida myös asiakkaan kokonaisuus ja se miten sairaus, hoito tai tutkimus voi vaikuttaa asiakkaan sosiaalisiin suhteisiin tai mielialaan. (Kyngäs ym. 2007, 126.)

Ymmärrettävässä kirjallisessa ohjeessa on selkeästi luettava kirjasintyyppi, riittävä kirjasinkoko (vähintään 12) ja selkeä tekstin jaottelu ja asettelu (Kyngäs ym. 2007, 127). Kirjallisen ohjeen sanoman selkeyttämiseksi voidaan käyttää kuvia, kuvioita, kaavioita tai taulukoita. Tärkeitä asioita on mahdollista painottaa tekstissä alleviivauksilla tai muilla korostuskeinoilla. Ohjeen kokoon ja väriytykseen on myös hyvä kiinnittää huomiota. Rakenteellisesti tekstikappaleissa pääasia sijoitetaan ensimmäiseen virkkeeseen ja esitetään vain yksi asia kappaletta kohden. Tekstistä pitää saada jo ensisilmäyksellä käsitys, mitä se tulee sisältämään. Kielen tulee olla selkeää ja sanoja ja termejä tulee käyttää niin, että ne ovat tuttuja ja konkreettisia. Sanojen ja virkkeiden tulisi olla lyhyitä. Lääketieteellisiä termejä käytettäessä niiden sisältö pitää määritellä. Kirjallisissa ohjeissa kannattaa käyttää mieluummin aktiivi- kuin passiivimuotoa. (Kyngäs ym. 2007, 127.)

3.4 Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä

Hyvän ohjauksen onnistumiseksi hoitajan olisi tärkeää tunnistaa, mitä asiakas jo tietää aiheesta, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on juuri tälle kyseiselle asiakkaalle paras mahdollinen tapa omaksua asioita. Ohjaustarvetta voi selvittää pyytämällä asiakasta kertomaan ohjattavasta asiasta, sen mahdollisista syistä ja vaikutuksista. Tärkeää on myös selvittää, mitä asiakas odottaa ohjaukselta ja sen tuloksilta. Asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista parantaa se, että ohjaus perustuu asiakkaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta. Ohjaajan olisi hyvä

tunnistaa asiakkaan taustatiedot, mutta hänen tulee olla tietoinen myös omista taustatekijöistään, jotka voivat vaikuttaa ohjaussuhteen syntymiseen ja siinä etenemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on tärkeää. Se tekee ohjaustilanteesta ja –suhteesta ainutlaatuisen. Avoin ja luottavainen dialoginen vuorovaikutus luo pohjan hyvälle ohjaukselle parantamalla psyykkistä ympäristöä (Kyngäs ym. 2007, 38). Ahon (2008, 86) tutkielmassa käy ilmi, että hoitosuhdekeskusteluilla oli potilaille suuri merkitys. He arvostivat mahdollisuutta avautua ja kertoa mieltä painavista asioista. Joskus potilas oli myös saanut hyväksi koetusta hoitosuhteesta uskallusta hakeutua hoitoon jatkossa.

Asiakkaat odottavat vuorovaikutukselta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta. Hoitajan tulisi kunnioittaa asiakkaan autonomiaa ja osoittaa vilpittömää kiinnostusta ja arvostusta tämän asiaa kohtaan. Myös asiakkaan ymmärtäminen, rohkaiseminen ja kysymysten tekeminen on tärkeää. Hoitajan tulisi esittää ajatuksensa selkeästi. Asiakkaan odotusten ja toiveiden selvittäminen sekä niiden huomioiminen tukevat onnistunutta vuorovaikutusta. Onnistunut vuorovaikutus vaatii sekä asiakkaalta että hoitajalta halua työskennellä yhdessä, tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin (Kyngäs ym. 2007, 48.) Kääriäisen (2007, 120) tutkimuksen mukaan ohjauksen tavoitteista ei keskusteltu potilaan kanssa riittävästi.

Ohjauksessa asiakkaan motivointi on tärkeää. Motivoivassa ohjauksessa käsitellään asiakkaan nykyisen toimintatavan ja terveyden kannalta tavoiteltavan toiminnan välistä ristiriitaa. Motivoiva ohjaus perustuu empatian ilmaisemiseen, ristiriidan tuottamiseen, väittelyn välttämiseen, vastarinnan myötäilyyn ja pystyvyyden tunteeseen. Empatian ilmaisemiseen sisältyy tunteiden tunnistaminen ja refleктоiva kuunteleminen. Ristiriidan tuottaminen tarkoittaa sitä, että asiakas tietää nykytilanteen ja tavoitteen välisen ristiriidan, joka motivoi häntä. Väittelyn välttäminen on tärkeää motivoivassa ohjauksessa, koska vastaväitteet estävät muutosta ja vastarinta kertoo tarpeesta muuttaa strategiaa. Vastarinnan myötäily tarkoittaa sitä, että uusiin näkökulmiin voi vain houkutella, ei pakottaa. Olisi hyvä muistaa, että yksilö tekee itse omat ratkaisunsa. Pystyvyyden tunteen tukeminen on tärkeää, sillä usko muutoksen mahdollisuuteen motivoi. (Kyngäs ym. 2007, 49.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää äitien kokemuksia ohjauksesta ja ohjauksen tarpeista synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa sekä tuottaa materiaalia aiheesta Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaalapsykiatrian osastolle ja Keski-Suomen alueen neuvoloihin.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia ovat äitien kokemukset ohjauksen tarpeista synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa?
2. Millaisia ovat äitien kokemukset saadusta ohjauksesta?

Tavoitteena on, että saadun tiedon avulla Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaalapsykiatrian osaston työntekijät ja neuvolan työntekijät saavat tietoa miten äidit toivovat heitä ohjattavan. Teemme terveydenhoitotyön kehittämistehtävänä oppaan synnytyksen jälkeisestä masennuksesta osaston henkilökunnalle ja Keski-Suomen neuvoloihin. Opas rakentuu niistä asioista jotka äidit ja osaston henkilökunta kokevat tärkeiksi joten opas on asiakaslähtöinen.

Tutkimuksen pohjalta on tarkoituksena tuottaa osaston henkilökunnalle materiaalia synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, jota he voivat hyödyntää masentuneiden äitien ja perheiden ohjauksessa. Opas auttaa hoitohenkilökuntaa kohti asiakaslähtöisempää ohjausta. Tavoitteena on saada opas käyttöön myös osaan Keski-Suomen alueen neuvoloihin. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on tulevina terveydenhoitajina syventää tietoja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja kehittää taitoja tutkimuksen tekemisessä.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmät

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen, koska halusimme tutkia äitien kokemuksia synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä ja niihin liittyvät merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Sen tavoitteena on kohteena olevan ilmiön ymmärtäminen tutkimuksen osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta.

Tutkimus kohdentuu siis ensisijaisesti tutkittavan ilmiön laatuun, ei sen määrään. (Kylmä & Juvakka 2007, 26.)

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa tutkittavaa ilmiötä lähestytään mahdollisimman avoimesti (Kylmä & Juvakka 2007, 71). Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Näistä valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi haastattelun, koska koimme saavamme kyseisellä menetelmällä parhaiten äitien kokemuksia ohjauksesta ja ohjauksen tarpeista synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa.

5.2 Haastattelu

Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun sen avoimen luonteen vuoksi. Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Tyypillistä on, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten järjestys ja tarkka muoto puuttuvat. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208.) Teimme haastatteluamme varten teemahaastattelurungon (Liite 1), jonka avulla toteutimme haastattelun.

Laadulliseen tutkimukseen osallistujat valitaan sen mukaan, kuka kokemuksellisesti tietää tutkittavasta asiasta. Oleellista on, että osallistuja haluaa ja osaa kuvata tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 58.) Äidit olivat alusta alkaen valmiita keskustelemaan kokemuksistaan ja olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen, koska kokivat näin voivansa auttaa samassa tilanteessa olevia.

