



**”EI TUNTUNUT MILTÄÄN, EI TUNTUNUT
OMALTA TAI MITTÄÄN”
Äitien kokemuksia ilottomasta äitiydestä**

Eeva Ikäheimonen
Reetta Knuutila

Opinnäytetyö
Syyskuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

IKÄHEIMONEN, EEVA & KNUUTILA REETTA: ”Ei tuntunut miltyään, ei tuntunut omalta tai mittään” – Äitien kokemuksia ilottomasta äitiydestä

Opinnäytetyö 61 s., liitteet 2 s.
Syyskuu 2011

Tässä opinnäytetyössä on kuvattu, millaista äitiyden kokemus on äitien näkökulmasta silloin, kun se ei vastaa odotuksia ja ole tyydyttävää. Tätä kokemusta kutsutaan työssä ilottomaksi äitiydeksi. Työn tehtävänä on selvittää, miten iloton äitiys näkyy perheen arjessa ja miten se vaikuttaa perheen sisäisiin vuorovaikutussuhteisiin. Työssä on myös kartoitettu, millaista tukea äidit ovat kaivanneet ja mistä he sitä olisivat halunneet saada.

Opinnäytetyössä on käytetty kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen aineisto on kerätty Internetin eri keskustelupalstoille laitetulla kyselyllä, johon äidit ovat voineet vapaamuotoisesti vastata. Kyselyllä on pyritty tavoittamaan alle 3-vuotiaiden lasten äitejä, joilla ei ole ennen tai jälkeen synnytyksen ollut mielenterveydellisiä ongelmia. Teoreettisessa viitekehysessä on kerrottu normaaleista raskaus- ja lapsivuodeaikaan liittyvistä psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista sekä erilaisista häiriöiksi luokiteltavista tilanteista, kuten synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.

Tutkimustulosten mukaan monet erilaiset äitiin, vauvaan tai äidin tukiverkoston liittyvät tekijät voivat vaikuttaa äitiyden kokemiseen epätydyttävänä. Johtopäätösten mukaan merkittäviä ilottomuudelle altistavia tekijöitä ovat perheeltä puuttuva sosiaalinen tukiverkosto, äitien yksinäisyys sekä vauvan vaatavuus. Vauvan vaatavuus tulee ilmi erilaisina ongelmina imetyksessä ja vauvan sairastaessa erilaisia sairauksia, kuten koliikkia. Äidit ovat tyytymättömiä elämäntilanteeseensa ja kaipaivat tukea ja ohjausta arjen ongelmatilanteisiin terveydenhuollon ammattilaisilta, lähinnä neuvolalta.

Erytistä huomiota vauvan syntymän jälkeisillä neuvolakäynneillä tulisi kohdistaa äidin psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen. Lisäksi synnytyssairaalassa tulisi kiinnittää huomiota, että synnytyksen jälkeinen keskustelu on varmasti käyty äidin kanssa läpi, sillä äidit kokevat sen tärkeänä. Koska ilottomuus tutkimustulosten perusteella vaikuttaa kokonaisvaltaisesti äidin ja perheen hyvinvointiin, olisikin hyvä tutkia sen vaikutusta myös vauvan ja isän hyvinvointiin. Isien masennuksesta ja alakuloisuudesta on toistaiseksi vain vähän tutkittua tietoa.

Avainsanat: Iloton äitiys, varhainen vuorovaikutus, masennus, kätilötyö.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Midwifery

IKÄHEIMONEN, EEVA & KNUUTILA, REETTA: "It did not feel anything" –
mothers' experiences of unhappy motherhood

Bachelor's thesis 61 pages, appendices 2 pages
September 2011

This thesis describes the experiences of motherhood when it is not satisfying or does not fulfil mothers' expectations. The purpose of this study was to find out how the unhappy motherhood is visible in families' everyday lives and how it affects family members' interdependency. The study also charted what sort of support mothers had wanted and where they would have wished to receive it.

In this study qualitative methods were used. The material of the study was collected using an informal enquiry distributed via different forums on the Internet. Mothers who had under three year-old children and who had not had mental problems before or after delivery were the target group.

According to the research results, many different factors related to a mother, baby, or the mother's support network can affect the mother so that she experiences motherhood unsatisfying. According to the conclusions, some of the factors of exposure are missing social support network, the mother's loneliness, and the demanding character of the baby.

The mothers are unhappy with their situation in life and would want to receive support and guidance with their problem situations from the professionals working in the public health service, mainly in the child welfare clinic. In maternity hospitals attention should be paid to ensuring that a thorough postnatal discussion has been had with the mother. In the future it should be researched more about the fathers' depression and melancholia.

Key words: Unhappy motherhood, early interaction, depression, midwifery.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KÄTILÖ NAISEN OHJAAJANA JA TUKIJANA	7
2.1 Kätilö asiantuntijana	7
2.2 Äitiys ja sosiaalinen tuki.....	7
2.3 Neuvolakäynnit äidin tukena synnytyksen jälkeen.....	8
3 RASKAUS MUUTOSVAIHEENA	11
3.1 Raskauden aikaiset kehitystehtävät	11
3.2 Raskaana olevan suhde omaan äitiinsä	12
3.3 Parisuhteen muutokset raskausaikana.....	12
3.4 Raskaus kehitysprosessina	14
3.4.1 Fuusio- eli sulautumisvaihe.....	14
3.4.2 Differentiaatio- eli eriytymisvaihe	15
3.4.3 Separaatio- eli eroamisvaihe	16
4 ÄIDIN JA LAPSEN VARHAINEN VUOROVAIKUTUS	18
4.1 Vuorovaikutussuhteen kehittyminen.....	18
4.2 Kiintymyssuhdeteoriat	19
5 ÄIDIN JA ISÄN PSYKKINEN OIREHDINTA	21
5.1 Raskauden aikainen masennus	21
5.2 Synnytyksen jälkeinen herkistyminen eli baby blues	23
5.3 Synnytysmasennus	23
5.3.1 Synnytyksen jälkeisen masennuksen syytä	24
5.3.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito.....	25
5.4 Ahdistuneisuus- ja pakko-oireinen häiriö	26
5.5 Synnytyksen jälkeinen psykoosi	27
5.6 Isän masennus	27
6 ONGELMALLINEN VUOROVAIKUTUSSUHDE	28
6.1. Masentuneen äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus	28
6.2. Vauvan masennus.....	29
7 ÄITIYDEN KOKEMISEN HAASTEITA	30
7.1 Pikkulapsiperheiden vanhempien avioerot	30
7.2 Juuri synnyttäneiden äitien abortit	31
7.3 Lapsettomuushoidot	33
8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	36
9 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	37
9.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	37
9.2 Aineiston hankintamenetelmät laadullisessa tutkimuksessa	38
9.3 Sisällönanalyysi	39
10 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	40
10.1 Aineiston keruu.....	40
10.2 Aineiston kuvaus	41
10.3 Aineiston analysointi.....	41
11 TUTKIMUSTULOKSET	43
11.1 Vauvaan liittyvät tekijät	43
11.2 Äitiin liittyvät tekijät	45
11.3 Tukiverkostoon liittyvät tekijät.....	47
11.4 Yhteenveto tuloksista	49
12 POHDINTA	52
LÄHTEET	55

LIITTEET60

1 JOHDANTO

Mannerheimin Lastensuojeluliiton (MLL) vanhempainpuhelimeen ja -nettiin tulleiden puheluiden ja kirjeiden perusteella vanhempien riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteet kasvattajana ovat toiseksi yleisin syy yhteydenottoihin. Muita merkittäviä huolenaiheita ovat vanhemmuuteen liittyvien odotusten ja todellisuuden väliset ristiriidat. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2010, 7.) Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan äitiyden kokemusta silloin, kun se ei ole odotuksia vastaavaa ja tyydyttävää. Tätä kokemusta kutsutaan työssä ilottomaksi äitiydeksi. Ilottomaksi koetulla äitiydellä voi olla vaikutuksia moniin perheen sisäisiin voimavaroihin ja vuorovaikutussuhteisiin. Työn tarkoituksena onkin kuvata, millaisena äidit ilottoman äitiyden kokevat.

Aihe herättää kiinnostusta, koska se on hyvin ajankohtainen eikä siitä ole olemassa aiempaa tutkimustietoa. Iloton äitiys ilmiönä on hyvin kompleksinen ja siihen vaikuttavia tekijöitä on moninaisia. Ilottomalle äitiydelle ei ole olemassa diagnostisia kriteereitä, joten sen tunnistaminen ja erottaminen muista äitiyteen liittyvistä ongelmista on vaikeaa.

Työssä lähestytään ilotonta äitiyttä käsittelemällä aluksi raskauteen liittyviä normaaleita äidin psykososiaalisia muutoksia. Tässä työssä iloton äitiys nähdään normaalin äitiyden kehitysprosessin ja äitiyteen liittyvien häiriöiden välimaastossa. Tämän vuoksi työssä käsitellään myös siihen liittyviä häiriöitä, kuten esimerkiksi synnytyksen jälkeistä masennusta. Työssä nostetaan esille myös joitakin ajankohtaisia aiheita, kuten juuri synnyttäneiden äitien lisääntyneet abortit. Ilotonta äitiyttä kartoitetaan Internetin keskustelupalstoille laitettulla kyselyllä, johon äidit voivat vastata vapaamuotoisia kertomuksia lähettämällä. Keskustelupalstoilla aihe on herättänyt paljon pohdintaa sekä kritisointia aiheen esille nostamisesta. Aiheen saama huomio kertoo sen ajankohtaisuudesta ja vaikeudesta hyväksyä äitiyteen liittyviä negatiivisia tunteita.

2 KÄTILÖ NAISEN OHJAAJANA JA TUKIJANA

Kätilön työssä vaaditaan laaja-alaista ammattitaitoa sekä herkkyyttä ja kykyä toimia naisen tukijana naiselle merkittävässä elämäntilanteissa. Kehittyäkseen työssään kätilöltä vaaditaan jatkuvaa ammattitaidon päivittämistä sekä kykyä soveltaa teorian tietoa käytännön työhön (Äimälä 2007, 39). Kätilö joutuu jatkuvasti miettimään omaa arvoperustaansa, sillä eettiset kysymykset ovat usein esillä kätilötyössä.

2.1 Kätilö asiantuntijana

Kätilö on asiantuntija, joka työskentelee naisten parissa raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana. Suomessa kätilöiden osaamisalueisiin kuuluvat myös naistentautien hoitotyö sekä seksuaaliterveyden edistäminen. Kätilön työssä korostuu hoidon lisäksi ohjausosaaminen sekä tukeminen. Terveysneuvonnan anto ja ennaltaehkäisevä toiminta ovat merkittäviä tekijöitä kätilön työssä. (Pienimaa 2007, 25–26.)

Kätilötyössä kätilön vuorovaikutustaidot ovat merkittävässä asemassa. Kätilö joutuu työssään ohjaamaan ja tukemaan asiakasta oikeiden päätösten tekemisessä sekä uuden tiedon käsittelyssä. Onnistuakseen työssään kätilöltä vaaditaan tietotaidon ja vuorovaikutustaitojen lisäksi myös eettistä näkemystä. Kätilön tulee pyrkiä asiakkaan kanssa tasavertaiseen vuorovaikutukseen, jossa kätilö arvostaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä vahvistaa naisen omanarvontuntoa. (Äimälä 2007, 40, 43.)

2.2 Äitiys ja sosiaalinen tuki

Marja-Terttu Tarkan (1996) väitöskirjassa sosiaalisen tuen käsitteen määrittelyssä viitataan Houseen (1981), jonka mukaan sosiaalinen tukeminen on muun

muassa yksilöiden välistä vuorovaikutusta, joka voi ilmentyä esimerkiksi empatian, auttamisen tai tiedottamisen ja päätöksenteon tukemisena. Tarkan (1996) tutkimuksessa äideille merkittävin sosiaalisen tuen antaja on oma puoliso, jonka merkitys korostui etenkin äitiyden varhaisvaiheessa. Puolison tuella oli myös merkittävä vaikutus äidin imetysasenteisiin. Myös omat vanhemmat, muut sukulaiset ja ystävät olivat merkittäviä tuen antajia. Terveystenhoitajilta ja synnytys-sairaalan kättilöiltä saama tuki oli äideille erittäin tärkeää ja synnytyskokemukseen vaikutti äideillä voimakkaasti heidän vuorovaikutussuhteen laatu hoitavan kättilön kanssa. (Tarkka 1996, 12, 116–120.)

Terveystenhoitajien ammattilaisilla on keskeinen osa sosiaalisessa tukemisessa. Esimerkiksi äitiyshuollossa korostuu tiedonanto, päätöksissä tukeminen sekä asiakkaan kuuntelu ja neuvonnan sekä ohjauksen antaminen. Tarkan (1996, 119) tutkimuksessa osa äideistä raportoi olleensa väsyneitä kotiutuessaan sairaalasta ja monet olivat kokeneet hoitajan kaiken huomion kiinnittyneen sairaalassaoloaikana vauvaan ja äidin voinnin jääneen taka-alalle. Äitiyshuollossa olisikin erittäin tärkeää muistaa ottaa huomioon myös vanhempien jaksaminen ja voimavarat. Mikäli vanhemmat kotiutuvat jo valmiiksi väsyneinä ja äidit epävarmoina omasta fyysisestä voinnistaan, on todennäköisyys siihen, että kotonaolo alkaa epätyytyvästi, varmasti olemassa.

2.3 Neuvolakäynnit äidin tukena synnytyksen jälkeen

Äitiysneuvolasta suositellaan tehtäväksi kotikäynti perheeseen synnytyksen jälkeen lapsen kotiutuessa (mahdollisuuksien mukaan yksi käynti jo raskausaikana). Kotikäynnin voi tehdä myös lastenneuvolan terveydenhoitaja. Kotikäynnillä terveydenhoitajalla on hyvä tilaisuus havainnoida perhettä sen omassa ympäristössään ja vanhemmat saattavat olla vapautuneempia puhumaan mieltä painavista asioista. Synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä keskustellaan synnytyksestä, äidin voinnista sekä tarkastetaan äidin mahdolliset kudოსvauriot (episiotomia, repeämä ym.) sekä rintojen kunto. Lapsesta tarkistetaan käynnillä paino, yleisvointi, napa, eritteet ja niiden laatu sekä mahdollinen keltaisuus. Varhaisen vuorovaikutuksen laatua vanhempien ja lapsen välillä on helpompaa havainnoida

heidän omassa ympäristössään. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004, 122–123.)

Vastasyntyneen siirryttyä lastenneuvolan asiakkaaksi kertyy käyntejä neuvolas-
sa ensimmäisen ikävuoden aikana kymmenen. Lääkärin määräaikaistarkastuk-
set ovat 6–8 viikon iässä sekä neljän ja kahdeksan kuukauden sekä puolen tois-
ta vuoden iässä. Ennen kouluun menoa lapselle kertyy yhteensä 14–16 lasten-
neuvolakäyntiä. Lapsen kehityksen seurannan lisäksi tulee neuvolakäynneillä
ottaa huomioon myös vanhempien jaksaminen ja perheen kokonaisvaltainen
hyvinvointi. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004, 127, 129.)

Synnytyksen jälkitarkastus suoritetaan äidille 5–12 viikkoa synnytyksen jälkeen
ja tarkastuksessa käyminen on edellytys vanhempainpäivärahan loppuosan
saamiselle. Jälkitarkastuksessa käydään läpi äidin fyysinen palautuminen syn-
nytyksestä, imetysasiat sekä kartoitetaan synnytyksen jälkeisen ehkäisyn tar-
vetta. Lisäksi jälkitarkastuksessa tulisi keskustella äidin psyykkisestä hyvinvoin-
nista ja puuttua mahdollisen masennuksen oireisiin. (Seulontatutkimukset ja yh-
teistyö äitiyshuollossa 1999, 35.) Sairausvakuutuslakiin 1.7.2010 tullut muutos
mahdollistaa lääkärin ohella myös kättilön tai terveydenhoitajan tekemän jälki-
tarkastuksen silloin, kun synnytys on ollut säännöllinen alatiesynnytys. Kättilö
tarvitsee jälkitarkastuksen suorittamiseen yhden opintopisteen verran lisäkoulu-
tusta ja terveydenhoitaja kolmen pisteen verran. Tarvittaessa kättilöllä tai ter-
veydenhoitajalla tulee olla mahdollisuus konsultoida lääkäriä tai lähettää synnyt-
tänyt nainen lääkärin vastaanotolle. (Valtioneuvoston asetus sairausvakuutus-
lain (1224/2004) täytäntöönpanosta...2010.)

Masentuneen äidin tunnistaminen äitiysneuvolassa on haaste työntekijälle, sillä
äidit eivät useinkaan tuo asiaa itse esille. Masennuksen tunnistaminen edellyt-
tää työntekijältä tietoa niin masennuksesta kuin kyseessä olevasta perheestä.
Masennuksesta keskusteleminen vaatii luottamuksellisen suhteen asiakkaan ja
työntekijän välille ja sen rakentaminen aloitetaan jo raskauden ensikäynnin yh-
teydessä. Tällöin tulisi selvittää muun muassa asiakkaan aiemmat mielenter-
veydenhäiriöt. Avoimet kysymykset ja aktiivinen kuunteleminen ovat avainsano-
ja psyykkisestä hyvinvoinnista kysyttäessä. (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 325–
328.)

