



# Koulutusmalli raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisesta, puheeksi ottamisesta ja hoitamisesta äitiysneuvolassa

Anna Laaksonen, Tiina Mettälä

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Koulutusmalli raskaudenaikaisen  
masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisesta,  
puheeksi ottamisesta ja hoitamisesta  
äitiysneuvolassa**

Anna Laaksonen, Tiina Mettälä  
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2020

**Koulutusmalli raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisesta, puheeksi ottamisesta ja hoitamisesta äitiysneuvolassa**

Vuosi

2020

Sivumäärä

60+48

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista lisätietoa ja -koulutusta neuvola-terveydenhoitajat tarvitsevat raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää tämän tiedon perusteella koulutusmalli ja -materiaali raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, jota voi hyödyntää neuvolaterveydenhoitajien ja terveydenhoitajaopiskelijoiden koulutuksessa. Kehitetyn koulutusmallin ja -materiaalin tavoitteena on toimia valmiina koulutuspaketina. Sitä voi hyödyntää myös pohjana koulutuksia suunniteltaessa. Opinnäytetyön ensimmäisenä kehittämistehtävänä on järjestää työpaja eri yhteistyötahojen asiantuntijoiden kanssa koulutusmallin keskeisten teemojen tuottamiseksi. Toisena kehittämistehtävänä on tuottaa tietoa ja osaamista terveydenhoitajille ja terveydenhoitajaopiskelijoille raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen varhaiseen tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja tuen antamiseen.

Opinnäytetyö on osa Co-creation Orchestration -hanketta (CCO). Opinnäytetyö on luonteeltaan tutkimuksellinen kehittämistyö, jossa käytettiin kvalitatiivista tutkimusotetta. Aineiston keruussa hyödynnettiin yhteiskehittämisen menetelmiä sähköisessä työpajassa. Aineiston analysointiin käytettiin induktiivista analyysia.

Opinnäytetyön tietoperustassa tarkastellaan raskaudenaikaista masennusta ja ahdistusta. Näitä käsitellään riskitekijöiden ja niiden aiheuttamien haittojen näkökulmasta. Tietoperustassa tarkastellaan myös sitä, miten raskaudenaikaista masennusta ja ahdistusta Suomessa tällä hetkellä seulotaan ja hoidetaan.

Sähköisessä yhteiskehittämispajassa keskeisimmiksi teemoiksi, joihin neuvolan terveydenhoitajien koettiin tarvitsevan lisäkoulutusta, nousivat faktatieto raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, asiakaslähtöinen kohtaaminen, voimavarojen tukeminen ja lisääminen, puheeksi ottaminen, hoitopolut ja tukipalvelut sekä terveydenhoitajan osaamisen kehittäminen ja hyvinvointi. Koulutusmalli rakennettiin näistä teemoista hyödyntämällä konstruktivistista lähestymistapaa yhdistämällä sähköisessä yhteiskehittämispajassa tuotettua tietoa sekä tutkimus- ja teorian tietoa. Koulutusmallia ei ole testattu käytännössä, joten jatkotutkimuksena voisi tarkastella terveydenhoitajien kokemuksia koulutusmallin hyödyllisyydestä.

Asiasanat: raskaudenaikainen masennus ja ahdistus, äitiysneuvola, terveydenhoitaja, koulutusmalli

Anna Laaksonen and Tiina Mettälä

**Educational model of prenatal depression and anxiety: Identification, bringing up issues and treatment in maternity health clinic**

Year 2020

Pages

60+48

---

The purpose of the thesis is to survey what additional information and education public health nurses working at a maternity health clinic need about prenatal depression and anxiety. The aim of the thesis is to develop an educational model and material of prenatal depression and anxiety based on this information that can be utilized to educate public health nurses and public health nurse students. The aim of the developed educational model and material is to work as a complete educational package. It can also be utilized as the basis for planning education. The first development task of the thesis is to organize a workshop with experts from different partners to produce the main themes of the educational model. The second development task is to provide information and competence for the early identification, bringing up issues and support of prenatal depression and anxiety to public health nurses and/or public health nurse students.

The thesis is part of the Co-creation Orchestration (CCO) project. The thesis is a research development work in which qualitative research was used. The material was collected through the methods of co-development in an electronic workshop. The material was analysed using inductive analysis.

The theoretical framework of the thesis examines prenatal depression and anxiety. These are dealt with the perspective of risk factors and the disadvantages they cause. The framework also looks at how prenatal depression and anxiety are currently screened and treated in Finland.

In the electronic co-development workshop the main themes, in which it was considered that public health nurses needed further training were facts on prenatal depression and anxiety, client centered encounters, supporting and increasing resources, bringing up issues, clinical pathways and support services, and development of competence and well-being of the public health nurses. The educational model was built on these themes by utilizing a constructive approach by combining information produced in an electronic co-development workshop with research and theoretical information. The educational model has not been tested in practice, so further research could study public health nurses' experiences of the usefulness of the educational model.

**Keywords:** prenatal depression and anxiety, maternity health clinic, public health nurse, educational model

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Co-creation Orchestration -hanke .....	8
3	Raskaudenaikaiset mielenterveysongelmat .....	9
3.1	Raskaudenaikainen masennus.....	10
3.1.1	Raskaudenaikaisen masennuksen riskitekijät.....	11
3.1.2	Raskaudenaikaisen masennuksen aiheuttamat haitat .....	13
3.2	Raskaudenaikainen ahdistus.....	16
3.3	Masennuksen ja ahdistuksen seulonta .....	18
3.4	Hoitokäytännöt Suomessa .....	20
3.5	Masennuksen ja ahdistuksen hoidon kustannusvaikutukset .....	21
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	22
5	Opinnäytetyön metodologiset ratkaisut .....	23
5.1	Opinnäytetyön toteutus.....	23
5.2	Aineistonkeruu .....	26
5.2.1	Tietoperusta kehittämisen lähtökohtana.....	27
5.2.2	Sähköinen yhteiskehittämispaja .....	27
5.2.3	Osallistavat menetelmät.....	30
5.3	Aineiston analyysi.....	31
5.4	Aineiston hallinta .....	32
6	Sähköinen yhteiskehittämispaja .....	32
7	Kehittämistyön tulokset.....	41
8	Johtopäätökset ja pohdinta .....	45
8.1	Kehittämistyön arviointi ja luotettavuus.....	45
8.2	Eettisyys.....	48
8.3	Lopuksi .....	49
	Lähteet.....	51
	Kuviot .....	59
	Taulukot .....	59
	Liitteet .....	60

## 1 Johdanto

Raskaudenaikaiset mielenterveyspalvelut ovat raskaana olevan naisen terveyden lisäksi vastuussa myös syntymättömästä lapsesta. Terveysalan ammattilaisten on tärkeää tunnistaa masennukselle ja ahdistukselle riskialttiit raskaana olevat, jotta mielenterveysongelmiin ehditään puuttua ajoissa tai jopa ehkäistä ne. Oikea-aikaisella ongelmiin puuttumisella ja hoidolla ehkäistään haitallisia vaikutuksia sikiön kehityksessä, mikä johtaa pidemmällä ajanjaksolla myös kustannussäästöihin terveydenhuollossa. Erikoisosaamista, jolla on resursseja ja tietoa raskausajan mielenterveysongelmien hoitamisesta, kutsutaan useimmiten perinataalipsykiatriaksi. Perinataalipsykiatriasta on mahdollista käyttää myös termejä äiti-vauva -psykiatria, vanhempi-vauva psykiatria tai perinataali-vastasyntynyt psykiatria. (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal 2016, 113-114.)

Perinataalipsykiatrian riittävyyttä tarkastelleen tutkimuksen mukaan mikään maa ei ollut vuonna 2016 lähelläkään riittävää prosentuaalista arvoa raskaana olevien ja heidän lastensa hoidossa. Jopa maissa, joissa on perinataalisen psykiatrian oma erikoisala, ainoastaan noin 5% raskaana olevista saa hoitoa. Sikäli, kun tutkimuksessa oli mahdollisuus selvittää, on Australia parhaimmin onnistunut hoidon tarjoamisessa. Australiassa sijaitsee potilasyksikkö jokaisessa suuressa kaupungissa, vaikkakin osa niistä on yksityisiä. Taasen Isossa-Britanniassa, jossa kansallinen terveysvirasto on rahoittanut toimintaa, kyettiin toteuttamaan ainoastaan puolet suositellusta hoitopaikkojen määrästä. Sama tilanne on tutkimuksen mukaan esimerkiksi Ranskassa, Uudessa-Seelannissa ja Sveitsissä. (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal 2016, 114.)

Pietikäisen, Taka-Eilolan ja Paunion (2019) mukaan perinataaliajan mielenterveysongelmien hoitoa tulisi tehostaa myös Suomessa äitiysneuvolajärjestelmän toimivuudesta huolimatta. Pietikäinen, Hakulinen ja Holopainen (2020, 192) puolestaan toteavat, että Suomessakin on tarvetta kliiniselle hoitosuositukselle perinataaliajan mielenterveysongelmien tunnistamista ja hoitamista varten Ison-Britannian (NICE 2014) ja Australian (COPE 2017) tapaan. Heidän mukaansa tällä suosituksella voitaisiin taata optimaalinen, näyttöön perustuva hoito. Perusterveydenhuollossa on nimittäin mahdollista seuloa ja hoitaa sekä lievä ja keskivaikea masennus että ahdistuneisuus. Tällöin vältettäisiin erikoissairaanhoidon kalliimmat kustannukset.

Pietikäinen ym. (2019) ehdottavat, että neuvoloiden ja äitiyspoliklinikoiden osaamista voidaan lisätä luomalla yhteinen perinataalipsykiatrian erityispätevyys, jossa yhdistyvät esimerkiksi yleislääketieteen, psykiatrian, gynekologian ja lastenpsykiatrian erikoisalut. Lääkärit, muun muassa neuvolalääkärit ja gynekologit, joilla kyseinen erityispätevyys on, voisivat työskennellä työpareina neuvoloissa ja äitiyspoliklinikoilla sellaisten kättilöiden ja

terveydenhoitajien kanssa, jotka riittävän koulutuksen saatuaan pystyisivät toteuttamaan interpersonaalista psykoterapiainterventiota. Pietikäinen ym. (2020, 192-193) suosittelevat myös, että Suomessa neuvoloissa hyödynnettäisiin ANRQ-kyselyä rutiininomaisesti masennuksen psykososiaalisten riskitekijöiden tunnistamisen apuvälineenä rinnakkain EPDS-mielialalomakkeen kanssa kuten Australiassakin. He kuitenkin toteavat, että kyselyillä ei ole mahdollista korvata tilanteen kliinistä arviota, vaan keskeisintä on, millainen ilmapiiri vastaanotolla on. Vastaanotolla ilmapiiriin tulisi olla sellainen, että raskaana oleva tai hänen puolisonsa uskaltaa kertoa ilman syylistymistä voinnistaan. Lisäksi on tärkeää ymmärtää, että on muitakin mielenterveysongelmia, jotka voivat vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin sekä vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen.

Suomessa ei toistaiseksi ole käytössä perinataalipsykiatrian erikoisalaa, vaikka sille on ilmi-selvä tarve. Tämän erikoisalan puuttumisen vuoksi tulisi neuvolaterveydenhoitajien tietoi-suutta, osaamista ja koulutusta lisätä raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, jotta niiden parempaa tunnistamista ja hoitoa voidaan edistää jo tässä vaiheessa. Tässä opin-näytetyössä kehitetyn koulutusmallin, jonka luominen on ollut tämän opinnäytetyön tarkoitus, avulla pyritään lisäämään tätä tietoa ja osaamista sekä tarjoamaan sitä kautta heille keinoja sen tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi.

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tarkoituksena on työelämälähtöinen kehittämi-nen. Tässä opinnäytetyössä selvitettiin, millaista lisätietoa ja -koulutusta neuvolaterveyden-hoitajat tarvitsevat raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta. Alan asiantuntijat, jotka olivat kaksi psykiatrasta osaamista omaavaa neuvolan terveydenhoitajaa sekä asiantunti-jat MIELI Suomen mielenterveys ry:stä ja Äidit irti synnytysmasennuksesta Äimä ry:stä, tuotti-vat tämän tiedon sähköisessä yhteiskehittämispajassa. Koulutusmallissa hyödynnettiin kon-struktivistista lähestymistapaa yhdistämällä sähköisessä yhteiskehittämispajassa tuotettua tietoa sekä tutkimus- ja teorian tietoa.

Mielenterveystyön lisäkoulutusta saaneet sairaanhoitajat osoittavat asiakkaita kohtaan positii-visempaa käytöstä ja tarkempia havaintoja kuin ennen koulutusta. Ammatillaisen osoittamat kielteiset asenteet ja käyttäytyminen voivat johtaa asiakkaan hoidon kannalta negatiivisiin tuloksiin tai vähintäänkin aiheuttaa mielenterveysongelmista kärsivälle ihmiselle ylimääräistä stressiä. Tutkimuksissa havaittiin myös, että suuremman työkokemuksen omaavat hoitajat ky-kenevät suhtautumaan mielenterveysongelmiin kokemattomampia hoitajia paremmin. Myös lisääntynyt koulutustaso mielenterveysongelmista näkyy sairaanhoitajien asenteen kehitty-misenä. Tutkimustuloksissa suositellaankin, että hoitotyön opetussuunnitelmia tulisi uudistaa niin, että mielenterveyttä koskevia kielteisiä asenteita kyettäisiin torjumaan aiempaa parem-min lisääntyneen koulutuksen avulla. (Basson, Julie & Adejumo 2014, 523-535.) Opinnäyte-työssä kehitetyn koulutusmallin avulla pyritään tiedon ja osaamisen lisäämisen kautta myös vaikuttamaan terveydenhoitajien asenteisiin mielenterveysongelmia kohtaan. Asenteiden

muuttumisen seurauksena vastaanotoille on puolestaan mahdollisuus luoda ilmapiiri, jossa raskaana oleva tai hänen puolisonsa uskaltaa tuoda ajatuksiaan ja huoliaan esille.

## 2 Co-creation Orchestration -hanke

Tämä opinnäytetyö tehtiin osana Co-creation Orchestration -hanketta (CCO-hanke). CCO-hanke eli yhteiskehittämisen orkestrointi -hanke on Laurean ja Opetus- ja kulttuuriministeriön yhteinen kolmivuotinen hanke. Sen päätavoitteena on kehittää malli, jolla edistetään ihmisten terveyttä ja hyvinvointia yhteiskehittämisen menetelmin. Suuret teknologia- ja konsulttiyritykset ovat hyödyntäneet yhteiskehittämistä asiakaslähtöiseen innovointiin ja tuotekehittelyyn jo yli kahdenvuosikymmenen ajan. Nyt CCO-hankkeen tarkoituksena on päivittää näitä menetelmiä hyvinvointi- ja terveysalalle sopiviksi. (CCO 2019.)

Yhteiskehittäminen vaatii ohjausta, jota kutsutaan orkestroinniksi. Orkestrointi auttaa yhteisten haasteiden ja tarpeiden tunnistamisessa. Se auttaa ratkaisemaan ne tieteen, teknologian ja taiteen sekä kaupallistajien, julkisen sektorin ja kansalaisten vuorovaikutuksessa. Yksi CCO-hankkeen päätehtävä on motivoida yrityksiä, tutkijoita, julkisen sektorin toimijoita, sekä kansalaisia toimimaan ja kehittämään yhdessä. (Laurea 2018; CCO 2019.)

CCO-hankkeessa on tarkoituksena kehittää monitoimijaisuuteen ja systeemiseen innovaatio-toimintaan perustava yhteiskehittämisen malli. Se koostuu vakioiduista toimintatapamalleista, pelisäännöistä ja eettisestä koodistosta. Niiden avulla tutkimus- ja koulutusorganisaatiot, julkishallinto, elinkeinoelämä sekä kolmas ja neljäs sektori pyrkivät toteuttamaan tavoitteellista yhteiskehittämistä luodakseen ja hyödyntääkseen uusia innovaatioita ja parempia palveluita, tuotteita ja ratkaisuja. CCO-malliin sisältyy myös käyttäjäpaneelleita, joissa kerätään näyttöä mallin ja sen avulla kehitettävien ratkaisujen toimivuudesta. (Laurea 2018.)

CCO-hankkeessa kehitetään ja tarjotaan yhteiskehittämiseen liittyvää koulutusta ja materiaalia. Siinä kehitetään myös osaamista, tehdään nopeita kokeiluja ja skaalataan mallia sekä Uudellamaalla että kansainvälisten kumppaneiden kanssa. Skaalautuvuutta testataan vastaavissa alueellisissa olosuhteissa ulkomailla ja muualla Suomessa. Hanke mahdollistaa etenkin terveyden edistämiseen, ennaltaehkäisyyn, omahoitoon ja potilasoppimiseen liittyviä teknologiaa hyödyntäviä, terveys- ja hyvinvointipalveluiden ja tuotteiden kehittämistä, tutkimista ja validointia. (Laurea 2018.)



### 3 Raskaudenaikaiset mielenterveysongelmat

Mielenterveys määritellään hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö kykenee selviytymään normaaleista elämän aiheuttamista paineista, työskentelemään tuottavasti ja ottamaan osaa ympäröivän yhteisön toimintaan (World Health Organization 2014). Mielenterveys on koko elämän ajan muotoutuva ominaisuus. Mielenterveys on osa kansanterveyttä ja hyvinvointia ja sen merkitys yhteiskunnassa on kasvanut. Yhteiskunta on jatkuvasti muuttuvassa tilassa, jonka vuoksi mielenterveys on yksilölle yhä tärkeämpi voimavara. Mielenterveyteen voivat vaikuttaa perinnölliset tekijät, elinympäristö sekä muut ympäristötekijät. Mielenterveys vaikuttaa yhteiskunnan kustannuksiin ja vakauteen eri alueilla. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 11-14.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2019a) puolestaan kuvaa mielenterveyttä voimavarana, terveyden osa-alueena ja merkityksellisenä asiana toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kannalta. Mielenterveysongelmilla puolestaan tarkoitetaan tilaa, jossa ajatukset, tunteet, mieliala ja käytös rajoittavat toimintakykyä ja ihmissuhteita sekä tuottavat kärsimystä (Huttunen 2017).

Mielenterveyden edistämisellä tarkoitetaan hyvinvoinnin edistämistä ja lisäämistä sekä yksilöettä yhteisötasolla. Asian taustalla on myönteinen terveystäsitys, jossa mielenterveys nähdään voimavarana ja resurssina, jota hyödynnetään ja kerätään koko elämän ajan. Mielenterveyden edistämisellä viitataan useimmiten hyvinvointia vahvistavaan toimintaan. Yksilön hyvinvointia on mahdollisuus edistää panostamalla terveyttä ja hyvinvointia lisääviin tekijöihin. (Erkko & Hannukkala 2013, 13.) Mielenterveyttä voidaan edistää kolmella tasolla: Yksilötasolla tuetaan muun muassa elämänhallinnan vahvistamista ja itsetuntoa. Yhteisötasolla mielenterveyttä edistetään sosiaalista tukea ja osallisuutta vahvistamalla sekä lisäämällä turvallisuutta ja viihtyisyyttä lähiympäristössä. Rakenteellisella tasolla pyritään puolestaan turvaamaan muun muassa taloudellinen toimeentulo ja tekemään yhteiskunnallisia päätöksiä, joiden seurauksena syrjintä ja epätasa-arvo vähenisivät. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019a.)

Hyvään mielenterveyteen kuuluu useita tekijöitä kuten hyvä itsetunto, elämänhallinnan tunne, optimismi ja mielekäs toiminta. Lisäksi kyky kohdata vastoinkäymisiä ja taito luoda tyydyttäviä sosiaalisia ihmissuhteita ovat osa hyvää mielenterveyttä. Mielenterveyttä edistäviä tekijöitä voi vahvistaa parantamalla elämänlaatua ja terveyttä, tukemalla itsetuntoa ja hyvinvoinnin tunnetta, lisäämällä yksilön tai yhteisön sietokykyä ja joustavuutta sekä kehittämällä selviytymistaitoja. Terveellisten elintapojen noudattaminen, taloudellinen turvallisuus, riittävä sosiaalinen tuki ja tukea antavat asumisolosuhteet ja elinympäristö edistävät myös mielenterveyttä. Vahvistettaessa mielenterveyttä tulisikin vahvistaa fyysisen, sosiaalisen, psyykkisen ja emotionaalisen terveyden tasapainoa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019a.)

Prenataali- ja antenataaliaika tarkoittavat raskaudenaikaista ja ennen synnytystä olevaa aikaa. Perinataaliaika tarkoittaa aikaa synnytyksen ympärillä, lyhyttä aikaa ennen ja jälkeen

synnytyksen. WHO:n määritelmän mukaan perinataaliaika alkaa raskausviikosta 22 ja päättyy seitsemän vuorokautta synnytyksen jälkeen. Usein perinataaliaika kuitenkin määritellään pidemmäksi ajaksi lähteestä riippuen. Se voi käsittää koko raskauden ajan ja päättyä vasta vuoden kuluttua synnytyksestä. (Taka-Eilola 2019, 11.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään raskaudenaikaiseen ajanjaksoon, sillä se on jäänyt vähemmälle huomiolle tutkimuksissa ja siihen on alettu kiinnittää huomiota enemmän vasta viime aikoina.

Raskauden aikana mielenterveysongelmia esiintyy kuten muinakin aikoina. Myös niiden uusiutumiskahda raskauden aikana on samanlainen kuin muulloin. Osa mielentilan vaihteluista kuuluu normaaliin raskauden aiheuttamiin muutoksiin, mutta ne voivat olla myös oire mielenterveysongelmasta. Yleisimpiä raskaudenaikaisia mielenterveydenongelmia ovat masennus ja ahdistuneisuus, jonka vuoksi niitä tarkastellaan tarkemmin tässä opinnäytetyössä. (National Institute for Health and Care Excellence 2020, 6.)

### 3.1 Raskaudenaikainen masennus

Masennus on yleinen mielenterveyden häiriö, jolle on tyypillistä jatkuva alakuloisuus ja mielihyvän puute. Se voi myös vaikuttaa ruokahuuun ja uneen, jonka vuoksi väsymys ja huono keskittymiskyky ovat yleisiä. Masennus on maailmanlaajuisesti merkittävin toimintakyvyyttömyyttä aiheuttava tekijä. Masennuksen vaikutukset voivat olla pitkäkestoisia tai toistuvia ja voivat suuresti vaikuttaa ihmisen kykyyn elää mielekästä elämää. (World Health Organization 2020.)

Raskaudenaikainen masennus on tärkeä tutkimuksen ala, sillä sen vaikutukset kohdistuvat myös sikiöön ja vastasyntyneeseen, sekä ulottuvat aina lapseen ja nuoruuteen saakka aiheuttaen lyhytaikaisia ja pitkäaikaisia psykososiaalisia seurauksia (Kiviruuu ym. 2020). Tutkimukset ovat osoittaneet raskaudenaikaisen masennuksen olevan yhteydessä myös fysiologisiin, epigeneettisiin, hormonaalisiin ja kognitiivisiin muutoksiin (Gentile 2017).

Masennus on yleisin raskauskomplikaatio (Accortt & Wong, 2017, Taka-Eilolan 2019, 21 mukaan). Raskaudenaikainen masennus on myös yhtä yleistä kuin synnytyksenjälkeinen masennus (Underwood, D'Souza, Peterson & Morton 2016, Taka-Eilolan 2019, 21 mukaan). Teini-ikäisistä raskaana olevista masennuksesta kärsii keskimäärin 20 %. Vanhempien raskaana olevien keskuudessa masennuksen yleisyys vaihtelee 10-25 % välillä. (Field 2017a, 2.) Raskaudenaikaisen masennuksen yleisyys puolestaan vaihtelee hieman raskauden vaiheen mukaan. Raskauden ensimmäisellä kolmanneksella sen yleisyys on 7,4 %, toisella kolmanneksella 11,4-12,8 % ja kolmannella kolmanneksella 13,1-14,8 %. Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että noin puolet niistä, joilla raskaudenaikaista masennusta esiintyy, kärsivät vakavasta masennuksesta. (Bauer, Parsonage, Knapp, Lemmi & Adelaja 2014, 11.) Raskaudenaikaista masennusta ei ole tutkittu yhtä paljon kuin synnytyksenjälkeistä masennusta. Vasta viime vuosina siihen on alettu kiinnittää enemmän huomiota sekä käytännön hoitotyössä että tutkimuksissa. Vaikka

huomio raskaudenaikaista masennusta kohtaan on kasvanut, edelleen vain noin 50 % raskaana olevista, joilla ilmenee masennusta, saa oikean diagnoosin ja vain 10 % asianmukaista hoitoa. (Cox, Sowa, Meltzer-Brody, & Gaynes, 2016, Taka-Eilolan mukaan 2019, 21.)

Somaattiset oireet voivat toisinaan peittää masennuksen taustalla olevat oireet ja johtaa puutteellisiin toimenpiteisiin. Tämän vuoksi raskaudenaikainen masennus on usein niin sanottu hiljainen masennuksen muoto. Raskaudenaikaisen masennuksen erottaminen muusta raskaudenaikaisesta mielialan vaihtelusta voi olla vaikeaa hormonaalisten muutosten vuoksi. Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoisia yleisen mielialan laskun ja masennusoireiden mahdollisesta päällekkäisyydestä. (Alder 2011, 1407.)

### 3.1.1 Raskaudenaikaisen masennuksen riskitekijät

Tutkimuksissa on havaittu useita riskitekijöitä, jotka voivat altistaa masennukselle raskauden aikana sekä siltä suojaavia tekijöitä. Tätä tietoa voidaan hyödyntää, muodostamalla riskiprofiileja raskaana oleville, masennuksen seulonnassa ylimääräisenä työkaluna EPDS-kaavakkeen käytön lisäksi. Useiden tutkimusten mukaan matalalla koulutustasolla, vähäisellä sosiaalisella tuella työn ulkopuolella, akuuteilla stressaavilla tilanteilla, matalilla tuloilla, parisuhteen rasisuhteilla, kroonisilla terveysongelmilla, synnyinmaalla ja tupakoinnilla on yhteys raskaudenaikaiseen masennukseen. Tutkimusten mukaan hieman yllättäenkin työttömyys ei lisää merkittävästi masennuksen riskiä raskausaikana, vaan sen todettiin olevan yhtä yleistä sekä työssä käyvillä että työttömillä. Myös ei-toivottu raskaus, lähisuhdeväkivalta ja raskaana olevan lapsena kokema seksuaalinen hyväksikäyttö ovat raskaudenaikaisen masennuksen riskitekijöitä. (Field 2017a, 3.)

Mielenterveyttä suojaavat tekijät voidaan jaotella yksilöön liittyviin sisäisiin tekijöihin ja ulkoisiin olosuhdetekijöihin. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat fyysinen terveys ja perimä, positiiviset varhaiset ihmissuhteet, itsetunto, tunne hyväksytyksi tulemisesta, oppimiskyky ja ongelmanratkaisutaito, taito käsitellä ristiriitoja sekä vuorovaikutustaidot ja kyky toimia ihmissuhteissa. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat ravitsemus, sosiaalinen tuki, työllisyys tai koulutusmahdollisuudet, myönteiset mallit, turvallinen ympäristö ja toimiva yhteiskuntarakente. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 28.)

Riskiprofiilin luomiseksi tulisi terveydenhuollon edustajan perehtyä raskaana olevan naisen psykiatrisen historian lisäksi myös nykyiseen raskauteen ja tulevaan synnytykseen. Raskaudenaikaisen haastattelun, jonka avulla riskiprofiili luotaisiin, tulisi kattaa seuraavat osa-alueet: 1. Raskauden sosiaalinen, kulttuurinen, psykologinen, psykiatrinen ja synnytyslääketieteellinen tausta. 2. Raskauden alun olosuhteet. 3. Raskaana olevan reaktio ja sopeutuminen raskauteen sekä odotukset äitiydestä. 4. Muiden läheisten ihmisten ja etenkin syntymättömän lapsen isän reaktiot raskauteen. 5. Raskauden tuomat muutokset elämäntyyliin sekä naisen raskauden vuoksi tekemät uhraukset elämässään. 6. Raskaana olevan kasvava suhde sikiöön.

7. Raskaana olevan psyykkinen ja fyysinen terveys raskauden aikana. 8. Raskaana olevan omat huolet. (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal 2016, 118.)

Raskaudenaikaisen masennuksen demograafisten riskitekijöiden lisäksi on tutkittu myös fysiologisia riskitekijöitä. Useiden tutkimusten mukaan unettomuudella, hypotalamus-aivolisäkelisämunuaiskuoriakselilla (HPA), ja poikkeavilla immuuni- ja tulehdusreaktioilla on yhteys raskaudenaikaiseen masennukseen. Nämä tekijät vaikuttavat negatiivisesti raskauteen ja sikiön kehitykseen. Vaikka HPA-akselin toiminnan on osoitettu olevan potentiaalinen biologinen mekanismi raskaudenaikaisen masennuksen ja vastasyntyneisiin liittyvien haittojen välillä, tiedetään varsin vähän, onko HPA-akselin reaktiokyky lisääntynyt raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivillä. Gies-brechtin, Grangerin, Campbellin ja Kaplanin tutkimuksessa (2013) todettiin 11-18 raskausviikoilla olevien kortisolitason nousevan, kun heille näytettiin ahdistava lapsiin liittyvä elokuva. Tämä tulos kortisolin noususta tukee sitä, että HPA-akselin muuttunut toiminta olisi potentiaalisesti perimmäinen mekanismi raskaudenaikaisessa masennuksessa, joka vaikuttaa sikiön kehitykseen. Tutkimustulokset ovat kuitenkin olleet kahtia jakaantuneita. Tämän vuoksi osa tutkijoista on keskittynyt tutkimaan raskaudenaikaisen masennuksen vaikutusta alfa-amylaasi-hormoniin. (Field 2017a, 4.)

Kortisolin tapaan alfa-amylaasia pidetään masennukseen liittyvänä stressihormonina, jonka suuri määrä viittaa sympaattiseen aktiivisuuteen. Viimeaikaisessa tutkimuksessa 83 raskaana olijalta tutkittiin päivittäin syljen alfa-amylaasipitoisuutta ja mielialaa. Sen mukaan masentunut mieliala on yhteydessä kohonneeseen alfa-amylaasipitoisuuteen. Myös toisen tutkimusryhmän tekemässä tutkimuksessa arvioitiin EPDS-seulassa esiintyneitä masennusoireita ja alfa-amylaasipitoisuuksia. Tutkimuksessa 76 raskaana olijasta niillä, joilla esiintyi masennusoireita raskauden viimeisellä kolmanneksella, todettiin kohonneet alfa-amylaasipitoisuudet herätessä, ja kohonneet pitoisuudet kestivät läpi vuorokauden kahden päivän ajan. Tutkijat päättelivät, että lisääntynyt vasokonstriktio eli verisuonten supistuminen ja vähentynyt verenvirtaus sikiöön voisivat selittää raskaudenaikaisen masennuksen vaikutuksia vastasyntyneeseen. (Field 2017a, 4.)

Raskaudenaikainen masennus ja kortisoli on yhdistetty proinflammatoristen ja anti-inflammatoristen sytokiiniin vähentymiseen. Tutkimuksessa 105 raskaana olevan verinäytteet kerättiin raskausviikoilla 16-20 tämän yhteyden tutkimiseksi. Sen mukaan masennusoireet korreloivat käänteisesti kolmeen sytokiiniin mukaan lukien interleukiini (IL) -1 beta, tuumorinekroositekijät (TNF) ja IL7. Samassa tutkimuksessa kortisoli oli liitetty käänteisesti samoihin proinflammatorisiin sytokiineihin (IL-1beta and TNF) ja anti-inflammatorisiin sytokiineihin (IL-4, IL-5, IL-10 and IL-13). Tämä tieto viittaa siihen, että sekä liiallinen että liian vähäinen inflammatio on yhteydessä raskaudenaikaisen masennuksen oireisiin. (Field 2017a, 4-5.)

Tutkimuksissa on havaittu, että masennus, riippumatta siitä esiintyykö lievänä tai vakavana, alkaa monissa tapauksissa jo raskausaikana ja edellyttäisi varhaista havaitsemista ja hoitoa. Raskaudenaikaisen unettomuuden on tutkimuksissa havaittu lisäävän raskaudenaikaisen tai myöhemmän masennuksen mahdollisuutta. Tämän vuoksi unihäiriöitä tulisi seuloa ja hoitaa tarkemmin myös äitiyspoliklinikoilla myöhemmän masennusoireilun estämiseksi. Koko perhe, mukaan lukien isät, tulisi ottaa mukaan masennuksen raskaudenaikaisen hoidon yhteydessä, sillä yhden henkilön sairastuessa masennukseen, on vahva ennuste sille, että myös puoliso voi sairastua psyykkisesti. (Kiviruusu ym. 2020.)

### 3.1.2 Raskaudenaikaisen masennuksen aiheuttamat haitat

Raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivillä on itsellään kohonnut riski sairastua myös synnytyksen jälkeiseen masennukseen tai masennukseen myöhemmin elämässä. Riski synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastumiseen on suurin niillä raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivillä naisilla, joilla on aiempaa masennushistoriaa tai jotka eivät saa riittävästi tukea kumppanilta. Raskaudenaikainen masennus saattaa aiheuttaa myös unihäiriöitä. (Field 2017a, 5.) Hoitamaton raskaudenaikainen masennus voi pahimmillaan johtaa jopa raskaana olevan itsemurhaan, joka onkin äitiyskuolleisuuden suurin aiheuttaja Australiassa ja Isossa-Britanniassa. (Khalifeh, Hunt, Appleby, & Howard 2016; Austin, Kildea, & Sullivan 2007, Taka-Eilola 2019, 21 mukaan).