Ryhmähaastattelun avulla saadaan nopeasti tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta. Sitä voidaankin pitää keskusteluna, jossa osanottajat kommentoivat asioita melko spontaanisti, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta asiasta. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 61.) Ryhmän ihanteellinen koko on 3-13 henkeä. Siihen vaikuttaa myös aiheen vaativuus ja arkuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 84–85). Valitsimme ryhmähaastattelun koska halusimme, että tutkimukseen osallistujat voisivat tuottaa tietoa monipuolisemmin. Ryhmämme kooksi muotoutui lopulta viisi henkilöä, mikä oli mielestämme sopiva aiheen arkuuden vuoksi.

Haastattelun aloitus on erittäin tärkeä haastattelun onnistumisen kannalta (Kylmä & Juvakka 2007,92). Kävimme tapaamassa haastatteluun tulevia äitejä etukäteen, joten haastattelutilanne oli alusta asti luonteva. Lähetimme äideille kirjeitse kutsun haastatteluun (Liite 2). Suurin osa äideistä tunsivat toisensa etukäteen, mikä teki tilanteesta kaikille osapuolille luontevamman. Kävimme tutustumiskierroksen ennen haastattelun aloittamista sekä pyrimme luomaan turvallisen ja luotettavan ilmapiirin keskustelun avulla. Kerroimme myös haastattelun kulusta ja annoimme äideille mahdollisuuden kysyä tutkimukseen liittyvistä asioista. Tutkimuksen tekijän on saatava lupa haastateltavilta haastattelun nauhoitukseen (Kylmä & Juvakka 2007, 92). Saimme ennen haastattelua äideiltä kirjallisen suostumuksen (Liite 3) haastattelun nauhoittamiseen. Itse haastattelutilanteeseen olimme varanneet aikaa puolitoista tuntia, minkä käytimme kokonaan. Litteroitua aineistoa kertyi 25 sivua. Teemahaastattelulle onkin tyypillistä aineiston runsaus (Hirsijärvi & Hurme 2009, 135).

5.3 Aineiston analysointi

Analysoimme teemahaastattelua Kynkään ja Vanhasen (1999, 3-12) kirjoittaman sisällön analyysi artikkelin pohjalta. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voi analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Sisällön analyysin avulla pyrimme saamaan kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä eli ohjauksesta ja sen tarpeista synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan äidin hoidossa tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Etenimme analyysissä deduktiivisella tavalla, jolloin lähdimme analysoimaan haastattelua teemahaastattelurungon ja

tutkimuskysymysten kautta. Analysoimme ainoastaan sen, mikä oli selvästi ilmaistu dokumentissa. Näin tutkimus on luotettavampi.

Valitsimme neljä analyysiyksikköä, jotka nousivat teemahaastattelurungosta sekä tutkimuksessa esille nousseista merkittävistä kokonaisuuksista. Näitä olivat äitien saama ohjaus, ohjauksen tunneilmapiiri, ohjauksen tarpeet ja arjessa jaksaminen. Luimme teemahaastattelua aktiivisesti läpi lukuisia kertoja, jolloin teksti tuli meille hyvin tutuksi. Jokaista analyysiyksikköä ohjasi jokin teema, jonka ympärille aloimme rakentaa pää- ja alakategorioita. Näiden pohjana oli tekstistä pelkistetyt ilmaukset. Yhdistimme tekstistä ensin ne aiheet, jotka kuuluivat yhteen ja tämän jälkeen pelkistimme lauseet. Aihealueet oli jo jaettu meidän neljään analyysiyksikköön. Listasimme ilmaukset yksiköidensä alle, jonka jälkeen ryhmittelimme samaan aihepiiriin liittyvät lauseet, joista muodostui yksiköiden alakategorioita. Näistä kategorioista muodostui sittemmin yläkategorioita, jotka liittyivät suoraan valittuun yksikköön. Teimme yhden esimerkin analyysipolustamme (Liite 4).

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Äitien saama ohjaus

Sisältö

Ohjauksen sisällöstä nousivat esille ohjausmenetelmät, rohkaisu, tieto, kokemusten käsittely, tilanteen realisointi, jaksamisen huomioiminen ja hoidon eteneminen. Äidit kokivat keskustelun olleen yleisin ohjausmenetelmä. Puhumista pidettiin tärkeänä ja osa äideistä oli keskustellut vaikeista kokemuksistaan ammattilaisten kanssa. Äidit korostivat sitä kuinka tärkeää on saada käydä asioita useaan kertaan läpi.

”Käytiin läpi niinku kaikki, oma lapsuus ja oma suhde äitiin ja mitkä oli ollu mulle vaikeita asioita.”

Suurin osa äideistä koki saaneensa rohkaisua neuvolan terveydenhoitajalta.

Terveydenhoitaja oli muun muassa muistuttanut äitejä, kuinka hyvin lapsista on pidetty huolta. Eräs äiti oli kokenut erittäin tärkeäksi sen, kuinka terveydenhoitaja oli muistuttanut äitiä paranemismahdollisuuksista.

”Sano et muista, että se menee aina ohi, miten pahalta tuntuukin niin se menee aina ohi. Et sit tulee aina parempi päivä.”

Terveydenhoitajat olivat realisoineet äitien kokemia tuntemuksia. Äidit kokivat että terveydenhoitaja oli tietoa antamalla palauttanut heitä todellisuuteen. Eräs äiti kuvasi kuinka terveydenhoitaja oli palauttanut häntä todellisuuteen kertomalla äidille tämän vääristyneestä ajatusmaailmasta.

” Jotenki niinku veti maan pinnalle ja sitten puhu niinku sillai että ”no kuule, että asiat on nyt näin ja tää on niinku normaalia ja näin ne menee” ja sitte niinku oli aina että jaa no niin se taitaa olla, että vähän oot tainnu taas kuvitella ja kehitellä omia.”

Terveydenhoitajat olivat huomioineet äitien jaksamista tiedustelemalla tukiverkostosta, isän osallistumisesta ja lastenhoitoavusta. Myös kaksinkeskisen ajan löytymisestä puolison kanssa oli oltu kiinnostuneita. Tietoa äidit olivat saaneet terveydenhoitajalta unesta, imetyksestä ja siitä, että synnytyksen jälkeinen masennus on ohimenevää.

”Faktatieto jotenki autto ja selkeytti.”
”Se selitti aina niitä tosiasioita.”

Kirjallinen materiaali

Tutkimuksessa selvisi, että yleisesti kirjallista materiaalia oli jaettu runsaasti. Kaikki äidit olivat saaneet luettavaa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Osa äideistä oli saanut kirjallista materiaalia ennen synnytystä ja osa synnytyksen jälkeen. Saatuaan kirjallista materiaalia äidit olivat lukeneet esitteet läpi ja laittaneet ne sivuun. Synnytyksen jälkeen aiheen ajankohtaistuessa kirjallinen materiaali oli tullut mieleen ja äidit olivat lukeneet niitä uudestaan. Kirjallinen materiaali oli auttanut äitejä hahmottamaan synnytyksen jälkeistä masennusta, mutta toisaalta tutkimuksessa kävi ilmi, että eräs äiti ei ollut lukuhetkellä ymmärtänyt luettua tekstiä. Esitettä lukiessa eräs äiti kertoi pelänneensä etukäteen sairastuvansa synnytyksen jälkeiseen masennukseen.

”Mut jotenkin mullakin oli sellanen olo tai ehkä ei nyt olo tai aavistus, et apua jos mullekin tulee toi, et ehkä sen luki sillo sillee äkkiä et laitto sen varmaan johonkin mappi ööhön.”

Päällimmäisenä äideille oli jäänyt mieleen synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet, joita esitteissä oli lueteltu. Suurimmalle osalle äideistä ohjaaja oli suositellut

luettavaksi Vauvan Varjo-kirjan. Kirja herätti runsaasti tunteita äideissä. Kirja oli pahentanut ja lietsonut äitien kamalaa oloa, herättänyt kauhua ja eräs äiti ei ollut pystynyt lukemaan kirjaa ollenkaan.