Neuvoloiden on mahdollista käyttää erityisesti synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontaan tarkoitettua EPDS-kyselylomaketta (Edinburgh Postnatal Depression Scale), joka seuloo 86 % masennustapauksista. Kyselylomake olisi luontevaa täyttää ennen äidin synnytyksen jälkitarkastusta ja käydä yhdessä läpi jälkitarkastuksen yhteydessä. EPDS-seulan tueksi tulee pitää tarkentava palautekeskustelu, jossa tarkennetaan saatuja vastauksia. (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 328–330.) EPDS-seulan on todettu sopivan myös isien masennuksen kartoittamiseen (Edmondson, Psychogiou, Vlachos & Netsi ym. 2010).

3 RASKAUS MUUTOSVAIHEENA

Raskaus on yksi tärkeimmistä muutosvaiheista naisen elämässä. Muutosvaiheista voidaan puhua myös siirtymävaiheina, joita on kolme suurempaa elämässä. Nämä kolme vaihetta sijoittuvat teini-ikään, lapsen syntymiseen ja vanhemmuuteen sekä vaihdevuosiin. Muutosvaiheiden aikana ihminen muuttaa omaa identiteettiään uusilla ajatuksilla ja arvoilla. Tunteet saattavat erota aiemmista ja uudenlaisia ajatuksia muodostuu itsestä ja ympäristöstä, mikä mahdollistaa ihmisen kehittymisen. Raskauden aikana naisen identiteetti muuttuu lapsettoman, ei-äidin identiteetistä äidin identiteettiin ja samalla myös suhde omaan äitiin kokee muutoksia. Tämän identiteetin muokkaamisen vuoksi tuleva äiti voi kokea olonsa ajoittain tyhjäksi. (Brodén 2006, 23, 27.)

3.1 Raskauden aikaiset kehitystehtävät

Elämän muutosvaiheisiin kuuluu tiiviisti erilaisia kehitystehtäviä. Kehitystehtävällä tarkoitetaan tiettyyn elämänvaiheeseen liittyviä tehtäviä, jotka on työskenneltävä lävitse ennen seuraavaan kehitysvaiheeseen pääsemistä. Kehitystehtävän onnistunut suorittaminen mahdollistaa myönteisen psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen ja antaa mahdollisuuden päästä seuraavaan kehitysvaiheeseen. Mikäli kehitystehtävien läpityöskentely on epäonnistunut, voi se häiritä normaalia ihmisen kehitystä ja johtaa kehityshäiriöihin. (Nieminen & Nummenmaa 1984, 19.)

Raskauden aikana naisen suhde omaan itseensä kokee muutoksia, sillä naisen on alettava näkemään itsensä yhä enemmän äitinä (Nieminen & Nummenmaa 1984, 29). Naisen identiteetti muuttuu siten, että se pitää sisällään myös oman lapsen. Odottajan on kuitenkin hyväksyttävä samalla lapsen erillisyyttä. Naisen on tehtävä tulevaa lasta varten tilaa mielensä sisälle käymällä läpi aiempia ratkaisemattomia ongelmiaan. Usein nämä ratkaisemattomat ongelmat ovat olleet tiedostamattomia, kunnes raskauden aikana ne voivat nousta mieleen, jolloin niitä voi prosessoida. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 105.)

3.2 Raskaana olevan suhde omaan äitiinsä

Yksi raskauteen liitettävistä kehitystehtävistä on odottajan ja hänen oman äitinsä välisen suhteen muuttuminen. Odottavan äidin on luovuttava tyttären roolista ja siirryttävä äidin rooliin. (Nieminen & Nummenmaa 1984, 29.) Raskauden aikana ja erityisesti lapsen syntymisen jälkeen nainen alkaa enemmän miettiä sitä, millainen hänen oma äitinsä on ollut kasvattajana ja kuinka äiti on hoitanut ja hoivannut häntä hänen ollessaan pieni lapsi. Samalla mieleen saattaa tulla lapsuudessa vastaan tulleita pettymyksiä, surua ja vihaa siitä, miten itseä on hoidettu pienenä. Tämä kokemusten nouseminen pintaan mahdollistaa negatiivisten tunteiden ja kokemusten uudelleenkäsittelyn. (Sarkkinen 2003, 297–298.) Odottava äiti pohtii raskauden aikana oman äitinsä hyviä ja huonoja puolia ja miettii sen pohjalta, missä haluaa olla samanlainen ja missä taas erilainen kuin oma äitinsä (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 107). Oman äidin merkitys korostuu raskauden aikana, sillä lapsen syntyessä oma äiti voi olla suuri tuen ja avun antaja (Sarkkinen 2003, 297–298).

Odottajan omalla äitisuhteella ja siinä raskausaikana tapahtuvilla muutoksilla on hyvin suuri merkitys sille, miten äiti tulee omaa lastaan kohtaan käyttäytymään ja häntä hoivaamaan. Se, miten ehjäksi tuleva äiti kokee suhteensa omaan äitiinsä, ennustaa hyvin tulevaan lapseen muodostuvan kiintymissuhteen laatua. (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 321.) Masentuneella pienen vauvan äidillä suhde omaan äitiin saattaakin olla hyvin pirstaleinen ja siihen voi liittyä paljon vaillejäämisen tunteita lapsuudesta. Naisen omalla äitisuhteella on havaittu olevan hyvin suuri merkitys synnytyksen jälkeiselle masennukselle. (Sarkkinen, M. 2003, 297–298.)

3.3 Parisuhteen muutokset raskausaikana

Parisuhteen muuttuminen raskausaikana on tärkeä raskauden aikainen kehitystehtävä. Ennen vauvan syntymää vanhempien on muokattava parisuhdettaan siten, että siihen mahtuu vielä kolmas osapuoli. (Eskola & Hytönen 1996, 129.) Tilan tekeminen uudelle tulokkaalle merkitsee arvomaailman muuttamista ja jos-

takin vanhasta luopumista. Erityisesti pari joutuu muuttamaan ajankäyttöään ja parin kahdenkeskisen ajan määrä vähenee lapsen syntyessä. Joskus kuitenkin erityisesti odottavat äidit saattavat raivata liikaa tilaa tulevalle lapselle, jolloin he voivat sivuuttaa kumppaninsa pois mielestään. Tämä voi aiheuttaa kumppanissa hyljätyksi tulemisen tunteita ja kumppani saattaa vastustaa tätä pakenemalla työelämään tai lisäämällä tarvitsevuuttaan tulevaa äitiä kohtaan. (Väestöliitto 2010a.)

Parisuhteen tulee raskausaikana muuttua myös siten, että molemmat vanhemmat voivat antaa tulevalle lapselle huomiota sekä luoda hänelle turvallisen ihmissuhteen. Samalla kuitenkin tulevien vanhempien tulisi pysyä kumppanina toisilleen sekä pitää yllä suhdetta mahdollisiin muihin perheenjäseniin. (Eskola & Hytönen 1996, 129; Väestöliitto 2010a.) Jokaisen lapsen syntymä muuttaa perheen dynamiikkaa eli perheen rakennetta, toimintoja ja vuorovaikutussuhteita mutta suurin muutos on kuitenkin ensimmäisen lapsen syntyessä (Eskola & Hytönen 1996, 120–121).

Seksuaalisuus on yksi tärkeimmistä parisuhteen osa-alueista. Raskausaikana myös parin seksuaalielämä muuttua muotoaan. Yhdyntäiheys usein vähenee raskauden ensimmäisen ja kolmannen kolmanneksen aikana johtuen äidin mahdollisesta pahoinvoinnista ja loppuraskaudessa väsymys ja pelko lapsen vahingoittumisesta voivat vähentää yhdyntöjä. Raskauden aikana kuitenkin hellyden ja hyväilyjen tarve kasvaa, vaikka kiinnostus seksuaaliseen kanssakäymiseen voi laskea. (Brodén 2006, 71.)

Ensimmäisen lapsen syntymä perheeseen on yksi parisuhteen haastavimmista muutoksista (Lehto 2004, 49). Raskauden aikaiset muutokset vaativat parisuhteelta paljon joustavuutta. Uuteen vanhemman rooliin kasvaminen voi raskausaikana lisätä pariskunnan parisuhteen onnellisuutta ja yhteenkuuluvuutta tai viedä parisuhteen kriisiin tai jopa eron partaalle. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että tyytyväisyys parisuhteeseen laskee vauvan synnyttyä. Suurin tyytymättömyys parisuhteeseen on tutkittu olevan noin vuosi lapsen syntymästä. (Kontula 2009, 81.) Myös ristiriitojen määrä saattaa lisääntyä lapsen syntyessä perheeseen (Lehto 2004, 49). Tärkein tekijä parisuhteen tyytyväisyydelle lapsen syntymän jälkeen on hyvä parisuhde ennen vauvan tuloa. Pariskuntien tulisikin

käsitellä yhdessä tulevaan vanhemmuuteen liittyviä toiveita ja pelkoja jo ennen vauvan syntymää. (Väestöliitto 2010b.)

3.4 Raskaus kehitysprosessina

Raskaus voidaan jakaa kolmeen psykologiseen vaiheeseen, joiden aikana nainen työstää raskauden mukana tuomia muutoksia sekä käy lävitse raskauden ajan kehitystehtäviä. Nämä raskauden psykologiset vaiheet ovat nimeltään fuusio eli sulautuminen, differentiaatio eli eriytyminen sekä separaatio eli eroaminen. Vaiheet seuraavat toisiaan joten, jos jonkin vaiheen kehitys ei tapahdu suotuisasti, se saattaa haitata seuraavan vaiheen tavoitteiden saavuttamista. (Brodén 2006, 60; Sarkkinen & Savonlahti 2007, 105–107.)

3.4.1 Fuusio- eli sulautumisvaihe

Fuusio- eli sulautumisvaihe alkaa naisen saadessa tiedon raskaudesta. Nainen kokee raskauden täyttäneen hänet ja vauvan olevan yhtä hänen kanssaan. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106.) Nainen alkaa muodostaa mielikuvia tulevasta vauvasta sekä itsestään äitinä. Odottavan äidin ajatukset ovat tiiviisti raskaudessa sekä kehossaan tapahtuvissa muutoksissa. Raskauden ollessa vasta hyvin alussa ajatuksissa on myös paljon huolta lapsen mahdollisesta menehtymisestä tai vahingoittumisesta. Raskauden jatkuessa kuitenkin luottamus raskauden normaaliin jatkumiseen lisääntyy, jolloin kehittyvään lapseen voi sitoutua enemmän. Lisääntynyt sitoutuminen lapseen näkyy naisen alkaessa enemmän miettiä omia elintapojaan ja ruokailutottumuksiaan. Sulautumisvaiheessa monet odottavat äidit alkavatkin huolehtia itsestään paremmin, syövät monipuolisemmin, lopettavat tupakoinnin ja alkoholin käytön, jotta voisivat siten suojella kehittyvää lastaan. (Brodén 2006, 54–56.)

Sulautumisvaiheessa nainen alkaa kääntyä vähitellen sisäänpäin kohti itseä. Tällä tarkoitetaan sitä, että nainen alkaa enemmän miettiä itseään ja sitä, kuka

minä olen ja millainen minä olen. Myös naisen suhde omaan äitiin alkaa muuttua. Naisen identiteetti voi tämän mietiskelyn ansiosta muuttua vähitellen kohti äidin identiteettiä. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106.) Sisäänpäin kääntymisen vuoksi naisen mieleen pääsee tiedostamattomia kokemuksia ja ratkaisemattomia aiempia ristiriitoja. Naisen kiinnostus ulkomaailmaa kohtaan voi tilapäisesti tällöin vähentyä. (Brodén 2006, 55–56.)

Sulautumisvaiheessa on tyypillistä, että naisen tunnetilat vaihtelevat usein ja yllättäenkin (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106). Naisella voi olla myös ambivalentteja tunteita eli ristiriitaisia tunteita raskaudesta, tulevasta lapsesta ja äitiydestä. Nainen saattaa olla hyvin onnellinen raskaudestaan mutta kuitenkin hän voi tuntea raskauttaan kohtaan negatiivisia tunteita, kuten kiukkua ja vihaa. Nainen voi ajoittain kokea tulevan lapsen rajoittavan paljon hänen elämäänsä ja vievän hänen vapautensa. (Eskola & Hytönen 1996, 128–129.) Ambivalentit tunteet ovat kuitenkin normaaliin raskauteen kuuluvia, vaikkakin raskauteen kuuluvat negatiiviset tunteet koetaan usein kielteisiksi. Myös raskauden tuomista negatiivisista ajatuksista on hyvä pystyä puhumaan toisen ihmisen kanssa. (Eskola & Hytönen 1996, 128–129; Nieminen & Nummenmaa 1984, 31.)

Huolestuttavaa on, jos nainen kieltää raskauden tai ei kykene prosessoimaan lainkaan tulevaa elämänmuutosta. Esimerkiksi anorektinen käyttäytyminen ja tuhoiset elämäntavat, kuten päihteiden käytön jatkaminen raskaudesta huolimatta, voivat kertoa naisen vaikeudesta muuttaa elämäänsä ja identiteettiään tulevaa lasta varten. (Brodén 2006, 56; Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106.) Kieltäessään ambivalentit tunteet nainen suojautuu kielteisiltä tunteilta ja siten omalta itseltään. Tämä suojautuminen voi näkyä täydellisyyden tavoittelemisena äitiydessä, mistä voi seurata hankaluuksia koko perheelle. (Eskola & Hytönen 1996, 130–131.)

3.4.2 Differentiaatio- eli eriytymisvaihe

Differentiaatio- eli eriytymisvaihe alkaa, kun äiti alkaa tuntea vauvan liikkeitä. Tällöin nainen alkaa vähitellen hyväksyä sen, että hän ja kehittyvä lapsi ovat

erilliset yksilöt. Tuleva lapsi alkaa tuntua vanhemmista todellisemmalta vatsan kasvamisen ja ensimmäisten tuntuvien liikkeiden myötä. Vauvan liikkeitä tunteessaan äiti voi kehittää vauvasta tarkempia mielikuvia ja kokea erilaisia tunteita tätä kohtaan, mikä auttaa äitiä valmistautumaan vauvan syntymään. Äidin ja vauvan vuorovaikutuksellinen suhde alkaa kehittyä tuolloin. Eriytymisvaiheen alkaessa alkuraskauden ongelmat, kuten pahoinvointi ja voimakas väsymys ovat usein menneet ohitse. Tällöin naisella on enemmän energiaa alkaa rakentamaan ”pesää” tulevalle lapselleen, mikä tarkoittaa konkreettista valmistautumista lapsen tuloon, esimerkiksi vauvanvarusteita hankkimalla. (Brodén 2006, 56–58; Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106–107.)

Eriytymisvaiheessa raskaana oleva nainen tekee suurimman osan raskauteensa liittyvästä psyykkisestä työstä. Siksi eriytymissvaiheessa onkin normaalia, että nainen kääntyy entistä enemmän sisäänpäin itseensä. Oman identiteetin muokaus jatkuu edelleen ja yhä enemmän nainen miettii suhdettaan omaan äitiinsä sekä äitinsä hyviä ja huonoja puolia. Tiedostamattomien kokemusten, ajatusten ja ristiriitojen läpikäyminen jatkuu edelleen eriytymissvaiheessa. (Brodén 2006, 56–58; Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106–107.) Vaiheelle on kuitenkin tyypillistä, että alkuraskaudessa normaalit mielialojen muutokset, itkuisuus ja ahdistuneisuus vähenevät ja olo on seesteisempi (Eskola & Hytönen 1996, 142).

Eriytymisvaiheen psykologista kehittymistä voi vaikeuttaa raskaana olevan naisen kyvyttömyys ajatella tulevaa lastaan mielessään tai hyvin kaavamaiset ja mahdollisesti negatiiviset mielikuvat lapsesta. Oman äitisuhteen muokkaamatta jättäminen tiedostamattomien ristiriitojen vuoksi saattaa hankaloittaa naisen kykyä kuvitella itseään äitinä. (Brodén 2006, 56–59; Sarkkinen & Savonlahti 2007, 107.)

3.4.3 Separaatio- eli eroamisvaihe

Separaatio- eli eroamisvaihe alkaa, kun nainen ajattelee lapsensa selviävän hengissä, mikäli hän syntyisi silloin. Mielikuvat lapsesta haalistuvat äidin mielessä, sillä hän valmistautuu todellisen lapsen syntymiseen ja tämän kohtaami-

seen. Tässä vaiheessa naisella saattaa olla viimehetken ambivalenttisia tunteita, jolloin hän miettii suurta vastuuta ja sitä, pystyykö hän huolehtimaan lapsestaan. (Brodén 2006, 59; Sarkkinen & Savonlahti 2007, 107.)

