

Noora Saarman-Kimonen

Katja Turpeinen

ÄIDIN MIELI
Opas turvalliseen äitiyteen

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Joulukuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 17.12.2013
Tekijä(t) Noora Saarman-Kimonen, Katja Turpeinen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyö	
Nimeke Äidin mieli – opas turvalliseen äitiyteen		
Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoisuutta siitä, mitkä äidin tunteista raskausaikana ja synnytyksen jälkeen ovat tavallisia ja mihin tulee hakea apua sekä tukea. Pyrkimyksenä on myös madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnyksiä, sekä helpottaa kielteisten tunteiden myöntämistä ilman häpeää. Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia kortti yhteistyössä Pieksämäen terveyskeskuksen neuvolan kanssa. Kortin avulla lisätään tietoisuutta äitiyden kielletyistä tunteista sekä avuntarjoajista, ja tällä tavoin tarjotaan tukea turvalliseen äitiyteen. Kortti jaetaan raskaana oleville äideille neuvolakortin mukana. Opinnäytetyössä kerättiin tietoa kirjallisuudesta ja alan asiantuntijoilta kuten perheneuvolan psykologilta äitien kielletyistä tunteista sekä psyykkisistä häiriöistä raskauden aikana ja lapsivuodeaikana. Tiedon pohjalta koottiin korttiin keskeisimmät asiat tiiviissä muodossa. Kortissa käsiteltiin myös tukimuotoja, jotka ovat äitien saatavilla. Kortin työversioista koottiin palaute ja kehittämissuhteet Pieksämäen terveyskeskuksen neuvolan äitiysvalmennuksessa kuudelta pariskunnalta. Palautteen pohjalta sekä neuvolan toivomusten mukaisesti on kehitetty lopullinen versio kortista. Kortti on kaksipuoleinen sekä mitoitettu niin, että kortti mahtuu neuvolakortin liitteeksi muovitaskuun. Tällöin se on mahdollisimman helposti saatavilla. Terveydenhoitajat voivat hyödyntää korttia työvälineenä työssään ohjatessaan äitejä käsittelemään kielletyiksi arvioituja tunteita sekä kertoa erilaisista avun ja tuen muodoista.		
Asiasanat (avainsanat) Raskaus, lapsivuodeaika, kielletyt tunteet, äitimyytti, terveydenhoitaja.		
Sivumäärä 39+liitteet	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä) Liite 1: Kirjallisuuden hyödyntäminen opinnäytetyön tuotoksen teossa Liite 2: Palautelomake Liite 3: Kortti		
Ohjaavan opettajan nimi Katri Ryttyläinen-Korhonen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Pieksämäen terveyskeskuksen äitiysneuvola

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis	
Author(s) Noora Saarman-Kimonen and Katja Turpeinen		Degree programme and option Nursing program, public health care	
Name of the bachelor's thesis Mother's mind – guide for safe motherhood			
<p>Abstract</p> <p>The aim of this study was to raise awareness of what mother's emotions during pregnancy and the postpartum period are common, and to which of them should be applied help and support. The aim was also to lower the threshold for seeking care, as well as make it easier for mothers to grant their feelings without shame.</p> <p>The aim was to draw up a card in cooperation with the Pieksämäki Maternity clinic. With the help of the card, awareness is of the prohibited feelings of motherhood, and also assistance and support are provided for safe motherhood. Card is given to pregnant mothers with the maternity card.</p> <p>The study collected information from the literature and experts such as psychologists of the family clinic in the field of prohibited feelings of motherhood, as well as psychiatric disorders during pregnancy and the puerperium. Based on the information key issues were collected in condensed form to the card. The board also addressed the types of support that are available to mothers.</p> <p>Feedback and proposals for development were assembled of six couples in the maternity coaching at Pieksämäki Maternity clinic. From the feedback and based on the clinics wishes the final version of the card was developed.</p> <p>The card is two-sided and designed so that the card can be held in the plastic pocket with the maternity card. In this case, it is the most readily available.</p> <p>Public health nurses can use the card as a tool in their work to steer mothers to deal with prohibited assessed feelings, and to tell the various forms of assistance and support.</p>			
Subject headings, (keywords) Pregnancy, puerperium, prohibited feelings, the myth of motherhood, public health nurse.			
Pages 39+appendices	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices Appendix 1: Literary output of making the thesis Appendix 2: Feedback form Appendix 3: Card			
Tutor Katri Ryttyläinen-Korhonen		Bachelor's thesis assigned by Maternity clinic of Pieksämäki Health center	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KESKEISET KÄSITTEET	2
2.1	Äidin kielletyt tunteet	2
2.2	Raskauden viimeinen kolmannes	3
2.2.1	Fyysiset muutokset.....	3
2.2.2	Psyykkiset muutokset.....	3
2.3	Lapsivuodeaika eli puerperium.....	4
2.3.1	Fyysiset muutokset.....	4
2.3.2	Psyykkiset muutokset.....	5
3	ÄITIYDEN HAASTEET	6
3.1	Äidin kielletyt tunteet	6
3.2	Illuusio onnellisesta äidistä.....	8
4	RASKAUDEN VIIMEINEN KOLMANNES JA LAPSIVUODEAIKA	9
4.1	Synnytyspelko.....	9
4.2	Synnytyskokemus ja sen merkitys lapsivuodeaikana.....	10
4.3	Kiinnittymisvaihe äidin ja vauvan välillä	12
5	NORMAALIT MUUTOKSET ÄIDIN MIELIALASSA	
	LAPSIVUODEAIKANA	13
5.1	Hormonitoiminnan vaikutus äidin mielialaan	13
5.2	Herkistyminen synnytyksen jälkeen	15
6	PSYKKISET HÄIRIÖTILAT	15
6.1	Masennus	15
6.2	Ahdistuneisuus, paniikkihäiriö sekä pakko-oireet	18
6.3	Lapsivuodepsykoosi eli puerperiumpsykoosi.....	18
6.4	Aggressio	20
6.5	Narsismi ja äitiys	21
7	TUKIMUODOT.....	23
7.1	Parisuhteen antama tuki	23
7.2	Terveystenhoitaja kiellettyjen tunteiden käsittelyn tukena	24
7.3	Neuvolatyö äidin ja perheen tukena	26