”Mä olin aivan kauhuissani siitä, se vaan niinku pahensi sitä mun omaa oloa ja mä olin niinku et mä en tämmösiä rupee lukemaan.”

Ajoitus

Kaikki äidit olivat kokeneet Keski-Suomen Ensi- ja turvakodin baby blues-työntekijän toiminnan hyvänä asiana. Äidit korostivat ensikontaktin nopeutta. Eräs äiti oli soittanut baby blues-työntekijälle ja apu oli ollut saatavilla jo tunnin kuluttua. Perheneuvolan psykologin palvelut puolestaan olivat vaikeasti saatavilla pitkien jonotusaikojen vuoksi. Eräälle äidille tarjottiin psykologin aikaa kolmen kuukauden päähän.

”Et jos on valtavan ahdistunu niin se aikakäsitys muuttuu, et huomenna se on niinku ikuisuuksien päässä, niinku huomenna saatikka sitte jos annetaan aika jonneki kolmen kuukauden päähän, et mä en varmaan elä edes silloin enää, et se pitäs niinku tällä viikolla kaikki tapahtua.”

Synnytyksen jälkeinen masennus oli tullut ilmi osalla äideistä neuvolassa tehdyn masennustestin tulosten perusteella, Keski-Suomen Ensi- ja turvakodin baby blues-työntekijän kanssa keskustellessa ja lääkärin vastaanotolla. Eräs äiti oli ollut sairaalahoidossa Keski-Suomen Keskussairaalan yleispsykiatrisella osastolla kuukauden kuluttua vauvan syntymän jälkeen, jossa lääkäri oli diagnosoinut sairauden.

Isien osallistuminen

Tutkimuksessa kävi ilmi, että isät olivat osallistuneet neuvolakäynteihin, psykologi- ja lääkärikäynteihin sekä äidin hoitoon vaihtelevasti. Yksi äideistä kertoi miehensä olleen jokaisella neuvolakäynnillä mukana. Toinen äiti puolestaan totesi, ettei hänen miehensä koskaan ollut innokas käymään neuvolassa. Isiä oli huomioitu neuvolassa, Ensi- ja turvakodissa ja lääkärikäynnin yhteydessä. Neuvolan terveydenhoitaja oli huomioinut isiä kysymällä heidän vointiaan, mikäli isät olivat neuvolakäynnillä mukana.

”Lääkäri kysy joka kerta, et miten se sun mies jaksaa.”
”Terveydenhoitaja muistaakseni kysy vähän niinku isän fiiliksiä.”

Toisaalta osa äideistä koki, ettei neuvolassa koskaan kysytty miten isä jaksaa.

”Neuvolassa ei varmaan kauheesti kyllä kysytty koskaan.”

Isät olivat olleet hämmentyneitä äidin masennuksesta. Eräs äiti koki, ettei mies ollut ymmärtänyt äidin puhumisen tarvetta. Äidit kokivat synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikuttavan parisuhteeseen. Esille nousi arkisen työn kaatuminen isän niskoille ja miehen loukkaantuminen siitä, kun äiti ei jaksanut yrittää.

”Kaatuu hirveesti kyllä sille toiselle sitä arkista työtä ja muuta... ei sitä ihmettele ittekkää jos siinä uupuu niinku isäki, melkei masennus.”

6.2 Ohjauksen tunneilmapiiri

Terveydenhoitajan ammattitaito

Tutkimuksessa esille nousseita terveydenhoitajan ominaisuuksia olivat rauhallisuus, realiteeteissa oleminen, asiallisuus, äidillisyyys ja reippaus. Terveydenhoitaja ei ollut liian neuvova eikä asioita ollut lietsottu. Asiat oli käyty napakasti läpi ja terveydenhoitaja oli kunnioittanut äidin mielipiteitä. Neuvolassa oli kysytty miltä äidistä oikeasti tuntuu ja äidille oli tullut tunne samalla aaltopituudella olemisesta.

”Ne kysy miltä oikeesti tuntuu.”

”Hirveen asiallisesti ja silleen niinku napakasti kävi sen.”

Toisaalta osa äideistä oli kokenut ahdistavana, että neuvolassa ei ollut kysytty mitään masennukseen liittyen. Eräs äiti oli joutunut miettimään, mitä terveydenhoitaja hänestä ajattelee.

”Ei niinku kysyny mitään eikä sanonu mitään, et se oli jotenki ahdistavaa.”

Tutkimuksen mukaan terveydenhoitaja oli jo varhaisessa vaiheessa tuonut esille huolensa ja sanonut unettomuuden olevan epänormaalia. Äidit kokivat, että terveydenhoitajat tiesivät mistä on kysymys ja olivat kertoneet äideille tosiasioita. Äidit kuitenkin toivoivat, että terveydenhoitajat kysyisivät enemmän jaksamisesta.

”Se alko puhumaan sitä niinku jo varhasessa vaiheessa, että tuo on nyt kyllä aika huolestuttavaa.”

”Kysyttäis useemmin.”

Eräs äiti kertoi, etteivät he miehen kanssa olleet osanneet neuvolassa käydessään tuoda esille synnytyksen jälkeisen masennuksen oireita. Pariskunta oli pohtinut neuvolassa käynnin merkitystä, sillä he eivät kokeneet tulleen autetuksi.

”Me niinku käveltiin sieltä kotia ja ihmeteltiin, et oliko tässä nyt mitään järkeä siellä käydä kun ei tässä muuttunu mikään.”

Äitien kokemat tunteet

Äidit kokivat tärkeänä, että he pystyivät olemaan sellaisia kuin olivat eikä heidän tarvinnut esittää normaalia. Tutkimuksessa selvisi, että äitien oli helpompi olla, kun muutkin tiesivät äidin sairaudesta. Yksi äideistä oli sairaalassa joutunut esittämään, että kaikki on hyvin. Äidit kokivat helpoksi käydessään Keski-Suomen Ensi- ja turvakodilla. Paikka vahvisti oman elämän hallitsemisen tunnetta. Äidit tunsivat olevansa vastuussa omasta elämästään käydessään Ensi- ja turvakodilla.

”Neuvolassakin oli jotenkin helppo käydä kun tiesi, et ne ties mitä mulla on ollu.”

Äidit kokivat pelkoa ja ahdistusta. Eräs äiti pelkäsi tunnustaa masennusta neuvolassa ajatellen, että sen jälkeen heitä aletaan tarkkailla. Osa äideistä toi esille ihmisten erilaisia tapoja näyttää pahaa oloa. Osa äideistä ei ollut pystynyt näyttämään pahaa oloaan sanoin tai elein. Eräs äiti kertoi, että hänelle ei olisi tullut mieleenkään alkaa itkeä neuvolassa. Eräs äiti koki perhetyöntekijöistä olevan enemmän ahdistusta kuin apua.

”Pelottaa tunnustaa että olen masentunut koska sitten ruvetaan niinku neuvolassa tarkkailemaan.”

”Mä olin itte et en mäkään kauheesti osannu sanoo, vaan mä enemmänkin olin lukossa et ehkä mä vaan olin.”

6.3 Ohjauksen tarpeet

Äidit toivat tutkimuksessa esiin erilaisia toiveita ohjaukseen liittyen. Toiveet keskittyivät pääasiassa ohjauksessa käytettävään kirjalliseen materiaaliin sekä työntekijän antamaan ohjaukseen. Äidit kokivat oppaat tärkeiksi ja kaipasivat jotain lukemista aiheesta. Paksuja vihkosia ei kuitenkaan haluttu. Äidit olisivat toivoneet saaneensa jonkinlaisen oppaan aiheesta riittävän aikaisessa vaiheessa, kuten synnytyssairaalassa. Eräs äiti kertoi, että olisi ymmärtänyt jo aikaisemmassa vaiheessa, ettei oma olo ole normaali, mikäli olisi saanut lukea asiasta jostain.