Gentilen systemaattisen katsauksen (2017, 155) mukaan jo 1990-luvulla tehdyissä tutkimuksissa on todettu suora yhteys raskaudenaikaisella masennuksella ja sikiön pienipainoisuudella sekä ennenaikaisella syntymällä. Erityisen korkea riski ennenaikaisuudelle on silloin, kun raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivän painoindeksi (BMI) on <19. Myös myöhemmissä tutkimuksissa on todettu raskaudenaikaisella masennuksella olevan yhteys ennenaikaisen synnytyksen sekä vastasyntyneiden tehohoidon suurempaan tarpeeseen. Katsauksessa havaittiin kuitenkin, että on tehty myös tutkimuksia, joiden tutkimustulokset ovat ristiriidassa raskaudenaikaisen masennuksen vaikutuksesta pieneen syntymäpainoon ja synnytyksen ennenaikaisuuteen.

Gentilen (2017, 156,158) systemaattisessa katsauksessa esitettyjen tulosten mukaan raskaudenaikainen masennus vaikuttaa merkittävästi sikiön sykkeeseen. Raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivien sikiöiden syke on korkeampi kuin verrokkiryhmässä. Toinen tutkimus myös osoitti, että sikiöiden altistuessa virbroakustiselle stimulaatiolle, jota käytetään arvioitaessa sikiön hyvinvointia, masentuneiden raskaana olijoiden sikiöillä syke ei kiihdy yhtä paljon kuin verrokkiryhmässä stimulaation vaikutuksesta. Tämän tuloksen perusteella voidaan todeta, että todennäköisesti masennusoireille altistuneilla sikiöillä on matalampi ja hitaampi kyky reagoida ympäristöön. Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että masentuneiden raskaana

olijoiden sikiöt ovat prosentuaalisesti mitattuna merkittävästi suuremman osan ajasta aktiivisia, erityisesti 5-7 raskauskuukaudella, verrattuna muihin raskaana oleviin.

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että raskaudenaikainen masennus nostaa vastasyntyneiden kortisoli- ja noradrenaliinitasoja plasmassa sekä laskee dopamiinitasoja. Eniten nousua kortisoli- ja noradrenaliinitasoissa on lapsilla, joiden äidit ovat matalammassa sosioekonomisessa asemassa. Raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivien naisten vastasyntyneet osoittavat heikompa mukautumista ja orientaatiota synnytyksen jälkeen, motoriikkaa sekä autonomiaa vakautta. (Gentile 2017, 158.)

Masentuneiden raskaana olijoiden vastasyntyneillä on todettu suurempaa epäsymmetriaa EEG:ssä, joka saattaa olla varhainen merkki estyneestä käytöksestä ja negatiivisesta affektiivisuudesta eli tunneherkkyydestä. Tämä epäsymmetria on tutkimustulosten perusteella havaittavissa vielä vauvan ollessa 3-6 kuukauden ikäinen. Tutkimuksissa, joissa on tutkittu raskaudenaikaisen masennuksen vaikutusta lapsuusiän tunne- ja käytösongelmiin, onkin havaittu, että niiden välillä on yhteys. Vuonna 2014 julkaistussa El Marroun ja kumppaneiden tutkimuksessa puolestaan todettiin hoitamattomalla raskaudenaikaisella masennuksella olevan yhteys laaja-alaisen kehityshäiriöiden ja affektiivisen häiriön esiintyvyyteen lapsuusiässä. (Gentile 2017, 158-159.)

Suomessa toteutetussa tutkimuksessa on todettu, että voimakkaammat raskaudenaikaiset masennusoireet ennustavat merkittävästi korkeampaa riskiä lasten psykiatrisille ongelmille varhaisessa lapsuudessa kaikilla Child Behavior Checklist -kyselyn (CBCL 1.5-5 vuotta) osa-alueilla. Vaikka synnytyksenjälkeiset masennusoireet lisäävät myös riskiä lasten psykiatristen ongelmien esiintyvyyteen, ne eivät kuitenkaan selitä raskaudenaikaisten oireiden vaikutusta, vaan raskaudenaikaisen masennuksen oireiden vaikutukset lasten psykiatrisiin ongelmiin ovat niistä riippumattomia. Tutkimukseen osallistuneet täyttivät Center for Epidemiologic Studies Depression Scale -kyselyn (CES-D) joka toinen viikko raskauden aikana raskausviikosta 12-13 alkaen raskausviikkoon 38-39 tai synnytykseen saakka. Tämän ansiosta tutkimuksessa pystyttiin myös tarkastelemaan masennuksen vaikutuksia raskausviikkokohtaisesti. Näissä kahden viikon välein tehdyissä mittauksissa raskaana olevien masennusoireet pysyivät varsin vakaina. Tutkimustulokset osoittivat, että raskausviikko tai -kolmannes, jolloin masennusta esiintyy, ei ole merkityksellinen lasten psykiatristen ongelmien kannalta. Kuitenkin mitä useamman raskauskolmanneksen aikana masennusta esiintyy, sitä suurempi on todennäköisyys lapsen psykiatrisiin ongelmiin. Tämän vuoksi onkin oleellista seuloa ja arvioida masennusta useamman kerran raskauden aikana. Tutkimustulosten mukaan raskaudenaikaisen masennuksen vaikutukset ovat riippumattomia myös ennen raskautta diagnosoidusta masennuksesta. Vaikutukset olivat kuitenkin voimakkaammat kaikissa lasten psykiatrisissa ongelmissa siinä ryhmässä, joka ei tuonut esille ennen raskautta diagnosoitua masennusta. (Lahti ym. 2017, 31, 36-37.)

Masennus vaikuttaa haitallisesti äidin ja lapsen väliseen suhteeseen. Sen on todettu olevan erityisen haitallista, jos masennusta ilmenee sekä raskauden aikana että sen jälkeen. Raskaana olijat, jotka kärsivät masennuksesta suhtautuvat negatiivisemmin raskauteen sekä heidän kiintymyksensä sikiöön on heikompaa. (Lindroos, Ekholm & Pajulo 2015, 145.) Gentilen systemaattisen katsauksen (2017) mukaan useampi tutkimus on osoittanut raskaudenaikaisen masennuksen vaikuttavan äidin ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen vielä useiden vuosien ajan. Tutkimuksissa on havaittu raskaudenaikaisen masennuksen vaikuttavan vuorovaikutussuhteeseen vielä silloin, kun lapsi on 8-9-vuotias. Samassa katsauksessa on kuitenkin havaittu tutkimustulosten olevan ristiriitaisia raskaudenaikaisen masennuksen yhteydestä lapsen ja äidin välisen kiintymyssuhteen laatuun. Tharnerin ym. vuonna 2012 tekemässä tutkimuksessa ei löydetty yhteyttä aiemman masennushistorian tai raskaudenaikaisen masennuksen sekä hajanaisen tai turvattoman kiintymyssuhteen välillä lapsen ollessa 14 kuukautta. Vuotta myöhemmin julkaistussa Hayesin ym. tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että raskaudenaikaisella masennuksella on yhteys lapsen hajanaiseen kiintymyssuhteeseen vuoden iässä. Yhteyden todettiin olevan vahvempi sellaisilla lapsilla, jotka altistuivat myös huonolle vanhemmuudelle. (Gentile 2017, 158.)

Evansin, Melottin, Heronin, Ramchandanan, Wilesin, Murrayn ja Steinin (2012, 638) mukaan raskaudenaikaisella masennuksella on suurempi vaikutus lapsen kognitiiviseen kehitykseen kuin äidin muulloin sairastamalla masennuksella. Tutkimuksessa tämä kyettiin osoittamaan todeksi, mutta näyttö siitä oli heikkoa. Vaikutus lapsen kognitiiviseen kehitykseen on suurempi niillä, joilla esiintyy vakavampia masennuksen oireita. Myös äidin masennuksen kumuloituminen ajan kuluessa on yhteydessä lasten matalampiin älykkyyssosamäärätuloksiin. Nämä tutkimustulokset tukevat muita havaintoja siitä, että raskaudenaikaiset tapahtumat vaikuttavat lapsen terveyteen ja kehitykseen myös raskauden jälkeen.

Tapa, jolla raskaudenaikainen masennus vaikuttaa lapsen kognitiiviseen kehitykseen on todennäköisesti erilainen kuin muulloin sairastetun masennuksen. Masennuksen aikana kortisolitaso nousee. Raskaudenaikaisen masennuksen aiheuttaman kortisolitason nousun on todettu myös nostavan sikiön kortisolitasoa. Tämä voi olla yksi mahdollinen mekanismi, joka vaikuttaa lapsen kognitiiviseen kehitykseen vaikuttamalla sikiön hermoston kehitykseen. Toinen mahdollinen selitys raskaudenaikaisen masennuksen suuremmasta vaikutuksesta lapsen kognitiiviseen kehitykseen on se, että raskaudenaikainen valmistautuminen vanhemmuuteen häiriintyy. Masennuksen vuoksi raskaana olevan reagoitakyky vauvan tarpeille ei kehity kuten yleensä raskauden aikana. Jos vanhemmaksi valmistautuminen häiriintyy raskaudenaikaisen masennuksen vuoksi, vaikka nainen toipuisikin siitä raskauden jälkeen, saattavat nämä äidit vastata heikommin lapsen tarpeisiin syntymän jälkeen. Tämä saattaa heikentää tärkeiden neurokognitiivisten toimintojen kehitystä. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan ollut mahdollista varmistaa tätä väitettä, sillä äidin ja lapsen välistä, synnytyksen jälkeistä vuorovaikutusta ei pystytty mittaamaan tarkasti. Väitettä kuitenkin tukevat muut raportit, joiden mukaan ensimmäisten

kuukausien vuorovaikutus äidin ja lapsen välillä on tärkeää kognitiiviselle kehitykselle. (Evans ym. 2012, 638.)

Vakavien raskaudenaikaisten masennusoireiden on todettu olevan yhteydessä epäterveelliseen ruokavalioon raskauden aikana. Sen on puolestaan todettu olevan mahdollisesti yhteydessä vähentyneeseen kognitiiviseen toimintaan lapsen ollessa 4-vuotias. Gentilen systemaattisen katsauksen (2017, 159-160) mukaan raskaudenaikainen masennus aiheuttaa myös lapselle fyysisiä ongelmia. Vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa on todettu, että sen seurauksena lapsi voi kasvaa huonommin ja ripulin riski on korkeampi. 3-vuotiaidenkin lasten pituuteen suhteutetun painon on todettu olevan pienempi niillä lapsilla, joiden äideillä on esiintynyt raskauden aikana masennusta. Pienemmästä painosta huolimatta näillä lapsilla on todettu olevan enemmän keskivartalolihavuutta verrattuna muihin lapsiin.

Viime vuosikymmenten aikana on kiinnostuttu ja kiinnitetty huomiota enenemässä määrin siihen, kuinka suuri merkitys sikiöaikaisilla tapahtumilla on aikuisiän sairastuvuudelle. Varhaisissa tutkimuksissa on keskitytty sellaisiin tekijöihin kuten raskaana olevan ravitsemuksen vaikutus syntyvän lapsen sydän- ja verisuonisairauksien ja aineenvaihduntasairauksien esiintyvyyden riskiin. Kuitenkin viimeaikaisissa laaja-alaisissa kohorttitutkimuksissa ja pienemmissä tutkimuksissa on tutkittu raskaana olevan psykologisen kärsimyksen ja stressin vaikutuksia syntyvän lapsen psykiatriin seurauksiin ja hermokehitykseen. Huolimatta jonkinasteisesta epäjohdonmukaisuudesta, on olemassa vahvoja tuloksia, jotka viittaavat siihen, että raskauden aikainen altistuminen vakaville stressitekijöille lisää syntyvälle lapselle psykiatristen häiriöiden riskiä. (Kim, Bale & Epperson 2015.)

### 3.2 Raskaudenaikainen ahdistus

Käypähoito -suositus määrittelee ahdistuksen ja ahdistuneisuuden tunteen pelon tunteeksi, joka johtuu sisältä tai ulkoa uhkaavan ja huonosti tiedostetun vaaran ennakoimisesta. Sen oireita ovat esimerkiksi levottomuus, pelokkuus, keskittymiskyvyn puute, unihäiriöt, sydämentykytys, pahoinvointi, vapina sekä ilman loppumisen tunne. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019.) Ahdistus voidaan myös määritellä tunnetilaksi, jolle on ominaista jännitys, huolestuneet ajatukset sekä fyysiset muutokset kuten kohonnut verenpaine. Oireita ovat affektiiviset, kognitiiviset sekä käyttäytymiseen liittyvät osatekijät. Yleisesti ahdistuneisuusoireet ennen raskautta sekä raskauden aikana ennustavat synnytyksen jälkeistä ahdistuneisuutta sekä masennusta. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että raskaudenaikainen ahdistuneisuus on yhteydessä synnytyksessä esiintyviin komplikaatioihin, sikiön matalaan syntymäpaineeseen, mataliin Apgar -pisteisiin sekä haitallisiin muutoksiin sikiön sydämen sykkeessä sekä motorisessa aktiivisuudessa. Tämän vuoksi auttamalla raskausaikana ahdistuneita autetaan sekä raskaana olevaa sekä kehittyvää sikiötä. (Ayers, Coates & Matthey 2015, 138-139.)



Raskaudenaikaista ahdistusta on tutkittu vähemmän kuin raskaudenaikaista masennusta. Sen vuoksi myös siihen liittyvä kirjallisuus on vähäisempää. Eri tutkimukset ovat todenneet raskaudenaikaisen ahdistuksen olevan yleistä raskaana olevien keskuudessa ja sen esiintyvyyden olevan jopa 21-25 %. Raskausahdistuksen vaikutukset heijastuvat jopa sikiön lapsuusaikaan vaikuttaen negatiivisesti fysiologiseen, emotionaaliseen ja tunne-elämän kehitykseen. (Field 2017b, 120-121.) Vaikka raskauden ajatellaan yleisesti olevan suunniteltu tai suunnittelematon, mutta onnellinen elämäntapahtuma, saattaa raskaana oleva kärsiä eri asteisista ahdistuksista ja stressistä. Aiemmat elämäntapahtumat, tuntemattoman pelko, ihmissuhteiden muutokset, työstressi sekä muutokset kehonkuvassa voivat johtaa lievään, kohtalaiseen tai vakavaan ahdistukseen ja stressiin. Raskaana olevia naisia hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten tuleekin olla valppaana naisten henkisen hyvinvoinnin suhteen sekä tarkkailla ahdistuksen ja stressin merkkejä ja oireita. Henkisen hyvinvoinnin sekä fyysisten oireiden välinen yhteys tulee tunnistaa. Raskaudenaikaiseen ahdistukseen ja stressiin voi liittyä useita kognitiivisia, käyttäytymiseen liittyviä sekä autonomisia oireita. Usein esiintyvät oireet kuten päänsäryt, huimaukset, levottomuuden tunteet sekä unettomuus ovat ahdistuksen merkkejä, mutta niitä ei osata yhdistää siihen. (Steen & Green 2016, 63-64.)

Tutkimuksissa on havaittu riskitekijöitä, jotka altistavat raskaudenaikaiselle ahdistukselle. Riskiä ahdistukselle lisäävät aiemmat mielenterveysongelmat, heikko sosiaalinen tukiverkosto, optimismin vähäisyys sekä parisuhteessa ilmenevät jännitteet. Luonteen optimismilla vaikuttaa olevan vahva merkitys, sillä vähemmän optimistisella raskaana olevalla on nelinkertainen riski sairastua raskaudenaikaiseen ahdistukseen verrattuna optimistiseen raskaana olijaan. (Bayrampour, McDonald & Tough 2015, 584.) Psykososiaalisiksi riskitekijöiksi on kuvattu alhainen itsetunto, työstressi, heikko sitoutuminen raskauteen, suunnittelematon raskaus ja ensimmäinen raskaus (Dunkel-Schetter, Niles, Guardino, Khaled & Kramer 2016, 4-5).

Field yms. (2010, 26-28) toteavat tutkimuksessaan, että mikäli raskauden aikana ilmenee sekä masennusta että ahdistusta, on sillä suuremmat negatiiviset vaikutukset kuin pelkällä raskaudenaikaisella masennuksella tai ahdistuksella. Raskaana olevat, jotka kokevat sekä masennusta että ahdistusta, kokevat tutkitusti enemmän ahdistusta ja vihan tunteita kuin pelkästään toisesta oireesta kärsivä vertailuryhmä. He eivät tutkimuksen mukaan saaneet korkeampia masennuspisteitä kuin masentuneet tai ahdistuneet raskaana olijat, mutta heillä oli enemmän päivittäistä ahdistusta, stressiä ja onnettomuuden tunnetta sekä heidän dopamiinitasonsa mitattiin olevan vertailuryhmää alhaisemmat. Raskaana olevilla, jotka kärsivät sekä masennuksesta että ahdistuksesta, on muita enemmän nukkumisvaikeuksia ja ihmissuhdeongelmia sekä heillä on suurempi riski ennenaikaiseen synnytykseen. Naisten, joilla on raskausaikana sekä masennusta että ahdistusta, vastasyntyneillä todettiin olevan matalammat syntymäpainot sekä nousua kortisoli ja noradrenaliinitasoissa. Tutkimuksessa korostetaan niiden raskaana olevien tunnistamisen tärkeyttä, jotka kärsivät sekä raskaudenaikaisesta

masennuksesta että ahdistuksesta, jotta heidät ehditään ohjata oikeanlaisen tuen piiriin ennen synnytystä.

FinnBrain-tutkimussarjaan kuuluvassa tutkimuksessa selvitettiin raskauden aikana koetun stressin ja ahdistuksen yhteyttä lapsen hengitystieinfektioihin. Tutkimus suoritettiin Suomessa kolmella eri maantieteellisellä alueella. Kohorttitutkimus osoitti raskaudenaikaisella masennuksella ja ahdistuksella olevan yhteyden lapsen toistuviin hengitystieinfektioihin. Myös heikentynyt tyytyväisyys avioliittoon havaittiin olevan merkittävä tekijä ahdistuksen ja masennuksen rinnalla. Hengitystieinfektioiden määrään vaikuttavat myös sisarusten lukumäärä sekä imetyksen kesto. Tutkimus oli innovatiivinen, sillä aiemmat tutkimukset ovat usein keskittyneet laajemmin lasten infektioihin sekä syntymän jälkeisten perhevaikutusten yhteyteen lasten infektioiden esiintyvyydessä. Vaikka on edelleen epäselvää, millainen vaikutus raskaudenaikaisella stressillä on syntyvän lapsen immuunijärjestelmään, on ehdotettu, että raskaana olevan hypotalamuksen, aivolisäkkeen sekä lisämunuaisen toiminnalla olisi osa tapahtumasarjassa. Tutkimukset ovat muun muassa osoittaneet, että stressiin liittyvä kortisolitason nousu raskaana olevalla lisää sikiön altistumista kortisolille ja voi myöhemmin vaikuttaa sikiön immuunikehitykseen. FinnBrain-tutkimus osoitti, että sikiön altistuessa herkillä kehitysjaksoilla raskaana olevan kokemalle psykologiselle hädälle voi sillä olla vaikutuksia sikiön tulevaisuuden terveyteen. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu yhteys raskaana olevan psykologisen hädän ja lapsen atooppisten sairauksien välille, mutta FinnBrain-tutkimus osoitti yhteyden myös raskaana olevan psykologisen hädän ja lapsen hengitystieinfektioiden välille. Lisätutkimusta tarvitaan vielä mekanismien ymmärtämiseksi sekä kohdennettujen ja tehokkaiden interventioiden kehittämiseksi. (Korhonen ym. 2019, s. 229-234.)

### 3.3 Masennuksen ja ahdistuksen seulonta

Tämänhetkisen äitiysneuvolasuosituksen mukaan Suomessa äitiysneuvoloissa raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen tunteiden tunnistamisen apuvälineenä tulisi käyttää EPDS-seulaa. EPDS on lyhenne sanoista Edinburgh Postnatal Depression Scale. EPDS -lomake on kehitetty tunnistamaan sekä arvioimaan vastaajan riskiä sairastua raskausajan ja synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Sitä voidaan käyttää lisäksi mielialaan ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvien ongelmien seulonnassa. EPDS -lomakkeella ei tehdä diagnoosia masennuksesta, vaan lomaketta voidaan pikemminkin käyttää keskustelun avauksena mielenterveysasioihin liittyen. Äitiysneuvolasuositus ohjeistaa keskustelemaan raskaana olevan sekä mukana olevan puolison kanssa mielialaan liittyvistä asioista sekä havainnoimaan mahdollisia masennusoireita. EPDS -lomake tulisi antaa raskaana olevalle sekä hänen puolisolleen täytettäväksi raskausaikana sekä viikon ikäisen lapsen terveystarkastuksen yhteydessä. Tarvittaessa EPDS -lomake pyydetään täyttämään myöhemmin uudelleen, jos sille nähdään tarve. (Klemetti, Hakulinen-Viitanen, & Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 104, 275, 277.)

EPDS -lomake sisältää kymmenen väittämää, joista vastaaja ympyröi sen vaihtoehdon, joka kuvaa parhaiten vastaajan olotilaa viimeisen viikon ajalta. Kaikkiin kysymyksiin tulee vastata. Maksimipistemäärä lomakkeessa on 30. Mikäli vastaaja saa kymmenen pistettä tai enemmän, voi se viitata mahdolliseen masennukseen. Yli 13 pistettä voi viitata jo vakavan masennuksen mahdollisuuteen. Mitä korkeampi lomakkeen pistemäärä on, sitä todennäköisemmin vastaaja kärsii masennuksesta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (2019b) ohjeistaa, että mikäli raskaana olevan tai hänen puolisonsa EPDS -lomakkeen kokonaispistemäärä on 13 tai enemmän, tulee hänet ohjata lääkärin vastaanotolle tarkemman kokonaisarvion tekemiseksi. Jos taas kokonaispistemäärä asettuu 10-12 pisteen väliin, pyydetään vastaajaa täyttämään lomake uudestaan 2-4 viikon sisällä. Masennusoireiden ollessa lieviä tai pistemäärän ollessa 10-11, ohjeistaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos neuvolaa kiinnittämään huomiota masennuksen ennaltaehkäisyyn sekä järjestämään vastaajalle psykososiaalista apua. Masennuksen ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan keskustelua vastaajan liikunnasta, riittävästä unesta ja sosiaalisesta tuesta. Keskivaikeassa masennuksessa tulee hoitotiimiin kutsua mukaan erityistyöntekijöitä kuten depressiohoitaja tai psykologi. Vaikeat masennukset tulee hoitaa erikoissairaanhoidossa. Raskaana olevalle tai puolisolle tulee järjestää välittömästi apua, mikäli hänellä on ollut itsetuhoisia ajatuksia. Tämä koskee myös tapauksia, joissa kokonaispistemäärä on jäänyt alle 13:n. EPDS -lomake soveltuu myös ahdistuneisuuden seulontaan. Epäselvissä tapauksissa arviointi tulee tehdä uudelleen kahden viikon kuluttua.

Australiassa on myös käytössä psykososiaalisten riskitekijöiden tunnistamiseksi Antenatal Risk Questionnaire -kysely (ANRQ), jota ei ainakaan tällä hetkellä Suomessa rutiininomaisesti käytetä. Australialainen hoitosuositus perinataaliajan mielenterveyden hoidosta (COPE) ohjeistaa käyttämään sitä yhdessä EPDS-mielialalomakkeen kanssa raskausajan masennuksen seulomiseksi. (Centre of perinatal excellence 2017, 31.) ANRQ perustuu aiempaan 18-kohtaiseen The Pregnancy Risk Questionnaire -kyselyyn. Se on strukturoitu kysely, jossa on yhteensä 13 kysymystä, joista 12 pisteytetään. Osaan kysymyksistä voi vastata joko kyllä tai ei. Näissä kysymyksissä Ei-vastauksista saa nolla pistettä ja Kyllä-vastauksista viisi pistettä. Osassa kysymyksistä on puolestaan viisi eri vastausvaihtoehtoa, jotka pisteytetään yhdestä viiteen. Vastauksista lasketaan psykososiaalisen riskin kokonaispistemäärä. Suurin mahdollinen pistemäärä on 60 pistettä ja pienin viisi pistettä. (Austin, Colton, Priest, Reilly & Hadzi-Pavlovic, 2013, 18-19.) Samalla tulee myös ilmi yksittäiset riskitekijät (trauma menneisyydessä tai merkittävä mielenterveysongelma), joiden vuoksi raskaana olevalla on suurempi psykososiaalinen riski sairastua masennukseen tai ahdistukseen raskauden aikana tai synnytyksen jälkeen. (Centre of perinatal excellence 2017, 31.)

ANRQ:n avulla saadaan tietoa parisuhteen tilanteesta, sosiaalisesta tukiverkostosta, viimeaikaisista stressaavista elämäntilanteista, taipumuksesta ahdistukseen tai perfektionismiin,

masennushistoriasta tai muista aiemmista mielenterveysongelmista ja niiden mahdollisesta hoidosta, lapsuudessa mahdollisesti koetusta fyysisestä tai seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja äitisuhteen laadusta lapsuudessa. Kohonneen riskin pisterajaksi on määritelty 23 pistettä tai enemmän. Mikäli raskaana olevalla on kuitenkin ollut huomattavia mielenterveysongelmia aiemmin tai hän on kärsinyt lapsena hyväksikäytöstä, on hänellä joka tapauksessa kohonnut psykososiaalinen riski masennukselle ANRQ-kyselyn pisteistä huolimatta. ANRQ-kyselyä voi käyttää sekä raskauden aikana että synnytyksen jälkeen riskitekijöiden seulomiseen. (Centre of perinatal excellence 2017, 31.)

### 3.4 Hoitokäytännöt Suomessa

Koska äitiysneuvola tavoittaa suurimman osan raskaana olevista, on äitiysneuvolalla huomattava mahdollisuus vaikuttaa naisten terveyteen lisääntymisterveyttä laajemmallakin näkökulmalla. Raskaana olevan terveyden tukemisella huolehditaan myös tulevan lapsen terveydestä ja hyvinvoinnista. Mikäli raskaana oleva ei ole juurikaan tarvinnut terveystalveta ennen raskauttaan, voi äitiysneuvola olla ensimmäinen taho, jossa mielenterveydenhäiriö, sen oireisto tai haitta tulevat esille. Jotkut mielenterveydenhäiriöt myös ilmaantuvat raskausaikana herkemmin kuin muulloin. (Ämmälä 2015.)

Kun raskaana olevalla tai hänen puolisoallaan on mielenterveysongelmia, on äitiysneuvolan tehtävänä tukea vanhemman kuntoutumista ja vanhemmuuden rakentumista sekä tukea lapsen kehitystä. Tarvittaessa äitiysneuvolan on tehtävä yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja lastensuojelun kanssa, jotta sekä raskaana olevan toipuminen että lapsen turvallisuus voidaan taata. Jokainen raskaana oleva on kohdattava yksilönä, kun arvioidaan vanhemman mielenterveysongelmien merkitystä. Tutkimustuloksia voi hyödyntää riskien arviointiin, mutta niillä ei saa määrittää raskaana olevan tilannetta. Äitiysneuvolan työntekijöiden tuleekin varoa johtopäätösten tekemistä liian aikaisin. (Klemetti, Hakulinen-Viitanen, & Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 184-186.)

Masennuksen hoidon palveluketjut on luotava alueellisesti. Masentuneen hoidossa tulee huomioida itse masennuksen hoidon lisäksi myös koko perheen ja sikiön kehityksen tukeminen. Lievät raskausajan mielenterveysongelmat voidaan hoitaa terveydenhoitajan vastaanotolla annettavalla psykososiaalisella tuella sekä informoimalla odottajaa asianmukaisella tiedolla. Mikäli mielenterveysongelma katsotaan vaikeaksi, voidaan harkita yksilöllisiä terapiamuotoja ja lääkehoitoa. Raskaana olevaa voidaan auttaa myös esimerkiksi depressiohoitajan antamalla yksilöllisellä tuella tai depressioyhmien tuomalla vertaistuellalla. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020a.) Depressiohoitajan tehtäviä ovat oire- ja taustakartoituksen tekeminen, potilasopetus, psykososiaalinen tuki, hoidon ja toipumisen seuranta sekä yhteistyön ja hoidon koordinointi (Sosiaali- ja terveysministeriö, Masto -hanke 2010). Myös liikunnalla on todettu olevan

jossain määrin positiivisia vaikutuksia raskausajan mielenterveysongelmien hoidossa (Ämmälä 2015).

Raskausajan mielenterveysongelmia hoidettaessa tulee pääpainon olla psykososiaalisilla hoidoilla, mutta esimerkiksi keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa myös läikehoitoa tulee harkita (Ämmälä 2015). Psykelaäkkeiden oletettavia haittavaikutuksia sikiöön on tutkittu aktiivisesti, mutta tieto on vielä osin ristiriitaista ja hajanaista. Tutkimukset ovat kuitenkin jo osoittaneet joidenkin psykelaäkkeiden olevan selvästi sikiötä vahingoittavia. Tavallisin raskausajan psykelaäkitys on masennuslääkitys. SRI -lääkkeitä käytettäessä mahdollisesti noin 20-30 %:lla vastasyntyneistä on jonkin verran hengitykseen, lihasjänteyteen tai autonomisen hermoston toimintaan liittyviä oireita, mutta ne poistuvat yleensä muutaman päivän sisällä ilman hoitoa. Tämänhetkisen tiedon mukaan raskaana olevan vakava masennus nähdäänkin haitallisemmaksi sikiölle ja vastasyntyneelle kuin se, että raskaana oleva käyttää tarvittaessa SRI -lääkkeitä. Tarvittaessa lääkeannosta pienennetään loppuraskaudessa. Lääkitys päätöksen sekä annosten räätälöinnin tekee raskaana olevan psykiatrisesta hoidosta vastaava lääkäri. (Klemetti, Hakulinen-Viitanen, & Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 185-186.)

Monilla terveysasemilla on mahdollisuus hyödyntää psykiatrisen sairaanhoitajan, perhetyöntekijän sekä psykologin asiantuntemusta ja palveluita, joiden avulla äitiysneuvola voi tehostaa raskaana olevan sekä hänen perheensä tukea. Työskentelyn kohdistuessa asiakkaan omien vahvuuksien tukemiseen, on se tuloksiltaan vaikuttavampaa kuin niin sanottu yleinen tuki. (Klemetti, Hakulinen-Viitanen, & Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 186.)

Perheelle kannattaa harkita kotiavun tarjoamista, etenkin jos molemmilla vanhemmilla esiintyy mielenterveysongelmia. Terveystenhoitajan tulee tukea mielenterveysongelmista kärsivän vanhemman ja vauvan varhaista vuorovaikutusta vuorovaikutusmenetelmien avulla. Tarvittavat tuet voivat tapahtua paikkakunnasta riippuen joko neuvolassa, kasvatus- tai perheneuvolassa tai psykiatrisella poliklinikalla. (Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2020a.)

### 3.5 Masennuksen ja ahdistuksen hoidon kustannusvaikutukset

Pelkistä raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien kustannuksista ei ole tietoa. Isossa-Britanniassa on kuitenkin tutkittu, että sen julkiselle terveydenhuollolle koituu vuosittain 1,2 miljardin punnan kustannukset mielenterveysongelmista perinataaliaikana, joka käsittää myös synnytyksen jälkeisen ajan. Vertailuna perinataaliaikaisten mielenterveysongelmien hoidon standardoiminen ja järjestäminen vastaamaan Ison-Britannian kansallisia hoitosuosituksia (NICE) maksaisi vuosittain ainoastaan 280 miljoonaa puntaa ylimääräistä. Puutteellisen tiedon vuoksi Bauerin ym. (2014, 3-4) arviot kustannuksista ovat rajoittuneet koskemaan kolmea yleisintä perinataaliajan mielenterveysongelmaa eli masennusta, ahdistuneisuutta ja psykoosia. Yhdessä näistä aiheutuu pitkäaikaisia kustannuksia yhteiskunnalle 8,1 miljardia puntaa jokaista yhden vuoden ikäluokkaa kohden Isossa-Britanniassa. Tämä vastaa lähes 10 000 punnan

kustannuksia jokaista synnytystä kohden. Keskimäärin yhden perinataaliaikaisen masennustapauksen kustannukset ovat yhteiskunnalle 74 000 punttaa, joista 23 000 punttaa liittyy äidin hoitoon ja loput 51 000 punttaa lapseen kohdistuvien vaikutusten hoitoon. Vastaavasti perinataaliajan ahdistuneisuuden (kun se ilmenee yksin ilman masennusta) keskimääräiset kustannukset ovat 35 000 punttaa jokaista tapausta kohden. Näistä 21 000 punttaa on äidin hoitoon liittyviä kuluja ja 14 000 punttaa lapseen liittyviä kuluja.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos arvioi puolestaan, että julkiselle terveydenhuollon sektorille tulee viisinkertaiset kustannukset hoitamattoman raskausajan mielenterveysongelman aiheuttamista haitoista verrattuna tilanteeseen, jossa hoito järjestettäisiin suositusten mukaan. Onkin tärkeää, että raskausajan sekä synnytyksen jälkeinen masennus osataan tunnistaa ja hoitaa ajoissa. Lievät ja keskivaikeat masennukset kyetään seulomaan ja hoitamaan perusterveydenhuollossa. Ilman asianmukaista hoitoa perinataaliajan mielenterveyshäiriöt tulevat yhteiskunnalle kalliiksi. Hoitamattomaan mielenterveyshäiriöön liittyvistä kustannuksista lähes 72 % muodostuu lapsille koituvien haittojen kautta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019c.) Taloudelliset kustannukset muodostuvat useammasta tekijästä, kuten mielenterveysongelmien aiheuttamista julkisen sektorin kustannuksista sekä mielenterveyden vaikuttavuudesta työn tuotavuuteen. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 13.)