7.4	Vertaistuki.....	28
7.5	Psyykkisten oireiden hoito.....	29
8	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS.....	31
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	31
9.1	Kortin sisällön laadinta.....	31
9.2	Kirjallinen potilasohjausmateriaali.....	33
10	POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET.....	35
10.1	Eettisyys.....	35
10.2	Opinnäytetyön prosessi.....	36
10.3	Ammatillinen kasvu ja oma oppimisprosessi.....	37
10.4	Kehittämisehdotukset.....	38

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuden hyödyntäminen opinnäytetyön tuotoksen teossa

Liite 2. Palautelomake

Liite 3. Kortti

1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen (2012) mukaan vuonna 2011 Suomessa syntyi elävänä 59 961 lasta, ja synnyttäneiden naisten keski-ikä oli 30,3 vuotta ja ensisynnyttäjien keski-ikä oli 28,4 vuotta. Synnyttäjät olivat vuonna 2011 keskimäärin hiukan vanhempia kuin vuotta aiemmin. Yli puolella äideistä ilmenee heti synnytyksen jälkeen itsestään ohi menevää, muutamia päiviä kestävästä masentuneisuutta, mielialan vaihteluita, itkuisuutta, joskus ruokahaluttomuutta sekä unettomuutta. Noin 10–15 prosentille äideistä kehittyy synnytyksen jälkeinen masennus, joka on oireiltaan vakavampi ja pitkäkestoisempi. (Huttunen, 2012.) Lapsivuodepsykoosia esiintyy noin prosentilla synnyttäneistä äideistä (Huttunen, 2011).

Epäonnistumisen kokemukset sekä itsekkäät halut, jopa raivo saattavat tuntua äideistä kielletyiltä, luonnottomilta ja niitä voidaan haluta peitellä sekä myös vältellä. Seurauksena voi olla turhia itsesyytöksiä ja tilanteen edetessä voi käydä myös niin, että äiti ei halua hakea apua edes silloin, kun se olisi oman tai lapsen terveyden kannalta välttämätöntä. Väestöliiton perheverkko ja Väestötutkimuslaitos toteuttivat kesällä 2007 Äitiyden kielletyt tunteet -projektihankkeen, johon kirjoituksia tuli 60:lta erilaisessa elämäntilanteessa olevalta äidiltä. Kirjoitusten taustalla huomattiin olevan koukeroisia käsityksiä ja odotuksia siitä, minkälaisia äitien tulisi olla. Tutkimuksen pohjalta valmistui vuonna 2008 julkaisu: Äidin kielletyt tunteet, jonka yhtenä päämääränä on purkaa epärealistinen äitikäsitelmä ja äitimyytti täydellisestä ja uhrautuvaisesta ja alituisen onnellisesta äitihahmosta. (Janhunen 2007, 22.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään äitiyden kielletyiksi nimettyjä tunteita ja äitimyyttiä. Opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppanina on Pieksämäen terveyskeskuksen neuvola. Opinnäytetyön tavoitteet ja rajaukset on määritetty yhteistyössä neuvolan kanssa. Käsittelemme työssämme raskauden viimeisen kolmanneksen ja lapsivuodeajan ajanjaksoa ja sinä aikana ilmeneviä henkisiä ongelmia, joita voi ilmetä synnytyksen jälkeen. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta siitä, mitkä äidin tunteista ovat normaaleja ja mihin taas tulee hakea apua sekä tukea. Pyrkimyksenä on myös madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnyksiä, sekä helpottaa tunteiden myöntämistä ilman häpeää. Opinnäytetyön tuotos on kortti ”opas turvalliseen äitiyteen”, raskaana oleville äideille, jota jaetaan neuvolakortin mukaan sopivana ajankohtana.

Aihe on tärkeä, koska äitiyden kiellettyistä tunteista on vaiettu hyvin pitkään. Monet äidit kokevat aiheen vaikeana sekä häpeää tuottavana. Lasten saaminen on kuitenkin elämän jatkuvuuden kannalta merkittävin asia ja äidin sekä perheen elämässä yksi suurimmista muutoksista. Tämän vuoksi käsittelemättömät negatiiviset tunteet ja psyykkiset häiriöt saattavat johtaa suurempiin ongelmiin. Aihe on viime vuosikymmenien aikana herättänyt keskustelua, mutta on edelleenkin vaiettu aihe myös terveydenhuollossa.

2 KESKEISET KÄSITTEET

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat lapsivuodeaika eli puerperium, raskauden viimeinen kolmannes eli kolmas trimesteri ja äidin kielletyt tunteet. Käsittelemme lapsivuodeajan ja kolmannen trimesterin ajanjaksoina tapahtuvia psyykkisiä sekä fyysisiä muutoksia naisen kehossa. Naisen kehossa ilmenee raskauden aikana sekä sen jälkeen niin fyysisesti kuin psyykkisestikin monitasoisia muutoksia. Raskaus vaikuttaa lähes jokaiseen naisen elimeen, ja se muuttaa niin hormonitoimintaa kuin minäkuvaakin. (Paananen ym. 2007, 174.)

2.1 Äidin kielletyt tunteet

Äideistä epäonnistumisen tunteet, raivo sekä itsekkäät halut saattavat tuntua luonnottomilta, kielletyiltä, ja niitä voidaan haluta peittää. Äitimyytti on yksi vaietuimmista väärinkäsityksistä. Äitimyyttiin sisältyy käsitys siitä, että äidin tulisi olla luonnostaan onnensa kukkuloilla ja sen mukaan äitiyttä mitataan imetyksessä tai lapsen hyvinvoinnissa. Kielletyiksi nimetyt tunteet äitiydessä purkautuu turhautuneisuutena siihen, että odotukset eivät olekaan täyttyneet lapsen syntymän myötä. (Janhunen 2007, 22–23.)

Moni, joka ei ole kokenut äitiyttä, voi luulla ettei äitiyteen liity negatiivisia tunteita kuten välinpitämättömyyttä, raivoa tai inhoa. Usein äiti voi yllättyä mikäli hän näitä tunteita kokee. Paheksunnan ja arvostelun pelossa tällaisista tunteista ei uskalleta puhua muille äideille tai neuvolatyöntekijöille, tunteiden kätkeminen lisää harhaa luoden samalla noidankehän. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 6.)