”Aattelin et voiku mä oisin saanu tän (esite) sillon ku ensimmäinen lapsi syntyy.”

Sisällöltään äidit toivoivat oppaisiin tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, sen oireista ja erilaisista ilmenemismuodoista, jolloin äidin tulisi hakea apua. He toivoivat oppaisiin yhteystietoja paikkoihin, joihin voi ottaa yhteyttä. Eräs äiti myös kaipasi oppaaseen muistutuksen siitä, että lapsi kasvaa normaalilla perushoidolla. Eräs äiti toivoi, ettei oppaassa ensimmäisenä otettaisi esille vauvojen ravistelua.

”Miten vähän se lapsi lopulta tarvii. Siis että sille ei niinku tosiaan tarvii niinku... että.. lapsen perustarpeet että jos et niinku muuta jaksa ni huolehdi että se ruokitaan ja vaihetaan vaippa joskus ja että se nukkuu. Ja justiin se että sitä pietään sylissä. Ei tarvi muuttuu miksikään aktivointisenteriksi.”

Äidit kaipasivat ohjauksessa tietoa itse sairaudesta ja sen kummallisistakin oireista. He kaipasivat tietoa siitä, että synnytyksen jälkeisessä masennuksessa oireet eivät välttämättä ole perinteisen masennuksen oireita, vaan voi ilmetä jopa hyperaktiivisuutena. He toivoivat, ettei äideille luotaisi mitään paineita imettämisestä ja muistutettaisiin siitä, että lapsi pärjää hyvin perushoidolla. Äidit toivoivat, että heille kerrottaisiin, että voi olla myös kielteisiä tunteita lasta kohtaan.

Äidit toivoivat, että myös isät otettaisiin huomioon ohjauksessa. He kokivat tärkeäksi, että isille olisi kerrottu sairaudesta ja muistutettu siitä, että asiasta voi puhua. Neuvolakäynneille olisi toivottu enemmän aikaa myös äidin ja perheen hyvinvointiin. Äidit toivoivat hoitajilta avoimuutta ja rohkeutta ottaa asia esille ja kysyä suoraan. Äideissä herätti ärtymyksen tunteita, jos hoitaja ei uskaltanut ottaa asiaa puheeksi. Äideillä oli valtava puhumisen tarve ja he kokivat tärkeäksi tunteen siitä, että saa puhua. Äidit toivoivat myös läheisiltä konkreettista apua ja kuuntelemista.

”Ylipäättänsä tuntuu et ihan hirveen tärkeätä on ollu se se et niitä omia juttuja on saanu puhua siis uudestaan ja uudestaan. Että ei niinkään se et sitten kun on tienny et mistä on kyse et eisen jälkeen enää se et mitä se toinen tai kuuntelija sanoo taikka millä tavalla se on osannu opastaa. Se että saa puhua...”

”Ainoa varma keino vastauksia on saada kysyä ja puhua suoraan eikä se tulkintojen teko”

6.4 Arjessa jaksaminen

Verkosto

Tutkimuksessa esille nousseita arjessa jaksamisen elementtejä äideillä olivat perheeltä saatu tuki, vertaistuki ja erilaiset ryhmät, Internet sekä viranomaisilta saatu apu. Äidit korostivat omalta perheeltä saadun tuen tärkeyttä. Heidän ei tarvinnut olla yksin ja he pystyivät luottamaan siihen, että joku perheenjäsenistä huomaa, jos äidin vointi huononee.

”Et oli niinku sellanen turva et mä en oo niinku yksin, että kyllä toiset huomaa, jos mulla olo pahenee.”

Äidit kokivat konkreettisen avun läheisiltä tärkeäksi. Suuri osa äideistä oli vahvasti pidempien isyyslomien kannalla ja he kokivat isien läsnäolon kotona tärkeäksi avuksi arjessa jaksamisessa. Yksi äiti kuitenkin koki, ettei olisi kaivannut miehensä tai muidenkaan läheisten olevan kotona. Äidit kokivat, että läheisimpien kanssa ei voi puhua sairaudesta niin paljon kuin puhumisen tarvetta olisi. He kokivat, etteivät läheiset aina jaksa eivätkä äidit itsekään jaksaneet aina puhua läheisten kanssa. Äidit kokivat baby blues-ryhmätoiminnan ja sieltä saadun vertaistuen tärkeäksi voimavaraksi. Vertaistuki antoi kokemuksen siitä, että toisillakin voi olla samansuuntaisia ajatuksia ja kokemuksia. He kokivat helpottavaksi, kun ei tarvinnut esittää mitään.

”Thanaa et mä en oo ainut ja joltakin muulta tuntuu samalta. Ja jollai oli asiat ehkä vielä paremmin et toisaalta tuli semmonen olo mulla on kuitenkin nää ja nää asiat hyvin.”

Äidit hakivat omatoimisesti vertaistukea myös Internetistä. He hakivat Internetistä tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja lukivat muiden saman kokeneiden äitien kirjoituksia kokemuksistaan.

”Mää varmaan liikaakin sit luin netistä kaikkia kauhukertomuksia.”

Viranomaisverkosto koettiin tärkeäksi voimavaraksi arjessa. He saivat apua neuvolan terveydenhoitajalta ja perhetyöntekijältä, lääkäriltä, sairaalasta, psykologilta sekä Keski-Suomen Ensi- ja turvakodin työntekijältä. He kokivat erilaiset tukimuodot tärkeiksi ja jokainen äiti oli saanut apua joltain viranomaistaholta. Eräs äiti koki turvalliseksi perhetyöntekijän tuen toisen lapsen syntyessä, jolloin hän tiesi saavansa

apua heti jos sairaus uusiutuisi. Lisäksi äidit kokivat tärkeänä asiana kotiin saatavan käytännön lastenhoitoavun.

”En jää silleen tyhjän päälle et sit tarvii taas viritellä kaikkia turvaverkkoja uudelleen.”

Toivo

Tutkimuksessa äideille toivoa loivat arjessa selviytyminen ja oman elämän hallitsemisen tunne, lapsen liittyvät asiat, tieto synnytyksen jälkeisestä masennuksesta sekä myönteinen palaute terveydenhoitajalta ja puolisolta. Terveydenhoitajan myönteiset sanat ja kehut sekä puolisolta saadut myönteiset kommentit loivat toivoa äideille. Oman lapsen normaali kasvu ja kehitys olivat äideille tärkeä toivoa ylläpitävä tekijä. Eräs äiti kertoi jaksaneensa oman lapsen takia.

”Kuvitteli kaikessa epäonnistununeensa ja mikään ei oo mennyt hyvin niin sit joku aina, lähinnä oma mies sit sano että oothan sä tehny sitä ja onhan meillä näinki kaikki ja hyvinhän sä....se niinku koko ajan niistä muistutti.”

”Joku uskoo niinku siihen, että sä pystyt pitämään siitä lapsesta huolta.”

Arjen pyörittäminen ja arkirutiinit toivat tunnetta oman elämän hallinnasta. Äidit kokivat tiedon synnytyksen jälkeisestä masennuksesta toivoa ylläpitävänä tekijänä. Äideille tieto siitä, että synnytyksen jälkeinen masennus menee ohi, ylläpiti toivon tunnetta. Muiden äitien näkeminen pahemmissakin tilanteissa, muiden äitien kokemukset ja selviytymistarinat loivat äideille toivoa omasta paranemisesta.

”Musta oli ainaki hirveen tärkeätä se, että niitten lasten takia oli niinku pakko tehdä semmoset perusjutut, että ei ollu niinku aikaa semmoselle sängyn pohjalle jäämiselle.”

”Noiki on vähä niinku selviytyny ja niillä oli sillei osittain ainaki paljo pahempiakin juttuja ja näin ku mulla ja niin ni tota se kyllä niinku autto aika paljo.”