#### 4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista lisätietoa ja -koulutusta neuvolaterveydenhoitajat tarvitsevat raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää tämän tiedon perusteella koulutusmalli ja -materiaali raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, jota voi hyödyntää neuvolaterveydenhoitajien ja terveydenhoitajaopiskelijoiden koulutuksessa. Kehitetyn koulutusmallin ja -materiaalin tavoitteena on toimia valmiina koulutuspakettina. Sitä voi hyödyntää myös pohjana koulutuksia suunniteltaessa.

Opinnäytetyön ensimmäisenä kehittämistehtävänä on järjestää työpaja eri yhteistyötahojen asiantuntijoiden kanssa koulutusmallin keskeisten teemojen tuottamiseksi. Toisena kehittämistehtävänä on tuottaa tietoa ja osaamista terveydenhoitajille ja terveydenhoitajaopiskelijoille raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen varhaiseen tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja tuen antamiseen.

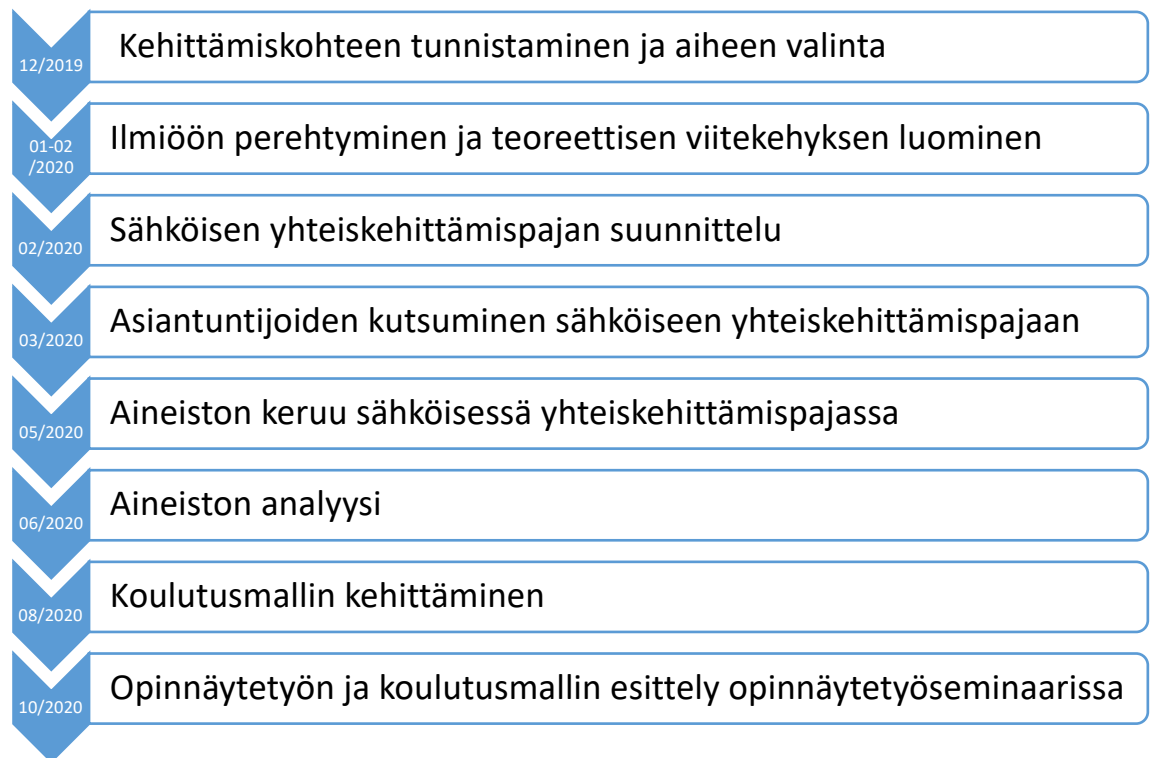
## 5 Opinnäytetyön metodologiset ratkaisut

Tässä opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista tutkimusotetta, sillä tutkimuksessa on pyrkimys ymmärtää tutkittavaa ilmiötä tutkimuksen kohdehenkilöiden näkökulmasta. Toisin sanoen tutkimuksessa tarkastellaan tutkimuksen kohdehenkilöiden ajatuksia ja kokemuksia tutkittavana olevasta ilmiöstä. (Juuti & Puusa 2020.) Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on useimmiten kehittää ratkaisuja, jotka on mahdollista ottaa käyttöön. Tutkimuksellinen kehittämistyö muodostuu siis tyypillisesti käytännön ongelmien ratkaisemisesta sekä uusien ideoiden ja käytäntöjen toteuttamisesta ja tuottamisesta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 19.)

Kehittämistyössä etsitään toimivampia ja tehokkaampia vaihtoehtoja jo olemassa olevien tilalle. Kehittämistyön taustalla voi olla erilaisia lähtökohtia kuten nykyisen tilanteen tai toiminnan ongelmat tai näkemys muutostarpeesta. (Toikko & Rantanen 2009, 16.) Tarve lisäkoulutuksen kehittämiseksi ilmeni useilta eri tahoilta. Viime aikoina Suomessa on alettu tiedostamaan perinataalipsykiatrian tarvetta, ja alan asiantuntijat ovat nostaneet sen esille. Sekä neuvolassa työskentelevistä terveydenhoitajista että terveydenhoitajaopiskelijoista useampi kertoi kokevansa oman osaamisensa riittämättömäksi raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien osalta. Myös meillä opinnäytetyön tekijöillä, neuvolan terveydenhoitajina, oli samanlainen kokemus asiasta. Tämän vuoksi opinnäytetyön aiheeksi valikoitui lisäkoulutuksen kehittäminen terveydenhoitajille ja terveydenhoitajaopiskelijoille liittyen raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamiseen ja puuttumiseen.

### 5.1 Opinnäytetyön toteutus

Kehittämistyö nähdään usein prosessina, joka koostuu toisiaan seuraavista vaiheista (Ojasalo 2015, 22). Tämän opinnäytetyön prosessi alkoi kehittämiskohteen tunnistamisella ja teoreettisen viitekehyksen luomisella. Niiden perusteella suunniteltiin sähköinen yhteiskehittämispaja, johon kutsuttiin alan asiantuntijoita tuottamaan tietoa. Sähköisen yhteiskehittämispajan jälkeen aineisto analysointiin ja sen perusteella kehitettiin koulutusmalli raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta. Lopullinen kehittämistyö esitettiin opinnäytetyöseminaarissa. Opinnäytetyön prosessi on nähtävissä kuviossa 1.



Kuvio 1: Opinnäytetyöprosessi

Tutkimuksellisen kehittämistyön perustana on alustavan kehittämiskohteen tunnistaminen ja sen osa-alueiden ymmärtäminen. Usein kehittämistyön tavoitteena on työelämän kehittäminen ja muutoksen saavuttaminen. Tässä prosessin vaiheessa on oleellista myös määrittää kehittämistyön alustavat tavoitteet, jotka ovat vasta suuntaa antavia. Näiden alustavien tavoitteiden tarkoituksena on rajata omaa näkökulmaa jo alkuvaiheessa. Niitä on mahdollista määrittää täsmällisemmiksi prosessin edetessä käytännön ja teorian tiedon karttuessa. (Ojasalo ym. 2015, 22-24.) Koska opinnäytetyö on osa CCO-hanketta, kehittämistyön aiheen tuli liittyä mielenterveysongelmiin. Opinnäytetyön tekijöiden neuvolatyökokemuksen vuoksi päädyttiin siihen, että kehittämistyön kohde on neuvolaterveydenhoitajien osaamisen kehittäminen. Kehittämiskohteen aihe määriteltiin koskemaan äitiysneuvolaa, sillä useat tahot olivat ilmaisseet tarpeen osaamisen lisäämiselle liittyen mielenterveysongelmien hoitoon äitiysneuvolassa.

Kehitettävän kohteen tunnistamista seuraa tutkimuskohteena olevaan ilmiöön perehtyminen. Se on koko kehittämistutkimuksen perusta, jonka avulla yritetään muodostaa näkemys ilmiöstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, joita tarvitaan kehitettävän kohteen suunnittelussa ja tavoitteiden arvioinnissa. Olennaista on ilmiön rajaaminen ja määrittely, sillä se edesauttaa tutkittavan ilmiön ja siihen vaikuttavien tekijöiden hallitsemista. (Kananen 2012, 55.) Teoriatietoon tutustumisen myötä kävi ilmi, että synnytyksen jälkeisistä mielenterveysongelmista on jo runsaasti tutkimusta ja tutkimustietoa. Sen sijaan raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien tutkimus ja siitä saadut tutkimustulokset ovat olleet vähäisiä. Siihen liittyvät



tutkimukset ovat lisääntyneet vasta viime vuosina. Tämän vuoksi opinnäytetyön aiheeksi valikoitui raskaudenaikaiset mielenterveysongelmat. Opinnäytetyön aiheeksi tarkentui raskaudenaikainen masennus ja ahdistus, sillä ne ovat tutkitusti yleisimmät raskaudenaikaiset mielenterveysongelmat. Niiden osalta keskityttiin varhaiseen tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen sekä neuvolaterveydenhoitajan tarjoamaan tukeen.

Kun käytännössä havaittuun ongelmaan haetaan ratkaisua, on kyseessä ongelmaperustainen kehittäminen. Tyypillisesti kohde on organisaatiossa ilmennyt ongelma tai muu parantamista vaativa alue. (Ojasalo ym. 2015, 26.) Tämä opinnäytetyö on ongelmaperustainen, sillä sen avulla haetaan ratkaisua työelämässä esiin nousseeseen ongelmaan, raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien tunnistamiseen ja varhaiseen puheeksi ottamiseen. Tässä prosessin vaiheessa hyödyntämällä käytännöstä nousutta kehittämistarvetta ja tutkimustietoa määritellään kehittämistehtävä täsmällisesti sekä rajataan kehitettävää kohdetta. Tyypillisesti kehittämistehtävä on luoda jokin konkreettinen kehittämisidea, tuotos tai toimintatapa. Kehittämistyön prosessiin liittyvä lähestymistapa ja siinä käytettävät menetelmät voidaan kuvata vasta tämän jälkeen. (Ojasalo ym. 2015, 25, 32.) Opinnäytetyössä lopulliseksi kehittämistehtäväksi määriteltiin koulutusmallin kehittäminen sekä neuvolan terveydenhoitajille että terveydenhoitajaopiskelijoille liittyen raskaudenaikaiseen masennukseen ja ahdistukseen.

Terveydenhuollon täydennyskoulutusten merkitys on nykypäivänä korostunut, sillä hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti muun muassa terveystieteiden ja teknologian kehittymisen myötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 17). Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvoitettu kehittämään ja ylläpitämään ammattinsa vaatimia tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattiansa koskeviin määräyksiin ja säännöksiin. Työnantajan tulee seurata terveydenhuollossa toimivan ammattihenkilön ammatillista kehittymistä sekä mahdollistaa terveydenhuollon ammattihenkilön osallistuminen täydennyskoulutuksiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 § 18.)

Määriteltäessä täydennyskoulutusta käsitteenä on sen perusteena täydennyskoulutuksen tehtävä ammattitaidon kehittäjänä ja ylläpitäjänä. Ammatillisella lisäkoulutuksella tarkoitetaan ammatillisen koulutuksen saaneiden täydennys- tai jatkokoulutusta. Täydennyskoulutuksen tehtävänä on ylläpitää ammatillista kehitystä niiden tehtävien hoitamisessa, jotka kuuluvat työntekijän ammattitoimeen. Terveydenhuollossa täydennyskoulutuksen vaikutuksien tulisi heijastua pääasiallisesti potilaiden laadukkaaseen hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 20-21.)

Täydennyskoulutuksella tavoitellaan terveydenhuoltohenkilöstön osaamisen lisäystä sekä ammattitaidon kehittämistä ja ylläpitämistä koulutustarpeisiin perustuen. Osaamisen lisääminen ja varmistaminen voi suuntautua yksittäisen ammattihenkilön tietotaidon lisäämiseen tai koko organisaation tarvitseman osaamisen kehittämiseen. Täydennyskoulutuksella voidaan

vaikuttaa palveluiden laatuun, toiminnan vaikuttavuuteen, asiakastyytyväisyyteen sekä potilasturvallisuuteen. Henkilöstön näkökulmasta täydennyskoulutus voi lisätä työtyytyväisyyttä, motivaatiota työhön sekä työhyvinvointia. Täydennyskoulutus on keskeisessä asemassa yksilöiden ammatillisten tietojen ajantasaistamisessa sekä ammatillisen osaamisen kehittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 22, 28.)

Kehittäminen yksin ei ole tutkimusta, vaan tutkimuksellisessa kehittämistyössä oleellista on myös tekstin ja uuden tiedon tuottaminen. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä korostetaan työn dokumentointia ja tieteellisten menetelmien käyttöä, joiden avulla on mahdollista tuottaa uutta ja luotettavaa tietoa. (Kananen 2012, 20-21.) Tieto, jota tuotetaan kehittämisprosessin aikana, on yleensä käytännöllistä ja tukee kehittämistä sekä kehittämistoimintaa. Tiedon käyttökelpoisuuden ollessa keskeisessä osassa myös kokemustieto voidaan rinnastaa tasavertaiseksi tieteellisen tiedon kanssa. (Toikko & Rantanen 2009, 113, 156.) Lisäkoulutuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhoitajille raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien varhaisesta tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta sekä niistä kärsivien tukemisesta pohjautuen tutkittuun teorian tietoon ja alan asiantuntijoiden kokemustietoon. Asiantuntijoiden kokemustieto kerättiin puolestaan sähköisessä yhteiskehittämispajassa, jossa tuotettiin uutta, ajantasaista tietoa siitä, millaista tietoa neuvolan terveydenhoitajat tarvitsevat raskauden aikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta osaamisensa kehittämiseksi.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on myös saavuttaa tuloksia, joita voidaan hyödyntää laajemmassa mittakaavassa. Siinä tavoitellaan sellaisen tiedon tuottamista, joka on yleistettävissä ja testattavissa myös kehittämistyön ulkopuolisissa ympäristöissä. (Toikko & Rantanen 2009, 156-157.) Tavoitteena on, että lisäkoulutusta voidaan hyödyntää missä tahansa neuvolassa terveydenhoitajien osaamisen kehittämiseksi. Lisäksi koulutusmallia on mahdollista hyödyntää ammattikorkeakouluissa osana opintosuunnitelmaa.

## 5.2 Aineistonkeruu

Kehittämistyössä käytettävää lähestymistapaa olisi hyvä miettiä ennen konkreettisten aineiston keruumenetelmien valitsemista. Kehittämistyössä voi olla käytössä ominaisuuksia myös useammasta eri lähestymistavasta. (Ojasalo ym. 2015, 36.) Tässä opinnäytetyössä käytettävä lähestymistapa on soveltuvien osien konstruktiiivinen tutkimus. Konstruktiiivisen tutkimuksen tavoite on ratkaista jokin käytännön ongelma kehittämällä jokin konkreettinen tuotos eli konstruktio, kuten ohje, malli tai menetelmä. Konstruktiiivisessa tutkimuksessa on tärkeää liittää uuden tuotoksen kehittäminen olemassa olevaan teorian tietoon. Sen lisäksi tarvitaan uutta empiiristä eli käytännöstä kerättävää tietoa. Konstruktiiiviselle tutkimukselle onkin ominaista käytännön ja teorian välinen tiivis vuoropuhelu. (Ojasalo ym. 2015, 37-38, 65.)

### 5.2.1 Tietoperusta kehittämisen lähtökohtana

Konstruktiivisessa tutkimuksessa uusi konstruktio rakennetaan teoreettisen tietoperustan vaaraan. Sen lisäksi konstruktion tulokset liitetään aikaisempaan tutkimustietoon tutkittavasta aiheesta. (Kasanen, Lukka & Siitonen 1991, Kanasen 2017, 15 mukaan.) Koska aiempaan tutkimustietoon perustuva tietoperusta on olennainen osa konstruktiivista tutkimusta, on se myös keskeisessä roolissa tässä opinnäytetyössä tietoperustan kehittämisessä.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä oleellista on aihealueen perusteellinen tunteminen sekä näkökulman valitseminen, joiden pohjalta kehittämistyö etenee. Tämä näkökulma perustuu olemassa olevaan teoriaan ja siinä esiintyviin käsitteisiin. Tietoperustassa määritellään nämä käsitteet sekä tarkastellaan uusimpia tutkimustuloksia. (Ojasalo ym. 2015, 34.) Teoriatietoon pohjautuva tietoperusta, johon kehittämistyön suunnittelu opinnäytetyössä pohjautuu, kerätään pääosin kansainvälisistä tutkimuksista. Kansainvälisissä tutkimuksissa nousi toistuvasti esiin varhaisen tunnistamisen ja puheeksi ottamisen merkitys, jonka vuoksi ne valikoituivat jo etukäteen kehittämistyön ja sähköisen yhteiskehittämistyöpajan keskeisiksi teemoiksi.

### 5.2.2 Sähköinen yhteiskehittämispaja

Konstruktiivisen lähestymistavan mukaan kehittämistyössä korostetaan usein yhteistyötä (Ojasalo ym. 2015, 67-68). Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin yhteiskehittämistä aineistonkeruussa sähköisen työpajan muodossa. Yhteiskehittäminen tarkoittaa eri toimijoiden välistä tavoitteellista yhteistyötä. Lähtökohtana on alustava kehittämiskohde tai -tarve, jota kehitetään monitoimijaisessa ryhmässä. (Hagman, Hirvikoski, Äyväri & Wollstén 2018, 7, 18.) Yhteiskehittämistä on mahdollista toteuttaa sekä fyysisessä että sähköisessä ympäristössä. Kehittämisen kohteet voivat olla hyvin erilaisia, kuten strategiat tai toimintatavat. Yhteiskehittäminen edellyttää kaikkien osapuolten kuulemista ja tasavertaista osallistumista. Yksi tavoitteista on yhdistää kehittämiseen osallistuvien erilaiset näkökulmat sekä tavoitteet ja niiden kautta päästä käsiksi suurempiin tavoitteisiin. (Aaltonen, Hytti, Lepistö & Mäkitalo-Keinonen 2016.) Yhteiskehittämisen menetelmin tuotetussa tiedossa korostuvat ryhmän aktiivinen ja sitoutunut toiminta, jolloin myös hiljainen tieto saadaan nostettua esille. Yhteiskehittämisen prosessi sitouttaa osallistujat jakamaan omaa osaamistaan ja kokemuksiaan ryhmän kesken. Näin ollen oman osaamisen kasvun lisäksi myös ymmärrys toisten osaamisesta laajenee. (Yhteiskehittelyllä hyvinvointia, 7-8.) Koulutusmallia varten empiirinen tieto kerättiin Teams-sovelluksen välityksellä toteutetussa sähköisessä yhteiskehittämispajassa. Työpajaan osallistui alan eri asiantuntijoita jakaen omaa kokemustietoaan.

Yhteiskehittäminen ja -toiminta edellyttävät ennakkointia, vastavuoroisuutta ja toisen huomioimista. Kehittämisen kohde ja muutostarve määritellään ryhmässä, jonka vuoksi ryhmän jäsenillä tulee olla realistinen ymmärrys kehitettävän kohteen toimintaympäristöstä. Yhteiskehittämisen onnistumisen kannalta onkin tärkeää ymmärtää, että eri organisaatiot ja ihmiset

toimivat eri tavalla. (Yhteiskehittelyllä hyvinvointia, 9.) Käytettäessä oikein yhteiskehittäminen on osallistava ja tehokas toimintamalli kehittämiseen. Sille ominaista on osallistavuus, keskusteleavuus ja työpajamainen toiminta. (Keränen 2019, 8-9.)

Opinnäytetyön yhteiskehittämispajassa keskeisin tiedonkeruumenetelmä oli ryhmäkeskustelu pohjautuen fokusryhmäteknikkaan. Ryhmäkeskustelu on laadullisessa tutkimuksessa käytetty tiedonkeruu menetelmä, jota käytetään ymmärtämään ihmisten käsityksiä ja kokemuksia tietystä ilmiöstä sekä luomaan hypoteeseja lisätestausta varten. Onnistunut ryhmäkeskustelu vaatii tutkijalta muun muassa ryhmän harkittua kokoamista sekä logististen yksityiskohtien ennalta miettimistä. Oikein suoritettuna ryhmäkeskustelu on ensiluokkainen tiedonkeruumenetelmä laadullisessa tutkimuksessa. (Wayne 2013, 281-282.)

Ryhmäkeskustelu hyödyntää ryhmädynamiikkaa ja ryhmän osallistujien välistä vuorovaikutusta, jonka vuoksi ryhmäkeskustelussa on mahdollisuus saada sellaista tietoa, joka ei ole ollut saatavissa yksilöiden kanssa työskennellessä. Ryhmäkeskustelussa osallistujat tuovat keskusteluun eri ulottuvuuksia ja vivahteita, joita yksilöt eivät välttämättä yksin tulisi ajatelleeksi. Ryhmäkeskustelun pääajatus ei ole päästä yksimielisyyteen valitusta aiheesta vaan tuoda esiin eri näkökantoja ja mielipiteitä. (Taylor 2016, 128.) Ryhmänvetäjän ensisijainen tavoite onkin saada osallistujat keskustelemaan aiheesta keskenään. Tästä syntyy ryhmäkeskustelulle tyypillinen tutkimusaineisto. (Valtonen & Viitanen 2020.) Sekä yhteiskehittäminen että ryhmäkeskustelu sähköisessä työpajassa tukivat hyödyllisen ja totuudenmukaisen tiedon tuottamista. Ryhmäkeskustelu mahdollisti laajemman ja monipuolisemman ideoinnin. Yhteinen kommunikointi ja ajatusten vaihto lisäsivät näkökulmien ja ideoiden määrää. Todennäköisesti ryhmäkeskustelulla saatiin tuotettua laajemmin tietoa ja eri näkökumia kuin mitä olisi saatu työskentelemällä jokaisen kanssa erikseen. Sähköisessä yhteiskehittämispajassa ryhmäkeskustelu nauhoitettiin osallistujien tuottaman tiedon keräämiseksi.

Yksi fokusryhmäteknikan sovellus on nominaliryhmämenetelmä, jossa työskennellään sekä yksilönä että ryhmässä. Tällä menetelmällä katsotaan olevan useita hyötyjä tiedonsaannin kannalta. Sen etu yksilötyöskentelyyn verrattuna on se, että ryhmän kesken vallitseva dynamiikka vie useimmiten käsiteltävää asiaa uusille kehitystasoille. Menetelmän avulla ryhmänvetäjän on kuitenkin mahdollista huolehtia, ettei kukaan osallistuja pääse hallitsemaan tilannetta, vaan kaikkien mielipide tulee esille viimeistään yksilötyöskentelyssä. Nominaliryhmämenetelmässä vallitsevan anonymiteetin ansiosta on mahdollista saada osallistujien totuudenmukaiset mielipiteet esille, sillä osallistujien ei tarvitse huolehtia mielipiteensä julkituomisen seurauksia. (Ojasalo ym. 2015, 111-113.) Yhteiskehittämispajassa hyödynnettiin myös yksilötyöskentelyä. Osana yhteiskehittämispajaa ollut Padlet-sovelluksen käyttö mahdollisti osallistujien anonymiteetin, sillä kirjoitetut mielipiteet eivät olleet yksilöityjä sovelluksessa. Näin ollen kaikkien osallistujien mielipide tuli esille tasavertaisesti.

Ryhmän muodostaminen on olennainen osa tutkimusprosessia (Valtonen & Viitanen 2020). Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi merkittävä piirre on se, ettei kohdejoukon valinnassa käytetä satunnaisotosta, vaan kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Ihmisen merkitys tiedonkeruun välineenä on suositeltavaa, jonka vuoksi tutkijan ja tutkittavien väliset keskustelut ovat merkittävässä asemassa. (Hirsjärvi ym. 2013, 164.) Tutkimuksen tavoite määrittää sen, millaisia osallistujia tutkimukseen valitaan mukaan. Vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta ryhmän homogeenisuus nähdään usein tärkeänä. Toisaalta ryhmän koostaminen eri taustoista tulevista henkilöistä luo mahdollisuuden erilaisten näkökulmien syntymiseen keskustelun aikana. (Valtonen & Viitanen 2020.) Opinnäytetyön tavoitteen ollessa lisäkoulutusmallin kehittäminen raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta kutsuttiin yhteiskehittämispajaan mukaan raskauden ja raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien asiantuntijoita. Monialaisen näkökulman saamiseksi ryhmä koostui kahdesta psykiatrasta osaamista omaavasta neuvolan terveydenhoitajasta sekä MIELI Suomen mielenterveys ry:n ja Äidit irti synnytysmasennuksesta Äimä ry:n asiantuntijoista. Heillä kaikilla on asiantuntemusta ja kokemusta raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, mutta jokaisella on hieman erilainen näkökulma aiheeseen.

Konstruktivisessa tutkimuksessa aineisto voidaan kerätä usealla eri tavalla, eikä lähestymistapa sulje pois mitään tiedonkeruumenetelmää (Ojasalo ym. 2015, 68). Sähköisessä yhteiskehittämispajassa kerättiin aineistoa ryhmäkeskustelujen nauhoittamisen lisäksi myös ryhmäkeskusteluun perustuvana kirjallisena tuotoksena. Työpajaan osallistujat ideoivat lisäkoulutuksen tärkeimpiä osa-alueita sekä tuottivat sisältöä lisäkoulutusta varten Padlet-sovelluksen kautta. Näin ollen koulutuksen sisältö kehitettiin olemassa olevan tutkitun teorialiedon, nauhoitetun ryhmäkeskustelun ja kirjallisena tuotetun empiirisen tiedon perusteella.

Sähköisessä yhteiskehittämispajassa hyödynnettiin soveltuvien osin myös teemahaastattelun ominaisuuksia. Teemahaastattelu sopii erilaisten ilmiöiden tutkimiseen ja sen avulla tutkijan on mahdollisuus syventää omaa käsitystään tutkittavasta ilmiöstä. Yksi teemahaastattelun metodisista ominaisuuksista on, että osa haastattelun aiheista on päätetty ennakkoon. Tämän kautta tutkijan on mahdollista ohjata keskustelua kontrolloimatta sitä liikaa. Teemahaastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää, että tutkijalla on riittävä ymmärrys tutkittavasta aiheesta. Teorialiedon ja tutkijan oman esiyymmärryksen kautta muodostetaan teemarunko, jota hyödynnetään haastattelutilanteessa. Teemojen ideointi on yksi tutkimusprosessin tärkeimmistä vaiheista, sillä teemojen kautta on tarkoitus tuottaa mahdollisimman laajalti sellaista aineistoa, jota tutkijan voi myöhemmin hyödyntää teorialiedon avulla. (Puusa 2020.) Sähköinen yhteiskehittämispaja eteni osittain opinnäytetyön tekijöiden etukäteen valitsemien teemojen mukaisesti. Etukäteen valitut teemat olivat puheeksi ottaminen, tunnistaminen ja neuvolaterveydenhoitajan tuki odottajalle. Muut teemat yhteiskehittämispajaan osallistujat tuottivat ryhmässä. Tähän ratkaisuun päädyttiin, jotta saatiin materiaalia koulutuksen kehittämisen kannalta etukäteen olennaisiksi määriteltyihin teemoihin. Tämän lisäksi osa

teemoista jätettiin etukäteen suunnittelematta, jotta saatiin ryhmässä vallitsevan vuorovaikutuksen avulla nostettua esiin asiantuntijoiden tärkeiksi kokemia teemoja.

### 5.2.3 Osallistavat menetelmät

Kehittämisosprosessin eri vaiheissa kannattaa hyödyntää eri toimijoiden näkemyksiä. Näkemysten esiintuomiseksi on mahdollista hyödyntää osallistavia ja keskustelua edistäviä menetelmiä. Ominaista näille menetelmille on, että niiden avulla toimijat saadaan osallistutettua usealla tavalla kehittämisosprosessiin. Lisäksi osallistavien menetelmien tehtävä on tiedon tuottaminen, kumulointi ja siivilöinti sekä osallistujien ajatuksellinen sitouttaminen toimintaan. (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 56.) Sähköisessä yhteiskehittämispajassa hyödynnettiin erilaisia osallistavia menetelmiä sekä ongelmakohtien tunnistamisessa että ratkaisujen kehittämisessä. Näitä menetelmiä käytettiin ryhmäkeskustelun sekä kirjallisen aineiston tuottamisen tukena. Yhteiskehittämispajassa käytettiin seuraavia menetelmiä sähköiseen työpaajaan soveltaen. Ongelmakohtien tunnistamiseen ja määrittelyyn käytettiin akvaarioryhmä- ja 8x8-menetelmää sekä ratkaisujen tuottamiseen ja analysointiin hyödynnettiin tuplatiimi- ja 3 + ja miten -menetelmää.

Akvaarioryhmä-menetelmän tavoite on muodostaa ryhmän keskuudessa yhteinen merkitys pohditusta aiheesta. Menetelmässä osa ryhmästä keskustelee annetusta aiheesta toisten kuunnellessa. Menetelmän avulla asioita on mahdollista käsitellä sekä yleisesti että kriittisesti. (Tevere 2019a.) 8x8-menetelmässä valittu ongelma kirjoitetaan tyypillisesti A4-paperille. Tämän paperin ympärille sijoitetaan kahdeksan paperia, joihin ideoidaan ongelmaan liittyviä näkökulmia. Seuraavaksi kahdeksan ideoitua näkökulmaa siirretään itsenäisiksi aloituspisteiksi, joihin jokaiseen luodaan kahdeksan uutta näkökulmaa. (Ojasalo ym. 2015, 163.) Menetelmä on mahdollista muokata myös pienemmäksi kuten 4x4-, 5x5- tai 6x6-menetelmäksi. Pienempi määrä nopeuttaa prosessia. (Kesler 2015, 33.)

Tuplatiimin tavoitteena on tuottaa uusia ideoita ja ratkaisuja ongelmiin pareittain ja ryhmässä. Alussa jokainen osallistuja miettii itsekseen ideoita ja ratkaisuja käsiteltävään ongelmaan. Tämän jälkeen jatketaan työskentelyä pareittain. Jokainen esittelee omat ideansa parilleen perustellen ne. Yhteisistä ideoistaan parit valitsevat parhaat, jotka he esittelevät muulle ryhmälle taas perustellen ne. Jokaisen parin esitettyä omat ideansa valitaan näistä ideoista parhaat ehdotukset, joita aletaan jatkotyöstämään. (Tevere 2019b.) 3 + ja miten -menetelmän perusidea on arvioida yksittäisiä ideoita eri näkökulmista. Prosessin tavoite on löytää ideoiden joukosta käyttökelpoisimmat ideat. Menetelmän tarkoitus on arvioida jokaista ideaa yksilöllisesti. Jokaisesta ideasta tulee tuottaa vähintään kolme positiivista näkökulmaa ennen kuin on mahdollisuus esittää miten-kysymyksiä kritiikin muodossa. (Tevere 2019c.)

### 5.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä käytetään induktiivista eli aineistolähtöistä analyysiä, joka jaotellaan karkeasti kolmeen vaiheeseen: aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston klusterointiin eli ryhmittämiseen ja abstrahointiin eli käsitteellistämiseen (Tuomi & Sarajärvi 2018). Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi, koska konstruktiivinen tutkimusote perustuu vahvan teoriapohjan lisäksi käytännöstä kerättävään tietoon ja koulutusmalli suunnitellaan sitä hyödyntäen. Tässä opinnäytetyössä suunniteltava koulutusmalli perustuukin vahvasti tähän empiiriseen aineistoon eikä ainoastaan jo olemassa olevaan teoriaan.

Ennen aineiston redusointia on nauhoitettu aineisto kuunneltava ja litteroitava tekstimuotoon, jotta aineistoa pystytään lukemaan ja perehtymään sen sisältöön tarkasti (Tuomi & Sarajärvi 2018). Tässä opinnäytetyössä litteroitavaa materiaalia oli 3 h 9 min 10 s, joista muodostui litteroitua tekstiä 58 sivua fonttikoolla 12 ja rivinvälillä 1,5. Yhteiskehittämispajan nauhoitteen litteroinnin lisäksi myös Padlet-sovellukseen osallistujien tuottamat ideat, jotka ovat visuaalisessa muodossa, muokattiin tekstiasiakirjaksi, jotta kaikki aineisto on samassa muodossa sisällönanalyysin tekemistä varten.