2.2 Raskauden viimeinen kolmannes

Raskauden viimeinen kolmannes eli kolmas trimesteri käsittää raskausviikot 27–40. Tuona aikana kohdun kasvu on erityisen nopeaa ja sikiön paino lähes kaksinkertaistuu. Ryhti muuttuu kohdun kasvaessa ja oman ulkomuodon hahmottaminen voi olla haasteellista. (Paananen ym. 2007, 178.)

2.2.1 Fyysiset muutokset

Jopa yli puolella raskaana olevilla naisista ilmenee selkävaivoja ja kasvavan vatsan myötä myös selän kaaren muoto muuttuu, väsymys ja unettomuus ovat myös yleisiä viimeisen kolmanneksen ongelmia. Väsymys ja unettomuus viimeisen trimesterin aikana ovat riskitekijöitä sillä ne voivat altistaa lapsivuodepsykoosille, tämän vuoksi lepo on tärkeää. Supiinisyndroomassa kohtu painaa naisen selällään ollessaan alaonttolaskimoa kasaan ja näin ollen estää veren palautumisen takaisin sydämeen. Tämä voi aiheuttaa pyörryttävän pahan olon tunteen ja nostaa sykettä, tunne on pelottava, mutta se poistuu asentoa vaihtamalla. Lantion väliset rustoliitokset löystyvät relaksiini-hormonin vaikutuksesta, näistä erityisesti häpyrusto ja symfysiolyysi, eli häpyliitoksen löystyminen aiheuttaa kipuja. Koska kohdunpohja on lähes rintalastan kärjessä kiinni saattaa odottaja kärsiä hengenahdistuksen tunteesta loppuraskauden aikana. Kohtu alkaa valmistautumaan synnytykseen, tästä johtuvia ohimeneviä harjoitussupistuksia esiintyy räsitusilanteissa tai ilta-aikaan levossa. Kohdun painaessa rakkoo, virtsaamisen tarve kasvaa ja inkontinenssi, eli virtsankarkailu on yleistä. Turvotuksia esiintyy pääsääntöisesti alaraajoissa, genitaalialueilla sekä kämmenissä, ne kuuluvat normaaliin raskauteen. Koko kehon sekä kasvojen alueen turvotus edellyttää jatkotutkimuksia. Sikiön liikkeitä on hyvä seurata säännöllisesti päivittäin ja tarvittaessa myös dokumentoida. Limansekoitteinen valkovuoto lisääntyy. (Paananen ym. 2007, 179–181.)

2.2.2 Psykkiset muutokset

Raskauden viimeisen kolmanneksen aikana odottava äiti miettii enenevässä määrin tulevaa synnytystä. Ensisynnyttäjät luovat käsityksensä synnytyksestä omien odotustensa, oletustensa, tosiasioiden sekä muiden naisten kokemusten perusteella kun taas uudelleensynnyttäjällä ja monisynnyttäjällä on jo aiempien synnytysten perusteella muodos-

tunut mielikuva tulevasta synnytyksestä. Tästä huolimatta saattavat vanhemmat tuntea avuttomuutta sekä tietämättömyyttä eivätkä säästy tunnekuohuilta, sillä jokainen raskaus ja synnytys on erilainen. Pelontunteet ovat luonnollisia, mutta muiden äitien kokemukset, sekä ajatus siitä että synnytys on luonnollinen tapahtuma, voi auttaa kohtaamaan tuleva synnytys ja lieventämään pelkoa. Odottaja voi pohtia myös konkreettisia käytännön asioita, kuten vanhempien lasten hoitojärjestelyä, maidon riittävyttä tai osaako hän hoitaa vauvaa – toiset ensisynnyttäjät eivät ole koskaan edes nähneet vastasyntyntä. Koska synnytyspelko vaatii erityishoitoa, on sen tunnistaminen jo varhaisessa vaiheessa tärkeää. Mikäli äiti kärsii jokapäiväistä elämää häiritsevästä pelosta, silloin kyseessä voi olla synnytyspelko. Toisinaan äidin mielialat voivat vaihdella. (Paananen ym. 2007, 178–179.)

2.3 Lapsivuodeaika eli puerperium

Lapsivuodeajalla tarkoitetaan synnytyksen jälkeistä ajanjaksoa, jonka kuluessa äidin elimistö palautuu lähes raskautta edeltävään tilaan. Palautuminen jatkuu kuitenkin noin vuoden verran (Eskola & Hytönen 2002, 259). Supistuksia saattaa esiintyä, etenkin uudelleensynnyttäjillä, imetyksen aikana jonka ansiosta kohtu palautuu normaaliin kokoonsa viikkoon 12 mennessä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 48). Lapsivuodeajan kesto vaihtelee yksilöllisesti, sen on määritelty kestävän noin 5-12 viikkoa. Äitiyshuollon katsotaan päättyneeksi lapsivuodeajan loputtua, jolloin suoritetaan jälkitarkastus viikolla 8–12. (Eskola & Hytönen 2002, 259.)

2.3.1 Fyysiset muutokset

Kotiutumisen jälkeen, äidin fyysinen palautuminen jatkuu. Tänä aikana hän on tavallista alttiimpi infektioille, ensimmäisten päivien jälkeen jälkivuoto muuttuu rusehtavaksi, jonka jälkeen jälkivuoto jatkuu kaikkiaan viisi-kuusi viikkoa. Noin viidenkuuden viikon kuluttua synnytyksestä kohtu on palautunut lähes synnytystä edeltävään kokoon. Lantionpohjan lihasten, kohdun, emättimen ja kohdun kannatinsiteiden palautuminen on varsin nopeaa. Jälkitarkastus tehdään 5-12 viikon kuluttua, se sisältää käynnin paikkakohtaisesti kättilön tai terveydenhoitajan sekä lääkärin luona. Tarkastuksessa kiinnitetään huomiota äidin fyysiseen sekä psyykkiseen hyvinvointiin ja ime-

tyksen onnistumiseen. Tarkastuksessa mitataan paino sekä verenpaine. Jälkitarkastuksessa äiti päättää hänelle parhaiten sopivasta ehkäisy muodosta. Lääkäri suorittaa sisä-tutkimuksen sekä varmistaa että synnytyksen jälkeinen palautuminen on tapahtunut asianmukaisesti. (Paananen ym. 2007, 298–302.)