Naisen ajatukset siirtyvät yhä enemmän synnytykseen ja siitä selviytymiseen. Nainen saattaa kokea suurtakin ahdistusta ja synnytyspelkoja voi muodostua erityisesti tässä vaiheessa. (Eskola & Hytönen 1996, 248.) Myös huoli syntyvän lapsen terveydestä kasvaa synnytyksen lähestyessä (Nieminen & Nummenmaa 1984, 33). Raskaana oleva nainen tietää raskauden päättyvän pian ja hän huolistaan ja mahdollisista peloistaan huolimatta odottaa kovasti synnytystä ja lapsensa näkemistä. Samalla hän voi kuitenkin kokea surua raskausajan päättymisestä. (Brodén 2006, 59.)

Eroamisvaiheen psykologista kehittymistä voivat hankaloittaa raskaana olevan naisen voimakkaat synnytyspelot tai voimakas pelko lapsen vahingoittumisesta synnytyksen aikana. Myös kieltäytyminen ajattelemasta synnytystä, loputtoman raskauden toivominen tai vähäiset mielikuvat vauvasta voivat häiritä äitiyteen kasvamista. (Brodén 2006, 59; Sarkkinen & Savonlahti 2007, 107.)

4 ÄIDIN JA LAPSEN VARHAINEN VUOROVAIKUTUS

Äidin ja lapsen välinen varhainen vuorovaikutus alkaa kehittyä jo sikiöaikana kohdussa, kun äiti alkaa muodostaa mielikuvia tulevasta lapsestaan. Vuorovaikutuksen kehittyminen on edellytyksenä vanhemmuuden tunteen syntymiselle sekä lapsen psyykkiselle kehitykselle ja kasvulle. Suhteen kehittymiseen vaikuttavat muun muassa äidin oma äitisuhte sekä kokemukset omasta lapsuudesta ja sen aikaisesta vuorovaikutuksesta omien vanhempien kanssa. (Siltala 2003, 19–23.)

4.1 Vuorovaikutussuhteen kehittyminen

Äidin ja sikiön vuorovaikutus muodostuu alkuvaiheessa erilaisista äänistä, liikkeistä ja mauista, joita välittyy sikiölle kohtuun lapsiveden välityksellä. Ennen kuuloaistia sikiölle kehittyy tuntoaisti, jonka ansiosta sikiö tuntee lapsiveden äänivärähtelyt jo ennen varsinaisen kuuloaistin kehittymistä. Äidin ja isän äänet tulevat näin sikiölle jo varhain tutuksi. Vuorovaikutus muuttuu enemmän vastavuoroiseksi raskauden toisella kolmanneksella, jolloin äiti alkaa tuntea sikiön liikkeitä. Äiti tottuu rauhoitteluun lastaan jo kohdussa esimerkiksi vatsaa koskettelemalla tai sikiölle laulamalla. (Siltala 2003, 19; Määttänen 2003, 60–63.) Ultraäänikuvat sekä sikiön sydänäänten kuuntelu vahvistavat vanhempien mielikuvia vauvasta ja konkretisoivat vauvaa heidän mielessään (Korhonen 2007, 311–312).

Syntyessään lapsi on valmis havainnoimaan ympäristönsä ärsykeitä, joista osa on tuttuja jo sikiöajalta. Vastasyntynyt kykenee vastavuoroiseen vuorovaikutukseen, jonka avulla hän alkaa luoda varhaisia ihmissuhteitaan. Vuorovaikutustilanteet muodostuvat arjen askareiden keskellä. Vaipan vaihto, syöttäminen ja muu vauvan perustarpeista huolehtiminen antaa vauvalle käsityksen siitä, kuinka häntä rakastetaan ja kuinka hänestä huolehditaan. Vuorovaikutustilanteissa aloitteen tekijänä voi olla vauva tai vanhempi. Tärkeää on, että vauva kokee aloitteisiinsa vastattavan ja, että vanhempi huomaa vauvan hienoeleiset aloit-

teet ja tyydyttää lapsen tarpeet. Ei-kielellisessä kommunikaatiossa vauvan kanssa korostuvat vanhemman eleet, ilmeet, äänenpainot ja katseet, joita vauva tarkkaan seuraa ja joista jää muistijäljet hänen mieleensä. (Tamminen 2004, 46–55.)

4.2 Kiintymyssuhdeteoriat

1950-luvulla englantilainen psykoanalyttikko John Bowlby loi kiintymyssuhdeteorian perustuen ajatukselle, että lapsella on synnynnäinen tarve hakea kiintymystä ja turvaa lähellä olevalta aikuiselta. Lapsi jäsentää kokemuksiaan jo varhain aistiensa sekä muistinsa avulla ja oppii näin ennakoimaan, minkälaisella käytöksellä hän saa luokseen lohdutusta ja turvaa antavan aikuisen. Mikäli lapsen näyttämiin tunteisiin, kuten itkuun, vastataan lapsen tarpeet tyydyttämällä, oppii lapsi luottamaan aikuiseen ja uskaltaa jatkossakin näyttää tunteensa ja tarpeensa. Sen sijaan lapsi, jonka tarpeet jätetään huomioimatta, oppii tukahduttamaan tunteidensa ilmaisemista. (Broberg, Almqvist & Tjus 2005, 116–123.)

Sinkkonen (2003) viittaa Margaret Ainsworthiin, joka loi Bowlbyn teorian pohjalta luokituksen, jonka avulla lasten kiintymyssuhteet voitiin jakaa turvattomiin ja turvallisiin kiintymyssuhteisiin. Turvallisesti kiintynyt lapsi on saanut kokea hoivaajansa vastanneen johdonmukaisesti hänen tarpeisiinsa. Lapsi luottaa siihen, että äiti on tarvittaessa saatavilla ja uskaltaa siksi esimerkiksi tutkia rohkeasti ympäristöään. Turvallisesti kiintyneiden lasten on osoitettu myöhemmällä iällä olevan empaattisia ja toiset huomioon ottavia. Turvattomia kiintymyssuhteita on kahdenlaisia: vältteleviä sekä vastusteleviä. Välttelevästi kiintynyt lapsi on elänyt ympäristössä, jossa on painotettu järkeä ja loogisuutta tunteiden sijaan. Lapsi ei täten opi ilmaisemaan tunteitaan tarpeeksi, koska on kokenut jäävänsä silloin huomiotta. Välttelevä lapsi ei myöskään hae hoitajastaan yhtä aktiivisesti turvaa kuin turvallisesti kiintynyt lapsi. Vastustelevästi kiintyneet lapset ovat saaneet hoitajaltaan epäjohdonmukaista ja impulsiivista hoivaa, jossa lapsi ei ole kokenut olevansa turvassa. Vuorovaikutustilanteet ovat useimmin lähtöisin hoitajan aloitteesta, mutta ne eivät ole välttämättä johdonmukaisia. Lapsi on tämänkaltaisessa ympäristössä oppinut hakemaan huomiota ainoastaan voi-

makkaalla käyttäytymisellä, kuten raivokohtauksen saamisella, koska hoitaja ei ole aikaisemmin vastannut lapsen hienovaraisempiin pyyntöihin. (Sinkkonen 2003, 92–102.)

Varhaisen kiintymyssuhteen laatu voi vaikuttaa lapsen myöhempisiin sosiaalisiin taitoihin sekä käsitykseen omasta itsestä ja ympäristöstä (Broberg ym. 2005, 134–136). Kiintymyssuhteen pysyvyyttä ei ole vielä paljon tutkittu mutta suomalaisessa tutkimuksessa kiintymyssuhteen välittymisestä kolmessa sukupolvessa todettiin äidin oman kiintymyssuhteen laadun olevan oman lapsen kohdalla 76 %:sti sama lapsen ollessa vuoden ikäinen. Kiintymyssuhteen laatu pysyi tutkimuksessa samana vielä 3-vuotiaiden lasten kohdalla 58 %:ssa tapauksista. Tutkimuksen mukaan vastaavuus äidinäidin ja äidin kiintymyssuhteen laadulla oli voimakkain äidin oman lapsen kanssa tämän ollessa 3-vuotias. Näin ollen voidaan siis todeta äidin omien lapsuudenkokemusten vaikuttavan varhaisen vuorovaikutuksen laatuun oman lapsen kanssa. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia ulkomailla tehtyjen tutkimusten kanssa. (Hautamäki 2008.)

5 ÄIDIN JA ISÄN PSYKKINEN OIREHDINTA

Raskaus ja synnytyksen jälkeinen pikkulapsiaika mielletään useimmin elämän onnellisemmaksi ajaksi ja useinkaan huomio ei kiinnity siihen, että erilaiset psyykkiset sairaudet, kuten masennus, voivat puhjeta jo esimerkiksi raskausaikana. Viime vuosina synnytyksen jälkeistä masennusta on alettu tutkia enemmän ja avoimuus asian suhteen on lisääntynyt. Edelleen puhutaan kuitenkin vähän isien kokemasta masennuksesta, vaikka uusimmat tutkimustulokset osoittavatkin sen olevan lähes yhtä yleistä kuin äitien kokema masennus (Paulson & Bazemore 2010).

5.1 Raskauden aikainen masennus

Raskauden aikainen masennus on melko yleinen ongelma raskausaikana, sillä arviolta noin 7–20 prosenttia raskaana olevista naisista kärsii siitä (Mäkelä, Pajulo & Sourander 2010, 1015). Masentuneiden odottajien todellista määrää on vaikea arvioida, koska raskausaikaan liittyvistä vaikeuksista ei usein haluta puhua. Raskauden ajan masennuksen on todettu olevan jopa yleisempää kuin synnytyksen jälkeisen masennuksen. (Brodén 2006, 108.) Yleisintä masennus on odotusaikana ensimmäisen ja kolmannen raskauskolmanneksen aikana (Väisänen 2001, 41).

Raskauden aikainen masennus on vaikea tunnistaa, sillä siihen liittyvät oireet kuten mielialan heittely, unihäiriöt, ärtyisyys, väsymys sekä ruokahalun muutokset muistuttavat raskauteen liittyviä normaaleja vaivoja. Vallalla on ollut myös käsitys, että raskaus suojelisi naista psyykkisiltä sairauksilta, kuten masennukselta. Myöhemmin on kuitenkin todettu naisen herkistymisen raskauden aikana antavan ”kasvupohjan” erilaisille psyykkisille häiriöille. (Brodén 2006, 108–109; Mäkelä ym. 2010, 1013.) Raskauden aikaisen masennuksen tunnistamisen vaikeuden vuoksi vain murto-osa masentuneista odottajista huomataan ja heidän sairauttaan aletaan hoitaa (Brodén 2006, 109).

On havaittu olevan useita riskitekijöitä, jotka voivat altistaa raskaana olevaa naista herkemmin masennukselle. Psykososiaalisten tekijöiden, kuten raskauden aikaisen stressin, yksinhuoltajuuden, kumppanin antaman vähäisen tuen tai kumppanin negatiivisen suhtautumisen raskautta kohtaan, on havaittu lisäävän riskiä sairastua raskausajan masennukseen. Myös raskaana olevan nuori ikä, köyhyys, tukiverkoston puute tai päihdeongelmat ovat tärkeitä riskitekijöitä masentumiselle raskauden aikana. (Brodén 2006, 109–110; Mäkelä ym. 2010, 1015.)

Naisilla, jotka ovat ennen raskaaksi tuloaan kärsineet mielenterveyden ongelmista, on lisääntynyt todennäköisyys sairastua raskauden aikana masennukseen. Aiemmin sairastettu masennus uusii herkästi juuri raskausaikana. Raskauden aikana sairastetulla masennuksella on yhteyttä synnytyksen jälkeiseen masennukseen, sillä tutkimusten mukaan raskauden loppupuolella masentuneina olevista odottajista arviolta 25–50 prosenttia on masentuneita myös heti lapsen syntymän jälkeen. (Brodén 2006, 110; Mäkelä ym. 2010, 1015.)

Raskauden aikainen masennus vaikuttaa kielteisesti monin eri tavoin kehittyvään lapseen. Äidin masennus voi aiheuttaa sikiölle häiriöitä stressinsäätelyjärjestelmään, mistä voi aiheutua muutoksia sikiön kasvuun, kehitykseen ja synnytysajankohtaan. Masentuneella raskaana olevalla naisella ei usein ole mielikuvia lapsesta tai ne ovat hyvin jäykkiä. Kiintyminen lapseen ja vanhemmuuteen kasvu voivat jäädä vaillinaisiksi masentuneella odottajalla. Lapsen synnyttyä masentuneet äidit eivät koe lastaan kohtaan äidillisiä tunteita vaan voivat olla kovin välinpitämättömiä. Äideillä voi olla myös vaikeuksia havaita ja ymmärtää lapsen tunteita ja tarpeita. Tutkimuksissa onkin havaittu raskauden aikana masennuksen sairastaneiden naisten lapsilla olevan enemmän käyttäytymis- ja tunne-elämän ongelmia kuin ei-masentuneiden odottajien lapsilla. (Brodén 2006, 110–113; Mäkelä ym. 2010, 1015.) Raskaana olevan naisen käyttämä lääkehoito masennukseen voi myös aiheuttaa sikiölle ja vastasyntyneelle ongelmia, kuten epämuodostumia, vieroitusoireita tai haitallisia lääkeainevaikutuksia (Heikkinen & Luutonen 2009, 1461).

Raskauden aikaisen masennuksen hoito mietitään aina tapauskohtaisesti. Hoidossa korostuu psykoterapia, joko yksilö- tai ryhmäterapiana. (Heikkinen & Luu-

tonen 2009, 1465; Mäkelä ym. 2010, 1018.) Mahdollisen lääkehoidon tarpeellisuus mietitään tarkoin punnitsemalla sen hyödyt ja haitat äidille ja erityisesti sikiölle (Depression During Pregnancy 2009). Masennuslääke liitetään hoitoon varsinkin, jos raskaana olevalla on keskivaikea tai vaikea masennus. Tarpeen mukaan hoidossa voidaan käyttää useita eri lääkkeitä erityisesti, mikäli odottajalla on masennukseen liittyvää voimakasta ahdistuneisuutta tai psykoosin oireita. (Heikkinen & Luutonen 2009, 1465.)

5.2 Synnytyksen jälkeinen herkistyminen eli baby blues

Synnytyksen jälkeisinä viikkoina äidin mielialat vaihtelevat usein herkästi ja silloin puhutaan synnytyksen jälkeisestä herkistymisestä. Äiti saattaa olla itkuinen ja ärtyinen sekä kärsiä unihäiriöistä ja ruokahaluttomuudesta. Oireet alkavat useimmin ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä päivinä ja menevät ohi itsestään ilman hoitoa muutamassa vuorokaudessa. (Tammentie 2009, 30–31.) Herkistymisvaiheessa äiti kaipaa mahdollisuutta lepoon ja hoitovastuun jakamiseen (Sarkkinen 2003, 95). Tammentien (2009, 30–31) mukaan jopa 80 % synnyttäneistä äideistä kokee herkistymisoireita.

Herkistyminen on luonnollinen reaktio, jonka syntyyn hormonitoiminnan arvelaan myös vaikuttavan. Baby bluesin aikana äiti pystyy herkistymään paremmin vauvan tarpeille ja asettamaan itsensä uuteen elämäntilanteeseen ja äitiyden rooliin. Herkistymisoireista kärsivien on kuitenkin todettu sairastuvan varsinaiseen synnytyksen jälkeiseen masennukseen helpommin. (Hertzberg 2000, 1491–1492.)

5.3 Synnytysmasennus

Kun äidin mielialaoireet jatkuvat vielä herkistymiskauden jälkeenkin ja vaikuttavat äidin toimintakykyyn, on kyseessä synnytyksen jälkeinen masennus (postnataali- tai postpartaalimasennus), josta Suomessa kärsii noin 10–15 % synnyt-

täneistä äideistä. (Perheentupa 2003, 387–391.) Tulokset ovat samansuuntaisia myös ulkomailla (Goodman 2004, 26–35). Synnytyksen jälkeistä masennusta koskevaa tutkimusta on viime vuosina tehty aiempaa enemmän mutta masennuksen epäillään olevan edelleen alidiagnosoitua. Äidit eivät mielellään tuo masennustaan esille, eikä sitä terveydenhuollossa osata tarpeeksi tehokkaasti seuloa äitien keskuudessa. (Niemi 1997, 16–17.) Ensisynnyttäjien kohdalla todennäköisyys sairastua on joidenkin tutkimusten mukaan korkeampi (Perheentupa 2003, 387–391). Masennus saattaa alkaa yllättäen ja olla pahimmillaan 6–8 viikkoa synnytyksestä (Niemi 1997, 17).

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet ovat samankaltaisia kuin tavallisesakin masennuksessa. Äidit saattavat olla itkuisia, uupuneita sekä väsyneitä. Heidän vuorokausirytminsä saattaa olla sekaisin ja he kokevat jaksamattomuutta arjen askareissa ja vauvan hoidossa. Äideillä saattaa olla voimakkaita syyllisyyden tunteita ja käsitys itsestä huonona äitinä. Erilaiset pelkotilat ovat myös tavallisia ja äidillä saattaa olla huoli oman lapsensa vahingoittamisesta. (Merjoma & Varjola 2009, 25–28.)