Sisällönanalyysissä varsinainen ensimmäinen vaihe on alkuperäisen aineiston redusointi, jolloin aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta kaikki epäoleellinen pois. Redusointi voidaan toteuttaa etsimällä litteroidusta aineistosta ilmaisuja, jotka kuvaavat tutkimustehtävää. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Tässä opinnäytetyössä redusointi toteutettiin alleviivaamalla samaa ilmiötä kuvaavat ilmaisut samalla värillä. Tätä hyödyntäen aineistosta etsittiin listattavaksi alkuperäiset ja pelkistetyt ilmaukset, joista muodostettiin pohja klusteroinnille. Nauhoitteen litteroinnista poimittiin 112 kappaletta pelkistettyjä ilmauksia. Nämä alkuperäiset ja pelkistetyt ilmaukset löytyvät liitteestä 1.

Klusteroinnissa aineistosta etsitään redusoidut käsitteet, jotka kuvaavat joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia (Tuomi & Sarajärvi 2018). Sen tarkoituksena on tuottaa ilmiön kuvauksia, lisätä ymmärrystä ja tuottaa tietoa. Sisällönanalyysin avulla tutkija määrittää, mitkä käsitteet kuuluvat yhteen ja ryhmittelee ne omiksi luokiksi. (Elo & Kyngäs 2008, 111.) Näistä ryhmitellyistä luokista muodostetaan alaluokat, jotka nimetään käsitteellä, joka kuvaa ilmiötä. Klusterointia jatketaan yhdistelemällä alaluokkia yläluokiksi ja yhdistämällä näitä muodostetaan puolestaan pääluokkia. Lopuksi pääluokista muodostetaan tutkimustehtävään yhteydessä oleva yhdistävä luokka. Tämä luo pohjan tutkimuksen perusrakenteelle ja alustavan näkemyksen tutkimuksen kohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) 112 pelkistetyistä ilmauksesta muodostettiin opinnäytetyössä 31 alaluokkaa. Alaluokista muodostettiin 14 yläluokkaa, joista puolestaan muodostettiin kymmenen pääluokkaa. Taulukko klusteroinnista on nähtävillä liitteessä 1.

Abstrahoinnissa rakennetaan kuvaus tutkimuksen kohteesta muodostettujen käsitteiden avulla. Uutta teoriaa muodostettaessa johtopäätöksiä ja teoriaa suhteutetaan jatkuvasti alkuperäiseen aineistoon. Abstrahoinnin avulla erotetaan olennainen tieto, empiirisestä aineistosta muodostetaan teoreettiset käsitteet ja tuloksissa kuvataan aineistosta muodostettu malli tai sitä kuvailevat teemat. Edellä mainittu klusterointi on osa abstrahointiprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Tätä vaihetta jatketaan niin kauan kuin se on mahdollista ja järkevää tutkimuksen näkökulmasta (Elo & Kyngäs 2008, 111).

#### 5.4 Aineiston hallinta

Yhteiskehittämispaja nauhoitettiin, jotta työpajan tuotoksia voitiin hyödyntää koulutusmallin suunnittelussa. Nauhoite tallentui väliaikaisesti Microsoft Streams -palvelimelle ja oli työpajan jälkeen väliaikaisesti nähtäville työpajaan osallistuneille Teams-sovelluksen kautta. Nauhoite kopioitiin mahdollisimman pikaisesti opinnäytetyön tekijöiden tietokoneille, jonka jälkeen nauhoite poistettiin Streams-palvelusta lopullisesti. Opinnäytetyön tekijät käyttivät nauhoitetta ainoastaan koulutusmallin suunnitteluvaiheessa, jonka jälkeen nauhoitteen kopiot tuhottiin lopullisesti. Yhteiskehittämispajassa asiantuntijat tuottivat koulutusmallin suunnittelua varten myös kirjallista aineistoa, joka tallennettiin Padlet-sovellukseen. Myös tämä materiaali tuhottiin, kun sille ei ollut enää tarvetta opinnäytetyöprosessissa. Näitä kirjallisia tuotoksia sekä nauhoitteen materiaalia käytettiin raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen koulutusmallin suunnitteluun.

Koulutusmallin suunnittelua varten kerättävää materiaalia (nauhoite ja kirjallinen aineisto) ei voi jatkokäyttää, sillä se hävitettiin koulutusmallin valmistumisen jälkeen. Koulutusmallia voidaan kuitenkin jatkokäyttää terveydenhoitajien ja terveydenhoitajaopiskelijoiden kouluttamiseen ja sitä on myös mahdollista jatkokehittää.

### 6 Sähköinen yhteiskehittämispaja

Alun perin yhteiskehittämispaja oli tarkoitus toteuttaa kasvokkain tapahtuvana työpajana. COVID-19-viruksen aiheuttaman poikkeustilanteen vuoksi tämä ei ollut mahdollista, joten yhteiskehittämispaja muutettiin sähköiseksi työpajaksi. Tämän vuoksi alustavasti tehtyjä suunnitelmia yhteiskehittämispajasta täytyi muokata sähköiseen työpajaan sopiviksi. Yhteiskehittämispajan järjestämisessä päädyttiin hyödyntämään fasilitointia, sillä usein kokouksen vetäjä sekaantuu sisältöön eikä enää huomioi, mitä ympärillä tapahtuu (Nummi 2018, 204). Tässäkin yhteiskehittämispajassa vetäjien oli tarkoitus ainoastaan luoda puitteet työpajalle eikä itse osallistua sisällön tuottamiseen.

Suunniteltaessa sähköistä yhteiskehittämispajaa sovellettiin siihen teoriaa sähköisen kokouksen fasilitoimisesta. Sähköistä kokousta suunniteltaessa on huomioitava, että vain osa



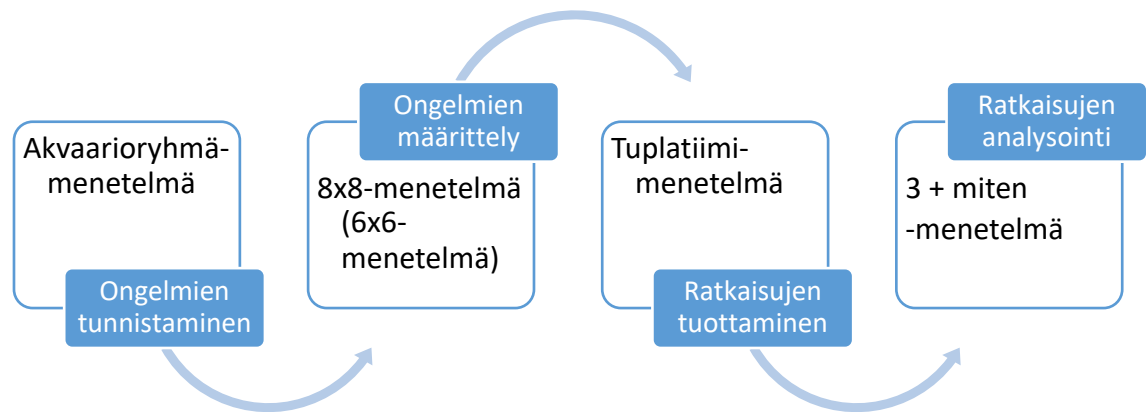
menetelmistä ja työkaluista, jotka toimivat kasvokkain käytävissä kokouksissa, sopii myös sähköisiin kokouksiin. Useat fasilitoinnin metodit ja perusideat ovat kuitenkin mahdollista muokata sähköiseen ympäristöön sopiviksi. Sähköisissä kokouksissa voi esiintyä tiettyjä haasteita, joita ei ilmene kasvokkain tavatessa. Haasteena on se, että osallistujat eivät käyttäydy täysin samalla tavalla sähköisessä ympäristössä. Osallistujien kokoontuessa fyysisesti samaan paikkaan he ovat lähtökohtaisesti aktiivisempia eivätkä tarvitse yhtä paljon ohjeita, sääntöjä ja kannustusta kuin sähköisessä ympäristössä. He myös kokevat olevansa enemmän vastuussa siitä, mitä sanovat, kun tapaavat toisensa kasvokkain. (Nummi 2018, 45, 200-201.)

Sähköisessä yhteiskehittämispajassa käytettäväksi sovellukseksi valikoitui Teams-sovellus, sillä se oli kaikille osallistujille tuttu sekä kaikkien työkoneella valmiiksi asennettuna. Jotta kyettiin varmistamaan osallistujien aktiivinen osallistuminen, päädyttiin kehittämään yhteiskehittämispajaan runko hyödyntäen osallistavia menetelmiä. Niitä käyttämällä varmistettiin, että keskustelu käynnistyy sujuvasti yhteiskehittämispajan alussa ja jatkuu ongelmitta läpi yhteiskehittämispajan. Osallistavia menetelmiä hyödyntämällä luotiin myös kirjallista materiaalia, joka tuotettiin Padlet-sovellukseen. Tämä sovellus valikoitui, koska se ei vaatinut osallistujilta kirjautumista tai rekisteröitymistä. Valitessa osallistavia menetelmiä täytyi pohtia niiden soveltuvuutta sähköiseen ympäristöön. Osa valikoiduista menetelmistä ei kuitenkaan soveltunut sellaisenaan sähköiseen yhteiskehittämispajaan, vaan vaati muokkaamista. Myös Teams-sovelluksen käyttö asetti joitakin rajoituksia osallistavien menetelmien valintaan. Yksi Teams-sovelluksen asettama rajoitus oli, ettei osallistujia ollut mahdollista jakaa pienryhmiin.

Sähköisen kokouksen suunnittelussa keskeistä on myös prosessin suunnittelu ja aikataulutus, esityksen työkalujen valinta ja suunnittelu sekä teknologian hallinta. Prosessien, menetelmien ja aktivointityökalujen valitsemisen lisäksi on myös tarkistettava, että käytössä oleva teknologia sopii suunnitelman toteutukseen. Kokouksen vetäjän on hyvä testata ja tutustua teknologiaan itse, jotta voi kokouksessa tarvittaessa auttaa muita osallistujia. Teknisten taitojen hallitseminen vakauttaa kokousta ja auttaa sen onnistumisessa. Fasilitaattorin ei kuitenkaan tarvitse olla teknologian ammattilainen, jotta sähköinen kokous onnistuisi, vaan parhaiten tekniikan luotettavuuden voi varmistaa varautumalla etukäteen mahdollisiin riskeihin. Kaikkien osallistujien tekniikan toimivuus on hyvä myös varmistaa ennen sähköistä kokousta. (Nummi 2018, 208-211.)

Sähköinen yhteiskehittämispaja suunniteltiin etenevän järjestelmällisesti ongelmista ratkaisuihin. Sähköisen yhteiskehittämispajan eteneminen on kuvattu kuviossa 2. Tavoitteena oli määrittää ensin yhdessä aihetta koskevat ongelmat, minkä jälkeen löytää niihin parhaiten sopivat ratkaisut. Osaan yhteiskehittämispajaan valittuihin osallistaviin menetelmiin vaadittiin parillinen määrä osallistujia. Tämän vuoksi suunniteltiin etukäteen myös korvaavat menetelmät, mikäli joku osallistuja ei pääsisikään osallistumaan yhteiskehittämispajaan. Yhteiskehittämispajan aikataulu suunniteltiin etukäteen, jotta varmistettiin se, ettei mikään asia jää

käymättä läpi ajanpuutteen vuoksi. Aikataulu pyrittiin myös suunnittelemaan riittävän väljäksi, jotta aikataulu pitäisi. Aikataulussa huomioitiin myös mahdolliset tekniset ongelmat, jotka ilmaantuessaan voisivat hidastaa yhteiskehittämispajan etenemistä. Mahdollisiin Padlet-sovelluksessa ilmeneviin teknisiin ongelmiin varauduttiin tekemällä PowerPoint-esitykset jaettavaksi Teams-sovelluksessa, jotta kirjallisten tuotosten tekeminen yhdessä olisi mahdollista.



Kuvio 2: Sähköisen yhteiskehittämispajan eteneminen

Sähköisen kokouksen ensimmäinen vaihe on aloitus. Sen tarkoituksena on virittää osallistujat sähköistä kokousta varten. Check-in on palaverikäytäntö, jonka mukaan on tärkeää, että jokainen saa sanoa jotain ääneen kokouksen alussa, sillä aktiivinen osallistuminen jo ensimmäisessä vaiheessa vähentää mahdollista jännitystä. Osallistujat tulisi saada puhumaan ensimmäisen viiden minuutin aikana, mikäli haluaa järjestää osallistavan kokouksen. Hyvän aloituksen tarkoituksena on luoda rento ilmapiiri, joka tukee ihmisten osallistumista sähköisessä kokouksessa. Hyvien aloituskäytäntöjen mukaan alussa käydään läpi päivän ohjelmarunko. (Nummi 2018, 61-62.)

Yhteiskehittämispaja aloitettiin esittäytymisellä. Jokainen kertoi, kuka on ja millaista työtä tekee. Lisäksi jokainen kertoi alussa jonkin oman vahvuutensa omassa työssään sekä jonkin positiivisen asian, mikä oli tapahtunut viimeisen viikon aikana. Tämän lisäksi yhteiskehittämispajan alussa käytiin läpi yleisesti päivän eteneminen sekä kerrattiin opinnäytetyön ja yhteiskehittämispajan tavoitteet.

Käymällä alussa läpi yhteiset pelisäännöt kokouksen osallistujien kanssa, voidaan välttää kokouksen aikana ainakin käyttäytymiseen liittyvät yllätykset. Niistä sopiminen ja niiden noudattaminen korostuu entisestään, kun osallistujat eivät ole fyysisesti samassa paikassa eivät tunne toisiaan entuudestaan. Oleellista on myös määritellä erilaiset roolit (fasilitaattori, osallistuja), sillä kokouksen sisältöön keskittyminen ja sen johtaminen samanaikaisesti on

vaikeaa. Kokouksen vetäjän rooli fasilitaattorina poistaa tämän ongelman tämän keskittyessä asiasisällön sijaan ainoastaan kokousprosessiin. Fasilitaattorin etukäteen suunnittelema ja johtama prosessi on yksi tärkeä edellytys, jotta virtuaalokokouksessa pysytään aikataulussa ja varmistetaan jokaisen osallistujan jakamaton huomio. (Nummi 2018, 201-204.)

Koska yhteiskehittämispajan osallistujat eivät tunteneet toisiaan entuudestaan ja yhteiskehittämispajan sujuva eteneminen haluttiin varmistaa, luotiin etukäteen yhteiset yhteiskehittämispajan pelisäännöt. Pelisäännöt sisälsivät käytännön ohjeita yhteiskehittämispajassa toimimisesta. Nämä lähetettiin osallistujille etukäteen ja ne käytiin myös suullisesti läpi yhteiskehittämispajan alussa. Työpajan alussa käytiin läpi myös osallistujien roolit. Yhteiskehittämispajan vetäjät toimivat ainoastaan fasilitaattoreina ja kaiken materiaalin tuottivat yhteiskehittämispajaan kutsutut osallistujat.

Oleellinen asia kokouksen onnistumisen kannalta on kokouksen vetäjän oma innostuneisuus ja sitä kautta myös kokoukseen osallistujien innostaminen. Kokous kannattaa myös suunnitella etenemään asianmukaisesti. Kokous kannattaa aloittaa dynaamisella tehtävällä kuten pienryhmä keskusteluilla. Näin osallistujat saadaan aktivoitua keskustelemaan keskenään. (Nummi 2018, 205-206.)

Yhteiskehittämispajan alussa hyödynnettiin keskustelun avaamiseksi ja aiheeseen johdattelemiseksi akvaarioryhmämenetelmää. Akvaarioryhmää varten osallistujat jaettiin kahdeksi pariksi, joiden tehtävänä oli keskustella vuorotellen siitä mitä he toivoisivat omalta neuvolan terveydenhoitajalta, mikäli olisivat itse raskaudenaikaisesta masennuksesta tai ahdistuksesta kärsiviä odottajia. Kumpikin pari keskusteli vuorollaan annetusta aiheesta noin kaksi minuuttia, jonka jälkeen toinen pari jatkoi siitä mihin toinen pari jäi. Tämä toistettiin kaksi kertaa. Jo tässä vaiheessa osallistujat tuottivat suuren määrän erilaisia näkökulmia aiheeseen liittyen. Tämän jälkeen yhteiskehittämispajan vetäjät tekivät yhteenvedon keskustelussa esiin tulleista näkökulmista.

Yhteiskehittämispajan seuraavassa vaiheessa osallistujien tehtävänä oli ideoida keskeisimpiä ongelmia ja tuottaa ne kirjallisesti Padlet-sovelluksessa liittyen seuraavaan kysymykseen: Jotta neuvolan terveydenhoitajilla olisi tulevaisuudessa mahdollisimman paljon tietoa raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien tunnistamiseen ja puuttumiseen varhaisessa vaiheessa sekä keinoja odottajan tukemiseen, millaista tietoa ja koulutusta heille tulisi tarjota? Kysymystä oli tarkennettu vielä seuraavalla tavalla: Nimeä ongelmakohtia, ei ratkaisuja. Mikä ei tällä hetkellä toimi? Millaisia ongelmia esiintyy käytännön työssä? Mitkä ovat asioita, joihin tarvitaan parannusta? Mitä osaamisaluetta tulisi kehittää? Tässä tehtävässä hyödynnettiin soveltaen 8x8-menetelmää, muokattuna 6x6-menetelmäksi. Kuudesta ongelmakohtasta oli etukäteen määritelty jo kolme, sillä opinnäytetyön tekijät kokivat ne tärkeiksi aihealueiksi koulutuksen osana. Tämä poikkeaminen fasilitointimenetelmästä oli tietoinen valinta.

Osallistujilla oli kuitenkin mahdollisuus muokata näitä ongelmakohtia tai korvata ne täysin uusilla, mikäli eivät kokeneet niitä keskeisiksi ongelmiksi. Nämä kolme ongelmakohtaa olivat puheeksi ottaminen, tunnistaminen ja odottajan tukeminen. Osallistajat kokivat nämä kuitenkin oleellisiksi teemoiksi eivätkä halunneet muokata niitä. Lisäksi he tuottivat kolme uutta ongelmakohtaa, jotka olivat verkostojen puuttuminen, hoitopolkujen mallintaminen ja liiallinen rutiinien noudattaminen ja työhön rutinoituminen. Osallistajat päätyivät näihin kuuteen ongelmakohtaan yhteisesti keskustellen ja toinen opinnäytetyön tekijöistä kirjasi ne Padlet-sovellukseen.

Näille jokaiselle kuudelle ongelmakohtalle tuotettiin, edelleen hyödyntäen 6x6-menetelmää, vähintään kuusi uutta tarkennettua näkökulmaa eli ongelmakohtaa. Osallistajat tuottivat ne yksilöllisesti ja anonymisti Padlet-sovelluksessa. Vaikka prosessin tässä vaiheessa oli tarkoitus etsiä ongelmia, osallistajat tuottivat kuitenkin myös joitakin ratkaisuja ongelmiin. Padlet-sovelluksessa tuotettiin taulukossa 1 esitetyt näkökulmat.

<p>Puheeksi ottaminen</p>	<p>Th (=terveydenhoitaja) pelkää asiakkaan reaktiota, asianostettava uudelleen esiin asiakkaan mahdollisesta negatiivisesta reaktiosta huolimatta</p> <p>Aloittelevalla th:lla ei riittävästi tietoa/ tukea, että saa käyttää runsaammin aikaa asian hoitamiseen</p> <p>Neuvolatyöntekijän on itse vaikea ottaa puheeksi tai keskustella henkilökohtaisista aiheista</p> <p>Th:n uskallus/ taito ottaa asiat puheeksi, kieliongelmat vrt. tunnekieli</p> <p>Pelko asiakkaan loukkaamisesta, estää keskustelun käynnistymisen</p> <p>Th ei osaa tai uskalla ottaa asioita puheeksi</p>
<p>Tunnistaminen</p>	<p>Lomakkeiden vastauksia ei käydä läpi. Lomakkeita ei osata käyttää tunnistamisen välineenä</p> <p>Lomakkeet kuin kaksiteräinen miekka: Miten niitä luetaan? Miten niiden rivin välejä luetaan? Lomakkeet eivät toimi tunnistamisessa oikein / niitä ei osata tulkita oikein</p> <p>Äiti ei tunnista tai tunnusta omaa masennustaan/ahdistustaan</p>

	<p>Th:lla ei ymmärrystä/merkitystä, miksi asioita pitää ottaa puheeksi</p> <p>Seulojen käyttö tutuksi: Th:n tiedot psyykkisistä häiriöistä</p> <p>Th:lla ei tietoa tai ymmärrystä siitä, milloin kyse on mt-häiriöstä ja milloin normaalista elämään kuuluvasta mielialan vaihtelusta</p>
Odottajan tukeminen	<p>Vuorovaikutuksen tukeminen vauvaan jää vaillinaiseksi, kun ei neuvolassa ei keskitytä masennuksen hoitoon, kun hoito on jo muualla</p> <p>Vastuun siirto toisalle, kun hoito on jo muualla</p> <p>Varhaisen tukemisen mallia ei ole</p> <p>Ei käytetä riittävästi mahdollisuutta hyödyntää lisäkäyntejä/ soittoja. Ei uskalleta ehdottaa lisäkäyntejä asiakkaalle</p> <p>TH toimii diagnoosin pohjalta, eikä keskustele asiakkaan kanssa hänen näkemyksestään mahdollisten tukitoimien tarpeesta</p> <p>Hoitosuhde katkaistaan, koska asiakas voi "liian hyvin". Seuranta jatketaan vasta, kun tilanne mennyt jo pahaksi</p> <p>Th:lla ei tietoa, mitä asiakkaan tukeminen/ kannattelu tarkoittaa käytännössä</p> <p>Th yrittää lähteä ratkomaan asiakkaan ongelmia eikä auta kysymysten kautta asiakasta itse hahmottamaan omaa tilannettaan ja mahdollisuuksiaan vaikuttaa tilanteeseen suotuisasti</p>
Verkostojen puuttuminen	<p>Toisinaan asiakkailla viranomaisverkostot liian laajat</p> <p>Digitaalisten, vaihtoehtoisten, lyhyiden hyvinvointipalveluiden tarve suuri, tarjolla kuitenkin vähän</p> <p>TH:lta puuttuu tietoa oman alueen kolmannen sektorin palveluista tai verkkopalveluista</p> <p>Lapsiperheiden palveluiden saanti vaikeasti löydettävissä, hajallaan netissä.</p>

	<p>Perhe muuttanut työnperässä, omat sukulaiset ja läheiset saattavat olla satojen kilometrien päässä.</p> <p>Kukaan läheinen ei seuraa äidin vointia: äiti ei saa apua lähiympäristöstään</p>
Hoitopolkujen mallintaminen	<p>Tarvitaanko aina hoitopolkuja? vai voidaanko hoitaakin itse?</p> <p>Hoitopolkuja ei pidetä esille aktiivisesti</p> <p>Puutteellinen työntekijöiden perehdyttäminen hoitopolkuihin</p> <p>Hoitopolut eivät ratkaise mitään, mikäli resursseja ole</p> <p>Ei ole yhtenäisiä linjauksia: Ei tiedetä olemassa olevia hoitopolkuja</p> <p>Informaation kulku katkeaa</p> <p>Liian vaihtuvat työntekijät, työntekijöiden puute saa usein hyvien hoitopolkujen ontumisen.</p>
Liiallinen rutiinien noudattaminen/ rutinoituminen työhön	<p>Asiantuntijuus mielletään ylhäältä alaspäin tulevaksi. Asiakkaalle tarjotaan valmiita vastauksia asiakkaan kohtaamisen sijaan. Liikaa autoritäärisyyttä</p> <p>Aloittavalle th:lle tuki ja perehdytys asioihin</p> <p>Rutiinit luovat turvaa työntekijälle ja minimoi asiakkaan tarjoilemat "yllättävät käänteet"</p> <p>Ei osata tai uskalleta kohdata asiakasta yksilönä</p> <p>Lomakkeiden tuloksia ei käydä läpi</p>

Taulukko 1: Yhteiskehittämispajassa määritetyt ongelmat

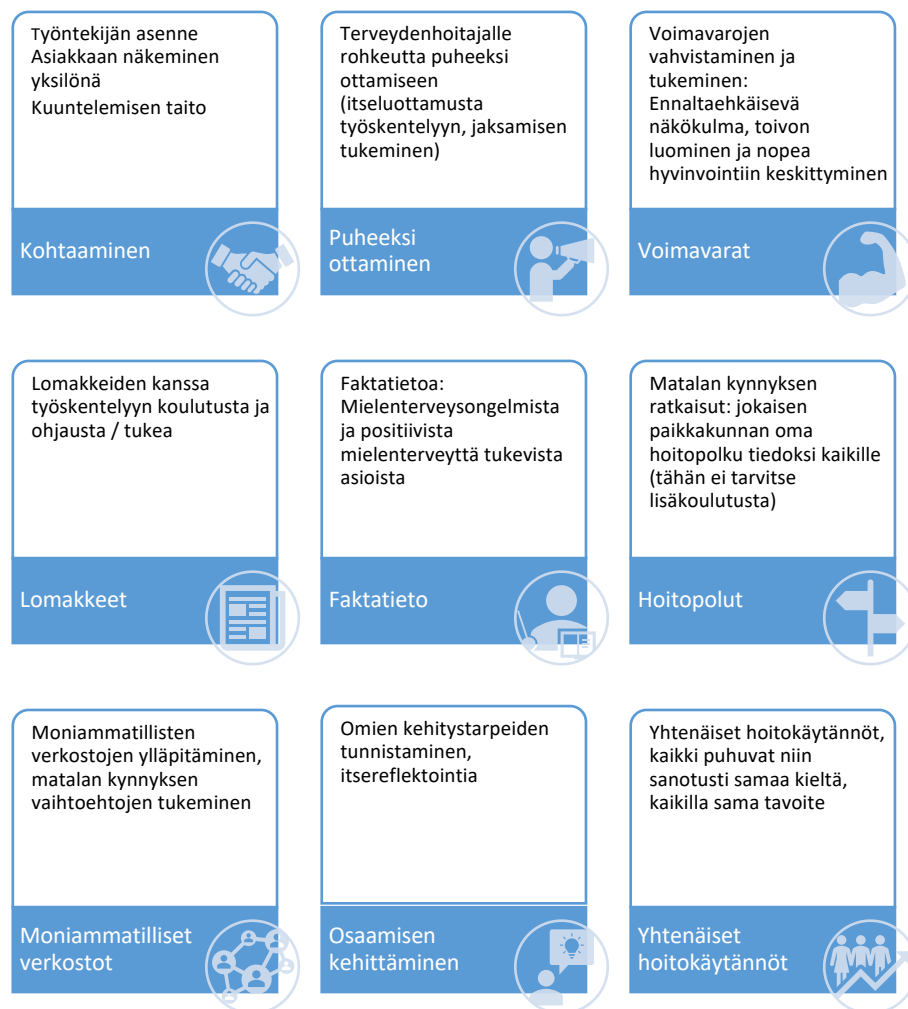
Tarvittaessa ryhmän huomion uudelleen keskittämiseen voi hyödyntää yksinkertaisia aktivointimenetelmiä, kuten äänestykset, hymiöt ja peukut tai kirjoitustehtävät. Näillä menetelmillä fasilitaattori pystyy varmistamaan ryhmän keskittymistasoa sekä suuntaamaan osallistujien huomion uudelleen sinne, mihin itse haluaa. (Nummi 2018, 205-206.) Osallistujien aktivoimisen lisäksi äänestystä käytettiin tuotettujen ongelmakohtien priorisoinnissa. Äänestys tapahtui Padlet-sovelluksen sisältämällä äänestystoiminnolla, joka mahdollisti jokaisen näkökulman äänestämisen 1-5 tähdellä. Yhteiskehittämispajaan osallistujat ohjeistettiin antamaan tähtiä jokaiselle näkökulmalle ja sitä kautta tuomaan esille oma mielipide näkökulman tärkeydestä.

Tämän käyttö osoittautui hieman haasteelliseksi, sillä kahdella osallistujalla oli teknisiä ongelmia tähtien antamisen kanssa. Sen vuoksi päädyttiin ratkaisuun, että opinnäytetyön tekijät ottivat näiden kahden osallistujan arvioinnit suullisesti ja kirjasivat ne omaan kirjanpitoonsa. Kahdella muulla osallistujalla tähtien antaminen onnistui. Opinnäytetyön tekijät laskivat kaikkien osallistujien antamat tähtiluokitukset sekä niiden keskiarvot, joiden perusteella valittiin jokaisesta kuudesta kokonaisuudesta kaksi tärkeimmäksi valittua ongelmaa. Näin ollen saatiin 12 ongelmaa, joihin ryhdyttiin etsimään ratkaisuja. Nämä keskeisimmiksi koetut ongelmat on esitetty taulukossa 2.

Puheeksi ottaminen	<p>Pelko asiakkaan loukkaamisesta estää keskustelun käynnistämisen.</p> <p>Terveystenhoitajan uskallus / taito ottaa asiat puheeksi on puutteellinen</p>
Tunnistaminen	<p>Lomakkeiden vastauksia ei käydä läpi tai lomakkeita ei osata käyttää tunnistamisen välineenä.</p> <p>Terveystenhoitajalla ei ole ymmärrystä miksi asioita pitää ottaa puheeksi.</p>
Odottajan tukeminen	<p>Terveystenhoitajalla ei ole tietoa mitä asiakkaan tukeminen / kannattelu tarkoittaa käytännössä.</p> <p>Terveystenhoitaja yrittää lähteä ratkomaan asiakkaan ongelmia eikä auta kysymysten kautta asiakasta itse hahmottamaan omaa tilannettaan ja mahdollisuuksiaan vaikuttaa tilanteeseen suotuisasti.</p>
Verkostojen puuttuminen	<p>Terveystenhoitajalta puuttuu tietoa oman alueen kolmannen sektorin palveluista tai verkkopalveluista.</p> <p>Lapsiperheiden palveluiden saanti vaikeasti löydettävissä, hajallaan netissä.</p>
Hoitopolkujen mallintaminen	<p>Tarvitaanko aina hoitopolkuja vai voidaanko hoitaakin itse?</p> <p>Informaation kulku katkeaa hoitopoluissa.</p>
Liiallinen rutiinien noudattaminen/rutinoituminen työhön	<p>Ei osata tai uskalleta kohdata asiakasta yksilönä.</p> <p>Asiantuntijuus mielletään ylhäältä alaspäin tulevaksi. Asiakkaalle tarjotaan valmiita vastauksia asiakkaan kohtaamisen sijaan. Liikaa autoritäärisyyttä.</p>

Taulukko 2: Yhteiskehittämispajassa keskeisimmiksi koetut ongelmat

Ongelmien määrittelyn jälkeen siirryttiin yhteiskehittämispajan toiseen vaiheeseen, jonka tarkoituksena oli ratkaisujen kehittäminen. Ratkaisujen kehittämisessä hyödynnettiin soveltaen Tuplatiimi-menetelmää. Alussa jokainen osallistuja tuotti edellä mainittuihin, priorisoi-tuihin ongelmiin ratkaisuja Padlet-sovelluksessa anonyymisti yksilötyöskentelynä. Tässä työskentelyvaiheessa korostettiin määrän olevan laatua tärkeämpää. Osallistujat tuottivat yksilötyöskentelynä suuren määrän ratkaisuja. Tämän jälkeen osallistujat jaettiin alkuperäisiin pa-reihin. Parien tehtävänä oli valita vuorotellen tärkeimmäksi kokemansa ratkaisu tuotetuista ideoista keskustellen ja perustellen valintansa. Tässä vaiheessa ei ollut enää merkitystä, minkä teeman alta ratkaisun valitsi. Tällä tavoin valittiin yhteensä yhdeksän osallistujien mie-lestä tärkeintä ratkaisua, jotka on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3: Yhteiskehittämispajassa tuotetut ratkaisut

Yhdeksää valittua ratkaisua jatko työstettiin 3+ miten -menetelmää hyödyntäen. Tarkoituk-sena oli saada jokaiseen ratkaisuun vähintään kolme positiivista näkökulmaa ennen kuin osal-listujilla oli mahdollisuus tuoda esiin ratkaisun mahdollisia ongelmakohtia. Tavoitteena oli, että osallistujat keskustelisivat vapaasti ja tuottaisivat omia näkemyksiään vuoropuhelun

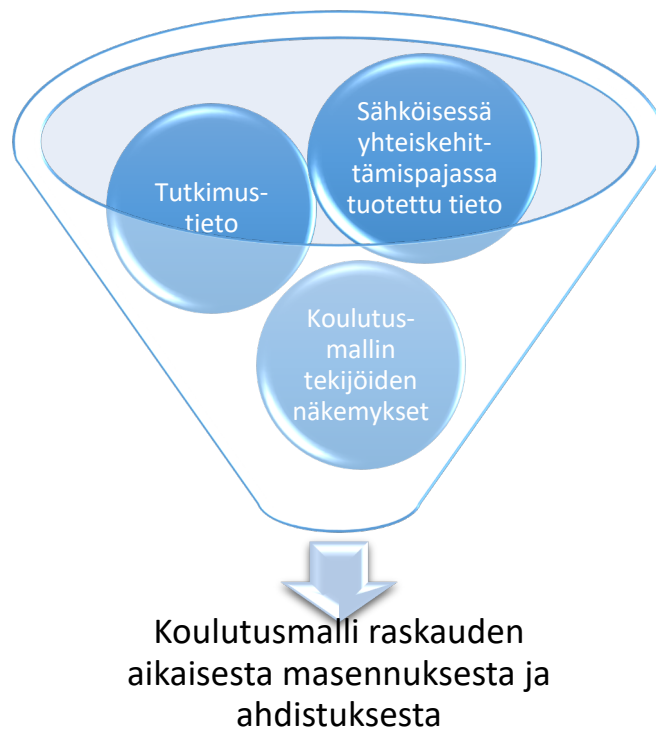


keinoin. Tässä vaiheessa osallistujat tarvitsivat kuitenkin odotettua enemmän opinnäytetyön tekijöiden aktivointia keskustelun ylläpitämiseksi. Siitä huolimatta jokaiseen ratkaisuun saatiin keskustellen tuotettua tarvittavat näkökulmat. Tässä vaiheessa opinnäytetyön tekijät saivat toivomansa määrän lisätietoa keskustelussa esiin nousseisiin näkökantoihin.