Lapsen syntymisen seurauksena alapään pehmytosakudokset venyvät voimakkaasti ja haavaumia tai repeämiä voi syntyä. Vuonna 2011 synnyttäjistä 22 prosentille tehtiin välilihan leikkaus, luku on selvästi vähentynyt aiemmista vuosista, sillä vuonna 2001 vastaava luku oli 37 prosenttia (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos, 2012). Synnytyksen jälkeen seurataan vaurioiden paranemista ja haavojen turvotusta, tarkkaillaan vuotoa tai mahdollisen hematooman eli verenpurkauman muodostumista. Potilaan kipuja seurataan ja tarvittaessa tarkastetaan johtuvatko ne ompeleista vai vuotamaan jääneestä suonen päästä. Peräsuolikivut voivat johtua mahdollisesti suuren repeämän tai haavan ompelun yhteydessä tapahtuneesta peräsuolen puhkeamisesta tai peräpukamasta. Genitaalit ovat turvoksissa, välilihan leikkaushaava sekä repeämät aristavat joitakin päiviä synnytyksen jälkeen, tämän aiheuttamaa kipua istuessa voi helpottaa käyttämällä reikätyynyä. Peräpukamia voi syntyä sekä ne voivat ärsyntyä pitkän ponnistusvaiheen seurauksena. Vaivoista huolimatta on tärkeää että äiti lähtee liikkeelle varhain, sillä tromboflebiitin eli laskimontukkotulehduksen muodostumisen vaara on tavallista suurempi. (Paananen ym. 2007, 272–273.)

2.3.2 Psykkiset muutokset

Synnytyksen jälkeen psyykinen sopeutuminen uuteen elämäntilanteeseen alkaa, ja tämä saattaa viedä jopa vuoden. Lapsen synnyttyä äiti kokee helpotusta siitä, että hän ja lapsi ovat selvinneet synnytyksestä, moni äiti tarvitsee pienen rauhallisen hetken toipumiseen ennen kuin myönteiset tunteet lasta kohtaan heräävät. Rakkauden tunteiden herääminen aiheuttaa äidissä muutoksia, ajatuksia joissa lapsen tarpeet ja paras menevät usein kaiken edelle ja oma lapsi saattaa hallita äidin ajattelua. Äiti on hyvin herkässä tilassa synnytyksen jälkeen, tämä on tarkoituksenmukaista ja auttaa äitiä tulkitsemaan herkemmin lapsen viestejä ja myös vastaamaan niihin. Merkittävä riskitekijä äidin hyvinvoinnille on muuttuneesta vuorokausirytmistä aiheutunut väsymys. Äiti tarvitsee herkkää kuuntelijaa ja äidille on eduksi salliva tunneilmapiiri jossa on tilaa myös negatiivisille tunteille. (Paananen ym. 2007, 274–275.)

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen, niin sanottu ”Baby Blues”, on normaali ilmiö heti synnytyksen jälkeen ja sitä esiintyy jopa 80 prosentilla synnyttäneistä naisista. Oireina, jotka ovat voimakkaimmillaan 3-5 päivää synnytyksestä, voi olla itkuisuus, mielialan vaihtelut, päänsärky, ärtyneisyys, ruokahaluttomuus ja unihäiriöt. (Perheentupa, 2011.)

3 ÄITIYDEN HAASTEET

3.1 Äidin kielletyt tunteet

Kesällä 2007 Väestöliitto kutsui äitejä kirjoittamaan ja kertomaan negatiivisista kokemuksista, joita heidän äitiyteensä on kuulunut. Kirjoitusten taustalla piilee käsityksiä ja odotuksia siitä, millainen äidin tulisi olla. Vuonna 2008 ilmestyi tutkimuksen pohjalta julkaisu, jonka yhtenä päämääränä oli purkaa epärealistinen äitimyytti. (Janhunen 2007, 22.)

Äitien kirjoituksissa tuli esille ihannekuva äitiydestä, jossa vanhanaikaisia käsityksiä äitiydestä pidetään edelleen yllä. Nykyaikaiset innovaatiotkaan, jotka tähtäävät tasa-arvoisempaan vanhemmuuteen, eivät näytä horjuttaneen näitä käsityksiä. Epärealistiset tavoitteet äitiydestä aiheuttavat valtaisia pettymyksiä, turhautumista sekä itsesyytöksiä, kun äiti ei ylläkään omiin tavoitteisiinsa. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 12.)

Äidin kielletyt tunteet –julkaisussa on listattuna 11 myyttiä siitä, millainen äidin vastaajien mielestä pitäisi olla. Myyteissä käsitellään muun muassa äidin ikää, imetystä, äitiyteen kasvamista, äidinrakkautta, äidin käyttämää väkivaltaa, perhemuotoa sekä äitiyteen kasvamista. Naiset ovat kuitenkin äiteinäkin yksilöitä, joilla on omat tarpeensa ja tunne-elämänsä. Äitiyden myötä tulleet suuret muutokset muun muassa vastuussa, identiteetissä sekä lapsen vaatimukset johtavat luonnollisesti myös kielteisiin tunteisiin. Äiti voi tuntea yksinäisyyttä sekä pettymystä mikäli hän tuntee kantavansa taakkaa yksin. Vaikka harvoin näemme tätä toisten elämästä päällepäin, tämä kaikki voi olla osa normaalia äitiyttä. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 14–26.)

Jokaisessa kulttuurissa noudatetaan erilaisia sääntöjä sen suhteen, mitä tunteita saa tai pitää noudattaa, ja kuinka niitä tulee ilmaista. Lähtöperheemme sekä lähiympäris-

tömme tunnekulttuuri vaikuttaa siihen, millaisia tunne- ja ilmaisusääntöjä me opimme noudattamaan. Nämä säännöt ovat kirjoittamattomia, eikä niitä useinkaan lausuta julki ja vasta niiden rikkoontuessa huomataan niiden olemassaolo. Myös äitiyden rooliin liittyy tunne- ja ilmaisusääntöjä, niitä myötäilevään äitiyteen kuuluu rakkaus sekä hellyys ja hyväksyntä. Äidinrakkauteen suhtaudutaan usein itsestäänselvyytenä, ja äitien tosiasiallisiin kokemuksiin, myös negatiivisiin, on alettu kiinnittää huomiota tiedemaailmassakin vasta viime aikoina. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 28–30.)