5.3.1 Synnytyksen jälkeisen masennuksen syitä

Synnytyksen jälkeisen masennuksen syntyyn vaikuttavia tekijöitä on useita mutta silti varsinaista syytä ei tiedetä. Vaikuttavia tekijöitä löytyy niin fyysiseltä, psyykkiseltä kuin sosiaaliselta puolelta. (Perheentupa 2003, 387–391.) Sarkkisen (2003, 283–305) mukaan jokainen masennus rakentuu eri tavoin ja siksi hoidossakin tulisi keskittyä kaikkiin masennusta aiheuttaviin osa-alueisiin.

Synnytyksen jälkeen naisen elimistössä on vähän estrogeeni-hormonia niin kauan kuin imetystä jatketaan. Estrogeenin vähyys on arveltu vaikuttavan masennuksen syntyyn, sillä se vaikuttaa elimistössä myös mielialaan vaikuttavan serotoniini-hormonin tuotantoon. Masennuksen syynä saattaa olla myös synnytyksen jälkeen alkanut kilpirauhasen toimintahäiriö. (Perheentupa 2003, 387–391.)

Aiempien tai raskauden aikaisten psyykkisten häiriöiden, varsinkin aiemman synnytyksen jälkeisen masennuksen, on todettu vaikuttavan postnataalidepression syntyyn myöhemmissä raskauksissa. Myös sukuhistoriasta löytyvät, etenkin synnyttäjän oman äidin psyyketausta saattaa olla altistavana tekijänä tyttären sairastuessa. (Sarkkinen 2003, 290.) Karilan (1991, 167–168) mukaan itseään vanhempana ja lapsen hoitajana jo ennen lapsen syntymää aliarvioivat äidit ovat suuremmassa riskissä masentua synnytyksen jälkeen.

Sarkkisen (2003) mukaan äidin ikä, siviilisäätty, koulutusaste tai yhteiskuntaluokka ei vaikuta masennuksen syntyyn. Ensihetket vastasyntyneen kanssa sairaalassa ovat tärkeitä äidin ja vauvan vuorovaikutussuhteen synnyssä. Muita merkityksellisiä vuorovaikutussuhteita ovat suhteet puolisoon ja synnyttäjän omaan äitiin. Sosiaalisen tukiverkoston puute on merkittävä tekijä synnytyksen jälkeisen masennuksen synnyssä. (Sarkkinen 2003, 290.)

5.3.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito

Synnytyksen jälkeisessä masennuksessa suurin ongelma hoidon toteuttamiselle on masennuksen huono tunnistettavuus perusterveydenhuollossa, erityisesti neuvoloissa (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 316). Synnytyksen jälkeistä masennusta voi ennakoida jo raskauden aikaisesta oireilusta. Tämän vuoksi lapsivuodeosastolla kätilöiden tulisikin kiinnittää erityistä huomiota äidin ja lapsen varhaisen vuorovaikutuksen laatuun ja toteutumiseen (Eskola & Hytönen 2002, 282).

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito vaatii moniammatillisen työryhmän yhteispanosta ja hoito on aina suunniteltava yksilöllisesti perheen tarpeita silmällä pitäen. Lievissä masennustapauksissa riittää neuvolan ja mielenterveysyksikön yhteistyö. Erilaisten järjestöjen ja yhteisöjen tarjoama vertaistuki on todettu erittäin hyväksi hoitomuodoksi lievemmissä masennustapauksissa. (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 332–333.)

Vaikeammissa masennustapauksissa tarvitaan sairaalahoitoa, jossa obstetrinen ja psykiatrinen yksikkö toimivat yhteistyössä. Hoidon on koskettava koko perhettä ja erityisesti vauvan ja äidin on tärkeää olla yhdessä hoidon ajan. Sosiaalisten tukiverkkojen selvittäminen on tarpeen ja perhe voi hyötyä esimerkiksi kotiavun järjestämisestä. (Eskola & Hytönen 2002, 282.) Hoitomuotoina voidaan käyttää myös psykoterapiaa tai estrogeenihoitoa (Isometsä 2007, 161). Masennuslääkkeistä suositetaan SSRI-ryhmän valmisteita lukuun ottamatta fluoksetiinia sisältämiä, koska imetystä voi jatkaa näitä käyttäessä (Perheentupa 2011). Perinteiset pari- tai perheterapiat sopivat tilanteisiin, joissa äidin masennuksen keskipiste on parisuhteessa ja perheen sosiaalisissa ongelmissa (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 333).

5.4 Ahdistuneisuus- ja pakko-oireinen häiriö

Äidin masennukseen saattaa liittyä ahdistuneisuutta sekä erilaisia pakko-oireita, varsinkin jos äiti on jo ennen raskautta kärsinyt samantyyppisistä neuroottisista oireista. Oireet voivat toimia myös altistavana tekijänä masennuksen alkamiselle synnytyksen jälkeen. (Väisänen 2001, 133–134.)

Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä äiti voi kokea fyysisiä kipuoireita esimerkiksi lihaksissa ja nivelissä. Ahdistuneisuuteen saattaa liittyä paniikkioireilua, jolloin äiti saattaa saada paniikkikohtauksen kaltaisia oireita esimerkiksi vauvan alkessa itkeä julkisella paikalla. Tämä saattaa johtaa äidin käyttäytymisen muuttumiseen siten, että hän alkaa vältellä ulkona liikkumista peläten vauvan itkua. (Väisänen 2001, 134; Niemi 1997, 19.)

Pakko-oireinen häiriö jaetaan pakkoajatuksiin ja pakkotoimintoihin. Pakkoajatukset ovat äidille erittäin todentuntuisia mutta käytännössä ne ovat lähes aina perusteettomia. Äidillä saattaa olla pelko vauvansa vahingoittamisesta tai aviomiehen kuolemasta. Pakko-oireisiin tarvitaan ulkopuolista apua, kun oireet alkavat viedä paljon aikaa ja energiaa. (Väisänen 2001, 135; Niemi 1997, 19.)

5.5 Synnytyksen jälkeinen psykoosi

Synnytyksen jälkeinen psykoosi eli puerperaalipsykoosi (lapsivuodepsykoosi) on sairaalahoitoa vaativa vakava mielenterveydenhäiriö, joka tavallisesti puhkeaa noin kuukauden sisällä synnytyksestä akuutin psykoosin oireilla (Ylilehto 2005, 28). Tavallisesti psykoosi ilmenee syvänä masennuksena mutta myös manian eri muodot ovat mahdollisia. Äiti saattaa olla täysin reagoimaton ulkoiisiin ärsykkeisiin, nähdä harhoja tai puhua sekavia. (Tammentie 2009, 31.)

Puerperaalipsykoosin sairastuvuus on Suomessa 1–2 synnyttäjää tuhannesta. Psykoositilassa äiti saattaa olla vaarallinen sekä itselleen, että vauvalleen ja siksi nopea hoitoon ohjaus erikoissairaanhoidon piiriin on tärkeää. (Perheentupa 2003, 387–391.) Vaikka lapsivuodepsykoosi on vakavin synnytyksen jälkeisen masennuksen muoto, on siitä parantuminen usein kuitenkin oikealla hoidolla nopeaa ja lähes täydellistä. Lapsivuodepsykoosilla on kuitenkin suuri riski uusiutua seuraavassa raskaudessa. (Salokangas 2008, 4303.)

5.6 Isän masennus

On otettava huomioon, että äidin tavoin myös isä voi masentua raskausaikana (Field ym. 2006). Tuoreen kansainvälisen tutkimuksen mukaan noin 10 % isistä kärsii synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Masennus on voimakkaimmillaan 3–6 kuukautta lapsen syntymästä. (Paulson & Bazemore 2010, 1961–1969.) Isällä on myös korkeampi riski sairastua masennukseen, mikäli äidilläkin on masennusta (Goodman 2004, 26–35). Äideillä ja isillä masennuksen oireet ovat samantyyllisiä (Field ym. 2006).

Isän synnytyksen jälkeisellä masennuksella on todettu olevan yhteyttä lapsen myöhempään kehitykseen. Isän masentuneisuus saattaa vaikuttaa lapselle mahdollisesti syntyviin käytöshäiriöihin, jotka ovat voimakkaimmillaan lapsella noin 3-vuotiaana. Isän masennuksella näyttää olevan käytöshäiriöiden synnysissä enemmän vaikutusta poikiin kuin tyttöihin. (Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor 2005, 2201–2205.)

6 ONGELMALLINEN VUOROVAIKUTUSSUHDE

Äidin masennus saattaa aiheuttaa häiriöitä äidin ja lapsen välisiin vuorovaikutussuhteisiin, minkä vuoksi masennuksen tunnistaminen ja hoito ovat erityisen tärkeitä. Äidin masennuksen syyt voivat olla moninaisia, eivätkä välttämättä johdu vauvasta. Masentuneen vauvan voi tunnistaa tietyistä erityispiirteistä, joiden tunteminen on hoitoalan ammattilaisille tärkeää (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 323–324; Puura 2001, 1115–1121).

6.1. Masentuneen äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus

Äiti saattaa olla pettynyt syntyvään lapseensa heti ensikontaktista lähtien, mikäli hän on raskausaikana kuvitellut vauvan hyvin tarkasti tietynlaiseksi ja mielikuvat eivät lopulta vastaakaan todellisuutta. Vauva saattaa tuntua äidistä vieraalta vielä viikkoja syntymän jälkeen, mikä vaikuttaa voimakkaasti äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutussuhteen syntyyn. (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 322–333.)

Masentuneen äidin ja vauvan vuorovaikutussuhteen laatuun vaikuttaa masennuksen syntyyn liittyvät tekijät. Masennus voi ensisijaisesti liittyä äidin ja vauvan suhteeseen, äidin ja isän suhteeseen tai synnyttäjän omaan äitisuhteeseen. Mikäli masennus ei ensisijaisesti liity vauvan ja äidin suhteeseen, ei vuorovaikutussuhteella yleensä ole haitallisia vaikutuksia vauvaan vaan äiti pystyy luontevaan suhteeseen vauvan kanssa masennuksesta huolimatta. (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 322–333.)

Vauvaan liittyvät tekijät, kuten vauvan keskosuus, temperamentti, vammaisuus, itkuisuus tai koliikki saattaa olla äidin masennuksen taustalla. Äidin vuorovaikutukselle vauvan kanssa on tyypillistä sen passiivisuus ja epäjohdonmukaisuus. Äiti kokee vauvan kokonaisvaltaisesti negatiivisesti eikä osaa tai jaksaa keskittyä tunnistamaan vauvan viestejä ja tarpeita. (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 322–333.)

Tammisen (1990) tutkimuksessa äidin masennus ja imetyksen kesto liittyivät selkeästi toisiinsa. Masentuneet äidit välttivät vastavuoroista kommunikaatiota vauvan kanssa enemmän kuin ei-masentuneet ja kokivat imetystilanteen verrokkiryhmää useammin epämiellyttävänä. Tutkimustulosten mukaan masentuneet äidit luopuvat varhain yösyötöistä ja lopettavat imetyksen muita aikaisemmin. (Tamminen 1990, 67, 100–101.)

6.2. Vauvan masennus

Vauvan masennus voi johtua vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen ongelmista mutta myös vanhemmasta eroon joutumisesta tai somaattisista sairauksista. Puuran (2001) mukaan ensimmäinen pikkulapsen depression määritellyt taho on yhdysvaltalainen National Centre for Clinical Infant Programs, joka on tehnyt 0–3-vuotiaille lapsille mielenterveyshäiriöiden luokituksen. Sen mukaan masentuneen lapsen tunnistaa muun muassa alentuneesta mielialasta, kiinnostuksen puutteesta, heikentyneestä kontaktin ottamisesta hoitajaan sekä aloitekyvyn heikkenemisestä. Ongelmia saattaa olla myös ruokahalussa ja nukahtamisessa. Yleisilmeeltään vauva voi olla vaisu ja valittelevainen. (Puura 2001, 1115–1121.)

Sarkkisen & Juutilaisen (2007) mukaan masentuneen äidin vauvalle on tyypillistä totisuus ja vähäiset kasvoniilmeet, vetäytyneisyys sekä alakuloisuus. Vähäisestä vuorovaikutuksesta kärsineet vauvat eivät myöskään itke ja hae huomiota yhtä aktiivisesti kuin muut vauvat. Mikäli vauvalla on normaaleja vuorovaikutussuhteita, kuten normaali suhde psyykkisesti hyvinvoivan isän kanssa, ei vauva välttämättä omaksu vuorovaikutustaitoja masentuneelta äidiltään (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 323–324.)

7 ÄITIYDEN KOKEMISEN HAASTEITA

Tähän kappaleeseen on valittu käsiteltäväksi muutamia melko yleisiä yhteiskunnallisia äitiyteen liittyviä tekijöitä, jotka mahdollisesti voivat vaikuttaa äitiyden kokemiseen. Näistä tekijöistä on nostettu esille lapsiperheiden avioerot, juuri synnyttäneiden äitien abortit sekä viime aikoina lisääntyneet lapsettomuushoidot. Nämä asiat ovat olleet useasti esillä eri tiedotusvälineissä ja niiden esille ottaminen on tärkeää, jotta kättilöt voisivat pyrkiä ennaltaehkäisemään näitä tilanteita ja niistä mahdollisesti koituvia negatiivisia vaikutuksia äitiyteen sekä perheen elämään.

7.1 Pikkulapsiperheiden vanhempien avioerot

Tilastokeskuksen (2010) avioerotilaston mukaan avioerojen määrä viimeisten parinkymmenen vuoden aikana on pysynyt vuosittain melko samana. Avioeroja myönnetään nykyään vuosittain noin 13 500. Erillisiä tilastoja pienten lasten vanhempien eroista ei ole tehty. Helsingin Sanomat uutisoi 15.11.2010 lisääntyneistä vauvaperheiden eroista pääkaupunkiseudulla. Artikkelista käy ilmi, että Espoon, Helsingin ja Vantaan perheasioiden yksiköissä tämä kehitys on huomattu. Espoon kaupungissa on eräällä asuinalueella kartoitettu vauvaperheiden erojen yleisyyttä tammi-lokakuun ajalta vuonna 2010. Kyseisellä asuinalueella tapahtuneista eroista jopa noin 20 prosenttia sattui alle yksivuotiaiden lasten vanhemmille. Artikkelin mukaan eri asuinalueiden välillä ei ole merkittäviä eroja avioerojen yleisyydessä ja myös Helsingissä ja Vantaalla arvioidaan vauvaperheiden eroja tapahtuvan yhtä paljon. (Grönholm 2010.)

Parisuhteen tyytyväisyyden on havaittu laskevan lapsen syntyessä perheeseen. Erityisen voimakkaana vanhemmat kokevat tyytymättömyyden parisuhteeseensa lapsen ollessa vuoden vanha. (Kontula 2009, 81.) Parisuhteessa jo raskausaikana havaitut vaikeat ristiriidat ja ongelmat usein saattavat vielä pahentua lapsen syntyessä ja vanhemmuuden alkaessa. Perheeseen syntynyt lapsi vaatii kaiken huomion vanhemmiltaan, jolloin vanhemmille jää vähemmän aikaa viet-

tää kahdestaan tai tehdä kodin ulkopuolisia asioita. Vanhemmuus uutena elämänvaiheena sekä muuttuneet miehen ja naisen roolit voivat olla osasyynä parisuhteen kriisille ja joskus myös saattavat laukaista eroon johtavan prosessin. (Kontula 2009, 81–85.) Kuitenkin yli 90 prosenttia niin miehistä kuin naisista pitää lapsia tärkeimpinä syinä pysyä yhdessä (Paajanen 2003, 47).

Eron tullessa vanhemmat kokevat usein syyllisyyttä erosta ja voivat kokea itsensä hyvin yksinäisiksi. Vanhemmat saattavat syyllisydentunnoissaan aliarvioida itseään vanhempana ja siitä johtuen he voivat käyttäytyä lapsiaan kohtaan ylisuojelevasti ja voivat hemmotella heitä jopa liiallisesti. Vanhempien muuttunut käytös voi vaikuttaa myös vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Lapset reagoivat vanhempiensa eroihin yksilöllisesti, esimerkiksi vetäytymällä vuorovaikutuksesta, taantumalla tai olemalla epätavallisen hiljaisia. Vanhemmat usein kuitenkin kokevat eron jälkeen, että heillä on enemmän aikaa huolehtia vanhemmuudestaan ja suhteistaan lapsiinsa, kun parisuhteen hoitamiseen ei enää tarvitse käyttää aikaa. (Kääriäinen 2008, 81, 83–86.)