3+ miten -menetelmän jälkeen osallistujien tuli vielä valita kolme omasta mielestään tärkeintä ratkaisua edellä mainituista yhdeksästä ratkaisusta. Aiemmin tähtiluokittelussa ilmenneiden ongelmien vuoksi opinnäytetyön tekijät päätyivät vaihtamaan arviointimenetelmän Padlet-sovelluksessa tähtiluokittelusta sydänluokitteluun. Tässä luokittelussa osallistujien oli mahdollisuus laittaa sydän tärkeäksi arvioimaansa ratkaisuun. Yhdellä osallistujalla oli teknisen ongelman vuoksi mahdoton laittaa sydän, joten osallistuja kertoi valintansa opinnäytetyön tekijöille, jotka kävivät laittamassa sydämet osallistujan puolesta. Lopuksi osallistujilla oli vielä mahdollisuus tuottaa keskustellen lisänäkökulmia aiheeseen.

## 7 Kehittämistyön tulokset

Kehittämistyön tuloksena syntyi koulutusmalli raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta neuvolan terveydenhoitajille ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Koulutusmalli on kokonaisuudessaan liitteessä 4. Koulutusmalli perustuu sähköisessä yhteiskehittämispajassa alan asiantuntijoiden tuottamaan tietoon. Koulutusmallissa hyödynnetään tätä tietoa sellaisenaan. Lisäksi asiantuntijoiden esiin nostamista teemoista on etsitty tutkimus- ja teorian tietoa, jota on käytetty koulutusmallia rakennettaessa. Näiden lisäksi koulutusmallin rakenteeseen vaikuttavat sen tekijöiden näkemykset. Kuviossa 4 esitellään nämä koulutusmallin sisällön rakentamiseen vaikuttaneet tekijät. Koulutusmalli on rakennettu manuaalimuotoon. Näin ollen kuka tahansa siihen perehtynyt, esimerkiksi terveydenhuollon esimies, kouluttaja, asiantuntija tai korkeakoulun opettaja voi kouluttaa terveydenhoitajia ja terveydenhoitajaopiskelijoita manuaalin pohjalta.



Kuvio 4: Koulutusmallin sisältöön vaikuttaneet tekijät

Koulutusmalli koostuu 25 valmiista esitysdiasta, niihin liittyvästä teorialiedosta, koulutukseen osallistuville suunnatuista tehtävistä ja kouluttajalle tarkoitetuista lisätiedoista. Koulutusmallin rakenne on kuvattu kuviossa 5. Koulutusmallissa olevat diat ovat kouluttajan muokattavissa, ja niitä on mahdollisuus lisätä tai poistaa oman tarpeen mukaan. Jokaisen dian perässä on siinä käsiteltävää asiaa koskeva teorialieto, jota on tarkoitus hyödyntää koulutuksessa. Koulutusmallissa olevat kouluttajalle suunnatut lisätiedot sisältävät vielä yksityiskohtaisempaa tietoa kouluttajalle. Kouluttaja voi itse päättää, hyödyntääkö hän kyseistä tietoa koulutuksessa vai ei.



Kuvio 5: Koulutusmallin rakenne

Koulutusmalli terveydenhoitajille ja terveydenhoitajaopiskelijoille raskaudenaikaisesta mäsennuksesta ja ahdistuksesta pohjautuu sosiokonstruktiviseen oppimiskäsitykseen. Täten koulutusmallissa on sekä ryhmän yhteisiä että henkilökohtaisia tehtäviä koulutettaville. Koulutettavien tietoa, osaamista ja vuorovaikutusta hyödynnetään tällä tavoin koulutuksessa ja uutta tietoa luodaan pohjautuen siihen. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan uuden oppiminen ei nimittäin ala ikinä alusta, vaan aiemmin opittu tieto myötäohjaa uuden tiedon omaksumista. Oppiminen nähdään opiskelijan omana konstruktivisena ja tilannesidonnaisena toimintana ja näin ollen oppiminen on opiskelijan oman toiminnan tulos. Konstruktivistinen oppimiskäsitys painottaa ymmärtämisen keskeistä roolia oppimisessa. Yksittäisten tietojen ja faktojen hallinta ei ole oleellista, vaan tietorakenne, johon ne kuuluvat. Tavoitteellisen oppimisen kannalta keskeistä on opiskelijan yritys tiedostaa, mitä hän opittavasta asiasta ymmärtää ja mitä ei ymmärrä. (Rauste-von Wright, von Wright & Soini 2003, 162-166.)

Sosiokonstruktivinen oppimiskäsitys on yksi konstruktivismin suuntaus, joka painottaa sosiaalisia suhteita, vuorovaikutusta, yhteisöllisyyttä ja yhteistoimintaa oppimisessa, jotka ovat syvällisen oppimisen edellytyksiä. Sosiokonstruktivisen näkemyksen mukaan tieto ei ole oppijan ulkopuolella, vaan oppija itse konstruoi eli rakentaa tietoa ja omaa oppimistaan vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Vuorovaikutuksessa oppija sekä sisäistää että ulkoistaa oppimaansa. Sosiokonstruktivismi määrittelee oppimisen laajaksi prosessiksi, jossa keskeisessä osassa ovat muun muassa sekä sisäinen että ulkoinen reflektio, itseohjautuvuus, yhteistyö ja sosialisatioprosessi. Sen mukaan tieto on relativistista eli suhteellista, jota konstruoidaan kielen ja vuorovaikutuksen avulla. Täten yhteiskunnallisilla tekijöillä on enemmän merkitystä tiedon synnyssä kuin tarpeella ratkaista tiedon totuusarvo. (Kauppila 2007, 48-52.)

Oppimisessa sosiokonstruktivismi määritellään sosiaalisena prosessina, jossa hyödynnetään sekä asiantuntijuutta että vuorovaikutusta. Se painottaa oppijan omaa aktiivisuutta tiedon luojana sekä oppijana. Näin ollen sosiokonstruktivisen näkemyksen mukaan perinteinen opettajan rooli muuttuu. Tiedon siirtäjästä tulee yhä enenevässä määrin tiedon hankkimisprosessin rakentava ohjaaja. Siksi opettajalta vaaditaankin uusia valmiuksia ryhmä- ja oppimisprosessien ohjauksessa, jotta hän pystyy tukemaan oppijoiden itseohjautuvuutta ja rakentamaan onnistumismahdollisuuksia. (Kauppila 2007, 50.)

Sosiokonstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan on tärkeää, että oppija muodostaa oppimisessa tiedolle oman sisäisen merkityksen eikä etsi tietä tietoon, joka on hänen ulkopuolellaan. Täten oppimisessa keskeisessä roolissa onkin reflektointi eli oppijan oma sisäinen ja vuorovaikutuksellinen pohdinta. Sosiokonstruktivinen näkemys korostaa myös yksilön kognitiivisen prosessin tärkeyttä oppimisessa. Olennaisessa osassa ovat siis oppimisprosessin itseohjautuvuus sekä oppijan ajattelun aktiivisuus. Sosiokognitiivinen oppimiskäsitys pitää sosiaalista vuorovaikutusta oppimista edistävänä tekijänä, vaikka sen mukaan tiedonmuodostus- ja oppimisprosessit ovat yksilöllisiä. Oppimisen sosiokulttuurinen näkemys puolestaan painottaa

tiedon kulttuurista ja sosiaalista alkuperää. Tietoa pidetään sosiaalisesti konstruoituna ja opiminen on sidottu yksilöä ympäröivään kulttuuriin ja instituutioihin. (Kauppila 2007, 51-52.)

Sähköisen yhteiskehittämispajan pohjalta koulutusmallin pääteemoiksi valikoitui seitsemän aihealuetta, jotka ovat 1. Terveystenhoitajan haasteet kohdatessa masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivä raskaana oleva, 2. Faktatieto raskauden aikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, 3. Asiakaslähtöinen kohtaaminen, 4. Voimavarojen tukeminen ja lisääminen, 5. Puheeksi ottaminen ja lomakkeet sekä seulat, 6. Hoitopolut ja tukipalvelut sekä -verkostot, 7. Terveystenhoitajan osaaminen ja hyvinvointi. Aiheet ovat nähtävissä kuviossa 6.

1.	Terveystenhoitajan haasteet kohdatessa masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivä raskaana oleva
2.	Faktatieto raskauden aikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta
3.	Asiakaslähtöinen kohtaaminen
4.	Voimavarojen tukeminen ja lisääminen
5.	Puheeksi ottaminen ja lomakkeet sekä seulat
6.	Hoitopolut ja tukipalvelut sekä -verkostot
7.	Terveystenhoitajan osaaminen ja hyvinvointi

Kuvio 6: Koulutusmallin pääteemat

Teema 1 sisältää tunnistamisen haasteet, puheeksi ottamisen haasteet sekä puutteellinen sosiaalinen ja emotionaalinen osaaminen raskaudenaikaisesta masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivän kohtaamisessa -osa-alueet. Teema 2 koostuu raskausajan masennuksesta ja ahdistuksesta koskevasta faktatiedosta, sekä perusteluista sille, miksi faktatieto on tärkeää. Teemassa 3 käsitellään sitä, millaista asiakaslähtöinen kohtaaminen on. Siinä kuvataan läsnäolon, kuuntelun, sanattoman viestinnän, luottamuksen ja empatian merkitystä kohtaamisessa. Lisäksi teemassa 3 käydään läpi käytännön asioita, joita terveystenhoitajan tulisi huomioida raskaana olevien kohtaamisessa. Teema 4 käsittelee sitä, miten terveystenhoitaja voi auttaa raskaana olevan voimavarojen tukemisessa ja lisäämisessä. Teema 5 sisältää puheeksi ottamista, puheeksi ottamisen ennakointia ja dialogisuutta puheeksi ottamisessa. Teemassa 5 on myös

esitelty Kysy ja kuuntele -ohje puheeksi ottamisen apuvälineenä. Lomakkeiden osalta käsitellään molempien koulutuksen kohderyhmien kanssa ANRQ -kyselyn mukaiset psykososiaaliset riskitekijät. Terveydenhoitajaopiskelijoiden kanssa käsitellään lisäksi EPDS -kysely. Teema 6 käsitellään ainoastaan tehtävien muodossa. Koulutukseen osallistuvat terveydenhoitajat käyvät läpi oman kuntansa raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen hoitopolun ja tukipalvelut. Terveydenhoitajaopiskelijat ohjataan puolestaan selvittämään seuraavassa neuvolaharjoittelussaan kyseisen kunnan raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen hoitopolku sekä tarjolla olevat tukipalvelut. Teema 7 käsittelee terveydenhoitajan osaamista ja sen kehittymistä sekä oman hyvinvoinnin huomioimista työssä.

## 8 Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuksissa on osoitettu, että tietoisuutta ja osaamista raskaudenaikaista masennuksesta ja ahdistuksesta olisi tarpeen lisätä. Sähköiseen yhteiskehittämispajaan osallistuneiden asiantuntijoiden keskuudessa sama huomio toistui. Neuvolaterveydenhoitajien tietoisuutta ja koulutusta tulisi lisätä raskaudenaikaista masennusta ja ahdistusta koskien esimerkiksi koulutusten avulla. Tämän vuoksi koulutusmallin kehittäminen nähtiin tärkeäksi ja näin ollen se vastaa työelämästä nousseeseen kehittämistarpeeseen.

### 8.1 Kehittämistyön arviointi ja luotettavuus

Olenainen osa tieteellisen tiedon tuottamista on luotettavuus. Se merkitsee kehittämistoiminnassa ensisijaisesti käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnassa syntyvän tiedon on oltava sekä hyödyllistä että se on totuudenmukaista. (Toikko & Rantanen 2009, 121-122.) Konstruktiivisessa tutkimuksessa validiteettia arvioidaan tuotoksen perusteella (Kananen 2017, 69). Muutos on aina tavoitteena konstruktiivisessa tutkimuksessa, joten sen onnistuminen ja mahdollisimman hyvä lopputulos ovat tärkeitä käytännön kannalta. Tämän vuoksi luotettavuuden arvioinnissa keskeistä onkin ratkaisun onnistuminen ja toimivuus. Ongelma on ratkaistu onnistuneesti, mikäli on pystytty tuottamaan toimiva konstruktio. (Jönsson & Lukka 2005, Kananen 2017, 69 mukaan.) Koulutusmalli, joka opinnäytetyössä tuotettiin pohjautuen yhteiskehittämispajaan, on hyödynnettävissä neuvolatyön kehittämisessä ja terveydenhoitajien tiedon kartuttamisessa koskien raskaudenaikaista masennusta ja ahdistusta. Toinen mahdollinen käyttökohde koulutusmallille on terveydenhoitajaopiskelijoiden koulutus.

Koska tavoitteena oli lisätä neuvolaterveydenhoitajien tietoisuutta ja osaamista raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, pyrittiin koulutusmalli luomaan sellaiseksi, että siinä esiintyvät teemat koskettavat terveydenhoitajan työnkuvaa äitiysneuvolassa. Tämän vuoksi koulutusmallista on jätetty pois sellaiset aihealueet, jotka kuuluvat lääkärin tai erikoissairaanhoidon osaamiseen. Täten voidaan todeta, että koulutusmalli on käyttökelpoinen

neuvolatyön ja terveydenhoitajien osaamisen kehittämisessä. Koulutusmallin ollessa manuaalimuodossa sen laaja käyttö on mahdollista äitiysneuvoissa ympäri Suomen. Koulutusmallin käyttö ei vaadi nimettyä tai koulutettua kouluttajaa, vaan sitä voi hyödyntää muun muassa asiaan perehtynyt alan asiantuntija, esimies tai korkeakouluopettaja. Vaikka koulutusmalli käsittelee raskaudenaikaista masennusta ja ahdistusta, on sitä mahdollisuus hyödyntää soveltuvin osin myös esimerkiksi synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa, puheeksi ottamisessa ja hoitamisessa.

Opinnäytetyön kehittämistehtävien toteutumisen arvioimiseksi olisi koulutusmallia pitänyt testata käytännössä. Ajanpuutteen vuoksi se ei kuitenkaan ollut mahdollista tässä opinnäytetyössä. Täten ei voida varmuudella todeta koulutusmallin lisäävän terveydenhoitajien ja terveydenhoitajaopiskelijoiden tietoa ja osaamista raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, vaikka siinä on pyritty huomioimaan useita eri näkökulmia tiedon lisäämiseksi.

Vaikka itse koulutusmallia ei ollut mahdollisuus testata, pitivät opinnäytetyön tekijät keväällä 2020 Laurea-ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoille yhden iltapäivän kestäneen opetustilanteen raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta. Tämä koettiin opiskelijoiden keskuudessa hyödylliseksi ja tärkeäksi. Tulevaisuuden jatkotutkimuksena voisi kuitenkin olla tarpeellista selvittää terveydenhoitajien kokemuksia koulutusmallin hyödyllisyydestä.

Tutkimustulosten luotettavuutta tarkastellaan myös niiden toistettavuuden eli reliabiliteetin kannalta. Tutkimustulosten ei tule siis olla sattumanvaraisia. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset pysyvät samanlaisina, mikäli tutkimus toistetaan. (Kananen 2017, 70.) Koska useampi asiantuntija toi samoja teemoja useamman kerran esiin, todennäköisesti koulutusmallin keskeiset teemat toistuisivat samankaltaisina, mikäli kehittämistyö toistettaisiin. Yhteiskehittämispajaan osallistuvat henkilöt valikoitiin mukaan tarkasti, jotta mahdollistettiin luotettavan ja totuudenmukaisen asiantuntijatiedon ja kehittämistyön tulosten saaminen. Laajemman asiantuntijanäkökulman saamiseksi yhteiskehittämispajaan osallistujat oli valittu usealta eri sektorilta. Jokaisella osallistujalla oli kuitenkin vahva kokemus mielenterveys-työstä sekä tietoa neuvolatyöstä tai raskausajasta.

Tutkijan on pystyttävä vakuuttamaan uskottavasti tutkimuksen yleisö siitä, että on valinnut ja käyttänyt tutkimuksen kannalta sopivia menetelmiä ja lähestymistapoja tutkimuksen jokaisessa vaiheessa, jotta saa toteutettu tutkimuksen ja ratkaistua tutkimusongelman. Jotta yleisö saadaan tästä vakuuttuneeksi, täytyy tutkijan kuvata tutkimuksensa eteneminen juuri sellaisena kuin se on ollut. (Aaltio & Puusa 2020.) Aineiston tuottamisen olosuhteet, häiriötekijät ja virhetulkinnat on mainittava totuudenmukaisesti sekä tutkijan oma arvio tilanteesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 232). Opinnäytetyössä on kuvattu perustellusti sekä valitut aineistonkeruu- että analysointimenetelmät. Luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyössä on myös kuvattu tarkasti opinnäytetyön eri vaiheet, kuten sähköisen yhteiskehittämispajan suunnittelu ja toteutus, kehittämistilanne ja -ympäristö sekä aineiston analyysivaihe.

Yhteiskehittäminen soveltui hyvin tiedon keräämisen ja tuottamisen menetelmäksi selvitetessä, mistä raskaudenaikaiseen masennukseen ja ahdistukseen liittyvistä aiheista neuvolan terveydenhoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta. Yhteiskehittämisen hyödyntäminen mahdollisti laajan ja monipuolisen näkökulman luomisen. MIELI Suomen mielenterveys ry:n osallistumisella saatiin näkemystä mielenterveyden edistämisestä ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisystä. Neuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat toivat esille työntekijän ja työkentän näkökulman. Äidit irti synnytysmasennuksesta Äimä ry:n mukana olo mahdollisti asiakkaiden näkökulman esille tuomisen. Sen lisäksi asiantuntijat tuottivat yhdessä sellaista tietoa, jota oli mahdollisuus hyödyntää valmiina koulutusmallin materiaalina.

Laadullista tutkimusta tehtäessä tutkijan on oltava vuorovaikutuksessa tutkimuskohteen kanssa, minkä vuoksi tutkijan on yritettävä tunnistaa omaa subjektiivisuuttaan ja omia arvoja, jotka voivat vaikuttaa tutkimuksen kulkuun ja tutkimustuloksiin. Tutkija voi kuitenkin lisätä objektiivisuutta tunnistamalla ja tuomalla esiin omaa subjektiivisuuttaan. Tutkijan on tämän vuoksi hyvä myös kuvattava omaa osallistumistaan tutkimustilanteessa, jotta sen mahdollinen vaikutus tutkimustuloksiin voidaan arvioida (Aaltio & Puusa 2020). Kehittämistilanne eli sähköinen yhteiskehittämispaja toteutettiin fasilitoinnin menetelmin, jotta opinnäytetyön tekijöiden omat mielipiteet ja ennakko-olettamukset eivät vaikuttaisi lopullisiin kehittämistyön tuloksiin, vaan koulutusmallin sisältö perustuisi ainoastaan työpajaan osallistuvien asiantuntijoiden kokemukseen ja tietoon. Vaikka tarkoituksena oli, että kehittämistyön tulokset perustuvat ainoastaan kehittämistyöhön osallistuvien asiantuntijoiden tietoon, saattaa kehittämistyön tuloksiin kuitenkin vaikuttaa jonkin verran se, että osa teemoista oli määritelty etukäteen opinnäytetyön tekijöiden toimesta. On todennäköistä, että puheeksi ottaminen, tunnistaminen ja odottajan tukeminen olisivat valikoituneet teemoiksi ilman niiden etukäteismäärittelyä, mutta tästä ei ole mahdollisuutta saada varmuutta.

Arvioitaessa yhteiskehittämistä tiedontuottamisen menetelmänä ja tätä tuotettua tietoa on syytä myös pohtia, olisiko se eronnut nyt tuotetusta tiedosta, mikäli työpaja olisi pystytty pitämään alkuperäisen suunnitelman mukaan kasvokkain tapahtuvana työpajana. Oletettavasti tieto olisi pääasiassa ollut samankaltaista, mutta joitakin vivahde-eroja olisi saattanut ilmetä ja olisi saattanut syntyä entistä monipuolisempia näkökulmia.

Tämän lisäksi validiteettia tulisi arvioida tutkimusprosessin luotettavuuden näkökulmasta. Jo suunnitteluvaiheessa on pyrittävä muutosprosessin mahdollisimman hyvään onnistumiseen. (Kananen 2017, 69-70.) Tutkijan tarkka raportointi tutkimuksen toteutuksesta ja sen vaiheista edistää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 232). Kehittämisprosessi eteni suunnitelmallisesti ja yhteiskehittämispaja suunniteltiin huolellisesti tutkimustietoon perehtymisen jälkeen. Kehittämisprosessin aikana ja opinnäytetyöohjaustilanteissa tehtiin muistiinpanoja kehittämistyön suunnittelusta ja etenemisestä. Tämä mahdollisti myös muutoksen, jonka aiheutti COVID-19-viruksen aiheuttama poikkeustila. Alustavasti

suunniteltu kasvokkain tapahtuva yhteiskehittämispaja täytyi muuttaa sähköiseksi yhteiskehittämispajaksi.

## 8.2 Eettisyys

Tämä opinnäytetyö on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä ja tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja noudattaen, joita ovat yleinen huolellisuus, rehellisyys ja tarkkuus tutkimustyössä. Opinnäytetyössä on myös sovellettu tiedonhankinta- tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka ovat tutkimuksen kriteerien mukaisia sekä eettisesti kestäviä. (Tutkimuseettisen neuvottelukunta 2012, 6.)

Olennainen osa tutkimusetiikan toteutumisessa on tutkittavien tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen (Leino-Kilpi & Koskinen 2016, 22-23). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja tutkittavan henkilön on oikeus perua osallistumisensa milloin tahansa. Tutkijan tulee dokumentoida tutkittavan osallistumissuostumus, jonka tutkittava on antanut suullisesti, kirjallisesti tai sähköisesti. Tutkimukseen osallistujan on oikeus saada tietoa henkilötietojen ja tutkimusaineiston käsittelystä sekä tutkimuksen sisällöstä. Informaatio tulee antaa mahdollisuuksien mukaan kirjallisesti tai sähköisessä muodossa tutkittavan ymmärtämällä kielellä. Tutkimukseen osallistujan tulee saada tarpeeksi harkinta-aikaa osallistumispäätöksen tekemiseen. Tutkimuksen tavoitteet tulee kuvata tutkimukseen osallistujille sekä heidän kysymyksiinsä tulee vastata. (Tutkimuseettisen neuvottelukunta 2019, 8-9.) Kahta opinnäytetyön työpajaan osallistujaa lähestyttiin ensimmäiseksi puhelimitse, jolloin he saivat tietoa tutkimuksellisesta kehittämistyöstä ja sen toteutuksesta. Kahta osallistujaa lähestyttiin ensimmäisen kerran heidän esimiehensä välityksellä sähköpostitse. Kun osallistujilta oli saatu alustava vahvistus osallistumisesta, lähetettiin heille kirjallisesti sähköpostin välityksellä tiedote opinnäytetyöstä, aineiston hallinnasta sekä suostumuslomake työpajaan osallistumista. Tiedotteessa informoitiin mahdollisuudesta jättäytyä pois opinnäytetyön työpajasta milloin vain sekä mahdollisuudesta kysyä lisätietoja opinnäytetyön toteuttajilta. Lähettämällä suostumuslomakkeen takaisin omasta työ sähköpostista opinnäytetyön tekijöille, vahvisti yhteiskehittämispajaan osallistuja suostumuksensa osallistua työpajaan. Tällaiseen suostumuksen vahvistamiseen päädyttiin COVID-19-viruksen aiheuttaman poikkeustilan vuoksi, jolloin ei ollut mahdollisuutta saada käsin allekirjoitettuja lomakkeita.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan eettisesti hyvän ja kestävä tutkimuksen tulee sisältää useita tekijöitä. Tutkimuksen pitää noudatella tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä ja tarkkuutta. Tutkijoiden tulee huomioida tutkimuksessaan muiden tutkijoiden saavutukset asiaankuuluvalla tavalla. Tutkimuksessa käytettyjen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia sekä eettisesti kestäviä. Tutkimuksen suunnittelun, toteutuksen sekä raportoinnin tulee noudattaa



tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia. Tutkijoiden tulee sopia asianosaisten vastuut ja velvoitteet sekä hankkia tarvittavat tutkimusluvut. Tutkimustulosten raportoinnin tulee noudattaa avointa ja vastuullista tiedeviestintää. (Leino-Kilpi & Koskinen 2016,16-17.) Opinnäytetyötä varten perehdyttiin laajasti aihetta käsitteleviin tieteellisiin tutkimuksiin, joiden perusteella opinnäytetyön aihe määriteltiin ja työpaja suunniteltiin. Tiedonhaussa hyödynnettiin myös informaation apua. Tietoperustassa näihin tutkimuksiin ja tutkimustuloksiin on viitattu asianmukaisesti. Tätä opinnäytetyötä varten ei hankittu tutkimuslupaa miltään taholta, sillä opinnäytetyön lopputuloksena syntynyt koulutusmallia ei tuoteta minkään yksittäisen organisaation käyttöön. Näin ollen riitti, että jokaiselta osallistujalta pyydettiin vain henkilökohtainen suostumus työpajaan osallistumisesta. Tutkimuslupan puuttuminen vaikutti kuitenkin siihen, että tässä opinnäytetyössä ei saa mainita, mistä organisaatiosta neuvolan terveydenhoitajat työskentelevät. Tällä saattaa olla heikentävä vaikutus opinnäytetyön luotettavuuteen, sillä heidän yhteyttään työelämän kautta opinnäytetyön aiheeseen ei voida tuoda julki. Näin ollen heihin viitataan opinnäytetyössä neuvolan terveydenhoitajina. Muiden osallistujien yksityisyyden suojaamiseksi heihin viitataan opinnäytetyössä ainoastaan heidän edustamansa järjestön asiantuntijoina, eikä heidän nimiään tai työnimikkeitään mainita.

### 8.3 Lopuksi

Opinnäytetyössä on kehitetty koulutusmalli hyödynnettäväksi koulutuksessa, joka liittyy raskaudenaikaiseen masennukseen ja ahdistukseen. Koulutusmalli ei kuitenkaan yksin lisää neuvolan terveydenhoitajien osaamista, vaan tiedon ja osaamisen lisääntyminen vaatii, että aihealue koetaan tärkeäksi ja sitä koskevaa koulutusta lisätään.

Keskeisimmät teemat, joihin neuvolan terveydenhoitajien koettiin tarvitsevan lisäkoulutusta, ovat raskaudenaikaista masennusta ja ahdistusta koskeva faktatieto, masentuneen tai ahdistuneen kohtaaminen, puheeksi ottaminen ja tunnistaminen sekä masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivän tukeminen käytännössä. Vaikka koulutusmallin teemat ovat sellaisia, joita jokainen terveydenhoitaja toteuttaa työssään, on kokemus, että harva terveydenhoitaja on saanut asianmukaista tietoa ja koulutusta asiasta.

Huomion kiinnittyminen erityisesti raskaudenaikaisiin mielenterveysongelmiin on tapahtunut vasta viime vuosina, joten terveydenhoitajien tieto ja osaaminen niistä on vielä puutteellista. Myös työelämästä nousseen kokemuksen ja tutkimustulosten osoittaessa osaamisen olevan puutteellista onkin tärkeää panostaa terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen kehittämiseen. Tämän vuoksi pidämme tärkeänä, että tulevaisuudessa raskaudenaikaisiin mielenterveysongelmiin kiinnitetään enemmän huomiota sekä työelämässä että jo terveydenhoitajaopiskelijoiden koulutuksessa, jotta osaaminen lisääntyy. Tämän vuoksi suosittelemme:

- Raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta, sekä niiden tunnistamisesta, puheeksi ottamisesta ja hoitamisesta tarvitaan ajantasaista ja säännöllistä koulutusta.

- Raskaudenaikaiseen mielenterveyteen liittyvää osaamista tulisi painottaa nykyistä enemmän terveydenhoitajakoulutuksessa.
- Opinnäytetyönä kehitettyä koulutusmallia voi hyödyntää tämän osaamisen kehittämisessä sekä myös soveltuvin osin synnytyksen jälkeisen masennuksen ja muiden mielen-terveysongelmien puheeksi ottamisessa, niistä kärsivän kohtaamisessa ja tukemisessa.

## Lähteet

- Aaltio, I. & Puusa, A. 2020. Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa Juuti, P. & Puusa, A (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.
- Aaltonen, S., Hytti, U., Lepistö, T. & Mäkitalo-Keinonen, T. 2016. Yhteiskehittäminen: kaikki siitä puhuu, mutta mitä se on ja miten siinä onnistua? Viitattu 6.5.2020.  
<https://www.utu.fi/fi/ajankohtaista/uutinen/yhteiskehittaminen-kaikki-siita-puhuu-mutta-mita-se-on-ja-miten-siina>
- Ahdistuneisuushäiriöt. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 25.2.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50119#K1>
- Alder, J. 2011. Identification of antenatal depression in obstetric care. Archives of Gynecology and Obstetrics, 284 (6), 1403.
- Ayers, S., Coates, R. & Matthey, S. 2015. Identifying perinatal anxiety. Teoksessa Milgrom, J. & Gemmill, A. W. Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management. Chicester: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Basson, M., Julie, H., & Adejumo, O. 2014. Professional nurses' attitudes and perceptions towards mentally ill in an associated psychiatric hospital: quality of care. African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance, 20 (1), 523-537.
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., lemmija, V. & Adelaja, B. 2014. The costs of perinatal mental health problems. Viitattu 10.8.2020.  
[https://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/3914/7030/1256/Costs\\_of\\_perinatal\\_mh.pdf](https://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/3914/7030/1256/Costs_of_perinatal_mh.pdf)
- Bayrampour, H., McDonald, S. & Tough, S. 2015. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. Midwifery, 31 (6), 582-589.
- Brockington, I., Butterworth, R. & Glangeaud-Freudenthal, N. 2017. An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. Archives of Women's Mental Health, 20 (1), 113-120.
- CCO. 2019. Viitattu 21.1.2020. <https://www.cco.laurea.fi/transforming-the-way-we-innovate?lang=fi>

- Centre of perinatal excellence. 2017. Mental Health Care in the Perinatal Period, Australian Clinical Practice Guideline. Viitattu 31.8.2020. [https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline\\_Final-2018.pdf](https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf)
- Dunkel-Schetter, C., Niles, A., Guardino, C., Khaled, M. & Kramer, M. 2016. Demographic, Medical, and Psychosocial Predictors of Pregnancy Anxiety. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 30 (5), 4-5.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1).
- Erkko, A. & Hannukkala, M. 2019. Mielenterveys voimaksi. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- Eriksson, E. & Arnkil, T. E. 2005. Huoli puheeksi: Opas varhaisista dialogeista. Helsinki: Stakes.
- Evans, J., Melotti, R., Heron, J., Ramchandani, P., Wiles, N., Murray, L. & Stein, A. 2012. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53 (6), 632-640 <https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/10443/2/Evans%20et%20al%202012.pdf>
- Field, T. 2017a. Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review. *Journal of pregnancy and child health*, 4(1).
- Field, T. 2017b. Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior and Development* 49, 120-128.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., Schanberg, S. & Kuhn, C. 2010. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33 (1), 23-29.
- Gentile, S. 2017. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342, 154-166.
- Gibson, J. & Gray R. 2011. Epidemiology of maternal mental health disorders. Teoksessa Martin, C.R. *Perinatal Mental Health: A clinical guide*. Cumbria: M&K Update Ltd.
- Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Nastola: Magentum.
- Hagman, K. Hirvikoski, T., Äyväri, A. & Wollstén, P. 2018. Yhteiskehittämisen käsikirja. Espoon kaupunki.

- Hakanen, H., Flykt, M., Sinervä, E., Nolvi, S., Kataja, E., Pelto, J., Karlsson, H., Karlsson, L. & Korja, Riikka Korja, R. 2019. How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *Journal of Affective Disorders*, 257, 83-90.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M & Virta, M. 2019. *Mieli ja terveys*. 6. uud. painos. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. *Tutki ja kirjoita*. 18. painos. Helsinki: Tammi.
- Hoppe, M. H. & Center for Creative Leadership (CCL). 2014. *Active Listening: Improve Your Ability to Listen and Lead*, First Edition. Center for Creative Leadership.
- Huttunen, M.O. 2017. *Mielenterveyden häiriöt*. Viitattu 9.8.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002)
- Iija, A. 2009. *Voimaantuminen kehityshaasteena*. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) *Kuuntele minua -mielenterveystyön käytännön menetelmiä*. Helsinki: Tammi.
- Kananen, J. 2012. *Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2017. *Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona: opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karvonen, R. 2011. *Voimaantumista ei voi opettaa, mutta sen voi mahdollistaa*. Teoksessa Lämsä, A-L. (toim.) *Mieli maasta: Masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kauppila, R. A. 2007. *Ihmisen tapa oppia: Johdatus sosiokonstruktiiviseen oppimiskäsitykseen*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Keränen, K. 2019. *Yhteiskehittämisen ABC*. Tietoasiantuntija 2-3/2019.
- Kesler, M. 2015. *Ideasta ratkaisuun 2 - virikkeitä luovaan ongelmanratkaisuun opetuksessa*. Helsinki: Kehittämiskeskus opinkirjo.
- Kiikkala, I. 2017 *Masennuksesta toipumista tukevia tekijöitä ja menetelmiä*. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. O. & Tuulari, J. (toim.) *Masennus*. 1. painos. Helsinki: Duodecim. E-kirja.
- Kim, D.R., Bale, T.L. & Epperson, C.N. 2015. *Prenatal programming of mental illness: current understanding of relationship and mechanisms*. Springer Nature.