Ensimmäisen lapsen syntymä on ennen kokematon tilanne, johon liittyy paljon ennako-odotuksia, ja usein äiti odottaa tuntevansa voimakkaita tunteita lapsen syntymän yhteydessä. Odotuksiin voi vaikuttaa lähipiirin kokemukset, sekä äidin saama tieto. Joillakin äideillä odotukset täyttyvät ja samalla synnytys on kokemus onnistumisesta. Monesti kuitenkin synnytyskokemus poikkeaa äidin muodostamasta mielikuvasta ja moni äiti tuntee syyllisyyttä tai vähintäänkin hämmennystä, mikäli äidinrakkaus ei herääkään. Rakkaudentunteen herääminen tapahtuu tosiasiasa kuitenkin viiveellä, päivien, viikkojen tai jopa kuukausien kuluessa. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 31.)

Äidin kokemuksiin ja tunteisiin liittyy monia tekijöitä, joihin hän ei pysty itse vaikuttamaan. Raskausajan vointi vaihtelee, toiset voivat hyvin ja toisille taas odotusaika voi olla hyvin vaikea. Fyysisesti ja henkisesti rankan synnytyksen jälkeen rakkauden tunteet eivät useinkaan herää heti, ja vaikea synnytys voi jopa jättää äitiin pitkittyneen hallitsemattomuuden ja levottomuuden tunteen. Poikkeavaan synnytykseen liittyy aina lisääntyneitä riskejä. Sektion läpikäynyt äiti voi kokea huonommuuttaan omasta synnytystavasta, mikä voi vaikeuttaa myönteiseen suhteen käynnistymistä. Keskosvauva taas joutuu viettämään alussa aikaa keskoskaapissa, tunnesuhteen luominen on tällöin tavallista haastavampaa. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 32–33.)

Väestöliiton tutkimuksessa kaikista tunnetiloista mainintoja eniten sai väsymys. Toiset kokivat väsymyksen kiellettynä ja toiset taas kokevat, että kielletyt tunteet nousevat väsyneenä esille voimakkaimmin. Monet äidit myös kirjoittivat yksityiskohtaisesti impulsiivisesta suuttumuksestaan. Suuttumus on äkkinäistä ja se muuttaa havainnointikykyä, kyky nähdä tilanne ulkopuolisen silmin heikkenee ja rakentavan ratkaisun keksiminen vaikeutuu, äidit sokaistuvat, näkevät mustaa, punaista tai sumua. Syyllisyys koetaan ensin ajateltuna kielteisenä tunteena, sitä voidaan kuitenkin pitää myös myönteisellä tavalla rakentavana, jolloin se esimerkiksi edesauttaa anteeksipyyttämis-

tä. Äidillisen häpeän ja syyllisyyden yleisyys kertoo mahdollisesti siitä, kuinka äidin mieli on kehittynyt suojaamaan lasta äidiltä itseltään, koska tilanteissa, joissa pienen lapsen hoivan vaatimus saa äidin harkitsemaan peruuttamattomia toimia kuten ravistelu tai tukehduuttaminen, tarvitaan pehmentäviä tunteita. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 37–42.)

Kirjoituksissa lähes yhdenmukaisesti samat tunteet ja asiat tulevat esiin sallituiksi tai kielletyiksi koettuina. Sallittua on kaikki myönteinen ja asiat jotka ovat hyväksi lapselle. ”Kiellettyjä” taas ne tunteet joista äiti tuntee syyllisyyttä. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 43.) Lapsen syntyminen vaikuttaa myönteisesti äidin elämään, mutta samalla lapsen kanssa elämiseen sisältyy vastuun myötä voimakkaita ja hallitsevia kielteisiä tunteita. Nämä tunteet määrittelevät äitiyden tietynlaiseksi, tämä johtaa siihen että kielletyistä tunteista vaietaan. (Sevón 2009, 96–97.)

3.2 Illuusio onnellisesta äidistä

Reenkola (2012) kirjoittaa kirjassaan ”Äidin valta ja voima”, että äitiyden ihanteet voivat olla naiselle ohjaava kompassi tai kuristava korsetti. Naista ihannoidaan äitinä yhä edelleen ja nurjaa puolta pyritään mitätöimään. Ihanteiden vaatimukset olla täydellinen äiti sekä samalla uralla menestyvä nainen aiheuttavat naisille luonnollisesti paineita. Samalla ne kuitenkin antavat naiselle kaksi ulottuvuutta, ja se voi helpottaa itsensä toteuttamista. Kuitenkin pienten lasten äiti ei voi täysipainoisesti näihin molempiin ulottuvuuksiin kulkea, ja tällöin äitiyden ihanteet voivat tuntua pakottavalta korsetilta. (Reenkola 2012, 55.)

Avuttoman hoivaaminen sekä huomioiminen voivat toimia kompassina, jolloin äitiyden ihanteena on lapsilähtöinen ajattelu jossa äiti ottaa huomioon kaikki lapsen tarpeet. Omat lapset saattavat kuitenkin herättää äidissä myös raivoa joka kouraisee syvemmältä kuin suuttumus esimerkiksi omaa kumppania kohtaan. Onneksi kuitenkin äidin suuttuminen ei vahingoita lasta, toisin kuin lapsen jatkuva mitätöinti, halveksuminen ja psyykinen väkivalta. (Reenkola 2012, 57.)