7.2 Juuri synnyttäneiden äitien abortit

Suomessa noin puolet kaikista aborteista tehdään naisille, joilla on jo entuudestaan lapsia (Vikat, Kosunen & Rimpelä 2002, 84–90). Vuonna 2009 raskaudenkeskeytyksiä tehtiin kaikkiaan Suomessa 10 427 kappaletta. Raskaudenkeskeytyksien kokonaismäärä on 2000-luvulla ollut lievässä laskussa, mutta lukumäärällisesti eniten on kasvanut 30–34-vuotiaiden naisten raskaudenkeskeytyksien määrä. Vuonna 2009 keskeytetyistä raskauksista 36,6 prosentilla naisista oli yksi tai kaksi aiempaa synnytystä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Aborttipäätös on monelle naiselle suuri päätös, jonka tekeminen vaatii paljon pohdintaa ja erilaisten tunteiden läpikäyntiä. Raskaudenkeskeytyksellä ei ole todettu olevan myöhempään hedelmällisyyteen vaikutuksia, mikäli keskeytys on sujunut ongelmitta. Psykkisiä vaikutuksia esiintyy suhteellisen harvoin. (Kauranen 2010; Tiitinen 2010.) Norjassa vuonna 2005 julkaistun tutkimuksen mukaan abortin tehneet naiset kokivat muuhun väestöön verrattuna keskimääräistä

enemmän ahdistusta vielä viisi vuotta abortin jälkeen (Broen, Moum, Boedtke & Ekeberg 2005). Tuoreen tanskalaistutkimuksen mukaan abortilla ei puolestaan näyttäisi olevan lyhyellä aikavälillä vaikutuksia naisten mielenterveyteen. Tutkimuksen mukaan abortin tehneillä naisilla ei seuraavan vuoden aikana ollut synnyttäneitä naisia suurempaa riskiä psyykkisille ongelmille. (Munk-Olsen, Munk-Laursen & Pedersen 2011, 332–339.)

Vuosittain yhdeksän prosenttia aborteista tehdään Suomessa äideille, jotka ovat synnyttäneet lapsen kuluneen vuoden aikana. Suurin riski äideillä on raskaudenkeskeytykseen 6–8 kuukautta synnytyksen jälkeen. (Vikat ym. 2002, 84–90.) Tämä antaa viitteitä siitä, että synnytyksen jälkeistä ehkäisyä ei tehokkaasti käytetä. Tutkimusten mukaan vuoden kuluttua synnytyksestä yleisin käytössä oleva ehkäisymenetelmä on kondomi, jonka ehkäisyteho on hyvä käytettäessä sitä oikein. (Vikat ym. 2002, 84–90).

Synnytyksen jälkeen imettävän äidin ehkäisymahdollisuuksina on kuparikierukka, kondomi sekä keltarauhashormonia sisältävät ehkäisyvalmisteet (minipillerit, ihonalainen hormonikapseli, hormonikierukka sekä ehkäisyruiskeet). Täysimeytys toimii myös ehkäisykeinona, mikäli kaikki seuraavista kriteereistä täyttyvät: vauvalle ei anneta lisäruokaa, synnytyksestä on alle kuusi kuukautta eivätkä kuukautiset ole alkaneet. (Puolakka & Himanen 2010, 472–473.) Lisäksi imeytuskertojen välit eivät päivällä saisi ylittää neljää tuntia eivätkä yöaikaan kuutta tuntia. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007). Sterilisaatio on menetelmistä varmin ja voidaan tehdä joko naiselle tai miehelle mutta vaatii huolellisen keskustelun molempien osapuolien kanssa. Lisäksi lapsiluvun tulee olla riittävä. Sterilisaatio voidaan huolellisen suunnittelun jälkeen suorittaa piankin synnytyksen jälkeen. (Perheentupa 2003, 387–391.)

Synnytyksen jälkeisiä abortteja voitaisiin ehkäistä paremmalla vanhempien ohjauksella sekä ehkäisyn puheeksi ottamisella neuvolakäyntien yhteydessä. Vanhemmille tulisi antaa tietoa myös hormonaalisesta jälkiehkäisystä, jota voi imetyksenkin aikana käyttää, mikäli muu ehkäisymenetelmä pettää. Ehkäisystä keskustelemista tulisi suositusten mukaan lisätä entisestään jälkitarkastusten yhteydessä. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007.) Haasteena

ovat äidit, jotka eivät imetä, koska heillä uusi raskaus voi alkaa jo ennen jälki-tarkastusta (Perheentupa 2003, 387–391).

7.3 Lapsettomuushoidot

Joka kuudes suomalainen pariskunta kärsii jossain elämänsä vaiheessa tahat-tomasta lapsettomuudesta (Ketonen 2007, 613). Lapsettomuushoitojen määrä onkin kasvanut viimeisten kymmenen vuoden aikana noin 19 prosenttia ja nii-den määrä kasvaa joka vuosi. Vuonna 2008 Suomessa tehtiin reilut 8200 kei-nohedelmöitystä ja tämä luku pitää sisällään tehdyt koeputkihedelmöitykset ja mikrohedelmöityshoidot sekä niihin sisältyvät pakastettujen alkuiden siirrot. Vuonna 2008 3,2 prosenttia kaikista syntyneistä lapsista eli 1898 lasta oli saa-nut alkunsa lapsettomuushoitojen avulla. (Gissler & Heino 2010.)

Tahaton lapsettomuus on usein suuri kriisin aihe siitä kärsiville. Lapsettomuus vaikuttaa naisen ja miehen itsetuntoon, minäkuvaan sekä identiteettiin hyvin vahvasti ja siten se on uhkakuva omaa naiseutta tai miehuutta kohtaan. Lapset-tomuus herättää siitä kärsivällä monenlaisia voimakkaita tunteita, kuten syylli-syyttä, ahdistusta, häpeän tunnetta, kateutta ja raivoa. Naisten on tutkittu koke-
van lapsettomuuden psyykkisesti rankemmaksi ja negatiivisemmaksi kuin mies-ten ja he kokevat olevansa vastuussa parin lapsettomuudesta. Miehet ovat eni-ten huolissaan puolisostaan sekä lapsen saannin vaikeuden vaikutuksesta pa-risuhteeseen ja muihin läheisiin ihmissuhteisiin. Miehet voivat kuitenkin kokea voimakkaita epäonnistumisen tunteita lapsettomuuden syyn ollessa heissä, sillä lapsen siittäminen nähdään usein miehen mittana. (Ketonen 2007, 620; Tulppa-la 2002, 531–536.)

Parisuhde sekä muut sosiaaliset suhteet joutuvat monesti koetukselle, kun lap-
settomuushoitojen antama toivo sekä mahdolliset pettymykset vuorottelevat voimakkaina mielessä. Usein kuitenkin yhteisen lapsettomuuskriisin on havaittu vahvistavan pariskunnan parisuhdetta ja lähentävän pareja. (Ketonen 2007, 620.) Repokarin (2008, 48) tutkimuksen mukaan lapsettomuushoitojen avulla lapsen saaneet kuvaavat parisuhdettaan paremmaksi ja seesteisemmäksi vuosi

lapsen syntymän jälkeen kuin luonnollisesti lapsen saaneet. Myös muissa tahattomasti lapsettoman parin ihmissuhteissa, kuten ystävyysuhteissa voi tapahtua muutoksia. Ihmisten ajattelemattomat kommentit lasten hankinnasta voivat syvästi loukata lapsetonta paria ja johtaa pahimmillaan heidän eristäytymiseen muista ihmisistä. Erityisesti lapsia omaavien läheisten kanssa yhteydessä oleminen voi tuntua hyvin vaikealta kateuden ja huonommuuden tunteiden vuoksi. (Ketonen 2007, 620; Tulppala 2002, 531–536.)

Lapsettomuushoidot jättävät aina jälkensä niitä läpikäyneisiin vanhempiin. Lapsettomuushoidoilla raskaaksi tulleet naiset voivat olla tavallista huolestuneempia raskaudestaan ja sikiön voinnista. Heillä saattaa olla voimakasta pelkoa keskenmenoja kohtaan sekä joidenkin tutkimusten mukaan pitkään lasta yrittäneillä on havaittu olevan herkemmin voimakkaita synnytyspelkoja kuin luonnollisesti raskaaksi tulleilla naisilla. (Repokari 2008, 20–21.) Kuitenkin suomalaisen tutkimuksen mukaan synnytyspelkoja ei esiinny enemmän lapsettomuushoidoilla lapsen saaneilla (Poikkeus 2007, 47–48). Lasta toivovaa paria haavoittaneet toivon ja pettymyksen vuorottelevat tunteet ja muut lapsettomuuteen liittyvät negatiiviset tunteet lieventyvät usein pian lapsen syntymän jälkeen. Harvoin voi käydä niin, että vanhemmat eivät vielä lapsen syntyessä ole päässeet ylitse uhanneen lapsettomuuden tuomasta tuskasta ja nämä vaikeat tunteet voivat myös osaltaan vaikuttaa vanhempien ja lapsen välisiin vuorovaikutussuhteisiin ja hankaloittaa vanhemmuuteen siirtymistä. (Repokari 2008, 20–21.)

Eri tutkimukset ovat ristiriitaisia siinä, lisäävätkö lapsettomuushoidot riskiä erilaisille ongelmille vanhemmuuteen siirtyessä. Joidenkin tutkimusten mukaan tahattoman lapsettomuuden ja lapsettomuushoitojen psyykkinen kuormittavuus voi vaikuttaa kielteisesti vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen. Pitkään lasta yrittäneet henkilöt ovat voineet keritä muodostaa hyvin tarkkoja mielikuvia itsestään äitinä ja isänä sekä heidän mieliinsä on iskostunut yksityiskohmainen ihannelapsi. Tällöin lapsen syntyessä vanhemmilla saattaa olla epärealistisia odotuksia itsestään vanhempana sekä siitä, millainen lapsi on. Nämä vahvat mielikuvat voivat siten hankaloittaa vanhempana toimimista. (Repokari 2008, 20, 27–28.) Repokarin (2008, 27–28) suomalaisen tutkimuksen tulosten mukaan vanhemmuuteen siirtymisessä ei ole eroja lapsettomuushoitojen avulla

ja luonnollisesti raskaaksi tulleiden välillä, eivätkä lapsettomuushoidot näytä lisäävän riskiä vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutussuhteen ongelmille.

Tutkimuksissa on havaittu lapsettomuushoidoilla lapsen saaneiden naisten äidillisen käyttäytymisen lasta kohtaan olevan samanlaista kuin luonnollisesti raskaaksi tulleilla. Joidenkin tutkimusten mukaan lapsettomuushoitojen kautta lapsen saaneita äitejä on pidetty lastaan kohtaan ylisuojelevimpina ja holhoavimpina ja tämän on esitetty vaikuttavan kielteisesti lapsen psykososiaaliseen kehitykseen. Kuitenkin samasta aiheesta tehtyjen toisten tutkimusten mukaan lapsettomuushoidoilla lapsen saaneet äidit ovat muita äitejä tyytyväisempiä itseensä äiteinä, heillä on enemmän positiivisia kokemuksia vanhempana sekä he kokevat vähemmän vanhemmuuteen liittyvää stressiä. Myös masennusoireet ensimmäisten päivien aikana lapsen syntymästä ovat vähäisempiä lapsettomuushoidot läpi käyneillä äideillä. (Repokari 2008, 27–28, 45, 51, 54.)

Lapsettomuushoidoilla lapsen saaneet kokevat usein sosiaalisen ympäristön aiheuttavan heille paineita vanhemmuuden kokemisessa. Monesti pitkän yrityksen jälkeen lapsen saaneiden vanhempien odotetaan olevan aina onnellisia ja tyytyväisiä perhe-elämään. Niinpä normaalisti vanhemmuuteen liittyvien negatiivisten tunteiden, kuten pettymyksen ja stressin tunteminen ja niiden näyttäminen voi tuntua vanhemmista vaikealta. (Repokari 2008, 29; Tulppala 2002, 531–536.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä äitiyshuollon työntekijöiden tietoisuutta ilottomasta äitiydestä ilmiönä, jotta he voisivat raskauden ja lapsivuoteen eri vaiheiden aikana tunnistaa helpommin erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat ja näin ennaltaehkäistä mahdollisia myöhempiä ongelmia. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaista on iloton äitiys.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

- kerätä äitien kokemuksia ilottomasta äitiydestä
- selvittää, miten ilottomaksi koettu äitiys on vaikuttanut perheen keskinäisiin vuorovaikutussuhteisiin sekä perheen arkeen
- selvittää, millaista tukea äidit kaipaisivat ja mistä he toivoisivat sitä saavansa

9 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimukset jaetaan perinteisesti kvantitatiivisiin sekä kvalitatiivisiin tutkimuksiin. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus sopii tutkimuksiin, jossa tutkittavat asiat voidaan muuttaa mitattavaan muotoon ja analysoida tilastollisesti. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus pyrkii enemmän ymmärtämään ja tulkitsemaan ilmiöitä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136, 160.)

9.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on kiinnostunut tutkittavan asian laadusta, ei niinkään sen määrästä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään ja tulkitsemaan tutkittavaa asiaa ja tämän vuoksi tällaisessa tutkimuksessa ei haluta päästä yleistettäviin tutkimustuloksiin tai mittaamiseen. (Koivula, Suihko & Tyrväinen 1999, 29.) Kvalitatiivinen tutkimus antaa onnistutuaan kokonaisvaltaista tietoa tutkittavasta aiheesta, sillä sen avulla voidaan päästä lähelle tutkimuksen kohdetta, kuten ihmisten tapaa kokea asioita tai ihmisten niille antamia merkityksiä (Hirsjärvi ym. 2007, 160).

Tutkimuksen kohderyhmä valitaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksenmukaisesti, jolloin tutkittavien henkilöiden satunnaista valitsemista ei käytetä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei käytetä valmiita mittareita vaan tutkija joutuu usein luomaan itse analyysivälineensä. (Koivula ym. 1999, 30.) Tutkimuksen tekemisessä suositaan sellaisia aineiston hankintamenetelmiä, joista tulee hyvin esille tutkittavien mielipiteet ja näkökulmat. Tällaisia mahdollisimman syvällistä tietoa tutkittavasta kohteesta esiin tuovia aineiston keruumenetelmiä ovat muun muassa teemahaastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaisten dokumenttien analysointi. Saadun tutkimusaineiston käsittelyyn ja tutkimustulosten muodostamiseen käytetään usein laadullista sisällönanalyysia. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

Kvalitatiivinen tutkimus vaatii onnistuakseen vahvan teoriapohjan tutkittavasta asiasta, sillä muuten tutkijalle voi helposti muodostua aiheesta henkilökohtaisiin asenteisiin ja luuloihin perustuva näkemys. Niinpä tutkijan tulisi työtä tehdessään purkaa auki omia aiheeseen liittyviä ennakkoluulojaan, jotta ne eivät vaikuttaisi työn tutkimustuloksiin. (Koivula ym. 1999, 29–30.)

Tässä tutkimuksessa käytetään kvalitatiivista tutkimusmetodia, koska työn tarkoituksena on saada tietoa siitä, millaisia kokemuksia äideillä on ilottomasta äitiydestä. Työssä pyritään saamaan mahdollisimman kokonaisvaltainen käsitys ilottomasta äitiydestä ilmiönä, jonka vuoksi opinnäytetyön toteutukseen sopii hyvin kvalitatiivinen tutkimusote.

9.2 Aineiston hankintamenetelmät laadullisessa tutkimuksessa

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto voidaan hankkia monin eri tavoin. Tavallisimpia aineistoja ovat erilaiset kyselyt, haastattelut, havainnointi sekä erilaiset dokumentit, kuten päiväkirjat tai kirjeet, joita voidaan käyttää joko yksittäin tai toisiaan tukien. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 73.) Tässä työssä on kerätty äitien kokemuksia ilottomasta äitiydestä kyselyn avulla.

Kysely tiedonhankintamenetelmänä voidaan toteuttaa monin eri tavoin (Tuomi & Sarajärvi 2006, 74). Kyselyn avulla on mahdollista tavoittaa suuri vastaajajoukko ja sitä on mahdollista levittää esimerkiksi Internetin tai postin välityksellä. Kyselylomakkeisiin kysymykset voidaan laatia joko avoimina kysymyksinä tai monivalintakysymyksinä. Myös asteikkoihin perustuvat väittämäkysymykset ovat mahdollisia mutta sopivat huonosti laadullisen tutkimuksen tiedonhankintamenetelmäksi. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden vastata omin sanoin ja tutkija saa siten arvokasta tietoa vastaajan mielipiteistä, asenteista sekä käyttäytymisestä. Avoimet kysymykset sopivat siten hyvin kvalitatiivisen tutkimuksen kyselyyn. (Hirsjärvi ym. 2007, 188–199.)

Tässä tutkimuksessa ilottoman äitiyden kokemista kartoitetaan Internet-kyselyllä. Internet-kysely on suunnattu äideille, joiden odotukset äitiyttä kohtaan

eivät ole vastanneet todellisuutta, minkä vuoksi he voivat kokea äitiyden epätydyttävänä. Aineisto kerätään äideille suunnatulta sivustolta, jolloin se tavoittaa oikean kohdejoukon ja vastauksien saaminen on todennäköisempää. Kyselyssä käytetään avoimia kysymyksiä, jotta äideiltä saadaan mahdollisimman laajoja ja syvällisiä vastauksia.