7 POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää äitien kokemuksia ohjauksesta ja sen tarpeista heidän sairastaessa synnytyksen jälkeistä masennusta. Alun alkaen idea opinnäytetyön aiheesta lähti liikkeelle elokuussa 2009 käytännön työelämästä. Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaalapsykiatrian osastolla ei ollut käytössä minkäänlaista opasta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta annettavaksi potilaille ohjauksen tueksi. Sovimme tapaamisen osastolla osastonhoitajan, apulaisosastonhoitajan ja sosiaalityöntekijän kanssa. Suunnittelimme ja ideoimme yhdessä tulevaa opasta ja kartoitimme millaisia asioita työelämä haluaisi oppaaseen tulevan. Tapaamisen jälkeen aloimme tutustua kirjallisuuteen ja tuottaa tekstiä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Tärkeää oli tutkia, millaisia kokemuksia äideillä on ohjauksesta ja millaisia tarpeita heillä on ohjaukseen liittyen. Aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme teemahaastattelun sen avoimen luonteen vuoksi. Halusimme toteuttaa haastattelun ryhmähaastattelun muodossa.

Osallistuimme opinnäytetyön aiheseminaariin syksyllä 2009, josta saimme paljon vinkkejä ja apua opinnäytetyössä etenemiseen. Sovimme tapaamisen yhteistyökumppanimme Keski-Suomen Ensi- ja turvakodin kanssa. Menimme tapaamaan baby blues ryhmän ohjaajaa Ensi- ja turvakodille. Baby blues työntekijä auttoi meitä etsimään synnytyksen jälkeisen masennuksen sairastaneita äitejä. Ryhmähaastattelu toteutettiin talvella 2010 ja siihen osallistui viisi synnytyksen jälkeisen masennuksen sairastanutta äitiä.

Terveystenhoitaja tapaa paljon työssään raskaana olevia ja jo synnyttäneitä äitejä. Synnytyksen jälkeinen masennus on aihe, jonka ennaltaehkäisy ja tunnistaminen ovat mielestämme erittäin tärkeä taito terveydenhoitajilla, jotka työskentelevät perheiden kanssa. Perheiden kanssa työskennellessämme tulemme hyödyntämään tutkimustuloksia. Terveystenhoitajina meillä tulee olemaan varmasti helpompi tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus, tehdä oikeita kysymyksiä sekä ennen kaikkea puhua ja kysyä äideiltä suoraan. Uskomme, että oppaan pohjalta hoitohenkilökunnan on helpompaa antaa ohjausta, koska oppaassa olevat asiat ovat täysin äitien toivomia asioita. Näin ollen terveydenhoitajalle ei tule epäilystä siitä, ovatko juuri nämä kyseiset asiat tarpeellisia käydä tässä ohjaustilanteessa lävitse.

Tavoitteisiin pääsimme mielestämme hyvin. Saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme ja niiden avulla voimme työstää opasta synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa. Opimme opinnäytetyöprosessin aikana valtavasti synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä antoi meille paljon arvokasta tietoa koskien äitien kokemuksia ohjauksesta ja sen tarpeista. Koemme jopa saaneemme tietoa ryhmähaastattelusta enemmän, kuin tutkimustehtävämme määrittelevät. Äidit olivat ryhmähaastattelussa avoimia ja keskustelua syntyi runsaasti. Olemme parhaillaan työstämässä opasta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Opas on asiakaslähtöinen, koska olemme tehneet sitä pitkälti tutkimustulostemme pohjalta ja siitä löytyvät ne asiat, joita äidit oppaaseen halusivat.

7.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen pohjalta teemme terveydenhoitotyön kehittämistehtävänä opasta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, jota on tarkoitus käyttää ohjauksen apuvälineenä Keski-Suomen keskussairaalan yleissairaalapsykiatrian osastolla sekä joissain Keski-Suomen alueen neuvoloissa. Saimme tutkimuksen avulla paljon tietoa äitien toiveista niin ohjauksen kuin oppaankin suhteen. Hyödynsimme tutkimuksen tuloksia oppaan työstämisessä huomioiden äitien kokemat ohjauksen sisällölliset tarpeet ja hyväksi koetut ohjauksen elementit.

Toivomme oppaan tulevan käyttöön mahdollisesti myös synnytyssairaalan vuodeosastolla. Haastattelemamme äidit kokivat ajoissa annetun tiedon tärkeäksi. Jo ennen synnytystä annettu tieto auttoi äitejä tunnistamaan oireensa. Vaikka tarve oppaalle tuli yleissairaalapsykiatrian osastolta, toivomme, että opasta käytettäisiin ohjauksen apuvälineenä jo aikaisemmassa vaiheessa, sillä tutkimuksessa ilmeni selvästi varhaisen tiedon tarve.

Tutkimuksessa nousi vahvasti esiin äitien tarve puhua sairaudesta ja heidän kokemuksistaan. Opinnäytetyötä tehdessämme luimme runsaasti kirjallisuutta, tutkimuksia ja artikkeleita synnytyksen jälkeiseen masennukseen liittyen. Emme kuitenkaan kokeneet, että nämä asiat olisivat nousseet aineistosta kovinkaan vahvasti esille. Psykoterapia ja etenkin lääkehoito nousivat esille synnytyksen jälkeisen

masennuksen hoidossa, mutta vähemmälle osalle jäi vertaistuen ja puhumisen mahdollisuuden merkitys.

Tutkimuksemme vahvisti jo aiempaa näyttöä Kääriäisen (2007) tutkimuksessa ilmenevään tulokseen siitä, että sairauden ennustetta koskevaa ohjausta kaivattiin lisää. Oma tutkimuksemme osoitti, että sairauden ennusteen tiedostaminen loi toivoa ja jaksamista potilaille. Kääriäisen (2007, 120–121) tutkimuksessa todettiin, että potilaat saivat riittävästi ohjausta sairauden oireisiin liittyen. Tutkimuksemme kuitenkin osoitti, että äidit kaipasivat enemmän tietoa sairauden oireista ja ilmenemismuodoista. Ohjauksessa äideille oli tärkeää kannustus ja rohkaisu, joka nostettiin aikaisemmässakin kirjallisuudessa tärkeäksi osaksi motivoivaa ohjausta, joka puolestaan luo asiakkaalle pystyvyyden tunnetta (Kyngäs 2007, 49).

Äidit kokivat hoitohenkilökunnan rohkeuden puhua asiasta tärkeäksi ja helpottavaksi asiaksi ja se nousi aineistosta hyvin vahvasti esille. Koemme oppineemme itse hyvin paljon synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, sen hoidosta ja ohjauksesta työtä tehdessämme. Ehkä suurimpana antina on juuri tieto ja kokemus siitä, että asioiden rohkea esille ottaminen, avoin kohtaaminen ja keskustelu aiheesta ovat usein asioita, mitä asiakas kaipaa. Tutkimuksemme vahvistaa myös Ahon (2008, 86) tutkielman tulosta, jossa potilaat arvostivat hoitosuhteessa mahdollisuutta avautua ja kertoa mieltä painavista asioista.

Äitien toiveet kirjallisen materiaalin suhteen olivat hyvin pitkälti samantyyppisiä kuin hoitotyön ohjaamista koskevassa kirjallisuudessa. Äidit kokivat merkittäviksi asioiksi kirjallisessa oppaassa tiedon sairaudesta ja sen ennustettavuudesta ja tunteista, joita sairaus voi herättää. Hoitopaikkojen yhteystiedot koettiin tärkeiksi, kuten myös oppaan antamisen ajoitus. Äidit kokivat hyväksi, että oppaasta voi myöhemminkin tarkistaa asioita. Oppaan koko koettiin merkittäväksi tekijäksi, se ei saanut olla liian pitkä. Kaikki nämä asiat nousivat esille myös kirjalliseen ohjaukseen liittyvässä kirjallisuudessa ja näin vahvistaa tietoa siitä, mitkä asiat potilas kokee tärkeäksi kirjallisessa ohjeessa. Nämä tulokset ovat merkittäviä työstäessämme potilasopasta synnytyksen jälkeisen masennuksen ohjaukseen.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta asiasta. Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, miten totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Pohjasimme tutkimuksemme jo olemassa olevaan teoretietoon, jonka käyttämiseen olemme suhtautuneet kriittisesti erityisesti julkaisuajankohtaan vedoten.