Kinnunen, T., Parviainen, J., Haho, A. & Jolkkonen, M. 2019. Ammatillinen kosketus: Kuinka tunnetyötä tehdään. Helsinki: Kirjapaja.

Kiviniemi, L., Läksy, M., Matinlahti, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. 2. uud. p. Helsinki: Edita

Kiviruusu, O., Pietikäinen, J., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Saarenpää-Heikkilä, O., Marttunen, M., Paunio, T. & Paavonen J. 2020. Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. Viitattu 20.1.2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719308262?via%3Dihub>

Klemetti, R., Hakulinen-Viitanen, T. & Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. 2013. Äitiyshuollon opas: Suosituksia äitiyshuollotoimintaan. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Korhonen, L.S., Karlsson, L., Scheinin, N.M., Korja, R., Tolvanen, M., Mertsola, J., Peltola, V., & Karlsson, H. 2019. Prenatal Maternal Psychological Distress and Offspring Risk for Recurrent Respiratory Infections. *The Journal of pediatrics*, 208, 229-235.

Lahti, M., Savolainen, K., Tuovinen, S., Pesonen, A-K., Lahti, J., Heinonen, K., Hämäläinen, E., Laivuori, H., Villa, P.M., Reynolds, R. M., Kajantie, E. & Räikkönen, K. 2017. Maternal Depressive Symptoms During and After Pregnancy and Psychiatric Problems in Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(1).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 28.10.2020. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laurea. 2018. Viitattu 21.2020. <https://www.laurea.fi/hankkeet/c/co-creation-orchestration-cco-an-evidence-based-governance-model-enhancing-ecosystems-value-co-creation-knowledge-transfer-business-development/>

Leino-Kilpi, H. & Koskinen S. 2016. Terveystieteiden tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Salminen, L., Peltonen, L-M. & Virtanen, H. (toim.) Näkökulmia terveystieteiden tutkimukseen. Turku: Turun yliopisto.

Lindroos, A., Ekholm, E. & Pajulo M. 2015. Raskaudenaikainen kiintymys sikiöön - äitiyshuollon mahdollisuus ja haaste. *Duodecim -lääketieteellinen aikakauskirja*, 131 (2).

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Viitattu 16.9.2020 [https://www.duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400\\_esittely.pdf](https://www.duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf)

Milgrom, J. & Gemmill, A. W. 2015. Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management. John Wiley & Sons, Inc.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

National Institute for Health and Care Excellence 2014. Päivitetty 2020. Antenatal and post-natal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline. Viitattu 19.3.2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>

Nummi, P. 2018. Fasilitoivan johtamisen käsikirja: 9 avainhetkeä. Helsinki: Alma Talent Oy.

Ojasalo K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pietikäinen, J., Hakulinen, T. & Holopainen, A. 2020. Raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen ja ahdistuneisuuden varhaista hoitoa tulee tehostaa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti, 57 (2).

Pietikäinen, J., Taka-Eilola, T. & Paunio, T. 2019. Suomeen tarvitaan perinataalipsykiatriaa. Duodecim -lääketieteellinen aikakausikirja, 135 (19).

Puusa, A. 2020. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Juuti, P. & Puusa, A (toim.), Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.

Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Johdanto: Mitä laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan. Teoksessa Juuti, P. & Puusa, A (toim.), Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta: Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Rauste-von Wright, M., von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. 9. uud. painos. Helsinki: WSOY

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Siukola, R. 2014. Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan? Esimerkkinä päihde- ja mielenterveys-työ. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Masto -hanke. 2010. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Viitattu 30.1.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72283>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveystenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Viitattu 23.10.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74124/Opp200403.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Steen, M. & Green, B. 2016. Mental health during pregnancy and early parenthood. Teoksessa Steen, M. & Thomas, M. Mental health across the lifespan: A handbook. Abingdon, Oxon, New York: Routledge.

Stein, A. 2014. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. The Lancet, 384 (9956), 1800-1819.

Stenberg, J., Saiho, S., Pihlaja, S., Service, H., 2013. Irti masennuksesta. 1. p. Helsinki: Duodecim.

Taylor, S. J. 2016. Introduction to Qualitative Research Methods. Wiley. E-kirja

Taka-Eilola, T. 2019. Mental health problems in the adult offspring of antenatally depressed mothers in the northern Finland 1966 birth cohort; relationship with parental severe mental disorder. Viitattu 15.05.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526222455.pdf>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 16.09.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Suositus EPDS-lomakkeen käytöstä. Viitattu 20.1.2020. [https://thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ja\\_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus/suositus-epds-lomakkeen-kaytosta](https://thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus/suositus-epds-lomakkeen-kaytosta)

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. 2019c. Synnytyksen jälkeinen masennus. Viitattu 21.2.2020. [https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ja\\_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus](https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus)

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. 2020a. Synnytyksen jälkeinen masennus. Viitattu 30.8.2020. [https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ja\\_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus](https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus)

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. 2020b. Huolen puheeksi ottaminen. Viitattu 3.8.2020. [https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon\\_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/huolen-puheeksi-ottaminen](https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/huolen-puheeksi-ottaminen)



Tevere. 2019a. Akvaarioryhmä. Viitattu 25.4.2020. <https://tevere.fi/menetelmat/akvaarioryhma/>

Tevere. 2019b. Tuplatiimi. Viitattu 6.5.2020. <https://tevere.fi/menetelmat/tuplatiimi/>

Tevere. 2019c. 3 + ja miten -menetelmä. Viitattu 28.4.2020. <https://tevere.fi/menetelmat/3-ja-miten-menetelma/>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. korjattu painos. Tampere: Tampere University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. E-kirja.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 22.5.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 4.5.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

Tuulari, J. 2017. Masennusoireiluun liittyvän kielteisyyden voittaminen. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. O. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. 1. painos. Helsinki: Duodecim. E-kirja.

Yhteiskehittämisellä hyvinvointia. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu. 8.5.2020. [http://www.e-julkaisu.fi/metropolia/yhteiskehittelylla\\_hyvinvointia/pdf/yhteiskehittely\\_esite-digipaper2.pdf](http://www.e-julkaisu.fi/metropolia/yhteiskehittelylla_hyvinvointia/pdf/yhteiskehittely_esite-digipaper2.pdf)

Valtonen, A. & Viitanen, M. 2020. Ryhmäkeskustelut laadullisena tutkimusmetodina. Teoksessa Juuti, P. & Puusa, A (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Wayne, R.H. 2013. Focus groups. Teoksessa Fortune, A. E., Reid, W. J. & Miller, R. L. Qualitative Research in Social Work. New York: Columbia University Press. E-kirja.

Woods, S.M., Melville, J.L, Guo, Y., Fan, M-Y. & Gavin, A. 2010. Psychosocial stress during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202 (1), 61.e1-61.e7

World Health Organization. 2020. Viitattu 26.2.2020. [https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1)

World Health Organization. 2018. Viitattu 26.2.2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Äimä ry. Raskausajan masennus. Viitattu 31.8.2020. <https://aima.fi/raskausajan-masennus/>

## Kuviot

Kuvio 1: Opinnäytetyöprosessi.....	24
Kuvio 2: Sähköisen yhteiskehittämispajan eteneminen .....	34
Kuvio 3: Yhteiskehittämispajassa tuotetut ratkaisut .....	40
Kuvio 4: Koulutusmallin sisältöön vaikuttaneet tekijät .....	42
Kuvio 5: Koulutusmallin rakenne.....	42
Kuvio 6: Koulutusmallin pääteemat .....	44

## Taulukot

Taulukko 1: Yhteiskehittämispajassa määritetyt ongelmat.....	38
Taulukko 2: Yhteiskehittämispajassa keskeisimmiksi koetut ongelmat.....	39

## Liitteet

Liite 1: Klusteroitu aineisto .....	61
Liite 2: Kutsu sähköiseen työpajaan osallistumisesta (alkuperäinen kutsu kasvokkain tapahtuvaan työpajaan) .....	67
Liite 3: Tiedote ja suostumus osallistumisesta tutkimukselliseen kehittämistyöhön .....	68
Liite 4: Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus: Tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja hoitaminen äitiysneuvolassa -koulutusmalli .....	70

## Liite 1: Klusteroitu aineisto

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat
<p>Yksilöllinen kohtaaminen</p> <p>Arvostava kohtaaminen</p> <p>Diagnoosi ei saa määrittää asiakkaan kohtaamista</p> <p>Ei autoritäärisyyttä</p> <p>Läsnäolo</p> <p>Empaattisuus</p> <p>Ei säälimistä</p> <p>Ihmislähtöisyys</p> <p>Asiakaslähtöisyys</p> <p>Luottamuksellisuus</p> <p>Ratkaisukeskeisyys</p> <p>Kunnioitus asiakkaan itsemääräämisoikeudesta</p>	<p>Kuinka kohdata masentunut/ahdistunut raskaana oleva?</p> <p>Millainen asenne th:lla (terveydenhoitajalla) olisi toivottavaa olla masentunutta/ahdistunutta raskaana olevaa kohtaan?</p> <p>Kuinka th:n tulisi toimia työssään kohdatessaan masentunut/ahdistunut?</p>	<p>Ahdistuneen/masentuneen kohtaaminen</p>	Asiakaslähtöinen kohtaaminen
<p>Odottajan kuuntelu</p> <p>Kuuleminen</p> <p>Kuuntelemisen taito</p> <p>Kuulluksi tulemisen tunne odottajalle</p> <p>Elävä dialogi</p> <p>Avoin keskustelu</p> <p>Molemmin puolinen tahotila keskustelulle</p>	<p>Odottajan kuuntelu</p> <p>Keskustelu odottajan kanssa</p>	<p>Avoin dialogi ja kuuntelu</p>	
<p>Asiallinen tieto</p> <p>Faktatietoa raskaudenai- kaisista mielenterveys- ongelmista kaikille odot- tajille</p> <p>Faktatietoa positiivisesta mielenterveydestä</p> <p>Terveydenhoitajan tie- don lisääminen</p> <p>Terveydenhoitajan fakta- tieto mielenterveyson- gelmistä</p> <p>Tieto vähentää ennakko- luuloja</p>	<p>Faktatietoa raskaana olevalle</p> <p>Faktatiedon lisääminen ras- kaudenaikaista mielenterveys- ongelmista terveydenhoitajille</p>	<p>Faktatieto</p>	Faktatieto

<p>Uskon luominen Toivon luominen toipu- misesta Osallisuus tukee elämän- hallintaa ja -halua Me -ajattelun ja yhdessä selviytymisen korostami- nen</p> <p>Hyvin olevien ja iloa tuottavien asioiden esiin tuominen Positiivisuus Odottajan vahvuuksien esiin nosto Voimavarojen vahvista- minen Hyvinvoinnin edistämi- nen Varhaisen vuorovaiku- tuksen tukeminen Toimintakyvyn ylläpitä- minen Odottajan oman vaikut- tamistunteen vahvista- minen</p>	<p>Selviämisen ja toipumisen tunteen vahvistaminen</p> <p>Olemassa olevien voimavaro- jen esiin tuominen</p>	<p>Voimavarojen tuke- minen ja lisäämi- nen</p>	<p>Voimavarojen tu- keminen ja lisää- minen</p>
<p>Ajan käytön priorisointi Kiireettömyys Aikaa mielenterveyson- gelmiä käsittelemälle on löydetty Rutiinitehtävien siirto tarvittaessa</p> <p>Lisäkäynnit Ylimääräiset tiedustelut voinnista soittamalla</p>	<p>Ajan käyttö</p> <p>Ylimääräinen yhteydenpito</p>	<p>Käytännön toimet tuen antamiseksi</p>	<p>Käytännön toimet tuen antamiseksi</p>
<p>Liialliset rutiinit työssä Rutiinien tuomat rajoi- tukset Rutiinien tuomat mah- dollisuudet</p>	<p>Rutiinit</p>	<p>Rutiinit</p>	<p>Rutiinit</p>
<p>Seulat tutuiksi Koulutusta lomakkeisiin Lomakkeiden oikea tul- kinta Lomakkeella ei saa tehdä diagnoosia</p>	<p>Terveystietäjän osaaminen lomakkeiden käyttöön, tulkin- taan ja jatkohoitoon</p>		

<p>Jatkotoimet lomakkeen täytön jälkeen</p> <p>Lomakkeiden hyödyt ja haitat</p> <p>Lomakkeiden läpikäynnin tärkeys</p> <p>Lomakkeet realisoivat tilanteen odottajalle</p> <p>Lomakkeet tunnistamisen välineenä</p> <p>Lomakkeet yksi osa hoitoketjua</p> <p>Lomakkeet keskustelun avaajana</p>	<p>Lomakkeiden merkitys</p> <p>Lomakkeet th:n työvälineenä</p>	<p>Lomakkeet/seulat</p>	<p>Puheeksi ottaminen</p>
<p>Voinnin tiedustelu</p> <p>Raskaana olevan oman ajattelun herättävät kysymykset</p> <p>Joka kerta tiedustellessa odottajan vointia, tarjotaan mahdollisuus puhumiseen</p>	<p>Mahdollisuuden antaminen voinnista kertomiselle</p>	<p>Mahdollisuuden antaminen voinnista kertomiselle</p>	
<p>Avun tarjoajat, hoitopolut odottajan tiedossa</p> <p>Läpinäkyvyys odottajien suuntaan</p> <p>Yhtenäisillä hoitokäytännöillä nopeampi apu odottajalle</p> <p>Yhtenäiset hoitokäytännöt kuulluksi tulemisen apuna</p> <p>Hoitopolkujen vaihtelevuus kunnittain</p> <p>Tiedonkulun ongelmat</p> <p>Työntekijöiden vaihtuvuuden tuomat ongelmat</p> <p>Työntekijöiden perehdytys hoitopolkuihin</p> <p>Hoitopolkujen säännöllinen läpikäynti työyhteisössä</p> <p>Hoitopolkujen mallintaminen</p> <p>Yhtenäiset hoitopolut kaikilla ammattiryhmillä</p>	<p>Hoitopolut odottajan näkökulmasta</p> <p>Hoitopolkuihin liittyvät ongelmat</p> <p>Yhtenäiset hoitokäytännöt ja niiden esillä pito</p>	<p>Hoitopolut</p>	<p>Hoitopolut</p>

<p>Hoitopolut terveydenhoitajan tiedossa</p> <p>Terveydenhoitajan oman ammattitaidon hyödyntäminen hoitopolkujen rinnalla</p>	<p>Hoitopolut th:n näkökulmasta</p>		
<p>Odottajan tuki arjessa</p> <p>Henkilökohtaisen tukiverkoston puuttuminen</p> <p>Tukiverkoston puute on yksi masennukselle altistava tekijä</p> <p>Henkilökohtainen tukiverkosto kaukana</p>	<p>Odottajan verkostot</p>	<p>Odottajan verkostot</p>	<p>Verkostot</p>
<p>Kunnan tukitoimien riittämättömyys</p> <p>Ennaltaehkäisevän toiminnan vähyys</p> <p>Vastuun pallottelu, asiakkaan pompottelu</p> <p>Tarve palvelujen monipuolistamiselle esim. digitaalisuuden kautta</p> <p>Tiedon saannin vaikeus asiakkaan näkökulmasta</p> <p>Terveydenhoitajan tiedon puutteet</p> <p>Tukipalvelujen määrän kriittinen arviointi</p> <p>Vapaaehtois-/vertaistyön kriittinen arviointi</p> <p>Moniammatillinen työ</p> <p>Matalan kynnyksen palvelut</p> <p>Kolmannen sektorin palvelut lisätukena</p> <p>Asiakas osana moniammatillista työtä</p>	<p>Ongelmat tukitoimien eri hoitotahojen välillä saatavuudessa/tavoitettavuudessa</p> <p>Riittämätön tieto tukipalveluista</p> <p>Kriittisyys tarvittavista tukitoimista</p> <p>Moniammatillisuus ja verkostot</p>	<p>Tukipalvelut ja verkostot</p>	
<p>Tuki työntekijöille</p> <p>Yksin jääminen vastuun kanssa</p> <p>Terveydenhoitajien jakamisen tukeminen</p> <p>Asioiden rajaaminen</p> <p>Työnohjaus</p>	<p>Th:n hyvinvoinnin tukeminen</p>	<p>Työntekijän osaamisen ja hyvinvoinnin tukeminen</p>	



Lisäkoulutukset Konsultaatiomahdollisuus	Th:n osaamisen tukeminen		Th:n osaaminen ja hyvinvointi
<p>Omaan osaamiseen luottaminen ja sen vahvistaminen</p> <p>Ammatillinen itseluottamus</p> <p>Omien kehitystarpeiden tunnistamisen myötä mahdollista muuttaa toimintatapoja tarkoituksenmukaisemmiksi</p> <p>Työntekijän rehellinen reflektointi ja itsearviointi</p> <p>Kehittyminen vaatii muutosvalmiutta, rohkeutta kokeilla uusia toimintatapoja</p>	Th:n oma osaamisen ja ammattitaidon kehittäminen	Th:n oma osaamisen ja ammattitaidon kehittäminen	
<p>Th ei tunnista odottajan masennusta tai ahdistusta</p> <p>Th ei osaa erottaa mielenterveysongelmaa normaalista mielialan vaihtelusta</p> <p>Th:lla ei uskallusta kysyä näkemyksiä seulojen vastauksia</p> <p>Odottaja ei tunnista/tunnusta masennusta/ahdistusta</p> <p>Puheeksi otto vaatii harjoittelua</p> <p>Th:n tietämys lisääntyy vuoropuhelun myötä, joka edesauttaa puheeksi ottoa tulevaisuudessa</p> <p>Pelko asiakkaan loukkauksesta</p> <p>Pelko asiakkaan reaktioita</p> <p>Th ei ymmärrä miksi asia on tärkeä ottaa puheeksi</p> <p>Th ei ymmärrä mitä odottajan tukeminen ja</p>	<p>Raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien tunnistamisen haasteet</p> <p>Puheeksi ottamisen haasteet</p>	<p>Terveystieteiden haasteet masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisessa, hoidossa ja puheeksi ottamisessa</p>	<p>Terveystieteiden haasteet</p>

kannattelu käytännössä tarkoittavat Pelko, että normaali vuorovaikutus ei ole riittävä Th yrittää ratkaista ongelmat odottajan puolesta	Th:n puutteellinen sosiaalinen/emotionaalinen osaaminen masennuksen ja ahdistuksen hoidossa		
---	---	--	--

Liite 2: Kutsu sähköiseen työpajaan osallistumisesta (alkuperäinen kutsu kasvokkain tapahtuvaan työpajaan)

Hei,

Olemme kaksi sosiaali- ja terveysalan johtamisen yamk -opiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta. Työskentelemme molemmat neuvolan terveydenhoitajina. Teemme opinnäytetyömme osana Laurean Co-Creation Orchestration (CCO) -hanketta. CCO-hankkeen tarkoituksena on kehittää yhteiskehittämisen toimintamallia aluekehitystyön vaikuttavuuden edistämiseksi Uudellamaalla.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää toimintamalli raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien lisäkoulutuksesta terveydenhoitajaopiskelijoille ja/tai terveydenhoitajille yhteiskehittämisen menetelmin. Tarkoituksena on tuottaa heille työkaluja raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien varhaiseen puuttumiseen. Opinnäytetyömme tavoite on lisätä terveydenhoitajaopiskelijoiden ja/tai terveydenhoitajien tietoa raskaudenaikaisista mielenterveysongelmista keskittyen masennukseen ja ahdistukseen.

Saadaksemme moniammatillista näkemystä toimintamallin kehittämistyöhön, järjestämme puolen päivän mittaisen työpajan. Toivoisimme saavamme työpajaan mukaan kaksi neuvolan terveydenhoitajaa tuomaan neuvolan näkökulmaa keskusteluihin. Työpaja yhteistyössä mukana ovat Mieli ry sekä Äimä ry. Työpajassa kahvitarjoilu.

Paikka: Tikkurilan Laurean kampus (Ratatie 22, 01300 Vantaa)

Aika: 12.5.2020 klo 8.30-12.00

Työpajan osallistujiin ollaan yhteydessä henkilökohtaisesti lähempänä työpajaa.

Ystävällisin terveisin,

Anna Laaksonen ja Tiina Mettälä

Liite 3: Tiedote ja suostumus osallistumisesta tutkimukselliseen kehittämistyöhön

Tutkimustiedote ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Tutkimuksen nimi: Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus: koulutustoimintamallin suunnittelu, YAMK-opinnäytetyö

Tutkimuksen toteuttaja: Laurea-ammattikorkeakoulu, YAMK -tutkinto: Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

Anna Laaksonen: p. [REDACTED], anna.m.laaksonen@student.laurea.fi

Tiina Mettälä: p. [REDACTED], tiina.mettala@student.laurea.fi

YAMK-opinnäytetyön ohjaajat: Mikko Häkkinen, mikko.hakkinen@laurea.fi, Irene Latva-Korpela, irene.latva-korpela@laurea.fi

Minua, [REDACTED], on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kehittää toimintamalli raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien lisäkoulutuksesta terveydenhoitajaopiskelijoille ja/tai terveydenhoitajille yhteiskehittämisen menetelmin. Tarkoituksena on tuottaa heille työkaluja raskaudenaikaisten mielenterveysongelmien varhaiseen puuttumiseen. Tarkoituksena on järjestää työpaja eri yhteistyötahojen edustajien kanssa, jossa tuotetaan tietoa yhteiskehittämisen menetelmin toimintamallia varten. Työpaja järjestetään 12.5.2020 klo 8.30-12.00 Teams-sovelluksen kautta.

Opinnäytetyön tavoite on lisätä terveydenhoitajaopiskelijoiden ja/tai terveydenhoitajien tietoa raskaudenaikaisista mielenterveysongelmista keskittyen masennukseen ja ahdistukseen. Opinnäytetyön tavoite on se, että kehitettyä toimintamallia voidaan hyödyntää osana terveydenhoitajaopintoja tai lisäkoulutuksena neuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille.

Teams -työpaja nauhoitetaan. Nauhoite tallentuu väliaikaisesti Microsoft Streams -palvelimelle ja on työpajan jälkeen väliaikaisesti nähtävillä työpajaan osallistuneille Teams -sovelluksen kautta. Nauhoite tullaan mahdollisimman pikaisesti kopioimaan opinnäytetyön tekijöiden tietokoneille, jonka jälkeen nauhoite poistetaan Streams -palvelusta lopullisesti. Opinnäytetyön tekijät käyttävät nauhoitetta ainoastaan toimintamallin suunnitteluvaiheessa, jonka jälkeen nauhoitteen kopiot tuhotaan lopullisesti. Teams -kokouksessa esiin tulleet tuotokset kirjataan sähköiseen muistiinpano -sovellukseen, jota myös hyödynnetään toimintamallin suunnitteluvaiheessa. Myös tämä tuhotaan, kun sille ei ole enää tarvetta opinnäytetyöprosessissa.

Kirjallisessa opinnäytetyössä mainitaan osallistujan työorganisaatio ja työpajaan osallistujaan viitataan termillä työntekijä. Tämän lisäksi kirjallisessa opinnäytetyössä ei käsitellä nimiä tai muita henkilökohtaisia tietoja missään muodossa.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumuksen, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta sekä oikeuksistani. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Lähetämällä omasta työ sähköpostiosoitteesta tämän suostumuksen tutkijalle, päivämäärä-, paikka- ja nimitiedoilla täytettynä, pidetään sitä allekirjoituksen arvoisena suostumuksena osallistua tutkimukseen.

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_· \_\_\_\_· \_\_\_\_\_

Allekirjoitus:

(tässä tapauksessa etunimi, sukunimi koneella kirjoittaen)

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys:

\_\_\_\_\_

Sähköpostilla tutkijalle lähetetty suostumus tutkimukseen osallistumisesta jää tutkijan arkistoon.

Liite 4: Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus: Tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja hoitaminen äitiysneuvolassa -koulutusmalli

# Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus

Tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja hoitaminen äitiysneuvolassa



**AMMATTIKORKEAKOULU**  
*University of Applied Sciences*



Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus:  
Tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja  
hoitaminen äitiysneuvolassa  
Anna Laaksonen & Tiina Mettälä

## Sisällys

Saatteeksi:.....	3
1 Terveystenhoitajan haasteet kohdatessa masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivä raskaana oleva.....	4
2 Faktatieto raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta .....	6
3 Asiakaslähtöinen kohtaaminen .....	12
4 Voimavarojen tukeminen ja lisääminen .....	20
5 Puheeksi ottaminen ja lomakkeet sekä seulat .....	25
6 Hoitopolut ja tukipalvelut sekä -verkotot.....	34
7 Terveystenhoitajan osaaminen ja hyvinvointi.....	35
Lähteet:.....	37



## Saatteeksi:

Tämä koulutusmalli on kehitetty ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyönä Laurea-ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyö ja koulutusmalli ovat osa Laurea-ammattikorkeakoulun Co-creation Orchestration -hanketta (CCO). Koulutusmalli pohjautuu tutkimus- ja teoriatietoon sekä yhteiskehittämispajaan osallistuneiden asiantuntijoiden tuottamaan tietoon. Koulutusmallia on mahdollista hyödyntää neuvolan terveydenhoitajien ja terveydenhoitaja-opiskelijoiden koulutuksessa.

Tämän koulutusmallin materiaali on Creative Common 4.0 lisenssin alaista (<http://creativecommons.org/licenses/>). Koulutusmallia hyödynnettäessä tulee lisenssin mukaisesti mainita sen lisenssinantaja asianmukaisella tavalla (Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus: Tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja hoitaminen äitiysneuvolassa, Anna Laaksonen & Tiina Mettälä). Tekijänoikeusmerkinnät tulee säilyttää ja materiaalin yhteydessä on tarjottava linkki lisenssiin. Koulutusmallia tai sen materiaalia ei voi hyödyntää kaupalliseen tarkoitukseen. Koulutusmallia ei voi muokata. Mikäli koulutusmalliin tehdään lisäyksiä, tulee uuden materiaalin erottua alkuperäisestä koulutusmateriaalista.

Koulutusmalli sisältää 25 kappaletta valmiita dioja. Lähes kaikkien diojen jälkeen on kyseeseen diaan liittyvää koulutusmateriaalia. Kouluttajalle on tämän lisäksi tähdellä merkityissä laatikoissa lisätietoa. Koulutuspaketti sisältää myös koulutukseen osallistuville tarkoitettuja tehtäviä, jotka on merkitty kynäkuvakkeella.



Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus:  
Tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja  
hoitaminen äitiysneuvolassa  
Anna Laaksonen & Tiina Mettälä



# 1 Terveystenhoitajan haasteet kohdatessa masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivä raskaana oleva



Tehtävä osallistujille: Pohtikaa yksin tai pienissä ryhmissä, millaisia haasteita terveydenhoitaja kohtaa raskaana olevien kanssa, joilla on joko masennusta tai ahdistusta.

## Tunnistamisen haasteet

- Terveystenhoitaja ei osaa tunnistaa masennusta ja ahdistusta.
- Terveystenhoitaja ei osaa erottaa mielenterveysongelmaa normaalista mielialan vaihtelusta.
- Terveystenhoitajalla ei ole uskallusta kyseenalaistaa seulojen vastauksia.
- Raskaana oleva ei itse tunnistaa tai tunnusta masennustaan tai ahdistustaan.

Dia 1.

## Puheeksi ottamisen haasteet

- Pelko asiakkaan loukkaamisesta estää puheeksi otton.
- Pelko asiakkaan reaktiosta estää puheeksi otton.
- Terveystenhoitaja ei ymmärrä, miksi asia on tärkeää ottaa puheeksi.

Dia 2.

### Puutteellinen sosiaalinen tai emotionaalinen osaaminen raskaudenaikaisesta masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivän kohtaamisessa

- Terveystenhoitaja ei ymmärrä, mitä raskaana olevan tukeminen ja kannattelu käytännössä tarkoittavat.
- Pelko, että normaali vuorovaikutus ei ole riittävää raskaudenaikaisesta masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivän kohtaamisessa.
- Terveystenhoitaja yrittää ratkaista raskaana olevan ongelmat tämän puolesta.

Dia 3.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että terveydenhuoltoalan työntekijät, joilla ei ole kokemusta tai koulutusta mielenterveyshoitotyöstä ilmaisevat herkemmin pelkoa ja välttävää käytöstä mielenterveystyötä tehdessään verrattuna niihin työntekijöihin, jotka ovat saaneet koulutusta mielenterveystyöhön. Terveystenhoillon työntekijöiden kokemattomuus, tiedon puute ja riittämättömät taidot täten vaikuttavat asiakkaan saaman hoidon laatuun. (Basson, Julie & Adejumo 2014, 524.) Tämän vuoksi lisäkoulutus hoidon laadun parantamiseksi on ensiarvoisen tärkeää.



#### Lisätietoa kouluttajalle:

Terveystenhoillon työntekijöiden keskuudessa toteutetuissa tutkimuksissa on havaittu, että terveydenhoitoalalla työskentelevillä on negatiivisia ajatuksia ja mielipiteitä mielenterveysongelmia koskien. Kielteiset näkemykset kuten vihamielisyys, pelko ja syyllisyys kohdistuvat mielenterveysongelmista kärsiviä kohtaan. (Basson, Julie & Adejumo 2014, 524.)

## 2 Faktatieto raskaudenaikaisesta masennuksesta ja ahdistuksesta

- Kokemus on, että osalla terveydenhoitajista on puutteellista tietoa raskaudenaikaisista mielenterveysongelmista.
- Terveydenhoitajalla tulisi olla tietoa mielenterveysongelmien vaikutuksista niin raskauteen, synnytykseen kuin syntyvään vauvaan.
- Tieto vähentää ennakkoluuloja.
- Terveydenhoitajan tulisi antaa kaikille raskaana oleville faktatietoa mielenterveysongelmista seulottaessa raskaudenaikaista masennusta ja ahdistusta.

Dia 4.

Ammattilainen tarvitsee sekä teoria että käytännön tietoa toimiessaan asiakkaiden tai potilaiden kanssa. Arkijärjeksi kutsutaan tietoa, jota ammattilainen hyödyntää omasta elämäkokemuksestaan. Omien haastavien elämänvaiheiden ja kriisien läpikäyminen sekä niistä selviäminen helpottaa useimmiten toisten vaikeuksien ymmärtämistä. Ammattilaisten on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää muistaa, ettei niin sanottu arkijärki ole yleistettävissä, vaan on subjektiivista eli omakohtaista tietoa. Hoitotyössä käytetyn tiedon tulee pohjautua tutkittuun näyttöön, jonka vuoksi omien kokemusten jakamisessa asiakkaan kanssa tulee olla harkitsevainen. Tutkimukseen perustuvaa teorialtietoa voi hakea muun muassa ammatillisista lisäkoulutuksista. Hoitotyön teorialtiedon ja käytännön yhdistäminen voi tuntua hankalalta etenkin aloittelevista työntekijöistä. Teorialtiedon hyödyntäminen voi tuntua vieraalta etenkin silloin, jos ei tunne tiedon merkitystä. Teorialtiedolla on kuitenkin erityinen merkitys hoitotyössä, sillä hoitotyössä tehtävien päätösten tulisi aina pohjautua vallitsevaan tietoon. Työn käytäntö ja tietoperusta muodostavat vuorovaikutteisen kokonaisuuden, jotka yhdistyvät hoitotyön taidoksi. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 56.)

- Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisimmät raskaudenaikaiset mielenterveysongelmat.
- Monet naiset kärsivät näistä molemmista.

(National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, Clinical guideline)

Dia 5.

## Masennus

- Masennus on yleisin raskauskomplikaatio ja on yhtä yleinen kuin synnytyksen jälkeinen masennus.
- 10-17 % raskaana olevista kärsii raskaudenaikaisesta masennuksesta. Vakavaa masennusta ilmenee 3,3 %:lla raskaana olevista.
- Vain noin 50 % raskaana olevista, joilla ilmenee masennusta, saa oikean diagnoosin ja vain 10 % asianmukaista hoitoa.
- Raskaudenaikaisen masennuksen oireita voivat olla muun muassa väsymys, unihäiriöt, elämänilon katoaminen, toivottomuus, epävarmuus tulevastäitiydestä, huonommuuden kokemukset, alakuloisuus tai mielialan selkeä lasku, pelot liittyen synnytykseen ja tulevan vauvan hoitamiseen, ruokahalun muutokset ja ongelmat seksuaalisuuden alueella.

(Taka-Eilola: Mental health problems in the adult offspring of antenatally depressed mothers in the northern finland 1966 birth cohort; Relationship with Parental severe mental Disorder; Äimä ry.)

Dia 6.