Äitiyden ihannekorsetti voi vaatia, ettei äiti saisi tehdä virheitä ja hänen tulisi omistautua vauvalleen täysin. Hänen tulisi olla aina kotona käytettävissä ja jättämään lasten

takia haaveet työstä ja urasta sekä itsensä toteuttamisesta. Liian tiukka korsetti ei myöskään anna äidin naisena nauttia seksuaalisuudestaan. Tällaiset kuristavat äitiyshanteet ovat usein osaksi piilotajuisia ja äiti voi sisäisesti kapinoida niitä vastaan. Kamppailu näitä ihanteita vastaan voi joskus kehittyä varsin rankaksikin, mikäli äiti tuntee nämä vaatimukset ulkoapäin hänelle asetetuksi ja kokee niiden vuoksi paineita. Jos ero äitiyden vaativien ihanteiden ja äitiyden todellisuuden välillä on liian suuri äidissä voi herätä häpeän sekä riittämättömyyden tunteita. Sellaisen äidin syyllisyydentunto, joka tavoittelee ihanneäidin osaa, voi olla pohjatonta ja kohtuutonta. Itsesyytökset alkavat sadella ja tuomitsevat ajatukset ovat äidin mielessä herkästi, jos hän tuntee toimineensa vastoin lapsen parasta. Hän kääntää välittömästi pienetkin lapsen kohdistuneet suuttumukset tunteet itseensä ja alkaa etsiä itserangaistuksen keinoja. Lopputuloksena voi olla masentunut äiti. (Reenkola 2012, 57–58.)

Väitöskirjatutkimuksessa Sevón (2009) haastatteli ensimmäistä lastaan odottavaa seitsemää äitiä kerran ennen lapsen syntymää ja kolme kertaa lapsen syntymän jälkeen. Tutkimuksen mukaan ennen lapsen syntymää elinympäristö muuntautuu vertauskuvallisesti kapeammaksi, joka on Sevónin mukaan yhtä positiivista kuin negatiivistakin. Äidiksi tulo asettaa myös perhesuhteet rooleihin, jolloin äidin, tyttären, isoäidin tai anopin hierarkiset asemat asettuvat ristiriitojen kohteeksi (Sevón 2009, 72–74).

4 RASKAUDEN VIIMEINEN KOLMANNES JA LAPSIVUODEAIKA

4.1 Synnytyspelko

Kohtuullinen synnytyspelko on tavallinen ilmiö, joka terävöittää aisteja, voimavaroja ja tehostaa hallintakykyä. Voimakkaalla synnytyspelolla vastaavasti on päinvastaisia vaikutuksia ja siihen on suhtauduttava vakavasti. Vahvan pelon hallitessa mieltä raskauden psykologinen työstäminen pysähtyy ja johtaa psyykkiseen epätasapainoon vaikuttaen esimerkiksi suhteen kehittymiseen odottamaansa lasta kohtaan. Synnytyspelkoa voidaan pitää käsitteenä monille huolille ja peloille raskauden aikana. Synnytyspelko on hallitseva aihe monille raskaina oleville äideille eikä sitä tule pitää sairautena vaan osana raskauden kulkua. Synnytystilanteessa nainen kohtaa väistämättömän tilanteen, jota hän ei voi hallita tai ennakoida. Synnytyspelko saattaa aiheuttaa ahdistusta ja kuolemanpelon tunteita. Voimakas pelon tunne saattaa psyykkisesti lamauttaa ja johtaa psyykkiseen epätasapainoon vaarantaen äidin ja lapsen varhaisen vuorovai-

kutussuhteen syntymistä. Ahdistus on pelkoa sellaista kohtaan jolloin ei löydä keinoa selvitä. Nainen tarvitsee tukea esimerkiksi puhumiseen, niin että hänen itsetuntonsa naisellisuudessa ja vahvuudessa vahvistuu ja synnytystä kohtaan kasvaa luottamus. (Brodén 2008, 127–134.)

Uuden tilanteen edessä, kuten synnytyksen, on luonnollista jännittää. Mutta vahvana tunteena synnytyspelko on suhteeton ja epärealistinen, koska se on haitallinen äidille itselleen sekä raskauden ja synnytyksen kululle. Arviolta noin 6-10 prosenttia äideistä kärsii synnytyspelosta. Altistavina tekijöinä voi toimia psyykkiset ongelmat ennen raskautta tai sen aikana jotka lisäävät synnytyspelon riskiä, erityisesti masentuneisuus raskauden aikana on yhteydessä synnytyspelkoon. Lisäksi kuormittavina tekijöinä voidaan mainita työttömyys, yksinhuoltajuus, taloudelliset ongelmat sekä sosiaalisen tukiverkon riittämättömyys. Väkivaltaiset ja kivuliaat seksuaaliset kokemukset tai gynekologiset toimenpiteet saattavat myöhemmin laukaista synnytyspelon. (Tiitinen, 2012a.)

Monet muut erityyppiset pelot huolettavat äitiä synnytyspelon lisäksi. Nainen saattaa pelätä esimerkiksi kontrollin menetystä, yksin jäämisen pelkoa, että hän ei saa toivo-
maansa kivunlievitystä, lapsen kuolemaa ja epämuodostumista, sairaalassa olemista, pistoksia, hoitajia ja lääkäreitä. Syyllisyys huonosti hoidetusta raskaudesta lisää synnytyspelkoa. Traumaattisen kokemuksen kokeneet uudelleensynnyttäjät hakevat useammin apua synnytyspelkoon. Vahvan synnytyspelon vallitessa nainen voi vasta synnytyksen jälkeen omistautua äitiydelle ja lapselle. (Brodén 2008, 127–134.)

4.2 Synnytyskokemus ja sen merkitys lapsivuodeaikana

Reenkolan (2012) mukaan nainen kokee synnyttäessään samalla kertaa äärimmäistä valtaa ja avuttomuutta. Hän kykenee luomaan uutta elämää ollessaan samalla täysin riippuvainen toisten avusta. Äidiksi tulo jättää lähtemättömät jäljet naiseen psyykkisesti sekä ruumiillisesti. Synnytys jättää pysyvät jäljet naisen ruumiiseen, ne voivat vaihdella synnytyskanavan lievistä venymisestä pahoihin revähdyksiin saakka, jotka voivat vaatia jopa kirurgisia korjaustoimenpiteitä. Raskausarvet ovat usein pysyviä ja rintojen muoto voi muuttua. Jälkien merkitys eri naisilla vaihtelee, toiset naiset voivat kokea jäljet hyvinkin traumaattisina. Nämä voivat muuttaa ratkaisevasti naisen käsi-

tystä itsestään viehättävänä ja puoleensavetävänä naisena. Äidiksi tulo muuttaa väistämättä naisen psyykettä kun hän joutuu ottamaan vastuun vauvasta ja ryhtymään vanhemmuuteen. (Reenkola 2012, 86–88.)