Halusimme haastatella äitejä, jotka olivat jo päässeet vaikeimman vaiheen ohi synnytyksen jälkeisessä masennuksessa, jotta oman masennuksen näkeminen ja läpikäyminen olisi selkeämpää. Kaikki viisi äitiä olivat toipuneet tai toipumisvaiheessa olevia. Äidit osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Tutkimushaastatteluun osallistuminen pyrittiin tekemään mahdollisimman helpoksi järjestämällä paikalle lastenhoito. Äidit saivat lisäksi vaikuttaa haastatteluajankohtaan ja paikkaan. Kaikki äidit suhtautuivat hyvin neutraalisti haastattelun nauhoittamiseen, mikä kertoo myös siitä, että olimme onnistuneet luomaan hyvän ilmapiirin haastattelulle. Äidit keskustelivat aiheista vapautuneesti ja keskustelua syntyi runsaasti. Meille tilanne oli helppo, koska haastattelu kulki omalla painollaan. Äidit ottivat oma-aloitteisesti lähes kaikki temahaastattelurunkoon suunnittelemamme aiheet esille. Saimme haastateltavat kuvaamaan omia subjektiivisia kokemuksiaan aiheesta. Teimme tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä ja seurasimme ajan kulkua.

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Myös tallenteiden huono kuuluvuus voi huonontaa haastatteluaineiston laatua (Hirsijärvi & Hurme 2009, 185). Halusimme varmistaa, ettei haastattelu tallentamisen ja laadun kanssa tule ongelmia, joten nauhoitimme haastattelun kahdella nauhurilla ja kokeilimme nauhoittamista etukäteen. Haastatteluympäristö oli sopiva haastattelun toteuttamiselle. Saimme käyttöömmme Keski-Suomen Ensi- ja turvakodin työhuoneen, joka oli rauhallinen eikä taustahälyä kuulunut. Ryhmähaastattelu teki nauhoittamisesta haastavan. Äidit puhuivat ajoittain päällekkäin ja nauru häiritsi litterointia. Muuten nauhoituksen laatu oli onnistunut.

Tutkimukssamme on ollut kolme tutkijaa. Olemme koko tutkimusprosessin ajan työskennelleet tiiviisti yhdessä ja keskustelleet kriittisesti tekemistämme valinnoista. Olemme voineet ryhmässä rohkeasti tuoda näkemyksemme esiin ja näin olemme

saaneet laaja-alaisuutta ja uusia näkökulmia työskentelyyn. Olemme aina perustelleet omat näkökulmamme huolella ja pohtineet yhdessä ratkaisua ongelmiin.

Analyysivaiheessa pyrimme siihen, ettemme sekoittaisi omia kokemuksia ja ajatuksia tutkittavien kokemuksiin.

Tutkimusetiikka on merkittävä seikka tutkimuksen ja opinnäytetöiden tekemisessä.

Mikäli eettisissä kysymyksissä epäonnistuu, saattaa se viedä pohjan koko tutkimukselta. Numbergin säännöstö on ihmisiin kohdistuvaa lääketieteellistä tutkimusta rajaava eettinen ohje. (Kylmä ym. 2007, 137.) Tarkastelimme näitä säännöksen periaatteita suhteessa omaan tutkimukseemme ja sen toteutukseen.

Ensimmäinen periaate on saada kokeeseen osallistuvilta vapaaehtoinen suostumus.

Jokainen haastattelumme osallistunut allekirjoitti suostumuslomakkeen (liite 3), jossa heille selvitettiin tutkimuksen tarkoitus ja aineiston käsittelyyn liittyvät seikat.

Jokainen haastateltava oli saanut myös aikaisemmin saatekirjeen (liite 2), jossa heille kerrottiin tutkimuksen toteuttamisesta tarkemmin. Numbergin säännöstö vaatii myös,

että tutkimuksesta on oltava hyötyä yhteiskunnalle. Tarve oppaalle ohjauksen apuvälineeksi tuli Keski-Suomen keskussairaalan osastolta, jonka pohjalta tutkimuksen tarve lähti.

Tutkimuksen yhteiskunnallinen merkitys on siis sen myötä selkeä. Tutkimuksen on myös oltava oikeutettu aikaisempien tutkimustulosten perusteella. Koimme tutkimuksen tarpeelliseksi juuri sen vuoksi, ettei aiheesta löytynyt aikaisempia tutkimustuloksia, joita potilasoppaassa voisimme hyödyntää.

Tutkimuksemme noudattaa myös säännöksen neljättä periaatetta, jonka mukaan tarpeetonta kärsimystä on vältettävä sekä suljettava pois vammautumisen tai

kuoleman riski. Koe on voitava lopettaa missä vaiheessa tahansa, jonka varmistimme kertomalla haastateltaville heti alussa, että heidän ei tarvitse vastata mihinkään

kysymykseen tai osallistua sellaiseen keskusteluun, johon ei halua kommentoida. Näin ollen heille suotiin mahdollisuus olla osallistumatta keskusteluun niin halutessaan.

Säännöksen viimeinen periaate kehottaa tutkimuksesta vastaavien henkilöiden olevan tieteellisesti päteviä. Teimme tutkimuksen terveydenhoitajaopiskelijoina, mutta meillä oli jatkuva ohjaussuhde kahteen Jyväskylän ammattikorkeakoulun lehtoriin, jotka ohjasivat ja valvoivat tutkimuksemme toteutusta.

Henkilötietolaki määrittelee tutkimukseen liittyvän aineiston käsittelyä. Kun aineiston käyttötarkoitus on saavutettu, tulee aineisto yleensä hävittää, mikäli toimijoilta ei erikseen ole pyydetty jatkotutkimuslupaa. (Kylmä ym. 2007, 141.) Haastattelemamme

henkilöt pysyvät anonyymeinä koko tutkimuksen ajan. Keräsimme heistä haastattelussa joitain tietoja tutkimuksen taustatietoja varten. Välttääksemme aineiston sisällön yhdistämisen haastattelun henkilöihin, hävitimme tutkimusaineiston heti sen hyödyntämisen jälkeen.

Tutkimustulosten raportoinnin yhteydessä eettinen tarkastelu on tärkeää ja haastavaa. Tutkijan on oltava avoin, rehellinen ja tarkka raportoinnissaan, mutta samanaikaisesti suojeltava tutkimukseen osallistuneita. Etenkin laadullisessa terveystutkimuksessa käytettyjen autenttisten lainausten yhteydessä tämä konkretisoituu. Henkilöiden kertoma kuvaus tutkittavasta ilmiöstä on raportoitava mahdollisimman totuudenmukaisesti samalla suojellen haastateltavia. (Kylmä ym. 2007, 154.) Olemme pyrkineet koko tutkimuksen ajan varmistamaan haastateltujen anonyyminä säilymisen ja panostaneet aineiston huolelliseen analysointiin luotettavan tutkimustuloksen selvittämiseksi. Olemme valinneet autenttiset lauseet huolella, jotta haastateltavia ei niistä tunnisteta. Lisäksi kerroimme haastatteluun osallistuneille suostumuslomakkeessa (Liite 3), että tulemme käyttämään suoria lainauksia niin opinnäyteydessä kuin tulevassa oppaassakin.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

1. Selvittää terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen ennaltaehkäisyssä.
2. Selvittää millaisia valmiuksia terveydenhoitajilla on synnytyksen jälkeisen masennuksen puheeksi ottamisessa.

LÄHTEET

Aho, J. 2008. Osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitajan hoitosuhde. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Brewster, S., Caesar, S., Cooper, C., Craddock, N., Dave, S., Dean, L., Farmer, A., Forty, L., Hough, A., Jones, I., Jones, L., Macgregor, S. & McGuffin, P 2006. Familiality of Postpartum Depression in unipolar disorder: Results of a family study. *The American Journal of Psychiatry*; 163, 9, 1549-1553.