Tutkimuksissa on havaittu useita riskitekijöitä, jotka voivat altistaa masennukselle raskauden aikana. Useiden tutkimusten mukaan matalalla koulutustasolla, vähäisellä sosiaalisella tuella työn ulkopuolella, akuuteilla stressaavilla tilanteilla, matalilla tuloilla, parisuhteen rasisilla, kroonisilla terveysongelmilla, synnyinmaalla ja tupakoinnilla on yhteys raskaudenaikaiseen masennukseen. Myös ei-toivottu raskaus, lähisuhdeväkivalta ja raskaana olevan lapsena



kokema seksuaalinen hyväksikäyttö ovat raskaudenaikaisen masennuksen riskitekijöitä. Raskaudenaikaisen masennuksen demograafisten riskitekijöiden lisäksi on myös tutkittu fysiologisia riskitekijöitä, jotka voivat altistaa raskaudenaikaiselle masennukselle. (Field 2017a, 3.)

Tutkimuksissa on todettu raskaudenaikaisella masennuksella olevan yhteys sikiön pienipainoisuuteen, ennenaikaiseen syntymään sekä vastasyntyneiden tehohoidon suurempaan tarpeeseen. On kuitenkin tehty myös tutkimuksia, joiden tutkimustulokset ovat ristiriidassa tämän kanssa. Raskaudenaikainen masennus vaikuttaa myös merkittävästi sikiön sykkeeseen. Raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivien sikiöiden sykkeen on todettu olevan korkeampi kuin verrokkiryhmässä. On myös tutkittu, että masennusoireille altistuneilla sikiöillä on matalampi ja hitaampi kyky reagoida ympäristöön. Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että masentuneiden raskaana olijoiden sikiöt ovat prosentuaalisesti mitattuna merkittävästi suuremman osan ajasta aktiivisia, erityisesti 5-7 raskauskuukaudella, verrattuna muihin raskaana oleviin. (Gentile 2017, 155-158.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että raskaudenaikainen masennus nostaa vastasyntyneiden kortisoli- ja noradrenaliinitasoa plasmassa sekä laskee dopamiinitasoa. Raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivien äitien vastasyntyneet osoittivat heikompaa mukautumista ja orientaatiota synnytyksen jälkeen, motoriikkaa sekä autonomista vakautta. Masentuneiden äitien vastasyntyneillä on todettu myös suurempaa epäsymmetriaa EEG:ssä, joka saattaa olla varhainen merkki estyneestä käytöksestä ja negatiivisesta affektiivisuudesta eli tunneherkkyydestä. (Gentile 2017, 158-159.)

Voimakkaat raskaudenaikaiset masennusoireet ennustavat merkittävästi korkeampaa riskiä lasten psykiatrisille ongelmille varhaisessa lapsuudessa. Vaikka synnytyksen jälkeiset masennusoireet lisäävät myös riskiä lasten psykiatristen ongelmien esiintyvyyteen, ne eivät kuitenkaan selitä raskaudenaikaisten oireiden vaikutusta, vaan raskaudenaikaisen masennuksen oireiden vaikutukset lasten psykiatrisiin ongelmiin ovat niistä riippumattomia. Tutkimustulokset ovat myös osoittaneet, että raskausviikko tai -kolmannes, jolloin masennusta esiintyy, ei ole merkityksellinen lasten psykiatristen ongelmien kannalta. Kuitenkin mitä useamman raskauskolmanneksen aikana masennusta esiintyy, sitä suurempi on todennäköisyys lapsen psykiatrisiin ongelmiin. Tutkimustulosten mukaan raskaudenaikaisen masennuksen vaikutukset ovat riippumattomia myös ennen raskautta diagnosoidusta masennuksesta. Vaikutukset olivat kuitenkin voimakkaammat kaikissa lasten psykiatrisissa ongelmissa siinä ryhmässä, joka ei tuonut esille ennen raskautta diagnosoitua masennusta. (Lahti ym. 2017, 36-37.)

Masennus vaikuttaa haitallisesti äidin ja lapsen väliseen suhteeseen. Sen on todettu olevan erityisen haitallista, jos masennusta ilmenee sekä raskauden aikana että sen jälkeen. Raskaana olevat, jotka kärsivät masennuksesta suhtautuvat negatiivisemmin raskauteen sekä



heidän kiintymyksensä sikiöön on heikompaa. (Lindroos, Ekholm & Pajulo 2015, 145.) On olemassa vahvoja tuloksia, huolimatta jonkinasteisesta epäjohdonmukaisuudesta tutkimuksissa, jotka viittaavat siihen, että raskauden aikainen altistuminen vakaville stressitekijöille lisää syntyvälle lapselle myös psykiatristen häiriöiden riskiä. (Kim, Bale & Epperson 2015.)

On todettu, että raskaudenaikaisella masennuksella on suurempi vaikutus lapsen kognitiiviseen kehitykseen kuin äidin muulloin sairastamalla masennuksella. Vaikutus lapsen kognitiiviseen kehitykseen on suurempi niillä, joilla esiintyi vakavampia masennuksen oireita. (Evans, Melotti, Heron, Ramchandani, Wiles, Murray ja Stein 2012, 638.) Vakavien raskaudenaikaisten masennusoireiden on todettu olevan yhteydessä epäterveelliseen ruokavalioon raskauden aikana. Sen on puolestaan todettu olevan mahdollisesti yhteydessä vähentyneeseen kognitiiviseen toimintaan lapsen ollessa 4-vuotias. Lisäksi epäterveellisen ruokavalion seurauksena lapsi voi kasvaa huonommin ja ripulin riski on korkeampi. 3-vuotiaidenkin lasten pituuteen suhteutetun painon on todettu olevan pienempi niillä lapsilla, joiden äideillä on esiintynyt raskauden aikana masennusta. Pienemmästä painosta huolimatta näillä lapsilla on todettu olevan enemmän keskivartalolihavuutta verrattuna muihin lapsiin. (Gentile 2017, 159-160.)

Raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivillä on itsellään kohonnut riski sairastua myös synnytyksen jälkeiseen masennukseen tai masennukseen myöhemmin elämässä. Riski synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastumiseen on suurin niillä raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivillä naisilla, joilla on aiempaa masennushistoriaa tai jotka eivät saa riittävästi tukea kumppanilta. Raskaudenaikainen masennus saattaa aiheuttaa myös unihäiriöitä. (Field 2017a, 5.) Hoitamaton raskaudenaikainen masennus voi pahimmillaan johtaa jopa raskaana olevan itsemurhaan (Khalifeh, Hunt, Appleby, & Howard 2016, Taka-Eilola 2019, 21 mukaan).



## Ahdistus

- 21-25 % raskaana olevista kärsii ahdistuksesta. Raskauteen kohdistuvaa ahdistuneisuutta pidetään erillisenä ilmiönä kuin yleistä ahdistuneisuutta, ja sen yleisyys saattaa olla jopa 34 %.
- Ahdistus voi liittyä raskauteen, muuttuneeseen ulkomuotoon, synnytykseen, kehittyvän lapsen terveyteen sekä tulevaan vanhemmuuteen.
- Ominaista ahdistukselle on jännitys, huolestuneet ajatukset sekä fyysiset muutokset, kuten kohonnut verenpaine.
- Ahdistus lisää odottajan riskiä synnytyksen jälkeiseen masennukseen sekä ahdistuneisuuteen.
- Ahdistuksella on todettu olevan yhteys synnytyksessä esiintyviin komplikaatioihin, sikiön matalaan syntymäpainoon, mataliin Apgar-pisteisiin sekä haitallisiin muutoksiin sikiön sydämen sykkeessä sekä motorisessa aktiivisuudessa.

(Hakanen ym. 2019. How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction.; Milgrom, J., Gemmill, A. 2015. Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management.)

Dia 7.

## Hyvään mielenterveyteen kuuluu:

- Hyvä itsetunto
- Elämänhallinnan tunne
- Toiveikkaus
- Mielekäs toiminta
- Kyky solmia ja ylläpitää sosiaalisia suhteita
- Taito vastoinikäymisten kohtaamiseen

(Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Mielenterveyden edistäminen.)

Dia 8.



## Kuinka mielenterveyttä edistäviä tekijöitä vahvistetaan?

- Lisäämällä yksilön sietokykyä ja joustavuutta
- Kehittämällä yksilön selviytymistaitoja
- Edistämällä elämänlaatua ja tyytyväisyyttä
- Tukemalla itsetuntoa ja hyvinvoinnin tunnetta
- Noudattamalla terveellisiä elintapoja
- Lisäämällä sosiaalista tukea
- Vahvistamalla fyysisen, sosiaalisen, emotionaalisen ja psyykkisen terveyden sopusointua
- Edistämällä taloudellista turvaa
- Luomalla tukea antavat asumisolosuhteet ja ympäristö

(Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Mielenterveyden edistäminen.)

Dia 9.



### 3 Asiakaslähtöinen kohtaaminen



Tehtävä osallistujille: Pohtikaa yksin tai ryhmässä, millaista on asiakaslähtöinen kohtaaminen ja miten toivoisitte itse tulevanne kohdatuksi terveydenhuollon asiakkaana.

#### Kohtaaminen

- Kaikki lähtee kohtaamisesta, sillä se määrittelee, millaiseksi asiakassuhde muodostuu.
- Terveydenhoitajalta ei vaadita mitään erityisosaamista, vaan aito kohtaaminen riittää.
- Asiakkaat on kohdattava yksilöinä. Kaikkia masentuneita tai ahdistuneita raskaana olevia ei voi niputtaa samanlaisiksi.
- Asiakas tulee kohdata ihmisenä eikä työtehtävänä.
- Vuorovaikutuksen ei tule olla autoritääristä vaan kohtaavaa ja kohtaamisen tulee olla asiakasta arvostavaa.
- Asiakasta ei tule kohdata voivotellen tai säälien.
- Asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa.
- Diagnoosi ei määritä kohtaamista, vaan keskiössä on oltava yksilö.

Dia 10.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan on tärkeää saada tuntee tulevansa nähdyksi, kuulluksi ja hyväksytyksi juuri sellaisena kuin on. Asiakkaan ei pidä joutua vaatimaan työntekijän apua ja aikaa saadakseen asianmukaista hoitoa. Asiakkaalla on oikeus siihen, että työntekijä on hänen puolellaan ja hoitaa hänen asioitaan parhaalla kyvyllään. (Raatikainen 2015, 141.) Työntekijän ja asiakkaan kohdatessa kokevat molemmat osapuolet erilaisia tunteita. Ajatukset, tunteet sekä niihin liittyvät mielikuvat johdattelevat ihmisen toimintaa. Kyetäkseen aitoon kohtaamiseen ja läsnäoloon asiakkaan kanssa, on työntekijän uskallettava sitoutua vuorovaikutukseen myös tunnetasolla. Omien ja toisten tunteiden tunnistaminen ja huomioiminen on yksi oleellisimmista asioista hoitotyössä. Terveydenhuollon työntekijän tulee olla tietoinen omista tunteistaan sekä niiden vaikutuksista ja osattava tarvittaessa säädellä käytöstään.



Omien tunteiden tiedostaminen, erittely ja tarvittaessa etäisyyden otto ovat osa työntekijän ammatillista käytöstä. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 59-60.)

Yhteistyön ja laadukkaan asiakas-työntekijäsuhteen edellytyksenä tulee olla asiakkaan kunnioittava ja yksilöllinen kohtaaminen. Työntekijän on tärkeää tunnistaa asiakkaan voimavarot, sillä niistä annettu myönteinen palaute tukee asiakkaan jaksamista. (Eriksson & Arnkil 2005, 29.) Kohtaamisen ja hoidon syvimpänä tavoitteena onkin aikaansaada myönteisiä muutoksia asiakkaan tilanteessa. Näitä ovat esimerkiksi asiakkaan psyykkisen tasapainon saavuttaminen ja sitä myötä toimintakyvyn lisääntyminen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 59.)

Jos hoitotyöntekijä valitsee asiakkaan kohtaamiseen lähestymistavaksi asiakkaan sairauden tai ongelman, saa hän vastaukseksi sairauden tai ongelman. Jos työntekijä on kiinnostunut asiakkaasta ja hänen asiastaan, saa työntekijä vastaukseksi asiakkaan kertomuksen tai tilanteen. Mikäli asiakkaan ongelma tai sairaus on ensisijaisessa roolissa hänen tilanteessaan, hän myös kertoo sen. (Vuokila-Olkkonen 2001, Mäkisalo-Ropposen 2011, 172 mukaan.)

## Läsnäolo kohtaamisessa

- Läsnäolo on keskeinen osa hyvää ammatillista kohtaamista.
- Ammatillaisen kohdatessa asiakkaan aidosti, on hänen mahdollista tunnistaa asiakkaassa sellaisia tunnetiloja, kuten kärsimystä, masennusta tai surua, jotka eivät ole havaittavissa muuten.
- Asiakkaan tunnetilojen havainnointi auttaa ammattilaista välttämään vääriä tulkintoja sekä pohtimaan erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja.

(Kinnunen, Parviainen, Haho & Jolkkonen. 2019. Ammatillinen kosketus: Kuinka tunnettyötä tehdään.)

Dia 11.

Ammatilliseen läsnäoloon liittyy muutamia tärkeitä ominaisuuksia. Ensinnäkin ammatillaisen pitää asennoitua asiakkaan olotilaan ja tietoisesti suunnata ajatuksensa asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa. Toiseksi ammatillaisen tulee olla fyysisesti riittävän lähellä asiakasta. Kolmanneksi asiakaskohtaamisen tulee olla ajallisesti tarpeeksi pitkä, jotta emotionaalisen yhteyden luominen on mahdollista. Edellä mainitut tekijät luovat asiakkaan kohtaamisessa



olosuhteet, jolloin asiakkaan on mahdollisuus kokea itsensä merkitykselliseksi ja tärkeäksi. (Kinnunen, Parviainen, Haho & Jolkkonen 2019, 118.)

Ammatillinen läsnäolo on konkreettista ja tarkoituksellista toimintaa, jonka vuoksi siinä on mahdollisuus kehittyä. Ammatilaisen katsotaan olevan parhaiten läsnä ja reagoivan asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin, kun hän on valpas, rentoutunut ja luottaa itseensä. Vaikka ammattilainen olisi fyysisesti läsnä, mutta on stressaantunut, epävarma ja omissa ajatuksissaan, ei hän kykene tavoittamaan asiakkaan luottamusta. Läsnäoloon ei tarvita teennäistä käytöstä, vaan oman persoonan ja ajatusten hyödyntäminen ammatillisuus huomioiden riittää. Hyvä läsnäolo toisen kanssa edellyttää myös läsnäolon kykyä itsensä kanssa. Ammatilaisen valmius ja kyky dialogiseen kohtaamiseen ja läsnäoloon välittää asiakkaalle tunnetta, että hänen on turvallista tuoda avuntarpeensa esille. Syvälliseen läsnäoloon kuuluu edellä mainittujen lisäksi kyky empatiaan. Empatian avulla ammatilaisen on mahdollisuus kartoittaa kattavammin asiakkaan tilanne ja tarjota oikeanlaista apua. (Kinnunen, Parviainen, Haho & Jolkkonen 2019, 118-120.)

### Kuuntelu ja sanaton viestintä

- Terveydenhoitajan tulee mahdollistaa se, että asiakkaalla on mahdollisuus tuoda aidosti esille omat näkemykset ja kertoa omin sanoin, kuinka hän voi.
- Raskaudenaikaisesta masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivän odottajan kohtaamisessa terveydenhoitajan tulee hyödyntää aktiivista kuuntelua.
- Osa raskaana olevista, joilla on psyykkistä haurautta, seuraa ammattilaisen sanoja, työskentelyä ja sanatonta viestintää tavallista herkemmin. Tämän vuoksi sanavalintojen ja sanattoman viestinnän merkitys korostuu.

Dia 12.





**Kysymys osallistujille: Mitä aktiivinen kuuntelu on teidän mielestänne?**



**Lisätietoa kouluttajalle:**

Aktiivinen kuuntelu on henkilön halua ja kykyä kuulla ja ymmärtää. Aktiivinen kuuntelu on mielentila, jonka keskiössä on huomion kiinnittäminen täysin toiseen henkilöön välttäen ennen aikaista tuomitsemista, heijastaen ymmärrystä, selkiyttäen tietoa ja tehden yhteenvetoa keskustelusta. (Hoppe & Center for Creative Leadership 2014.)

### **Kuuntelu**

Kuulemisen ja kuuntelun ajatellaan usein tarkoittavan samaa asiaa, mutta todellisuudessa ne eroavat toisistaan. Kuuleminen tarkoittaa asian konkreettista kuulemistä, kun taas kuunteleminen vaatii tilanteeseen keskittymistä. Kuuntelemisella katsotaan olevan kolme tasoa: empaattinen kuuntelu, kuullaan mutta ei kuunnella ja jaksoittainen kuuntelu. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 89-90.)

Empaattisella kuuntelulla tarkoitetaan tilannetta, jossa työntekijä ei arvostele tai arvioi asiakkaan kertomaa. Työntekijä pyrkii löytämään keskustelusta asiakkaan osoittamia näkökantoja ja käsityksiä. Työntekijä havaitsee asiakkaan kertomasta pääkohdat ja vastaa niihin omassa puheessaan. Empaattisessa kuuntelussa huomioidaan myös vastapuolen sanattomat viestit, kuten ilmeet, eleet ja katsekontakti. Työntekijä osoittaa niin sanattomasti kuin sanallisesti kuuntelevansa asiakasta. Kuuntelemisen osoittamiseksi riittävät pienet teot, kuten pään nyökkääminen tai yhdellä sanalla kommentointi. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 90.)

### **Sanaton viestintä**

Vuorovaikutus koostuu sekä sanallisesta että sanattomasta viestinnästä. Sanaton eli nonverbaalinen viestintä muodostaa keskeisen osan ihmisten välillä tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Sanattomalla viestinnällä tarkoitetaan suppeasti määriteltynä muun muassa ihmisen ilmeitä, kehon asentoja, eleitä ja liikkeitä. Laajemmin määriteltynä nonverbaalinen eli sanaton ilmaisu sisältää myös muun muassa puheen rytmiä, äänen voimakkuutta ja perustaaajuutta sisältäviä tekijöitä. Sanattoman ilmaisuun vaikuttavat ihmisten välillä oleva etäisyys ja



Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus:  
Tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja  
hoitaminen äitiysneuvolassa  
Anna Laaksonen & Tiina Mettälä

katseen käyttäytyminen kuten katsekontakti. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 75.)

Kehon rytmi ja pienet lisäilmaisut ovat osa sanatonta viestintää. Kehon rytmillä tarkoitetaan työskentelyn nopeatempoisuutta tai rauhallisuutta. Työntekijän kehon rytmi tarttuu herkästi myös asiakkaaseen. Nopea rytmi luo asiakkaalle kiireen tunteen. Pienet lisäsanat kuten ”ja” sekä ”mutta” voivat sisältää sanatonta viestintää. Useimmiten mutta -sana kumoo, vääristää tai mitätöi edeltävän lauseen. Esimerkiksi lause ”Hän on nuori, mutta viisas” antaa kuulijalle käsityksen, ettei puhuja pidä yleensä nuoria viisaina. Puhujan sanoessa ”Hän on nuori ja viisas”, kuvataan keskustelun aihetta objektiivisesti. (Falk 2003, Mäkisalo-Ropposen 2011, 179 mukaan.)

Sanallisen viestinnän merkitys kaikesta vuorovaikutuksesta on vain 10-25 %. Näin ollen sanaton viestintä on suuremmassa roolissa, mikäli sanallisen ja sanattoman viestinnän välillä on ristiriita. Tämän tiedostaminen on erityisen tärkeää, sillä kriisissä oleva ihminen reagoi vahvasti työntekijän puhetyyliin, äänensävyyn ja muuhun sanattomaan viestintään. Mitä hauraampi elämäntilanne asiakkaalla on, sitä laajemman merkityksen terveydenhuollon edustajan käytös saa aikaan. (Toivanen 2009, Mäkisalo-Ropposen 2011, 178 mukaan.)

## Luottamus

- Hoitosuhteen tulee perustua luottamukseen.
- Terveystenhoitajan tulee kohdata asiakas niin, että asiakkaan on mahdollista rakentaa luottamuksellinen suhde terveydenhoitajaan.
- Luottamuksen rakentumiseen vaikuttavat sekä terveydenhoitajan tiedot ja taidot että terveydenhoitajan ja potilaan persoonallisuudet.
- Jotta luottamus on mahdollista saavuttaa, tulee terveydenhoitajan lähestyä potilasta hienovaraisesti ja potilaan toiveita ja reaktioita kunnioittaen.
- Luottamuksen saavuttamisessa korostuvat etenkin terveydenhoitajan aito läsnäolo ja kuuntelu, toisen kunnioittaminen ja arvostaminen sekä rehellisyys ja avoimuus. Luottamuksellisessa suhteessa terveydenhoitaja osoittaa kunnioituksensa potilasta kohtaan kohtaamalla hänet ihmisenä, jolla on kyky kantaa vastuu omasta hyvinvoinnista ja toipumisesta.

(Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta. 2019. Mieli ja terveys.)

Dia 13.

Sosiaali- ja terveysalan toiminnan tavoitteena on asiakkaan tai potilaan terveyden ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lisääminen. Tässä toiminnassa korostuvat asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus ja luottamus. Luottamuksellisen asiakassuhteen saavuttaminen onkin merkittävä askel kohti asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Kohdatessaan asiakkaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselta vaaditaankin taitoa luopua omien ajatusten itsestään selvyyksistä sekä kykyä samaistua asiakkaan tilanteeseen. Jotta asiakas uskaltaa luottaa työntekijän, tulee työntekijän osoittaa myötätuntoa, ymmärrystä ja vastuullisuutta asiakasta kohtaan. (Raatikainen 2015, 17-19, 27.)

Asiakkaan luottamuksen saavuttaminen voi vaatia aikaa, mikä taas voi vaatia työntekijältä aikaa ja kärsivällisyyttä. Tällöin työntekijän tulee kyetä käsittelemään ja kannattelemaan omia tunnereaktioitaan ja tunteitaan. Luottamuksen ylläpitäminen vaatii edelleen työntekijältä asiakkaan kunnioittamista, arvostamista sekä hänen asioidensa salassapitoa. Asiakkaan asioiden salassapito ei ole ainoastaan eettinen kysymys vaan myös työntekijän vastuu ja velvollisuus. (Raatikainen 2015, 144-145.)



## Empatia

- Ihmisen perimmäinen toive on tulla ymmärretyksi ja hyväksytyksi juuri sellaisena kuin on, riippumatta hänen ongelmistaan tai sairauksistaan. Hoitosuhteessa tämä vaatii ammattilaiselta empaattista asennoitumista tilanteeseen sekä asiakkaan kuuntelemista.
- Hoitosuhteeseen sisältyvällä empatialla tarkoitetaan myötäelämistä eli potilaan tunnetiloihin eläytymistä sekä potilaan kokemusten ja kokemusmaailman ymmärtämistä.

(Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta. 2019. Mieli ja terveys.)

Dia 14.

Kyetäkseen ymmärtämään asiakasta tulee terveydenhuollon ammattilaisen keskittyä kuuntelemaan asiakasta sekä vaientamaan oman sisäisen mielen ajatukset. Parhaimmillaan ammattilainen kykenee ilmaisemaan empatiansa niin, että asiakas kokee tullessa kuulluksi sekä ymmärretyksi, jolloin hänen on mahdollista ottaa puheeksi itselleen merkityksellisiä asioita. Hoitosuhteessa ilmenevässä empatiassa on mahdollisuus nähdä useita eri tasoja. Hoidollisen kohtaamisen perustana pidetään sitä, että työntekijä kykenee tunnistamaan asiakkaan tunteet. Toisin sanoen työntekijä ymmärtää asiakkaan olevan masentunut, muttei havaitse tai ymmärrä kaikkia niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat masennukseen. Kehittyessään empatiataidoissaan ammattilainen kykenee ymmärtämään asiakkaan mielentilan aikaansaaneita sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä sekä kohtaamaan asiakkaan kokonaisvaltaisesti. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 223-224.)

## Käytännön tekijöitä, joita terveydenhoitajan tulisi huomioda raskaana olevan kohtaamisessa

- Terveydenhoitajan tehtävänä on auttaa raskaana olevaa itse hahmottamaan tilanteensa kysymysten kautta, jotka herättävät asiakkaan omaa ajattelua. Terveydenhoitajalla ei ole valmiita vastauksia eikä hän ratko ongelmia puolesta.
- Terveydenhoitajan ei kuulu tehdä diagnoosia, vaan hän on tukemassa, auttamassa ja kuuntelemassa.
- Terveydenhoitajan tietämys ja vuorovaikutustaidot lisääntyvät vuoropuhelun myötä, mikä edesauttaa puheeksi ottoa tulevaisuudessa.
- Terveydenhoitajan on hyvä tiedostaa omat asenteensa mielenterveysongelmiin, jotta ne eivät mahdollisesti vaikuta haitallisesti kohtaamiseen laatuun ja keskustelun aloitukseen.
- Kulttuurierot ja kielimuuri saattavat vaikeuttaa raskaana olevan kohtaamista.

Dia 15.

Auttavalla vuorovaikutuksella tarkoitetaan prosessia, jossa molemmat osapuolet toimivat aktiivisesti. Valmiiden ohjeiden anto auttaa harvoin kriisissä olevaa. Terveydenhuollon edustajan tulisi ohjeiden annon sijaan toimia apuna asiakkaan valinnanteossa ja selvittelytyössä. Ammattilaisen tehtävä ei ole keksiä valmiita ratkaisuja tai tehdä valintoja toisen puolesta. Ammattilainen voi helpottaa asiakkaan päätöksentekoa tekemällä selventäviä kysymyksiä, osoittamalla myötätuntoa ja antamalla asiantuntijuutensa toisen käyttöön. (Falk 2003, Blomstedt 2009, Mäkisalo-Ropponen 2011, 198 mukaan.)

Vuorovaikutustaitoja on mahdollisuus oppia, eikä niiden suhteen tule koskaan valmiiksi. Vuorovaikutustaitoja opitaan ainoastaan kohtaamalla asiakkaita ja oppimalla omista epäonnistumisista ja onnistumisista. Ongelmat hoitotyöntekijöiden vuorovaikutustaidoissa ovat yksi suurimmista syistä, mistä terveysalan valvontavirasto Valvira saa asiakkailta valituksia. Työntekijän tuleekin harjoitella läsnäolon ja eläytymisen taitoa, jotta hän kykenee ymmärtämään asiakkaan viestejä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)





## 4 Voimavarojen tukeminen ja lisääminen



Tehtävä osallistujille: Pohtikaa yksin tai ryhmässä, miten terveydenhoitaja voi tukea ja lisätä raskaana olevan voimavaroja.

### Voimavarojen tukeminen ja lisääminen, dia 1

- Terveydenhoitaja auttaa luomaan uskoa ja toivoa, että tästä selvitään ja tämä on väliaikaista.
- Mennään hyvinvointi edellä eikä mielenterveys edellä.
- Terveydenhoitaja auttaa raskaana olevaa näkemään voimavaransa ja onnistumisensa sekä tukee voimavarojen vahvistumista, jolloin raskaana olevan pystyvyyden tunne vahvistuu.
- Terveydenhoitaja auttaa raskaana olevaa löytämään vahvuutensa.
- Terveydenhoitaja ylläpitää me-ajattelua, jotta raskaana oleva ei koe joutuvansa vastaamaan toipumisestaan yksin.

Dia 16.

Kielteinen ajattelu ohjaa masentuneen mieltä. Tunnekokemukset ja kielteinen ajattelu puolestaan muodostavat kierteen, jota on vaikea katkaista. Kielteinen ajattelu lisää masennusta ja masentunut mieli puolestaan saa aikaan kielteisiä ajatuksia. Tämän kierteen katkaiseminen on keskeistä masentuneen hoidossa. Olennaista on, miten itse ajattelee kielteisistä tapahtumista ja eritoten omasta suhteestaan niihin. Kielteiset ajatukset ympäröivästä todellisuudesta sekä itsestä lisäävät epätoivoa. Tärkeää onkin, että masentunut pystyisi näkemään masennustilanteen ohimenevänä ja väliaikaisena olotilana, jotta syntyisi toiveikkuutta. Kielteinen ajattelu tulee ilmi kielteisten asioiden vatvomisena sekä valtavana murehtimisena. Vaikka masentunut pyrkii vatvomisellaan löytämään paremman ymmärryksen, usein se vain lisää masentuneisuutta, sillä masentunut ei tunnu löytävän ratkaisua millään. Masentuneen olisikin ensimmäisenä opeteltava tunnistamaan korostuneita ajatusvääristymiään, jotta hän pystyisi muodostamaan realistisen ajattelutavan, joka on tasapainossa todellisuuden kanssa. Ensimmäinen askel ajatusvääristymien tunnistamisessa on, että havaitsee kielteisten ajatuskulkujen vatvomisen. Tämän jälkeen tulisi pyrkiä siirtymään yksittäisten, pienten ongelmien ajatteluun,



jotka on mahdollista ratkaista. Tutustuminen yleisimpiin ajatusvääristymiin, saattaa auttaa näiden ajatusvääristymien tunnistamisessa. Masentuneen olisi myös tärkeää oppia etsimään vaihtoehtoisia ajatuksia kielteisille ajatuksille ja hyväksyä hiljalleen toiveikkuutta, jota ne tuovat. (Tuulari 2017.)



#### Lisätietoa kouluttajalle:

##### Yleisimmät ajatusvääristymät:

- Mustavalkoajattelussa asiat ja ihmiset nähdään ääripäinä.
- Vääriin yleistykseen kuuluu muun muassa kaikki-, aina-, ei koskaan -tyyppinen ajattelu.
- Katastrofiajattelussa ennakoitaan mahdollisimman huonoja seurauksia.
- Aivoluteilussa muiden ajatukset luetaan ja tulkitaan vääristyneinä.
- Leimaamisessa ihminen leimaa joko itseään tai muita ilkeällä tavalla.
- Henkilökohtaistamisella toisten käyttäytymisen ajatellaan liittyvän itse.
- Pakkojen tyranniassa vaaditaan itseä tekemään enemmän ja paremmin.
- Täydellisyyden tavoittelussa ainoastaan täydellinen riittää.
- Emotionaalisessa päättelyssä päätelmät perustuvat omiin tunnekokemuksiin.
- Positiivisessa poissulkemisessa ei huomioida hyviä suorituksia.

(Tuulari, J. 2017. Masennus.)

Syvästikin masentuneella on terveyttä tuskan rinnalla. Sen edistäminen tuskan lievittämisen lisäksi tukee toipumista masennuksesta. Masennuksesta toipumisessa keskeisenä asiana onkin, että masentunut pystyy mieltämään asioita uudella tavalla, etenemään omassa sisäisessä prosessissaan ja tekemään muutoksia elämässään. Masennuksesta toipuminen onkin masentuneen sisäistä muutosta, joka menee eteenpäin tämän omien oivallusten ja ponnistelujen myötä. (Kiikkala 2017.)

Masentuneen toivon ylläpitäminen on tärkeää. Käytännössä se voi tarkoittaa muun muassa masentuneen ilmaiseman toivon tukemista, hänen voimavarojensa nimeämistä ja tukemista sekä tiedonsaannin varmistamista. Lisäksi sillä voidaan tarkoittaa auttamista tulevaisuuteen suuntautumisessa, tavoitteiden asettamisessa sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä. Masentunutta auttavassa toiminnassa pyritään monipuolistamaan olemassaolokokemusta, vahvistamaan itsetuntoa sekä saamaan aikaan ilon kokemuksia, sillä masentuneen kokemusmaailma

on vinoutunut ahdistuksen, pelon ja häpeän vuoksi. Tämän saavuttamiseksi pyritään masentuneelle saamaan aikaiseksi kokemuksia, jotka tuottavat mielihyvää. Hoitotyön käytännön keinoja itsetunnon vahvistamiseen ovat puolestaan kunnioituksen ja arvostamisen näyttäminen, kannustaminen, onnistumiskokemusten mahdollistaminen, vahvojen puolien tukeminen sekä ihmissuhteiden edistäminen. Lisäksi palautteen saaminen, rohkaisu omiin kykyihin luottamisesta ja itsetuntemuksen kehittyminen vahvistavat itsetuntoa. (Kiikkala 2017.)

## Voimavarojen tukeminen ja lisääminen, dia 2

- Terveystenhoitaja tukee raskaana olevan osallisuutta, mikä edistää elämänhallintaa, elämänlaatua ja toimintakyvyn ylläpitämistä.
- Terveystenhoitaja tuo esiin, mikä on hyvin ja auttaa löytämään positiivisuutta, kun raskaana oleva ei sitä itse huomaa.
- Terveystenhoitaja auttaa löytämään iloa tuottavia asioita ja vahvistamaan merkityksellisyyden tunnetta.
- Terveystenhoitaja myötävaikuttaa positiivisen suhteen luomiseen syntymättömään vauvaan.

Dia 17.

Voimaantumisella tarkoitetaan yksilön sisäistä voimantunnetta sekä toimintakyvyn eli osallisuuden, elämänhallinnan ja toimintaedellytysten vahvistumista. Voimaantuminen saa alkunsa luottamuksen ja tunteen tasolta ja ilmenee itsetunnon vahvistumisena sekä parantuneena kykyä asettaa päämääriä ja tavoitella niitä. Voimaantuminen koetaan elämänhallinnan lisääntymisenä ja optimistisena tunteena tulevaisuutta kohtaan. Optimistinen ja voimaantunut olo-tila ei ole kuitenkaan jatkuva vaan voi vaihdella tilanteiden mukaan. Voisikin sanoa, että voimaantunut ihminen omaa ymmärryksen omista haasteistaan, puutteistaan ja kehittymiskoh-teistaan. (Karvonen 2011, 121-122.)