Synnyttäminen voi herättää naisessa uudelleen henkiin lapsuuden pelot yksinjäämisestä ja hylätyksi tulemisesta. Osalle naisista sikiön erkaneminen on kauhistuttavaa ja johtaa tyhjyyden tunteisiin sekä masennukseen synnytyksen jälkeen. Naiset kertaavat synnytystä läheistensä kanssa ja kertovat tapahtumat psykoterapiassa tai –analyysissa. Synnyttäminen ja imettäminen ovat rytmistä ja ruumiillista kokemusta johon usein ei löydetä sanoja. On kuitenkin tärkeää yrittää pukea nämä kokemukset sanoiksi jälkeensä. Synnytys on parhaimmillaan iloa tuottava ja pahimmillaan traumaattinen kokemus ja josta toipuminen kestää vuosia. Synnytyskiput ovat naiselle usein, sekä varsinkin ensimmäisessä synnytyksessä sietämättömiä. (Reenkola 2012, 86–88.)

Reenkolan (2012) mukaan synnyttävä nainen on haavoittumaisimmillaan, alttiimmillaan satuttamiselle ja kiput voivat ylittää hänen sietokykynsä. Yhteistyöhäiriöt hoitohenkilökunnan kanssa ovat synnyttävälle naiselle erityisen tuskallisia kokemuksia ja synnyttävä äiti kauhistuu ja ahdistuu tuntiessaan joutuvansa sairaalassa liukuhihnalle ja teon kohteeksi, jolle vain teknisesti suoritetaan lääketieteellisiä toimenpiteitä ilman henkilökohtaista suhtautumista. Kätilön tulisi olla se henkilö, johon synnyttävä ensisijaisesti luottaa ja jolta hän saa apua ja kannustusta. Valitettavan usein naiset kertovat pettyneensä kätilöön ja ovat joutuneet kohtaamaan välinpitämättömyyttä, piittaamattomuutta, loukkaavia tokaisuja, avun eväämistä joka luonnollisesti satuttaa naista kipeästi juuri silloin kun hän on avuttomimmillaan. (Reenkola 2012, 86–88.)

Margareta Brodénin (2008) mukaan monet naisista, jotka hakivat häneltä apua odottaessaan, olivat uudelleensynnyttäjiä. Heille vanhemmuus oli jo tuttua, ja he olivat kokeneet vaikeuksia jo edellisissä synnytyksissä tai vastasyntyneisyysvaiheessa ja he hakivat apua välttyäkseen sen toistumiselta. Uudelleen raskaaksi tuleminen sekä samaan hormonaaliseen ja tunneperäisesti haavoittuvaan olotilaan joutuminen herätti heissä vaikeat muistot traumasta, surusta, masennuksesta ja avuttomuudesta. He tarvitsivat apua vanhojen vaikeiden kokemusten työstämiseen ja voittamiseen. (Brodén 2008, 147–148.)

Brodén kertoo, että osa naisista oli kokenut synnytyksen traumaattisena, eikä ollut työstänyt sitä eikä näin ollen pystynyt jättämään sitä taakseen. He tunsivat suurta pelkoa siitä, että sama voisi toistua seuraavassa synnytyksessä. Vaikea synnytys oli vaikuttanut kielteisesti heidän kykyynsä asettua vastasyntyneisyysvaiheeseen ja kiintyä lapseensa. He kertoivat että vasta pitkän ajan kuluttua he olivat saaneet ajatukset pois synnytyksestään ja voineet omistautua lapselleen. Mutta kun he tulivat uudelleen raskaaksi ja joutuivat samaan tunneperäisen ja hormonaaliseen tilaan, vanhat kokemukset heräsivät eloon ja heitä ahdisti se mitä oli tulossa. Ahdistus oli lamaannuttava, ja he juutuivat siihen pelkoonsa, joka esti heitä paneutumasta senhetkiseen raskauteen ja lapseen. (Brodén 2008,147–148.)

Monilla uudelleensynnyttäjillä oli ollut synnytyksen jälkeistä masennusta, ja he olivat kokeneet ensimmäisen vuoden lapsen kanssa eläneensä kuin sumussa. He hakivat nyt apua pian uuden raskauden alettua varmistaakseen avun esteiden voittamiseen ja voidakseen kokea kaiken sen, mitä kokemusmaailmassaan olivat edellisellä kerralla menettäneet. Nämä naiset olivat tunteneet syyllisyyttä lapsen edessä siitä, että tämä sai sellaisen alun elämälleen ja monet heistä ovat jälkeempään miettineet, kuinka vaikeaa lapsella oli täytynyt olla, ja he olivat tiedostamattaan tai tietoisestikin yrittäneet hyvittää sitä lapselleen. (Brodén 2008,147–148.)

4.3 Kiinnittymisvaihe äidin ja vauvan välillä

Kiinnittyminen ja kiintyminen kehittyvät raskauden aikana ja on selkeimmillään raskauden viimeisen kolmanneksen aikana. Vauvan uni- ja valverytmi ilmaisevat herkkää äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta. Sikiön liikkeiden määrä ja voimakkuus ovat tärkeitä tekijöitä kiinnittymiseen ennen syntymää. Kiinnittymisprosessi ennen vauvan syntymää on äidin, isän ja lapsen yksilöllisten tekijöiden sisältämä kokonaisuus läheisyyttä ja vauvan tarpeisiin vastaamista. Ennen vauvan syntymistä vanhemmat kehittävät herkkyyden vauvaa kohtaan, mikä on edellytyksenä kiinnittymissuhteen syntymiselle. Herkkyyden kehittyessä raskauden aikana on suhde jo olemassa ja valmiina kehittymään edelleen vauvan synnyttyä. Herkkävaistaisen suhteen äitinsä kanssa kokenut nainen kokee herkkyyden myös omassa äitiydessään syntyvää vauvaa kohtaan. Kiinnittymisessä olennaisena tekijänä nähdään nimenomaan herkkyyys, joka on ratkaiseva tekijä varhaisessa kiinnittymisessä jo raskauden aikana. Vastasyntyneisyyskau-

della jo raskaudenaikainen tunneperäinen sitoutuminen on olennainen osa vuorovaikutuksen syntymiselle. (Brodén 2008, 90–96.)