Edhborg, M. 2008. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22, 2, 186-195.

Eerola, K. 2000. Synnytyksen jälkeinen psykoosi. *Duodecim*; 116,14, 1499-1505.

Enäkoski, M. 2002. ”Kun elämä satuttaa”. Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, sosiaalifarmasian laitos.

Hertzberg, T. 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. *Duodecim*; 116. 14, 1491-1497.

Heikkinen, T. & Luutonen, S. 2009. Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. *Suomen lääkirilehti* 64, 15, 1459-1465.

Heino, T. 2009. Vanhemmuuden ja perheen tukeminen vanhemman sairastuessa psyykkisesti. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Hiltunen, P. 2003. Maternal postnatal depression, causes and consequences. Väitöskirja. Oulun yliopisto, department of paediatrics.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Ihme, A. 2004. Erilainen isyyskokemus. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus isän kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Iija, A. 2009. Voimaantuminen kehityshaasteena. Teoksessa *Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä*. Toim. K. Hentinen, A. Iija ja E. Mattila. Helsinki: Tammi, 105-121.

Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa *Psykiatria*. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henrikson, M. Marttunen ja T. Partonen. Jyväskylä: Duodecim, 157-195.

Kaila, A. & Kuivalainen, L 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. Artikkel. *Impakti* 10,6, 21

Kempainen K. 2007. Early maternal sensitivity, continuity and related risk factors. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, department of paediatrics.

Kettunen, P. & Koistinen, E. 2008. Synnytyksen jälkeinen masennus ja estrogeenihoito. Suomen lääkirilehti 63, 18-19, 1713-1717.

Kivijärvi, M. 2003. Äidin sensitiivisyys varhaisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Toim. P. Niemelä, P. Siltala ja T. Tamminen. Helsinki: WSOY.

Kokkonen, M., Kylmä, J., Miettinen, S., Pelkonen, M. & Rissanen, S. 2004. Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana. Hoitotiede 16, 1, 14-24.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY: Helsinki

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 1, 3-12

Käypähoito. 2009. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 24.1.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Kääriäinen, M & Kyngäs H. 2006. Ohjaus –tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 79,10, 6-9.

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. 2004. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki: Edita.

Lehtonen, J & Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveys. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henrikson, M. Marttunen ja T. Partonen. Jyväskylä: Duodecim, 26-32.

Lemström, U. 2009. Miten perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito voivat yhdessä ja erikseen auttaa masennusta sairastavaa ihmistä. Teoksessa Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Toim. K. Hentinen, A. Iija ja E. Mattila. Helsinki: Tammi, 33-39.

Lönnqvist, J. & Honkonen, E. 2007. Muut psykoosit. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henrikson, M. Marttunen ja T. Partonen. Jyväskylä: Duodecim, 140-156.

Moilanen, K. 2009. Äitien kokemuksia vertaisryhmätoiminnasta synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, kasvatustieteen laitos.

- Niemi, H. 1997. Soiko äidin ja isän sydämessä baby blues? Raportti ensikodin mahdollisuuksista auttaa väsyneitä, masentuneita, itkeviä äitejä, isiä ja vauvoja. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu nro 15. Vammala: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Gaudeamus: Helsinki
- Perheentupa, A. 2003. Synnytyksen jälkeinen masennus – onko vika hormoneissa? Suomen lääkirilehti 58, 4, 387-391.
- Perheentupa, A 2009. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt. Lääkärin käsikirja 18.5.2009. Viitattu 12.12.2009. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat.
- Records, K & Rice, M. 2005. A Comparative study of Postpartum Depression in Abused and Nonabused Women. Archives of Psychiatric Nursing 19, 6, 281-290.
- Ryynänen, E-M. 2005. Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoito. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Saarikivi, C. 2006. Masentuneen ihmisen elämän käännekohtat ja niihin sisältyvät oivallukset masennuksesta kuntoutumisessa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Sarkkinen, M. 2003. Masentunut äiti – tyydyttävän äitiydenkokemuksen ulkopuolella. Teoksessa Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Toim. P. Niemelä, P. Siltala ja T. Tamminen. Helsinki: WSOY.
- Sevon, E. 2009. Maternal responsibility and changing relationality at the beginning of motherhood. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research
- Siltala, P. 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Toim. P. Niemelä, P. Siltala ja T. Tamminen. Helsinki: WSOY.
- Sit, D., Rothschild, A., & Wisner, K. 2006. A review of Postpartum Psychosis. Journal of Women's Health 15, 4, 352-368.
- Tammentie, T. 2009. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Tolvanen, M. 2002. Kognitiivinen haavoittuvuus, stressi ja suojaavat tekijät masennuksessa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Venola, L. 2008. Synnytyksen jälkeinen masennus ja sen hoito. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Ylilehto, H. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus – salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu. Väitöskirja. Oulun yliopisto, yleislääketieteen yksikkö.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. TAUSTATIEDOT

- Keitä perheeseesi kuuluu tällä hetkellä?
- Milloin sairastit synnytyksen jälkeisen masennuksen?
- Monenhenko lapsen kohdalla koit synnytyksen jälkeisen masennuksen?
- Miten synnytyksen jälkeinen masennus todettiin?
- Millaista tietoa sait synnytyksen jälkeisestä masennuksesta raskausaikanasasi?
- Mitkä asiat ovat voineet vaikuttaa sairastumiseesi?

2. OHJAUksen TAUSTATEKIJÄT

- Ketkä antoivat ohjausta?
- Millaisia ohjaustilanteet olivat?
- Millaisen ohjaustilanteen koit hyväksi?

3. ÄITIEN KOKEMUKSIA OHJAUSMENETELMISTÄ

- Millaisen ohjauksen koit hyväksi?
- Miten sinulle annettiin tietoa?
- Kuinka paljon sait ohjausta?
- Millaista kirjallista materiaalia sait?

4. ÄITIEN KOKEMUKSIA OHJAUksen SISÄLLÖSTÄ

- Millaisen tiedon koit hyväksi ja tärkeäksi?
- Millaisista asioista sait tietoa ?
- Millaista ohjausta sait lääkitykseen liittyen?
- Mistä sinua ohjattiin hakemaan apua tarvittaessa?

- Miten isä otettiin huomioon?
- Millaisista asioista olisit kaivannut tietoa?
- Millaisia negatiivisia kokemuksia sinulle jäi ohjauksesta?

5. ÄITIEN KOKEMUKSIA ARJESSA SELVIYTYMISESTÄ

- Millaista apua ja tukea sait jaksamiseen ja arkeen?
- Millaista vertaistukea sait?
- Millaiset asiat loivat sinulle toivoa?

Liite 2. Saatekirje

Hei Sinä synnytyksen jälkeisen masennuksen läpikäynyt äiti!

Olemme kolme suuntaavan vaiheen terveydenhoitajaopiskelijaa Jyväskylän Ammattikorkeakoulusta. Valmistumme vuoden kuluttua ja teemme opinnäytetyötä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Opinnäytetyömme käsittelee äitien kokemuksia ohjauksesta ja ohjauksen tarpeista synnytyksen jälkeisen masennuksen aikana. Olemme kiinnostuneita kuulemaan Sinun kokemuksiasi saamastasi ohjauksesta. Haastattelun pohjalta teemme oppaan synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Opasta tullaan hyödyntämään Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaalapysykiatrian osastolla ja osaan Keski-Suomen alueen neuvoloissa. Antamasi haastattelu on arvokas keino auttaa henkilökuntaa äitien ohjauksessa ja näin ollen parantaa ohjauksen laatua.

Teemme ryhmähaastattelun Keski-Suomen **Ensi- ja turvakodilla torstaina**

_____ alkaen. Ryhmähaastatteluun kannattaa varata aikaa noin 1½ tuntia. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan ja antamiasi tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja nauhat hävitetään välittömästi kun aineisto on käsitelty. Lastenhoito on järjestetty haastattelun ajaksi Ensi- ja turvakodin taholta, joten voit ottaa lapsesi mukaan paikan päälle.