9.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi mahdollistaa tutkimusaineiston systemaattisen ja objektiivisen tarkastelun ja se sopii käytettäväksi monissa erityyppisissä tutkimuksissa. Analyysin avulla pyritään etsimään tekstin merkityksiä sekä yksinkertaistamaan ja tiivistämään aineistoa, jotta sanallisten johtopäätösten teko sen pohjalta olisi mahdollista. Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöistä, teoriaohjautuvaa tai teorialähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 105–110.)

Aineistolähtöinen eli induktiivinen analysointi suoritetaan kolmessa vaiheessa ja tutkimustehtävään etsitään vastausta käsitteitä yhdistelemällä. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, jossa karsitaan aineistosta kaikki tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois ja keskitytään ainoastaan tutkimustehtäviä vastaaviin asioihin. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan, jolloin pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään niiden samankaltaisuuden tai eroavaisuuden mukaan. Ilmaisut ryhmitellään luokiksi, jotka nimitetään sisällön mukaan. Viimeinen vaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen, jossa valikoidaan tutkimuksen kannalta olennaiset asiat aiemmista luokista ja muodostetaan niiden pohjalta teoreettiset käsitteitä vastaamaan tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 106–115.)

Tässä työssä käytetään sisällönanalyysia, koska saadut kyselyvastaukset ovat laajoja ja sisällönanalysointi helpottaa uusien käsitteiden määrittelyssä. Aineistolähtöistä analyysia käytetään, koska käytössä ei ole valmiita tutkimustuloksia, joita voisi analysointivaiheessa käyttää hyväksi.

10 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämän työn tarkoituksena on selvittää, millaista on iloton äitiys äitien kokemana. Työ toteutetaan kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena ja se valmistuu syksyllä 2011. Työssä selvitetään äitien kokemuksia avoimia kysymyksiä sisältävän kyselyn avulla (liite 1). Kyselyllä saadun aineiston analysointiin käytetään laadullista sisällönanalyysia.

10.1 Aineiston keruu

Aineiston keräämiseksi Internetin vauvaperheille suunnatuille keskustelupalstoille laitettiin tammikuussa 2011 kysely, johon sivustolla vierailevat äidit saivat halutessaan vastata. Kyselyt julkaistiin Internetissä Vauva- ja Kaksplus-lehden keskustelupalstoilla sekä Helistin.fi- ja suomi24.fi-keskustelupalstoilla. Kyselyllä kartoitettiin äitien kokemuksia ilottomasta äitiydestä ja sen vaikutuksista perheen vuorovaikutussuhteisiin. Kyselyllä oli myös tarkoitus saada tietoa siitä, mistä äidit olivat saaneet tukea ja mistä he sitä olisivat toivoneet saavansa. Kyselyyn pyydettiin vastaamaan äitejä, joilla ei ollut ennen tai jälkeen raskauden todettu mielenterveydellisiä ongelmia. Tarkoituksena oli saada mahdollisimman syvällisiä ja erilaisia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä.

Internetin keskustelupalstoilla oleviin kyselyihin odotettiin vastauksia puolen vuoden ajan, jotta tavoitettaisiin mahdollisimman monet keskustelupalstoilla vierailevat äidit. Kyselyn avulla tavoitetuista äideistä kuusi vastasi kirjoittaen omista kokemuksistaan. Vastaajista yhdellä oli yli 3-vuotias lapsi. Tutkimuksen aihe aiheutti laajaa huomiota keskustelupalstoilla, sillä monet kommentoivat aihetta varsin negatiiviseen sävyyn.

10.2 Aineiston kuvaus

Saaduissa vastauksissa äidit kuvasivat omin sanoin kokemuksiaan ja äitiyden herättämiä tunteita. Äidit kuvasivat tunteitaan monisanaisesti ja uskalsivat tuoda esille myös heille vaikeita aiheita, kuten halua oman lapsen vahingoittamiseen. Kertomuksista tuli esille, millaista arki pienen lapsen kanssa kotona oli. Monet äidit kertoivat, etteivät he olleet saaneet kaipaamaansa tukea terveydenhuollosta esimerkiksi neuvolasta.

Keskustelupalstoille tuli myös paljon kommentteja äideiltä, jotka eivät kokeneet aiheen koskettavan heitä. Aihe herätti heidän keskuudessaan paljon keskustelua, jossa kritisoitiin aihetta ja sen esille nostamista. Toisten keskustelijoiden mielestä äidin jaksamisesta ja vauvaperheen arjesta on ollut yhteiskunnassa jo paljon keskustelua, esimerkiksi eräs äiti mainitsi aiheen olevan ”puhki kaluttu aihe!”. Osa keskustelijoista oli puolestaan sitä mieltä, ettei aiheen käsittely ole kenenkään kannalta hyödyllistä eikä tutkimustietoa siitä tarvita vaan jokaisen tulisi ymmärtää elämän realismia ja pärjätä elämässä maalaisjärjen avulla. Eräs äiti koki, ettei yhteiskunta luota aikuisen naisen pärjäävän äitinä, koska äidin jaksamista on hänen mielestään tuotu esille niin neuvolassa kuin mediassakin. Huolimatta saadusta negatiivisesta palautteesta, saadut vastauksesta ovat kuitenkin olleet informatiivisia ja tutkimuksen kannalta olennaisia. Internet-kyselyn ansiosta aiheesta saatiin esille erilaisia näkökulmia, jotka otetaan tutkimuksessa huomioon.

10.3 Aineiston analysointi

Vastausten analysoinnissa on käytetty sisällönanalyysia. Ensimmäisenä saadut vastaukset luettiin huolella läpi. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin eli ainoastaan tutkimustehtäviä vastaavat kommentit otettiin tarkempaan tarkasteluun. Tämän jälkeen ilmaisut ryhmiteltiin samankaltaisuuden tai eroavaisuuden mukaan eri luokkiin.

Sisällönanalyysin avulla saatu aineisto havainnollistettiin Mind-Map-muodossa (taulukot 1, 2 ja 3). Sisällönanalyysillä saadut tulokset luokiteltiin kolmeen eri luokkaan. Ensimmäiseen luokkaan liitettiin vauvaan liittyviä tekijöitä, toiseen äitiin liittyviä ja kolmanteen tukiverkostoon liittyviä tekijöitä. Näistä tuloksista muodostettiin työn johtopäätökset.

11 TUTKIMUSTULOKSET

Analysoidut vastaukset jaettiin vauvaan, äitiin ja tukiverkostoon liittyviin tekijöihin. Vauvan kohdalla esiin nousivat tärkeimpinä vauvan vaativuus, imemisongelmat ja sairaudet. Äitiin liittyvät tekijät jaettiin psyykkisiin, fyysisiin sekä sosiaalisiin tekijöihin. Psykkisistä tekijöistä esille nousivat synnytyskokemus, sopimattomuus äidiksi, aggression tunteminen sekä turhautuminen. Fyysisistä tekijöistä oleellisemmaksi nousi äidin väsymys mutta myös fyysistä kipua esiintyi. Yksinäisyys ja sosiaalisten tilanteiden välttely olivat merkittäviä sosiaalisia tekijöitä. Äitien saama tuki jaettiin läheisiltä, julkisesta ja yksityisestä terveydenhuollosta sekä sosiaalisesta mediasta peräisin olevaan tukeen.

11.1 Vauvaan liittyvät tekijät

Saaduissa vastauksissa yhteistä oli vauvojen itkuherkkyys. Vauvat saattoivat itkeä useamman tunnin putkeen, eivätkä rauhoittuneet muualla kuin oman äidin sylissä. Äidit kokivat vauvojen itkun vaikeana asiana, koska eivät aina tieneet itkun syytä, eivätkä siksi saaneet vauvaa rauhoittumaan. Kaikki äidit eivät kestäneet kuunnella vauvan jatkuvaa itkua vaan saattoivat jättää vauvan hetkeksi yksin ja poistua toiseen huoneeseen.

”en olisi voinut kuvitellakaan miten hirveää on kuunnella vauvan huutoa tunnista toiseen pitkin päivää ja yötä”

Monet vauvat nukkuivat huonosti. Erityisesti öisin vauvat olivat levottomia ja vaativat äideiltä huomiota. Itkun vuoksi vauvojen nukkuttamiseen meni aikaa ja äidit kokivat sen haastavana. Yksi äideistä kokeili perheneuvolan ohjeilla uni-koulua, jonka avulla vauva rauhoittui nukkumaan paremmin. Muut äidit olivat kokeilleet monia erilaisia keinoja, kuten sattereitä ja kantoliinoja vauvan nukuttamista helpottamaan.

Vauvojen vaativuus tuli esille myös vauvojen temperamenttisuutena. Äitien tuli nopeasti tyydyttää vauvojen tarpeet, sillä vauvat olivat kärsimättömiä ja vaativat

herkästi huomiota. Eräs äiti koki myös oman temperamenttinsa täysin päinvas-
taiseksi kuin vauvan ja tämä aiheuttikin hänelle vaikeuksia ymmärtää vauvan
kärsimättömyyttä.

*”tyttö on kovin pelokas ja arka, mutta kuitenkin äänekäs regoi-
maan välittömästi ja täysillä”*

Monet vauvat vaativat tiheästi ruokaa. Erityisesti öisin vauvat tahtoivat olla jat-
kuvasti rinnalla. Vauva saattoi myös alkaa hylkiä rintaa, minkä eräs äiti koki it-
selleen vaikeana. Vauvan synnyttyä äidit olivat hyvin motivoituneita imettä-
mään. Useat äidit luopuivat kuitenkin täysimetyksestä melko varhain helpot-
taakseen arkea. Imetyksen lopettaminen aiheutti äideille huonoa omaatuntoa,
koska he olivat tietoisia täysimetyksen hyödyistä. Suurin syy rintaruokinnan lo-
pettamiseen oli vauvojen itku ja koliikki. Äidit kokivat näissä tilanteissa pulloruo-
kinnan itselleen helpompana. Monilla vauvoilla pulloruokinta sekä kiinteisiin
ruokiin siirtyminen vähensivät itkua.

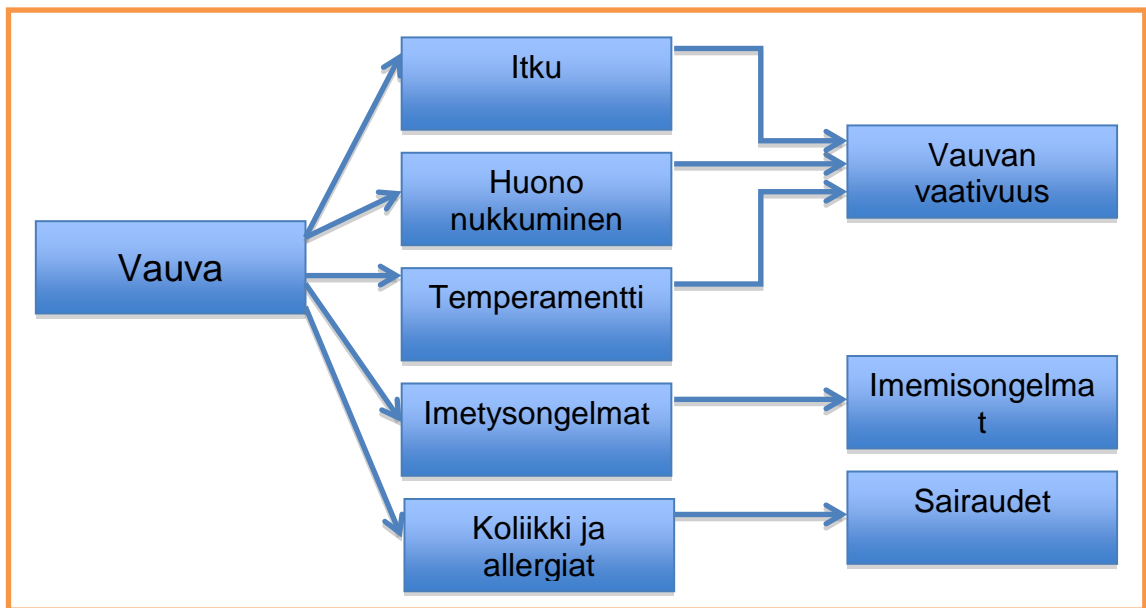
*”yritin edelleen rintaruokinta, koska se on NIIN TÄRKEÄÄ ja hä-
peällistä epäonnistua asiassa”*

”rintaruokinta oli yllätyksekseni minusta kamalinta maailmassa”

Moni vauva kärsi muutaman kuukauden ikäisenä koliikista, joka ilmeni juuri it-
kemisenä ja huonona nukkumisena. Yksi vauvoista kärsi refluksitaudista sekä
useista eri allergioista. Äidit kokivat tilanteen toivottomana, koska eivät saaneet
riittävästi neuvoja koliikin helpottamiseksi. Äidit kokeilivat monia eri keinoja vau-
van olon helpottamiseksi. He antoivat vauvalle maitohappobakteereita sekä ko-
keilivat muun muassa lämpöpusseja ja koliikkikeinua.

*” – en todellakaan ollut varautunut tähän, että meidän –terveiden
vanhempien lapsi olisi ”sairas” ja allerginen”*

TAULUKKO 1. Vauva



11.2 Äitiin liittyvät tekijät

Monet äidit ottivat synnytyskokemuksen esille kertomuksissaan. Monille synnytys oli ollut hankala. Näillä äideillä oli ollut toimenpidesynnytys, kuten imukuppi- ja sektiosynnytys. Yksi äiti oli saanut synnytyksen yhteydessä kolmannen asteen repeämän. Nämä äidit kokivat, etteivät olleet saaneet tarpeeksi tukea ja ohjausta kätilöiltä sairaalassaolon aikana. Toisaalta osa äideistä koki synnytyksen ja sen jälkeisen sairaalassaoloajan myönteisenä, eivätkä kertoneet siitä tarkemmin.

”jotain olisin kaivannut enemmän synnytyksessä kätilöiltä jotain varmuutta, äidillisyyttä, eikä, että ponnista vaan hyvä”

Osa äideistä koki, etteivät olleet sopivia äideiksi. Monilla äideillä oli lastaan kohtaan ristiriitaisia tunteita, joista he kokivat syyllisyyttä. Osa äideistä koki, että tunneside lapseen oli vajavainen, eivätkä syvät rakkauden ja onnen tunteet olleet pinnassa. Äidit olivat alakuloisia ja heidän mielialansa heittelivät onnen ja masennuksen välillä. Äidit tunsivat myös vihan ja aggression tunteita niin itseään kuin miestänsä ja lastaan kohtaan. Eräs äiti kuvasi tunteneensa vihamielisyyttä lastaan kohtaan jo raskausaikana, sillä hän olisi halunnut tehdä abortin.

Muutamalla äideistä oli ajatuksia lapsensa vahingoittamisesta. Äidit turhautuivat herkästi, koska joutuivat olemaan paljon lapsen kanssa kotona ja yksin vastuussa perheen arjesta.

”en ole kokenut ollenkaan sitä kuuluissaa äitiyden ihanuutta enkä osaa nauttia kohta 2-vuotiaasta lapsestani”

”tuntu ettei mitään yhteyttä saa vauvaa”

Lähes jokainen äiti koki väsymystä lapsen syntymän jälkeen. Äidit nukkuivat vähän, eivätkä saaneet unta lapsen syntymän jälkeisinä viikkoina. Väsymys vaikutti kokonaisvaltaisesti äitien toimintakykyyn ja aiheutti ristiriitoja perheen sisäisiin vuorovaikutussuhteisiin, mikä ilmeni riitoina puolisoitten välillä. Äideille lapsen hoitaminen oli fyysisesti vaativaa, koska monet joutuivat kantamaan lasta paljon tai tekemään pitkiä vaunulenkkejä lapsen rauhoitteluksi.

Lapsen hoidon lisäksi äidit eivät juuri jaksaneet tehdä muuta, kuten laittaa ruokaa ja siivota. Myös omasta hyvinvoinnista huolehtiminen jäi äideillä vähemmälle. Monen äidin oma syöminen perustui lähinnä epäsäännölliseen naposteluun monipuolisen ja ravitsevan ruoan sijaan. Jotkut äidit kärsivät myös fyysisistä kivuista. Kipua aiheuttivat vauvan itkemisestä johtuva tinnitus ja vauvan kantamisesta sekä imetyksestä aiheutuva niska-hartiaseudun jumiutuminen.