Voimaantumista on mahdollista lisätä onnistumisen kokemusten kautta. Ammatilainen voi tuoda asiakkaan elämässä olevia hyviä asioita esiin dialogisen ja refleктоivan keskustelun avulla. Hyviä toimintatapoja ovat esimerkiksi asiakkaan tunteiden ja tuntemusten esiin tuonti sekä asiakkaan osaamisen ja taitojen näkyväksi tekeminen. Jotta asiakkaan voimaantuminen on mahdollista, on myös ammattilaisen oltava motivoitunut ja sitoutunut tilanteeseen.



Molempinpuolinen vuorovaikutus vaatii sekä asiakkaalta että työntekijältä rohkeutta ja kiinnostusta toisen aitoon kohtaamiseen. (Karvonen 2011, 126-129.)

Voimaantuminen ja sen tukeminen ovat tärkeä osa potilastyötä etenkin ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Ammattilainen, joka tiedostaa ja tunnistaa olemassa olevat realiteetit ja vaikutusmahdollisuudet, voi fasilitoida eli aktivoida ja tukea asiakkaansa voimaantumista. Muutoksissa ja haastavissa tilanteissa ammattilainen tukee asiakkaan tilannetta kartoittamalla asiakkaan ulkoiset voimavarat ja vahvistamalla asiakkaan konkreettista pärjäämistä arjessa ulkoisten tukien avulla. Esimerkkejä ulkoisista voimavaroista ovat asiakkaan oma sosiaalinen verkosto, yhdistykset, työ ja harrastukset. Asiakkaan saadessa ulkoista tukea arjessa jaksamiseen mahdollistuu myös sisäisten voimavarojen vahvistuminen. Asiakkaan tiedostaessa ja havaitessa omat vaikutusmahdollisuudet ja vastuut mahdollistuu myös elämänhallinnan ja sen tunteen lisääntyminen. (Iija 2009, 115.)



#### Lisätietoa kouluttajalle:

Masentunut ei jaksa yleensä olla yhtä aktiivinen kuten aiemmin eikä koe mielihyvää yhtä paljon kuin aiemmin. Tämän seurauksena masentunut saattaa lopettaa sellaisten asioiden tekemisen, joista nautti aiemmin ja elinpiiri voi kaventua. Mielekkään tekemisen lopettaminen kuitenkin lisää masentuneisuutta ja sitä vastoin mielekkään tekemisen lisääminen vähitellen vähentää masennusta, vaikka alussa se voi tuntua turhauttavalta. Väkinäisesti ja velvollisuudentunnosta suoritettu aktiivisuus ei kuitenkaan mielialaa paranna, vaan masentuneen tulisi lisätä nimenomaa toimintaa, jossa kokee olevansa hyvä ja joka nostattaa mielialaa. Miellyttävän tekemisen ei tarvitse olla mitään erityistä, vaan tavalliset asiat riittävät. Eri ihmisille mielekäs tekeminen tarkoittaa eri asioita, joten masentuneen onkin tärkeä pohtia, mitkä asiat vaikuttavat omaan mielialaan ja tuottavat mielihyvää. (Stenberg, Saiho, Pihlaja, Service, Holli & Joffe 2014.)

Asiakkaan voimaantumista ja uskoa omiin mahdollisuuksiin on mahdollista edistää suotuisan ilmapiirin omaavissa keskusteluissa. Ammattilaisen tehtävä on aikaansaada keskusteluodotus, tarjota kysymisen mahdollisuuksia asiakkaalle, keskustella, osoittaa kuuntelevansa sekä kysyä asiakkaan tuntemuksista. Keskustelun alussa asiakkaan rooli on odottava, mutta keskustelun edetessä ammattilainen rohkaisee vertaispuheeseen. Onnistuneen keskustelun jälkeen asiakkaalle jää tunne, että hän on saanut osallistua asiansa käsittelyyn. Olennaista keskusteluissa on kiinnittää huomiota asioihin, jotka ovat hyvin sekä asiakkaan positiiviseen käytökseen

kuten yrittämiseen ja sitkeyteen. Ammattilaisen on tärkeää tunnistaa asiakkaassa olevia voimavaroja ja tukea niitä. Tässä vaiheessa etenkin ammattilaisien läsnäolon ja kuuntelemisen taito ovat merkityksellisiä onnistuneen vuorovaikutuksen kannalta. (Iija 2009, 116-117.)

## 5 Puheeksi ottaminen ja lomakkeet sekä seulat

### Puheeksi ottaminen

- Terveydenhoitajan tulee tiedustella kaikkien raskaana olevien vointia jokaisella neuvolakäynnillä. Tällöin raskaana olevalla on mahdollisuus kertoa masennuksestaan tai ahdistuksestaan jokaisella käynnillä.
- Vaikka terveydenhoitajalla on pelko asiakkaan reaktiosta tai loukkaamisesta, se ei saa estää puheeksi ottoa, vaan asia on otettava esille jatkuvasti. Yksi huono kokemus ei saa viedä uskallusta kysyä asiakkaan vointia eikä terveydenhoitajan luottamusta omaan ammattitaitoon.
- Vuoropuhelu on keskeisessä osassa puheeksi ottoa.
- Faktatieto ja positiivinen näkökulma mielenterveyteen helpottavat puheeksi ottamista.
- On tutkittu, että esimerkiksi perhe- tai kunniaväkivallasta kysyminen ja voinnin tiedustelu koetaan positiivisena eikä tungettelevana.

Dia 18.

### Puheeksi ottaminen

Puheeksi oton yksi keskeisimmistä tavoitteista on yhteistyön aikaansaaminen asiakkaan ja työntekijän välille sekä huolta aiheuttavien asioiden suuntaaminen myönteisempään suuntaan (Eriksson & Arnkil 2005, 29). Seulontakysymyksiä tai kyselylomakkeita on mahdollista käyttää masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisen apuna. Tulee kuitenkin muistaa, ettei mikään seulonta ole tehokasta ilman siihen liittyviä tukitoimia tai hoitopolkua. Tilannetta kartoittavat kysymykset on hyvä aloittaa yleisillä, avoimilla kysymyksillä eikä suorilla masennusta tai ahdistusta koskevilla tiedusteluilla. Hyviä aloituskysymyksiä ovat muun muassa seuraavat: Mitkä ovat tunnelmasi tässä raskaudessa? Mitkä ovat huolenaiheesi tällä hetkellä? Kuinka asiat sujuvat (vauvan nimi) kanssa? Jokaisella ammattilaisella on kuitenkin omat, omiin mieltymyksiin sopivat kysymykset. Kysymysten lisäksi myös raskaana olevan olemuksen havainnointi on tärkeää. (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal 2016, 118.)



Puheeksi otossa tärkeintä on kohdata asiakas kunnioittavalla tavalla ja ottaa huoli puheeksi ajoissa. Lähestyttäessä asiakasta tavalla, joka kunnioittaa häntä eikä loukkaa, saattavat asiakkaan reaktiot olla odotettua positiivisempia. Näin ollen myös työntekijän kynnys asioiden puheeksi ottoon madaltuu. Useimmiten työntekijät pelkäävät puheeksi ottoa juuri asiakkaan reaktioiden takia, jolloin myös huolta aiheuttavat tekijät ehtivät kasvaa toivottua suuremmiksi. Puheeksi otossa olennaista on, että työntekijä tuo huolensa esiin ja kannustaa asiakasta keskusteluun eikä vain ilmoita asiakkaalle olettamaansa ongelmaa ja sitä korjaavia toimenpiteitä. Dialogi asiakkaan ja työntekijän välillä on helpompi avata, kun asiakasta lähestytään ilmaisten huoli ja pyytäen asiakasta yhteistyöhön. Avoimesti ja aidosti yhteistyöhön kannustava ja apua tarjoava työntekijä on helpommin lähestyttävä kuin arvosteleva ja ongelmia korostava työntekijä. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2020b.)

### **Puheeksi ottamisen ennakointi**

Ennakointi on puheeksi oton menettelytavassa keskeistä. Ennakoinnin avulla työntekijä pohtii omassa mielessään puheeksi oton seurauksia. Ennakointi on sekä tietoista että tiedostamattonta. Tietoisien ennakoimien avulla työntekijän on mahdollista löytää senkaltaisen tapa toimia, jonka seurauksena hän uskoo olevan paras mahdollinen lopputulos. Tällä voidaan tarkoittaa esimerkiksi sitä, että vielä huolen puheeksi oton jälkeenkin asiakassuhde säilyy hyvänä. Tietoisesti ennakoivalla työotteella on mahdollista selkiyttää omaa työtään ja toimintaansa. Mikäli aiemmat puheeksi oton toimet eivät ole saavuttaneet toivottua lopputulosta, voi työntekijä tietoisesti ennakoida uutta puheeksi oton tilannetta ja näin löytää parhaan tavan olla tueksi sillä hetkellä. Mikäli työntekijän huoli asiakkaan voinnista on jatkunut pitkään, voi puheeksi otto vaatia prosessinomaista työskentelyä tai useita keskustelu aloitteita. Toisinaan paras tulos saavutetaan ottamalla sama huoli toistuvasti puheeksi. (Eriksson & Arnkil 2005, 27-28.)

Työntekijän arvioidessa asiakkaan suhtautumisen olevan positiivinen puheeksi oton jälkeen, on hänen helpompi tuoda huoli esille. Negatiivisten reaktioiden ennakoiminen taas pakottaa työntekijän valmistautumaan tilanteeseen tavanomaista enemmän. Asiakkaan negatiiviseen reaktioon valmistautuminen estää työntekijän kielteisiä reaktioita kuten hämilleen menoa, pelkoa tai säikähtämistä. Työntekijän tuleekin ymmärtää, että asiakkaan puolustautuminen tai kielteinen reagointi on luonnollista. Toisaalta taas työntekijän otettua huolen puheeksi, voi asiakkaan padotut tunteet lähteä purkautumaan. (Eriksson & Arnkil 2005, 28-29.)

### **Dialogisuus puheeksi ottamisessa**

Dialogi ei ole ainoastaan puhetta. Kyse on kokonaisvaltaisessa kontaktissa tapahtuvasta kommunikaatiosta, joka toteutuu muun muassa eleinä, puheena, tunteita ja ilmeinä. Dialogissa olennaista on nähdä toinen ihminen yksilönä ja ymmärtää hänellä olevan omia näkemyksiä,



mielipiteitä ja pyrkimyksiä. Työntekijän painopiste on ennemminkin kuuntelemisessa kuin puhumisessa. Huolen puheeksi oton tarkoituksena on avata ajattelun prosessi, jonka lopputulos on kuitenkin harvoin ennustettavissa. (Eriksson & Arnkil 2005, 37.)

Ammatillisen, asiakkaan kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen suositellaan perustuvan dialogiseen keskusteluun. Dialogisessa keskustelussa painottuvat kuuntelu sekä mahdollisuus tarkastella ilmaistua asiaa eri näkökulmista. Työntekijä voi kuuntelemansa perusteella tehdä tarkentavia kysymyksiä, joiden avulla asiakas voi oivaltaa uusia näkökulmia tilanteestaan. Dialogia käyttäen on työntekijän ja asiakkaan mahdollista osallistua tasa-arvoisesti tilanteen määrittelyyn, jatkosuunnitelman tekoon sekä toteutukseen. Vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä on luonteeltaan vuoropuhelua ja -kuuntelua. Työntekijä voi auttaa asiakasta vaikeiden asioiden puhumisessa esittämiensä jatkokysymysten avulla. Kerro lisää -kysymyksellä työntekijä osoittaa asiakkaalle sitoutumisensa ja kiinnostuksensa keskusteluun. Dialogisessa yhteistyössä vallan katsotaan jakautuvan sekä asiakkaan että työntekijän välille, jolloin molempien on mahdollisuus löytää keskustelusta voimavaroja, joita asiakas voi tilanteessaan hyödyntää. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikonen 2014, 83-84.)



Lisätietoa kouluttajalle:

Dialogisen keskustelun tunnuspiirteet:

- Aitous
- Avoimuus
- Turvallisuus
- Kiireettömyys
- Pakottomuus
- Samanarvoisuus

(Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe.)



## Kysy ja kuuntele

### A) Kysy

- Kysy suoraan
- Kysy kahden kesken
- Kysy kaikilta
- Kerro, miksi kysyt
- Kerro, mitä teet kysymälläsi tiedolla

### B) Kuuntele

- Kuuntele asiakasta
- Tarjoa myötätuntoa
- Murra myyttejä ja uskomuksia
- Usko asiakasta
- Ota kantaa
- Nimeä tilanne ja anna tietoa
- Palaa asiaan

(Mukaillen: Siukola, R. 2014. Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan.)

Dia 19.

Alun perin Kysy ja kuuntele -ohje on tarkoitettu lähisuhdeväkivallan tunnistamista ja puheeksi ottamista varten. Sitä kuitenkin sovelletaan tässä kohdassa myös raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen. Ohjetta on mukailtu niin, että väkivalta -sanat on korvattu sanoilla raskausajan masennus ja ahdistus.

### Kysy ja kuuntele -ohje

Olennaista asiakkaan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksen luomisessa on läsnäolon taito ja luottamuksen rakentaminen. Asiakas voi tuntea häpeää, syyllisyyttä tai pelkoa omasta tilanteestaan ja tunteistaan.

#### A) Kysy

##### *Kysy suoraan*

Kysy asiakkaan tilanteesta ja oloiloista suoraan, mutta myötätuntoisesti. Avoimella ja empaattisella kysymisellä annat asiakkaalle tunteen, että omista tunteista puhuminen on sallittua ja toivottua. Suoraan kysymisellä viestität myös olevasi huolissaan ja kiinnostunut asiakkaan tilanteesta.



*Kysy kahden kesken*

Kysy asiakkaan tilanteesta myös kahden kesken. Toisten asiakkaiden tai asiakkaan läheisen läsnäolo voi estää asiakkaan puhumisen asiasta. On tärkeää luoda luottamuksen ilmapiiri, jossa asiakas kokee olonsa turvallisesti puhua. Käytä keskustelun avaamiseksi ja ylläpitämiseksi tarvittaessa tulkkia.

*Kysy kaikilta*

Kun mielenterveyttä koskevat kysymykset esitetään kaikille, toimitaan asiakkaiden suhteen tasapuolisesti. Toistuva puheeksi otto harjaannuttaa myös ammattilaisen kykyä ja rutiinia vaikeiden asioiden käsittelyyn ja puheeksi ottoon.

*Kerro miksi kysyt*

Kerro asiakkaalle miksi kysyt ja miksi asian puheeksi otto on tärkeää. Asiakkaan tilannetta ja puheeksi ottoa voi helpottaa esimerkiksi kertomalla ongelman yleisyydestä ja että siihen on saatavilla apua. Asiakkaan leimaantumisen tunnetta voi helpottaa kertomalla, että asia otetaan puheeksi kaikkien asiakkaiden kanssa.

*Kerro mitä teet kysymälläsi tiedolla*

Kerro asiakkaalle mitä teet kysymilläsi tiedoilla. Kerro vaitiolovelvollisuudestasi ja tilanteista, joissa joudut mahdollisesti ylittämään sen (mm. hoitoonohjaus). Informoi asiakasta saatavilla olevista tuki- ja hoitomuodoista.

## B) Kuuntele

*Kuuntele asiakasta*

Kysyessä asiakkaalta mielenterveysongelmista on mahdollista saada hyvin erilaisia vastauksia ja reaktioita. Asiakas voi kieltäytyä vastaamasta tai keskustelemasta asiasta, loukkaantua kysymyksestä tai ohittaa kysymyksesi. Ota huomioon, että sinun esittämäsi kysymys voi olla ensimmäinen kerta, kun asia otetaan puheeksi asiakkaan kanssa. Näin ollen asiakas voi reagoida kysymykseen yllättävälläkin tavalla. Kuuntele tarkkaan mitä asiakas sinulle kertoo. Läsnäololla ja kuuntelulla voit saada merkittävää tietoa asiakkaan tilanteesta sekä rakentaa luottamusta asiakassuhteeseen.

### *Tarjoo myötätuntoa*

Voit osoittaa asiakkaalle myötätuntoa tarjoamalla asiakkaalle tietoa ja esittämällä kysymyksiä myötätuntoisesti. Asiakkaan esille tuomat aiheet ja tunteet voivat mahdollistaa jatkokysymysten esittämisen ja myötätunnon osoittamisen.

### *Murra myyttejä ja uskomuksia*

Käsittele ja korjaa asiakkaan väärä uskomuksia masennukseen ja ahdistukseen liittyen. On tärkeää hoitaa asiakkaan häpeän tai syyllisyyden tunnetta, jota mahdollinen mielenterveysongelma hänelle aiheuttaa.

### *Usko asiakasta*

Usko asiakasta ja hänen kertomaansa ja osoita se asiakkaalle. Asiakas voi olla helpottunut, kun joku viimein kysyy hänen tilanteestaan tai oloiloistaan. Kuuntele asiakkaan kertomaa ja osoita, että uskot häntä. Näin mahdollistat luottamuksen ja mahdollisuuden avun tarjoamiseen.

### *Ota kantaa*

Ottamalla kantaa asiakkaan kertomaan osoitat kuuntelevasi. Passiivinen ja kantaa ottamaton kuuntelu voi saada asiakkaalle tunteen, ettei häntä kuunnella tai että hän on väärässä tunteidensa kanssa.

### *Nimeä tilanne ja anna tietoa*

Työntekijän on hyvä auttaa asiakasta tunteidensa nimeämisessä ja määrittelyssä. Rehellinen keskustelu tilanteesta auttaa asiakasta ymmärtämään tilannetta. Asiakkaalle tulee antaa asianmukaista tietoa kokemansa ongelman yleisyydestä, riskeistä sekä avun saannin ja tukipalveluiden mahdollisuuksista.

### *Palaa asiaan*

Työntekijän on tärkeää mahdollistaa asiakkaalle asian esille tuonti toistuvasti. Madalla asiakkaan kynnystä tuoda asia puheeksi ja tarjota useita mahdollisuuksia asiasta kertomiselle. Työntekijän tulee olla rohkea ja herätellä asiakkaan ajatuksia ja tunteita, mutta samaan aikaan kunnioittaa asiakkaan yksityisyyttä ja omaa tahtia asiansa esiin tuontiin.

(Siukola, R. 2014, 43-45.)



## Lomakkeet

- Yksi keino puheeksi ottamiseen ja tunnistamiseen ovat lomakkeet ja seulat. Niiden avulla ei tehdä diagnoosia.
- Lomakkeiden ja seulojen sekä niiden käytön on oltava tuttua, jotta niitä osaa tulkita oikein.
- Lomakkeet ja seulat tulee käydä läpi raskaana olevan kanssa, sillä se osoittaa arvostusta hänelle.
- Lomakkeet ja seulat voivat auttaa realisoimaan tilannetta raskaana olevalle.
- Terveystenhoitajan tulee tietää, kuinka toimia lomakkeen jälkeen (hoitoonohjaus tms.)
- Terveystenhoitajan tulee tiedosta lomakkeen tarjoamat hyödyt sekä haitat.
- Lomakkeet ja seulat eivät kuitenkaan ole itse tarkoitus vaan yksi osa hoitoketjua.

Dia 20.

Terveystenhoitajaopiskelijoiden kanssa käydään läpi EPDS-lomake, sen käyttö ja tulkitseminen:

## EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

- Neuvolasuositus ohjeistaa käyttämään EPDS -seulaa raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen tunteiden tunnistuksen apuna äitiysneuvolassa
- Lomakkeella ei tehdä diagnoosia vaan se on pikemminkin apuväline keskustelun avaamiselle
- Raskaana oleva sekä hänen puolisonsa täyttävät EPDS-lomakkeen raskausaikana sekä noin viikon kuluttua synnytyksestä
- Tarpeen vaatiessa EPDS -lomake täytetään myöhemmin uudelleen

(Klemetti, Hakulinen-Viitanen, & Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. 2013. Äitiysneuvolaopas.)

Dia 21.



Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus:  
Tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja  
hoitaminen äitiysneuvolassa  
Anna Laaksonen & Tiina Mettälä

EPDS -lomake sisältää kymmenen väittämää, joista vastaaja ympyröi sen vaihtoehdon, joka kuvaa parhaiten vastaajan olotilaa viimeisen viikon ajalta. Kaikkiin kysymyksiin tulee vastata. Maksimipistemäärä lomakkeessa on 30. Mikäli vastaaja saa kymmenen pistettä tai enemmän, voi se viitata mahdolliseen masennukseen. Yli 13 pistettä voi viitata jo vakavan masennuksen mahdollisuuteen. Mitä korkeampi lomakkeen pistemäärä on, sitä todennäköisemmin vastaaja kärsii masennuksesta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (2019b) ohjeistaa, että mikäli raskaana olevan ja/tai hänen puolisonsa EPDS -lomakkeen kokonaispistemäärä on 13 tai enemmän, tulee hänet ohjata lääkärin vastaanotolle tarkemman kokonaisarvion tekemiseksi. Jos taas kokonaispistemäärä asettuu 10-12 pisteen väliin, pyydetään vastaajaa täyttämään lomake uudestaan 2-4 viikon sisällä. Masennusoireiden ollessa lieviä tai pistemäärän ollessa 10-11, ohjeistaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos neuvolaa kiinnittämään huomiota masennuksen ennaltaehkäisyyn sekä järjestämään vastaajalle psykososiaalista apua. Masennuksen ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan keskustelua vastaajan liikunnasta, riittävästä unesta ja sosiaalisesta tuesta. Keskivaikeassa masennuksessa tulee hoitotiimiin kutsua mukaan erityistyöntekijöitä kuten depressiohoitaja tai psykologi. Vaikeat masennukset tulee hoitaa erikoissairaanhoidossa. Raskaana olevalle tai puolisolle tulee järjestää välittömästi apua, mikäli hänellä on ollut itsetuhoisia ajatuksia. Tämä koskee myös tapauksia, joissa kokonaispistemäärä on jäänyt alle 13:n. EPDS -lomake soveltuu myös ahdistuneisuuden seulontaan. Epäselvissä tapauksissa arviointi tulee tehdä uudelleen kahden viikon kuluttua.



## Psykososiaaliset riskitekijät (ANRQ)

- Ongelmat parisuhteessa
- Sosiaalisen tukiverkoston vähyys tai puute
- Viimeaikaiset stressaavat elämäntilanteet
- Taipumus ahdistukseen tai perfektionismiin
- Aiempi masennushistoria tai muut mielenterveysongelmat
- Lapsuudessa koettu hyväksikäyttö
- Huono äitisuhde lapsuudessa

(Centre of perinatal excellence. 2017. Mental Health Care in the Perinatal Period, Australian Clinical Practice Guideline.)

Dia 22.

Australiassa hoitosuositukset perinataaliajan mielenterveyden hoidosta ohjaavat seulomaan masennukselle altistavia psykososiaalisia riskitekijöitä raskausaikana EPDS-kyselyn täyttämisen lisäksi. Tätä varten käytössä on Australiassa kehitetty Antenatal Risk Questionnaire -kysely (ANRQ). ANRQ on strukturoitu kysely, jossa on yhteensä 13 kysymystä. (Centre of perinatal excellence 2017, 31.) Suomessa tämä kysely ei ole käytössä. Siihen sisältyviä osa-alueita on kuitenkin mahdollista hyödyntää myös neuvoloissa psykososiaalisten riskitekijöiden tunnistamisessa ja seulomisessa. Näitä riskitekijöitä ovat ongelmat parisuhteessa, sosiaalisen tukiverkoston vähyys tai puute, viimeaikaiset stressaavat elämäntilanteet, taipumus ahdistukseen tai perfektionismiin, aiempi masennushistoria tai muut mielenterveysongelmat, lapsuudessa koettu hyväksikäyttö ja huono äitisuhde lapsuudessa. Erityisesti aiemmat huomattavat mielenterveysongelmat ja lapsuudessa koettu hyväksikäyttö jo yksistään lisäävät riskiä masennukselle. (Centre of perinatal excellence 2017, 31.)



## 6 Hoitopolut ja tukipalvelut sekä -verkostot

### Hoitopolut ja tukipalvelut sekä -verkostot

- Hoitopolkujen ja tukipalveluiden tulee olla kaikkien työntekijöiden tiedossa.
- Hoitopolut ja tukipalvelut tulevat työntekijöille tutuiksi kertaamalla ja jatkuvalla esiin nostamisella.
- Hoitopolkujen ja tukipalveluiden tunteminen lisää terveydenhoitajan varmuutta puheeksi ottamiseen ja antaa rohkeutta työntekoon.
- Hoitopolkujen ja tukipalveluiden tunteminen lisää yhtenäisiä hoitokäytäntöjä, jotka lisäävät raskaana olevan kuulluksi tulemistä.
- Hoitopolkujen lisäksi korostuu terveydenhoitajan aktiivisuus esimerkiksi ylimääräisten käyntien ja tukisoittojen järjestämisenä.

Dia 23.



#### Tehtävä koulutukseen osallistuville terveydenhoitajille:

Käykää ryhmissä läpi oman kunnan raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen hoitopolku. Käykää ryhmänä läpi raskaudenaikaiseen masennukseen ja ahdistukseen liittyvät tarjolla olevat tukipalvelut.

- ✓ Onko hoitopolku toimiva ja tukipalvelut riittäviä?
- ✓ Onko niitä tarvetta päivittää?
- ✓ Mikä toimii ja mikä ei toimi?
- ✓ Miten viedään muutostarpeita eteenpäin?



#### Vastaava tehtävä koulutukseen osallistuville terveydenhoitajaopiskelijoille:

Selvittäkää seuraavassa neuvolaharjoittelussa harjoittelupaikan raskaudenaikaisien masennuksen ja ahdistuksen hoitopolku ja tarjolla olevat tukipalvelut.



Raskaudenaikainen masennus ja ahdistus:  
Tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja  
hoitaminen äitiysneuvolassa  
Anna Laaksonen & Tiina Mettälä

## 7 Terveystenhoitajan osaaminen ja hyvinvointi

### Terveystenhoitajan osaaminen ja hyvinvointi

- Tärkeää on luottaa oman osaamisen riittävyteen. Edellytys ammatillisen osaamisen kehittymiselle on muutosvalmius. Oma ammatillinen kehittyminen vaatii omien kehitystarpeiden tunnistamista, rehellistä reflektointia ja itsearviointia.
- Terveystenhoitajan on tärkeää myös huolehtia omasta jaksamisestaan, kun kohtaa haastavia ja kuormittavia asiakastapauksia. Niistä seuraavan vastuun kanssa ei tule jäädä yksin.
- Esimerkkejä jaksamisen ja osaamisen tukemiseen:
  - Työnohjaus
  - Lisäkoulutukset
  - Konsultaatiomahdollisuudet
  - Esimiehen tuki

Dia 24.

Työntekijän henkilökohtaisessa oppimisprosessissa reflektiolla viitataan siihen, että työntekijä arvioi omaa toimintaansa. Tällöin puhutaan itsereflektiosta. Arvioinnin kohteena voivat olla työntekijän kokemukset ja niihin liittyvät tunteet, kuten asiakkaiden kanssa koetut tilanteet tai työntekijän oma teoreettinen ja käytännöllinen osaaminen. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 11.) Itsereflektion kautta työntekijän on mahdollisuus tiedostaa omia tapojaan havaita, tuntea, kommunikoida ja toimia. Itsereflektio on henkilökohtainen prosessi, jossa kysymysten ja pohdinnan avulla tarkastellaan ja kyseenalaistetaan omia toimintatapoja ja pyritään jatkuvaan kehittymiseen. Itseymmärryksen myötä on mahdollisuus kokemusten jäsentämiseen sekä tiedon käyttöönottoon. Sen myötä opittu teoriatieto sisäistyy käytännön taidoiksi. Reflektion avulla on ammattilaisen mahdollisuus ottaa etäisyyttä työssä esiintyviin päivittäisiin tilanteisiin sekä suunnitella sopivia toimintatapoja. Vasta tietoisesta ymmärtämisestä myötä on mahdollisuus saavuttaa oivaltaminen ja oppiminen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 57.)







Tehtävä koulutukseen osallistujille: Pohdi vielä itseksesi, mitkä ovat sinun omat kehitystarpeesi liittyen raskaudenaikaiseen masennukseen ja ahdistukseen.

” Kriisi ei ole sairaus, josta on parannuttava.  
Se on elämää, jonka läpi on kuljettava.”

(Ben Falk 2003, Teoksessa Mäkisalo-Ropponen, M. 2011.  
Vuorovaikutustaidot Sosiaali- ja terveysalalla.)

Dia 25.

## Lähteet:

- Basson, M., Julie, H., & Adejumo, O. 2014. Professional nurses' attitudes and perceptions towards mentally ill in an associated psychiatric hospital: quality of care. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*, 20 (1), 523-537.
- Brockington, I., Butterworth, R. & Glangeaud-Freudenthal, N. 2017. An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, 20 (1), 113-120.
- Centre of perinatal excellence. 2017. Mental Health Care in the Perinatal Period, Australian Clinical Practice Guideline. Viitattu 31.8.2020. [https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline\\_Final-2018.pdf](https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf)
- Eriksson, E. & Arnkil, T. E. 2005. *Huoli puheeksi: Opas varhaisista dialogeista*. Helsinki: Stakes.
- Evans, J., Melotti, R., Heron, J., Ramchandani, P., Wiles, N., Murray, L. & Stein, A. 2012. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53 (6), 632-640 <https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/10443/2/Evans%20et%20al%202012.pdf>
- Field, T. 2017a. Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review. *Journal of pregnancy and child health*, 4(1).
- Gentile, S. 2017. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342, 154-166.
- Haarakangas, K. 2008. *Parantava puhe*. Nastola: Magentum.
- Hakanen, H., Flykt, M., Sinervä, E., Nolvi, S., Kataja, E., Pelto, J., Karlsson, H., Karlsson, L. & Korja, Riikka Korja, R. 2019. How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *Journal of Affective Disorders*, 257, 83-90.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M & Virta, M. 2019. *Mieli ja terveys*. 6. uud. painos. Helsinki: Edita.
- Hoppe, M. H. & Center for Creative Leadership (CCL). 2014. *Active Listening: Improve Your Ability to Listen and Lead*, First Edition. Center for Creative Leadership.
- Iija, A. 2009. *Voimaantuminen kehityshaasteena*. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) *Kuuntele minua -mielenterveystyön käytännön menetelmiä*. Helsinki: Tammi.



Karvonen, R. 2011. Voimaantumista ei voi opettaa, mutta sen voi mahdollistaa. Teoksessa Lämsä, A-L. (toim.) *Mieli maasta: Masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kiikkala, I. 2017 Masennuksesta toipumista tukevia tekijöitä ja menetelmiä. Teoksessa Aarnin-salo, P., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. O., Tuulari, J. & Kampman, O. *Masennus*. 1. painos. Helsinki: Duodecim. E-kirja.

Kim, D.R., Bale, T.L. & Epperson, C.N. 2015. Prenatal programming of mental illness: current understanding of relationship and mechanisms. Springer Nature.

Kinnunen, T., Parviainen, J., Haho, A. & Jolkkonen, M. 2019. Ammatillinen kosketus: Kuinka tunnettyötä tehdään. Helsinki: Kirjapaja.

Kiviniemi, L., Läksy, M., Matinlahti, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. 2. uud. p. Helsinki: Edita.

Klemetti, R., Hakulinen-Viitanen, T. & Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. 2013. Äitiysneuvolaopas: Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Lindroos, A., Ekholm, E. & Pajulo M. 2015. Raskaudenaikainen kiintymys sikiöön - äitiyshuollon mahdollisuus ja haaste. Duodecim -lääketieteellinen aikakausikirja, 131 (2).

Milgrom, J. & Gemmill, A. W. 2015. Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management. John Wiley & Sons, Inc.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

National Institute for Health and Care Excellence 2014. Päivitetty 2020. Antenatal and post-natal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline. Viitattu 19.3.2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta: Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Siukola, R. 2014. Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan? Esimerkkinä päihde- ja mielenterveys-työ. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.



Stenberg, J., Saiho, S., Pihlaja, S., Service, H., Holli, M. & Joffe, G., 2013. Irti masennuksesta. 1. p. Helsinki: Duodecim.

Taka-Eilola, T. 2019. Mental health problems in the adult offspring of antenatally depressed mothers in the northern Finland 1966 birth cohort; relationship with parental severe mental disorder. Viitattu 15.05.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526222455.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 16.09.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Suositus EPDS-lomakkeen käytöstä. Viitattu 20.1.2020. [https://thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ja\\_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus/suositus-epds-lomakkeen-kaytosta](https://thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus/suositus-epds-lomakkeen-kaytosta)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Huolen puheeksi ottaminen. Viitattu 3.8.2020. [https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon\\_tueksi/varhainen-avoin-yhteistointi/huolen-puheeksi-ottaminen](https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistointi/huolen-puheeksi-ottaminen)

Tuulari, J. 2017. Masennusoireiluun liittyvän kielteisyyden voittaminen. Teoksessa Aarninsalo, P., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. O., Tuulari, J. & Kampman, O. Masennus. 1. painos. Helsinki: Duodecim. E-kirja.

Äimä ry. Raskausajan masennus. Viitattu 31.8.2020. <https://aima.fi/raskausajan-masennus/>