Jos Sinulle tulee kysyttävää tai ajatuksia, voit rohkeasti soittaa meille numeroon 040 832 9636. Halutessasi voit myös ottaa yhteyttä ohjaaviin opettajiimme Maritta Pohjolaiseen, puh. 040 776 2874 ja Pirkko Oittiseen puh. 0400 391 692.

Tapaamista odotellen,

Iida Kainulainen, Reetta Kangasniemi ja Minna Saukkonen

Liite 3. Suostumuslomake

Suostumus haastattelun käyttämiseen opinnäytetyössä

Ryhmähaastattelu toteutetaan osana terveydenhoitajaopiskelijoiden (AMK) Iida Kainulaisen, Reetta Kangasniemen ja Minna Saukkosen opinnäytetyötä.

Ryhmähaastattelun kautta saatua aineistoa käytetään vain kyseiseen opinnäytetyöhön ja oppaaseen, joka haastattelun pohjalta laaditaan. Opas tulee Keski-Suomen Keskussairaalan yleispsykiatrian osasto 7:lle sekä osaan Keski-Suomen neuvoloista. Opiskelijat sitoutuvat olemaan vaitiolovelvollisia sekä käsittelemään aineistoa siten, että haastateltavat pysyvät anonyymeinä. Haastatteluaineisto hävitetään aineiston käsittelyn jälkeen.

Suostun siihen, että ryhmähaastattelu nauhoitetaan, saatua aineistoa ja suoria lainauksia käytetään opinnäytetyössä ja oppaassa.

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus

Haastattelija

Haastattelija

Haastattelija

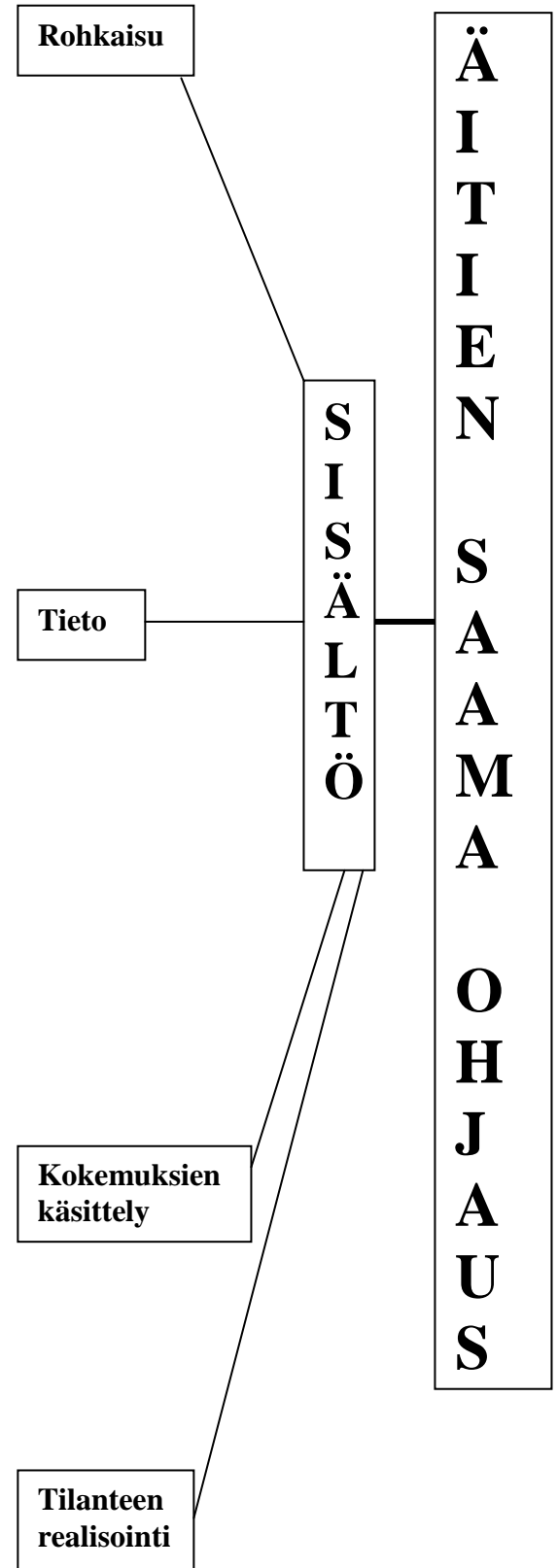
Liite 4. Esimerkki analyysipolusta

Täräytti että no joo olosuhteisiin nähden lapsesta on tullut ihan iloinen tyttö
Kyllä sä oot pärjänny ja sä pärjää hyvin
Teiän lapsista on aina huolehittu hyvin ja nää on niin hyvin aina et vähän sillei niinku piilokehu
Sano et muista että se menee aina ohi, miten pahalta tuntuukin niin se menee aina ohi. Et sit tulee aina parempi päivä.

10 kertaa selitti mulle niinku aina sen saman faktan... imetysaikana se unen tarve vähenee ja hormonit vaikuttaa siihen ja ei sun tarviikkaan nukkua niin paljon ku normaalisti
Jos sä oot nukkunu 8 tuntia niin nyt voi riittää paljon vähemmäki
Faktatieto jotenki autto ja selkeytti
Tieto siitä että ei tää oo semmosta masennusta niinku joku muu, tää menee aina ohi yleensä kaikilta jollaki tavalla
Se selitti aina niitä tosi asioita Sano et siitä on tosi pitkä matka siihen ku tulee sellasia ajatuksia et oikeesti tekis (vahingoittaa lasta)
Ei ne kaikki masentuneet oo niitä jotka vaan makaa sängyssä ja itkee
Sano, et se on ihan normaalia, että ei sulla mitään

Käytiin läpi niinku kaikki oma lapsuus ja oma suhde äitiin ja mitkä oli ollu mulle vaikeita asioita
Käytiin se synnytys läpi ja mietittiin sitä uutta synnytystä
Jauhamassa sitä synnytystä vielä

Puhu niinku sillai että ”no kuule,että asiat on nyt näin”
Jotenki niinku veti maan pinnalle
Taitaa olla että vähän oot tainnu taas kuvitella ja kehitellä omia
Sulla on nyt ollu tälläsii oireita



Onko aikaa siihen että ollaan kahestaan
Vahtiiko joku lapsia
Onko olemassa joku semmonen tukiverkosto
Osallistuuko isä
Täällä mun mielestä käytiin semmosiakin asioita (äidin auttamiseen liittyviä)

Sairaalasta ohjattiin sinne psykiatriselle sairaanhoitajalle
Ne varmasti tiesi et mulla oli jotain sen fyysisen sairauden tai jutun lisäksi mut ne ei niinku kysyny mitään eikä sanonu mitään
Laitetaanpas sulle aika sinne pelkopolille jos haluat
Sain omasta mielestä eniten ohjausta sitten, kun mä tulin babyblues työntekijän juttusille

Keskustelun perusteella tuli sellanen käsitys että joo, se on sitä (synnytyksen jälkeistä masennusta)
Tehtiin se kysely juttu
Puhuttiin
Kävi se neuvolan perhetyöntekijä juttelemassa
Masennustestissä
Kysy et mitä mieltä sä ite oot
Oisin varmaan kauhistunu, jos ois kauheesti kysely et mitä sä oot itte mieltä
Me tultiin tänne, juttelee sen baby bluesin työntekijän kanssa
En oikeastaan osaa sanoa minkälaista ohjausta sain
Niinku tosi hyvä et nykyään puhutaan.
Tehtiin se masennustesti

Jaksamisen huomiointi

Hoidon eteneminen

Ohjausmenetelmät

**S
I
S
Ä
L
T
Ö**

**Ä
I
T
I
E
N

S
A
A
M
A

O
H
J
A
U
S**