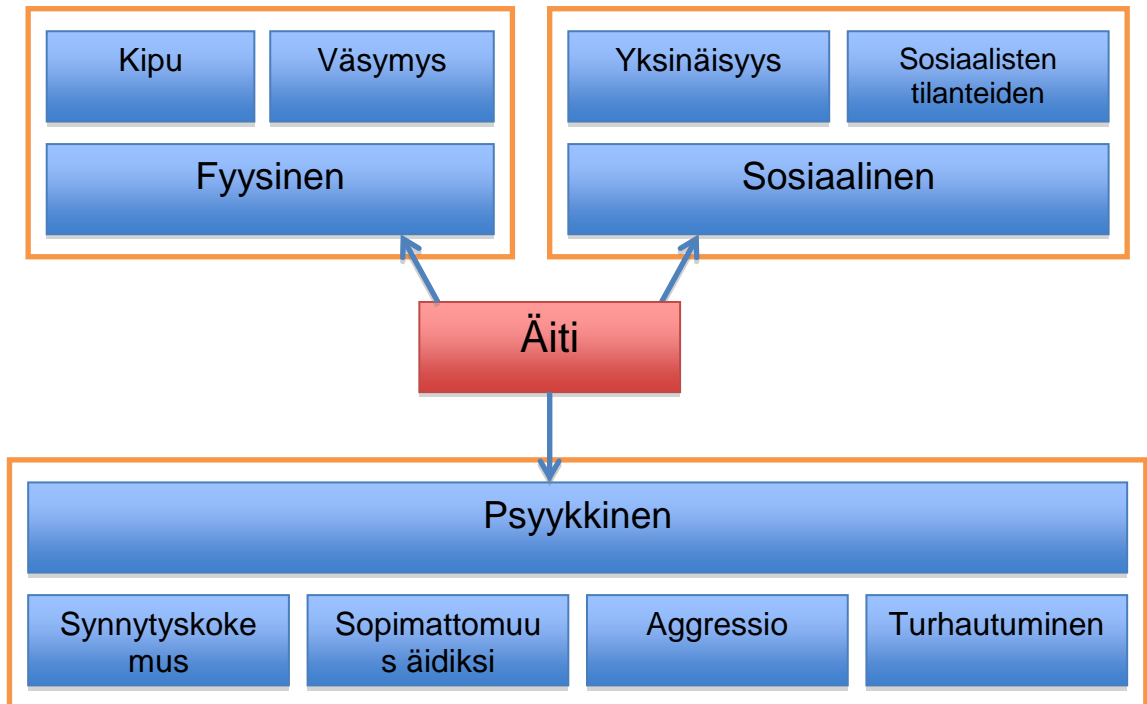
”olin kuoleman väsynyt jo muutaman viikon jälkeen ja kaikki näytti erittäin synkältä”

Moni äiti koki yksinäisyyttä. Lähes jokaisen äidin kohdalla puoliso lähti pian lapsen syntymän jälkeen takaisin töihin. Muutama äiti oli juuri muuttanut vieraalle paikkakunnalle miehen työn vuoksi, eivätkä siksi tienneet, minne olisivat voineet vauvan kanssa päivisin lähteä. Äidit eivät olleet ennen vauvan syntymää ehtineet löytää uusia harrastuksia paikkakunnalta.

Äidit välttelivät sosiaalisia tilanteita viettäen lähes kaiken ajan kotona, koska eivät jaksaneet tai halunneet lähteä vauvan kanssa ulos. Useat äidit kokivat vauvan kanssa kodin ulkopuolella liikkumisen kiusallisena, koska pelkäsivät vauvan mahdollista itkukohtausta. Osa äideistä oli turhautuneita, koska he olisivat mielellään lähteneet välillä yksin asioille kodin ulkopuolelle.

”– että tuntisin olevani kotona neljän seinän sisällä, väsyneenä, yksin”

TAULUKKO 2. Äiti



11.3 Tukiverkoston liittyvät tekijät

Moni äiti oli muuttanut raskauden aikana uudelle paikkakunnalle, eikä heillä ollut ehtinyt kehittyä sinne vielä uutta sosiaalista tukiverkostoa. Monen mies lähti pian lapsen syntymän jälkeen takaisin töihin ja äiti jäi yksin kotiin vauvan kanssa. Miehet yrittivät auttaa äitejä arjen toiminnoissa, esimerkiksi laittamalla ruokaa mutta äidit kokivat kuitenkin jääneensä päävastuuseen lapsen hoidosta. Toiselle paikkakunnalle muuton vuoksi yhteydet sukulaisiin vähenivät. Äidit olisivat kuitenkin kaivanneet tukea ja apua omilta vanhemmiltaan mutta välimatka hankaloitti tämän järjestämistä. Lapsen synnyttyä äitien suhde omaan äitiinsä koki muutoksia. Eräs äiti kuvasi oman äitisuhteen parantuneen huomattavasti lapsen saamisen myötä mutta toinen äiti toi esille suhteen ristiriitojen pahentuneen lapsen synnyttyä.

Äidit olivat pääosin tyytymättömiä neuvolan palveluihin. He ottivat neuvolakäynteillä esille oman väsymyksensä ja vauvan hoitamiseen liittyvät haasteet ja kokivat, ettei heidän vaikeuksiaan otettu huomioon eivätkä he saaneet neuvolasta tarvittavaa apua ja konkreettisia neuvoja. Äidit olisivat kaivanneet neuvolalta enemmän empaattista suhtautumista perheen tilanteeseen. Lisäksi äidit toivoivat neuvolalta mahdollisuuksia tehdä kotikäyntejä myös myöhemmin lapsen syntymän jälkeen. Tyytymättömänä julkiseen terveydenhuoltoon, eräs äideistä haki apua vauvalle yksityiseltä lääkäriltä ja oli tyytyväinen saatuaan sieltä apua.

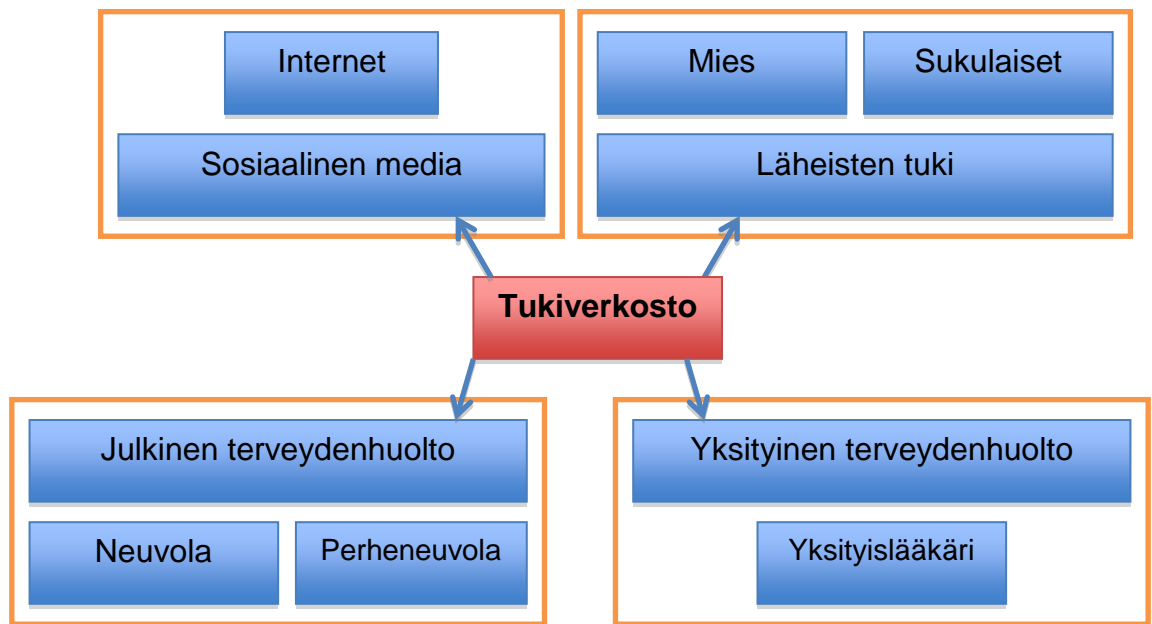
”myöhemmin neuvolassa, kun valitin vauvan ruokahaluttomuudesta, neuvolan täti tokaisi, että oletko kokeillut rukoilemista”

Perheneuvolan palveluihin äidit olivat pääosin tyytyväisiä. He kokivat, että perheneuvolan henkilökunta paneutui perheen ongelmiin ja ohjasi tarvittaessa perheen esimerkiksi psykologin vastaanotolle. Yhdelle perheelle tarjottiin mahdollisuutta perhekotiin, mutta äidin halukkuudesta huolimatta he eivät ottaneet paikkaa vastaan, koska aviomies oli ajatusta vastaan.

Sosiaalisen median antaman tuen äidit kokivat ristiriitaisena. Osa äideistä koki sosiaalisen median eli Internetin hyväksi keinoksi ilmaista ajatuksiaan ja tunteitaan ilman leimatuksi tulemisen pelkoa. Nämä äidit jakoivat kokemuksiaan erilaisilla keskustelupalstoilla. Kuitenkin oli myös äitejä, jotka näkivät Internetin huonona tuen ja tiedon lähteenä, koska se sisältää paljon ristiriitaista tietoa.

”ainoa paikka, jossa näistä puhun on tämä palsta”

TAULUKKO 3. Tukiverkosto



11.4 Yhteenveto tuloksista

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan monet eri tekijät vaikuttavat ilottoman äitiyden kokemiseen. Kyselyn perusteella ilottomalle äitiydelle merkittävä altistava tekijä on vauvan vaativuus, joka voi ilmetä esimerkiksi ongelmina imetyksessä tai vauvan erilaisina sairauksina. Vauvan vaativuuden on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yksi synnytyksen jälkeiselle masennukselle altistava tekijä (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 322–333). Iloton äitiys kuitenkin eroaa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta siinä, että ilottomuutta kokevat äidit eivät masennuksesta kärsivien tavoin suhtaudu vauvaan täysin kielteisesti vaan he pysyvät tunnistamaan vauvan tarpeita ja vastaamaan niihin. Saaduissa vastauksissa ei tullut ilmi vauvan masennusta kuvaavia oireita, kuten vauvan alakuloisuutta ja vetäytyneisyyttä (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 323–324).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ilottomaan äitiyteen liittyy paljon samankaltaista oirehdintaa kuin synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivät äidit kokevat jatkuvaa, voimakasta jaksamattomuutta sekä alakuloisuutta (Merjomaa & Varjola 2009, 25–28). Ilottomuutta kokevat äidit voivat kärsiä samansuuntaisista oireista kuin synnytyk-

sen jälkeistä masennusta sairastava äiti mutta oireet eivät ole yhtä vallitsevia ja voimakkaita. Äidit kokevat ilottomuudesta huolimatta myös syviä onnen ja ilon tunteita vauvaa kohtaan. Nämä äidit eivät välttämättä koe itseään masentuneeksi mutta kuitenkin tietävät, ettei kaikki ole hyvin.

Ilottomana koetulla äitiydellä sekä synnytyksen jälkeisellä herkistymisellä eli baby bluesilla on yhtäläisiä piirteitä, kuten unihäiriöt ja ärtyisyys (Tammentie 2009, 30–31). Iloton äitiys ei kuitenkaan ole täysin sama asia, sillä ilottomuutta kokevien äitien oireet saattavat olla pidempikestoisia. Baby bluesista kärsivillä äideillä oireet menevät ohi itsestään muutamassa vuorokaudessa vauvan syntymän jälkeen (Tammentie 2009, 30–31).

Tutkimustuloksista tulee esille joidenkin äitien kärsineen fyysisistä kivuista sekä ulkona liikkumisen välttelystä. Nämä molemmat voivat olla oireita myös ahdistuneisuus- ja pakko-oireisesta häiriöstä, johon oleellisesti liittyy kuitenkin myös paniikkioireilu (Väisänen 2001, 134; Niemi 1997, 19). Äitien kokemaa paniikkioireilua ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa tullut ilmi.

Valtaosa äideistä kokee olonsa yksinäiseksi ja ovat tyytymättömiä ja turhautuneita elämäänsä. Äidit kärsivät myös vuorovaikutussuhteen häiriöistä niin vauvan kuin puolison kohdalla. Äidit ovat herkästi hermostuvia ja riitaantuvat usein puolisonsa kanssa. Parisuhde kokee aina suuria muutoksia lapsen syntymän jälkeen etenkin ensimmäisen vuoden aikana, jolloin parisuhteen selvittämättömät ristiriidat voivat johtaa pienten lasten vanhempien avioeroon (Kontula 2009, 81). Äitien kokemat ristiriidat parisuhteessa eivät kuitenkaan tässä tutkimuksessa johtaneet vanhempien eroon.

Äideille tärkeimpiä tuen antajia tämän tutkimuksen mukaan ovat oma puoliso, läheiset sukulaiset sekä neuvola. Tulokset ovat samansuuntaisia myös aiemmissa tutkimuksissa (Tarkka 1996, 12, 116–120). Äidit jäävät melko pian vauvan syntymän jälkeen yksin kotiin puolison isyysloman loputtua. Monilla äideillä läheiset sukulaiset ja ystävät asuvat kaukana, eikä heistä siksi ole apua ja tukea arjen ongelmassa. Tuen puutteen vuoksi äidit voivat kokea jäävänsä ongelmien kanssa yksin, eivätkä välttämättä pysty puhumaan niistä kenenkään kanssa. Äidit kaipaavatkin terveydenhuollon ammattilaisilta, lähinnä neuvolalta, puuttu-

mista jo ilmenneisiin arjen ongelmiin ja oikeanlaisia neuvoja ongelmien ratkaisemiseksi.

Suomessa synnyttäneiden äitien tekemät abortit ovat huolestuttavasti lisääntyneet viime vuosina. Noin yhdeksän prosenttia aborteista tehdään naisille, jotka ovat synnyttäneet kuluneen vuoden aikana. (Vikat ym. 2002, 84–90.) Tässä tutkimuksessa eräs äiti, joka tuli raskaaksi pian esikoisen syntymän jälkeen, kuvasi voimakkaita vihan tunteita syntyvää lastaan kohtaan, sillä hän olisi halunnut keskeyttää raskauden. Saattaakin olla, että lasten pieni ikäero voi altistaa ilottomalle äitiydelle. Kukaan äideistä ei tuonut esille, että raskauden taustalla olisi ollut lapsettomuushoitoja, joten niiden vaikutusta äitiyden kokemiseen ei pystytä tämän tutkimuksen pohjalta kuvaamaan.

Eräs raskaudenaikainen kehitystehtävä on raskaana olevan naisen oman äitisuhteen muokkaaminen. Suhteen on aiemmissa tutkimuksissa havaittu vaikuttavan siihen, miten äiti omaa lastaan kohtelee. (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 321.) Tässä tutkimuksessa äidit eivät kuitenkaan tarkasti kuvanneet oman äitisuhteensa laatua, joten sen vaikutusta ilottoman äitiyden kokemiselle ei pystytä arvioimaan. Normaalin raskauden kehitystehtäviin kuuluu mielikuvien luominen vauvasta (Brodén 2006, 54–56). Tähän tutkimukseen osallistuneista äideistä osa ei ollut kyennyt muodostamaan raskausaikana mielikuvia vauvasta, mikä voi kertoa vaikeudesta hyväksyä omaa äitiyttä.

Raskauden aikainen masennus on merkittävä riskitekijä synnytyksen jälkeiselle psyykkiselle oirehdinnalle (Brodén 2006, 110; Mäkelä ym. 2010, 1015). Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty sen vaikutusta ilottoman äitiyden kokemiseen, sillä aiemmista mielenterveyden häiriöistä kärsivät äidit rajattiin pois tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa synnytyksen jälkeistä psyykkistä oirehdintaa on selvitetty äidin näkökulmasta, eikä isien alakuloisuutta ole kartoitettu.

12 POHDINTA

Työtä on lähdetty rakentamaan ”iloton äitiys”-käsitteen ympärille. Tarkoituksena on ollut tuoda esille se, miten äidit kokevat äitiyden, johon eivät itse ole olleet tyytyväisiä. Koska ilottomasta äitiydestä ei ole olemassa aiempia tutkimuksia, on lähteiden löytäminen ollut haastavaa. Tämän vuoksi työssä on otettu esille muita ilmiöön liittyviä aihepiirejä sekä toteutettu Internet-kysely ilottomasta äitiydestä suoraan äideille.

Työssä on käytetty lähinnä viime vuosina julkaistua lähdekirjallisuutta, joista osa on ollut ulkomaista. Työhön on valittu lähinnä eri terveydenhuollon ammattilaisten tuottamaa aineistoa, jotta lähteet olisivat luotettavia. Työn johtopäätökset on muodostettu äitien lähettämistä vastauksista. Kaikki saadut vastaukset on käsitelty sisällönanalyysillä ja mukaan on otettu myös alkuperäisen rajauksen ulkopuolelle jäänyt 12-vuotiaan lapsen äidin vastaus, vaikka kyselyssä pyydettiin alle 3-vuotiaiden lasten äitejä vastaajiksi.

Työ on pyritty toteuttamaan mahdollisimman luotettavasti sekä eettisiä arvoja kunnioittaen. Äidit saivat halutessaan vastata nimettömänä tutkimukseen ja vastaukset käsiteltiin salassapitovelvollisuus huomioon ottaen. Saatu tutkimusaineisto oli kooltaan pieni mutta ottaen huomioon kvalitatiivisen tutkimusotteen luonteen kuitenkin riittävä. Tutkimustuloksia laatiessa on pyritty korostamaan objektiivisuutta, jotta tekijöiden omat asenteet ja mielipiteet eivät vaikuttaisi tuloksiin.

Iloton äitiys on ollut aiheena tutkimisen arvoinen, koska se vaikuttaa kokonaisvaltaisesti koko perheen arkeen. Aiheen yleisyydestä huolimatta siitä ei puhuta tarpeeksi. Äidit tuntevat usein syyllisyyttä apaattisesta mielialastaan ja sen vaikutuksista perheeseen. Tämän vuoksi he eivät ota asiaa esille, eikä terveydenhuollon ammattilaiset osaa välttämättä kiinnittää ilmiöön huomiota. Asian esille ottaminen on kuitenkin tärkeää, sillä se selkeästi voi pitkään kestäessään altistaa myös vakavimmille ongelmille. Tällaisia ongelmia ovat esimerkiksi tutkimuksessa esille nousseet äitien ajatukset vauvansa vahingoittamisesta.

Tutkimuksessa monet äidit kuvaavat oloaan tyhjäksi eikä vauvan syntymä herättänyt heissä heti äitiyteen liittyviä rakkauden ja onnen tunteita. Äidit saattavat kokea tämänkaltaisen ”tunteettomuuden” ahdistavana ja vaikeana käsitellä. Lapsivuodeosastolla kättilön ammattitaitoon kuuluu osata antaa äidille lupa erilaisiin tunteisiin. Kättilön on syytä myös ottaa puheeksi äidin kanssa se, että on normaalia, ettei lapsi välttämättä herätä äidissä heti synnyttyään suuria tunteita. Myös synnytyksen huolellinen läpikäyminen jo synnytyssairaalassa vaikuttaa olevan puutteellista, koska äidit eivät tutkimustulosten perusteella ole saaneet riittävästi käydä synnytyskokemustaan läpi.

Mediassa äitiys nähdään usein positiivisena asiana ja tämän vuoksi äitien odotetaan olevan onnellisia ja tuntevan syviä tunteita lasta kohtaan heti tämän syntymän jälkeen. Äitiyteen ei julkisesti odoteta liittyvän minkäänlaisia negatiivisia tunteita, mikä tulee hyvin ilmi tutkimuksen toteutuksessa käytetyn Internet-kyselyn aiheuttamasta mielipiteiden voimakkuudesta. Keskustelupalstalla harvat uskalsivat puolustaa omaa mielipidettään ilottomuuden puolesta, mikä kertoo siitä, että sen esille ottaminen todellisessa elämässä voi olla vielä vaikeampaa. Äitiys on kirjo erilaisia tunteita, joiden läpikäymiseen ainakin terveydenhuollon ammattilaisten tulisi antaa lupa. Kättilön ja terveydenhoitajan on syytä miettiä myös, mitä omilla sanoillaan, eleillään ja asenteillaan viestittää äideille. Synnytyksen jälkeinen aika on hyvin herkkä ajanjakso naisen elämässä ja tällöin saattaa tiedostamattaan pahoittaa synnyttäneen naisen mieltä.

Iloton äitiys ei selkeästi ole masennukseen liitettävä käsite, vaikka niillä onkin yhteisiä piirteitä. Ilottoman äitiyden voi ajatella sijoittuvan synnytyksen jälkeisen herkistymisen eli baby bluesin ja hoitoa vaativan synnytyksen jälkeisen masennuksen välimaastoon. Tutkimuksen aineistosta nousee myös selkeästi esille äitiyteen liittyvien odotusten ja todellisuuden välinen ristiriita. Äitien kertomuksista huokuu se, että omat äitiyden odotukset ovat olleet epärealistisia. Yhteiskunnan ja läheisten odotukset äidiltä ovat voineet olla liian korkeat. Äitien epärealistiset käsitykset itsestä voivat aiheuttaa tyytymättömyyttä omaan elämään ja siten tehdä äitiydestä negatiivissävytteistä.

Jo äitiysneuvolassa tulisi ennen vauvan syntymää keskustella äidin kanssa äitiyden odotuksista ja siitä, millaista äitiys todellisuudessa voi olla. Neuvolalla on

merkittävä rooli perheen ohjauksessa vauvan kotiuduttua synnytyssairaalasta ja äidit odottavat saavansa sieltä tukea ja apua mahdollisiin ongelmiin. Erityistä huomiota tuleekin kiinnittää juuri äidin psyykkiseen jaksamiseen synnytyksen jälkeisillä neuvolakäynneillä. Tutkimuksen johtopäätösten perusteella herää kysymys siitä, ovatko lastenneuvolan tämänhetkiset resurssit riittävät äidin hyvinvoinnin ja siinä mahdollisesti ilmenevien ongelmien huomioimiseen.

Tutkimustulosten perusteella äidin kokema ilottomuus vaikuttaa kokonaisvaltaisesti perheen sisäisiin vuorovaikutussuhteisiin ja siksi lisätutkimusaiheena olisi-kin hyvä tutkia epätydyttävän äitiyden vaikutusta vauvaan. Ilottoman äitiyden seulomiseen voisi jatkossa kehittää siihen räätälöidyn kyselylomakkeen tai muun apukeinon sen puheeksi ottamista varten. Myös aiheen tutkimista isien näkökulmasta olisi mielenkiintoista tehdä, koska isien masennuksesta ja alakuoloisuudesta ei ole juurikaan tutkittua tietoa ja se on aiheena vielä vaietumpi kuin äitien kokema. Jotta iloton äitiys tulisi käsitteenä laajempaan tietoisuuteen terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, tarkoituksena olisi ottaa aihe esille myös Kätilölehdessä.

LÄHTEET

Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. 2005. Kliininen lapsipsykologia. Suom. Bergroth, R., alkuperäinen teos 2003. Helsinki: Edita.

Brodén, M. 2006. Raskausajan mahdollisuudet. 2. painos. Suom. Kivirauma, M., alkuperäinen teos 2004. Helsinki: Therapeia-säätiö.

Broen, A., Moum, T., Boedtker, A. & Ekeberg, Q. 2005. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine* 3/18, 1715–1741.

Depression During Pregnancy: Treatment Recommendations. Päivitetty 23.8.2009. Tulostettu 30.9.2010.
<http://www.medicalnewstoday.com/articles>.

Edmondson, O., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E. & Ramchandani, G. 2010. Depression in Fathers in the Postnatal Period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a Screening Measure. *Journal of Affective Disorders* 125/2010, 365–368.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.

Eskola, K. & Hytönen, E. 1996. Naisen elämä ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Contogeorgos, J. & Ascencio, A. 2006. Prenatal Paternal Depression. *Infant Behavior & Development* 29/2006, 579–583.

Gissler, M. & Heino, A. 2010. Hedelmöityshoidot 2008–2009. Tilastoraportti. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettu 30.11.2010.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr08_10.pdf.

Goodman, J. 2004. Paternal Postpartum Depression, Its Relationship to Maternal Postpartum Depression and Implications for Family Health. *Journal of Advanced Nursing* 45 (1), 26–35.

Grönholm, P. 2010. Vauvaperheiden erot yleistyneet pääkaupunkiseudulla. *Helsingin Sanomat* 15.11.2010.

Hautamäki, A., Hautamäki, L., Maliniemi-Piispanen, S. & Neuvonen, L. 2008. Kiintymissuhteen välittyminen kolmessa sukupolvessa – äidinaitien paluu?. *Psykologia* 6/2008, 421–442.

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

Hertzberg, T. 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. *Duodecim* 116 (14), 1491–7.

House, J. 1981. *Work, Stress and Social Support*. Reading: Addison-Wesby.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T.(toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus, 157–195.

Karila, I. 1991. Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi. Kognitiivinen malli. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Kauranen, V. 2010. Abortti ja psyykinen hyvinvointi. Lääkärikirja *Duodecim*. Päivitetty 18.10.2010. Luettu 14.8.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01050.

Ketonen, K. 2007. Lapsettomuus. Teoksessa Paananen, U-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä A-M. (toim.) *Kätilötyö*. 1.–2. painos. Helsinki: Edita, 613–621.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 1999. *Mission: Possible*. Opas opin- näytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Kontula, O. 2009. Parisuhdeonnen avaimet ja esteet. *Perhebarometri 2009*. Helsinki: Väestöliitto.

Korhonen, A. 2007. Varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Paananen, U-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. 1.–2. painos. Helsinki: Edita, 309–315.

Kääriäinen, A. 2008. Ero haastaa vanhemmuuden. *Neuvo-projekti*. Lastensuojelun Keskusliitto.

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

Lehto, L. 2004. Kahdesta kolmeksi. Teoksessa Malinen, V. & Alkio, P. (toim.) *Parisuhde, Intiimiys, Seksuaalisuus*. Teoriaa ja käytäntöjä pariterapiasta. Helsinki: Väestöliitto.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto. 2010. Vanhempainpuhelimien ja – netin kirje- palvelun vuosiraportti 2010. Luettu 23.8.2011.
<http://mll-fi-bin.directo.fi/@Bin/8caaa38c0b78d9a057fe7e14cc12e33f/13141086-43/application/pdf/13698399/MLL%20VPN%20raportti%202010.pdf>.

Merjomaa, J. & Varjola, V. 2009. Äitien kokemuksia raskaudenaikaisesta ma- sennuksesta ja synnytysmasennuksesta sekä vertaistuesta keskustelupalstalla. *Hoitotyön koulutusohjelma*. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suuntautumisvaihtoehto. Dia- konia ammattikorkeakoulu – Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Munk-Olsen, T., Munk-Laursen, T., Pedersen, C., Lidegaard, Q. & Mortensen, P. 2011. Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. *The New England Journal of medicine* 364, 332–339.

Mäkelä, S., Pajulo, M. & Sourander, A. 2010. Raskausajan psyykinen oireilu ja lapsen kehitys. *Duodecim* 126 (9), 1013–1018.

Määttänen, K. 2003. Tunnot ja liikkeet sanattoman ymmärtämisen perustana. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P., Tamminen, T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 58–69.

Niemi, H. 1997. Baby blues palvelut apuna vauvaperheen väsymiskierteessä. Teoksessa Niemi, H. (toim.) 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, 14–45.

Nieminen, P. & Nummenmaa, A-R. 1984. Lapsen syntymisen psykologia. Raskaus ja synnytys sekä varhainen vuorovaikutus perheen näkökulmasta. Helsinki: WSOY.

Paajanen, P. 2003. Parisuhde koetuksella. Käsityksiä parisuhteesta ja sen purkautumisesta. *Perhebarometri 2003*. Helsinki: Väestöliitto.

Paulson, J-F. & Bazemore S-D. 2010. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression. A Meta-Analysis. *JAMA* 303, 1961–1969.

Perheentupa, A. 2003. Synnytyksen jälkeinen masennus – onko vika hormoneissa? *Suomen Lääkärilehti* 58 (4), 387–391.

Perheentupa, A. 2004. Raskauden ehkäisy imetysaikana. *Duodecim* 120 (12), 1467–1473.

Perheentupa, A. 2011. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt. Lääkärin käsikirja. Päivitetty 11.2.2011. Luettu 19.9.2011.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli.

Pienimaa, A-K. 2007. Kätilötyö tänään. Teoksessa Paananen, U-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. 1.–2. painos. Helsinki: Edita, 25–30.

Poikkeus, P. 2007. Outcome of Singleton Pregnancy after Assisted Reproductive Treatment. University of Helsinki. Faculty of Medicine. Academic Dissertation.

Puolakka, J. & Himanen, E. 2010. Perhesuunnittelu imetyksen aikana. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim, 472–488.

Puura, K. 2001. Vauvan depressio. *Duodecim* 117, 1115–21.

Ramchandani, P., Stein, A. Evans, J. & O'Connor, T. 2005. Paternal Depression in the Postnatal Period and Child Development: a Prospective Population Study. *The Lancet* 365, 2201–2205.

Repokari, L. 2008. Transition to Parenthood after Assisted Reproductive Treatment: Follow-up Study of Singleton Pregnancies. University of Helsinki. Faculty of Medicine. Academic Dissertation.

Salokangas, R. 2003. Lapsivuodepsykoosi vaatii aktiivista hoitoa. *Suomen Lääkärilehti* 49(63)/2008, 4303.

Sarkkinen, M. 2003. Masentunut äiti – tyydyttävän äitiydenkokemuksen ulkopuolella. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P., Tamminen, T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 283–305.

Sarkkinen, M. & Juutilainen, K. 2007. Vauvaperheen masentunut äiti neuvolas-
sa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 316–334.

Sarkkinen, M. & Savonlahti, E. 2007. Raskausajan vuorovaikutuspsykologiaa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 105–110.

Seksuaalisuus ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakes op-
paita 34. Jyväskylä: Gummerus.

Siltala, P. 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P., Tamminen, T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 16–43.

Sinkkonen, J. 2003. Lapsen kiintymyssuhteen syntyminen ja sen häiriöt. Teok-
sessa Niemelä, P., Siltala, P., Tamminen, T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen
vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 92–106.

Tammentie, T. 2009. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus per-
heeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan
kanssa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Tamminen, T. 2004. Olipa kerran lapsuus. Helsinki: WSOY.

Tamminen, T. 1990. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Tam-
pereen yliopisto. Väitöskirja.

Tarkka, M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen
laitos. Väitöskirja.

Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Raskaudenkeskeytykset 2009. Tilasto-
raportti. Päivitetty 29.10.2010. Luettu 14.8.2011.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr27_10.pdf.

Tiitinen, A. 2010. Raskauden keskeytys (abortti). Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 12.10.2010. Luettu 14.8.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00166.

Tilastokeskus. 2010. Solmittuja avioliittoja vähemmän, avioerot lähes ennallaan. Julkaistu 6.5.2010. Luettu 30.11.2010.
http://www.stat.fi/til/ssaaty/2009/ssaaty_2009_2010-05-06_tie_001_fi.html.

Tulppala, M. 2002. Lapsettomuuden tuska. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 118 (5), 531–536.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain (1224/2004) täytäntöönpanosta annetun asetuksen 3 muuttamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.

Vikat, A., Kosunen, E. & Rimpelä, M. 2002. Risk of Postpartum Abortion in Finland. A Register-Based Study. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 34, 84–90.

Väestöliitto. 2010a. Vanhemmuus on parisuhteelle myös haaste. Tulostettu 26.10.2010.
http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/parista_perheeksi/paarisuhde_ja_vanhemmuus/.

Väestöliitto. 2010b. Vanhemmuuteen siirtyminen on yksilöllinen kokemus. Tulostettu 26.10.2010.
http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/parista_perheeksi/siirtymavaihe_vanhemmuuteen/.

Väisänen, L. 2001. Raskaus muuttaa naisen mieltä ja maailmaa. Helsinki: Kirjapaja.

Ylilehto, H. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus – salpautunut ilo. Naisten lapsivuodenajan salutogeeninen tarkastelu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Äimälä, A-M. 2007. Kätilö naisen tukijana. Teoksessa Paananen, U-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö 1.–2. painos. Helsinki: Edita, 39–44.

HYVÄ ÄITI!

Vauvan synnyttyä äitiyden odotetaan olevan onnellista ja seesteistä aikaa. Joskus vauvaperheen arki ei kuitenkaan vastaa odotuksia ja sen vuoksi äiti saattaa kokea esimerkiksi pettymyksen tunteita. Äitiys on herkkää aikaa ja siihen kuuluvat luonnostaan niin negatiiviset kuin positiivisetkin tunteet, joiden kokeminen on hyväksyttyä.

Olemme kaksi kättilöopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Iloton äitiys”. Työssämme pyrimme kuvaamaan tarkemmin tätä yleistä, mutta vähän puhuttua ilmiötä. Valmiin työn tarkoituksena on lisätä sekä äitien että terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta asiasta, jotta äitiyshuollon työntekijät osaisivat paremmin tukea perheitä.

Pyydämme ystävällisesti vastauksia äideiltä, jotka eivät ole kokeneet äitiyttä omien ennako-odotustensa mukaisesti. Toivomme Teiltä vapaamuotoisia kertomuksia omista kokemuksistanne sekä siitä, miten tilanne on mahdollisesti vaikuttanut perheenne arkeen. Pyydämme Teitä myös kertomaan millaista tukea olette tilanteessanne saaneet ja mistä olisitte sitä lisää kaivanneet. Vastauksia toivomme saavamme alle 3-vuotiaiden lasten äideiltä, joilla ei ole ennen tai jälkeen raskauden todettu mielenterveydellisiä ongelmia, kuten esimerkiksi synnytyksen jälkeistä masennusta.

Vastaaminen kyselyyn on täysin vapaaehtoista ja kertomuksenne käsitellään luottamuksellisesti. Halutessanne voitte vastata nimettömänä. Vastaukset toivomme saavamme sähköpostitse. Tarvittaessa annamme mielellämme lisätietoa työstämme.

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!

(jatkuu)

LIITE 1: 2

Reetta Knuutila
reetta.knuutila@piramk.fi

Eeva Ikäheimonen
eeva.ikaheimonen@piramk.fi