5 NORMAALIT MUUTOKSET ÄIDIN MIELIALASSA LAPSIVUODEAIKANA

5.1 Hormonitoiminnan vaikutus äidin mielialaan

Estrogeeni on hormoni jota munasarjat alkavat tuottamaan tytön tullessa murrosikään, kun kuukautiskierron puolivälin tienoilla munasolu irtoaa, syntyy munasarjaan munasolun irtoamiskohtaan keltarauhanen joka tuottaa keltarauhashormonia, eli progesteronia. Progesteronista ei ole hyötyä muualla elimistössä kuin kohdussa, se voi jopa huonontaa estrogeenin hyviä vaikutuksia esimerkiksi aivoissa. Naisen elimistön hormonipitoisuudet vaikuttavat sekä toisiinsa että myös aivojen välittäjäaineisiin, ja esimerkiksi serotoniini reagoi herkästi näihin hormoneihin. (Kajan 2010, 25–34.)

Hormonien yhteisvaikutuksissa estrogeenimäärän puute vähentää sekä aivojen serotoniinin että oksitosiinin eritystä. Tämä saattaa johtaa masentuneisuuteen, paniikkiin, huonoon uneen, ilon vähenemiseen sekä ruokahalun lisääntymiseen. Vähäinen estrogeenin vaikutus näkyy oksitosiinin heikkoutena. (Kajan 2010, 34.)

Taulukossa 1. esitellään äidin mielialaan vaikuttavia elimistön olennaisimpia hormoneita sekä niiden fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia.

TAULUKKO 1. Hormonit ja niiden vaikutukset äidin mielialaan.

	Fyysiset vaikutukset	Psyykkiset vaikutukset
Estrogeeni	<ul style="list-style-type: none"> x Hillitsee ruokahalua x Suojaa aivoja x Parantaa tunto- ja hajuaistia x Suojaa luustoa haurastumiselta ja verisuonia kalkkeutumiselta. (Kajan 2010, 30–) x Synnytyksen jälkeen raskauden aikana korkea veren estrogeenipitoisuus romahtaa lähes olemattomiin 2-3 päivässä (Punnonen 2004, 46–4. 	<ul style="list-style-type: none"> x Nostaa mielialaa x Vähentää stressiä ja parantaa stressinsietokykyä (Kajan 2010, 30-31). x Estrogeenin puute laskee mielialaa monilla naisilla (Saure 2002, 38).
Oksitosiini	<ul style="list-style-type: none"> x Aivolisäkkeestä erittyy oksitosiinia verenkiertoon synnytyksen ja imetyksen aikana (Kajan 2010, 213). x Synnytyksen käynnistää oksitosiini-hormoni, joka pitää sen myös käynnissä (Rautaparta 2010, 114). 	<ul style="list-style-type: none"> x Oksitosiini vähentää stressiä ja alakuloisuutta (Kajan 2010, 34).
Serotoniini	<ul style="list-style-type: none"> x Aivojen välittäjä-aine, joka vaikuttaa muun muassa unen laatuun (Kajan 2010, 34). 	<ul style="list-style-type: none"> x Vaikuttaa ilon kokemiseen sekä henkiseen hyvinvointiin (Kajan 2010, 34).
Progesteroni eli keltarauhashormoni	<ul style="list-style-type: none"> x Edistää virtsaneritystä. x Ehkäisee kyhmyjen muodostumista rintoihin ja kohdun limakalvon syöpää. x Toimii luonnollisena masennuslääkkeenä sekä lisää seksuaalista halua x Normalisoi veren sokeripitoisuutta sekä edistää rasvan käyttöä energiantuotannossa. x Tasapainottaa kilpirauhashormonin toimintaa. x Edesauttaa luun muodostusta. (Hausbrandt & Tavi 2007, 107.) 	<ul style="list-style-type: none"> x Keltarauhashormoni voi aiheuttaa monelle naiselle väsymystä, alakuloa, ärtyneisyyttä sekä hermostuneisuutta. x Voi myös vähentää energisyyttä ja seksuaalista halua (Kajan 2010, 31).

5.2 Herkistyminen synnytyksen jälkeen

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen, niin sanottu ”Baby Blues”, on normaali ilmiö heti synnytyksen jälkeen, mutta se lisää synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiä. Baby Blues on hyvin yleinen – sitä esiintyy jopa 80 prosentilla synnyttäneistä naisista. Oireina voi olla itkuisuus, mielialan vaihtelut, päänsärky, ärtyneisyys, ruokahaluttomuus ja unihäiriöt ja ne ovat voimakkaimmillaan 3-5 päivää synnytyksen jälkeen. (Perheentupa 2011.)

Herkistymistä pidetään normaalina ilmiönä, sen on arveltu johtuvan synnytyksen yhteydessä tapahtuvista fysiologisista, psykologisista ja sosiaalisista muutoksista. Herkistymisen oletetaan auttavan äitiä sopeutumaan lapsen viestien tulkitsemiseen. Herkistymistä ja masennusta voi olla usein vaikeaa erottaa toisistaan, mutta synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvä masennustila alkaa kuitenkin yleensä herkistymisvaihetta myöhemmin. (Eskola & Hytönen 2002, 281.)

6 PSYKKISET HÄIRIÖTILAT

6.1 Masennus

Länsimaissa erityisesti pienten lasten äideillä masennus on yleisesti häiriötekijä. Raskausajan masennus ja ahdistus ovat vaaratekijöitä myös synnytyksen jälkeiselle lapsivuodeajalle. Lapsivuodeajan aikaista masennusta ennustavia tekijöitä on todettu olevan psyykkiset tekijät ja ongelmat raskausaikana, parisuhdeongelmat, läheisten ja ympäristön tuen puute, taloudelliset ongelmat, sairaudet ja vaikeat elämäkokemukset. Pysyvät stressitekijät altistavat pysyvään tai ohimenevään masennukseen ilman kliinistä masennusta. Pysyvä stressi sekä kliinisesti että ei kliinisesti saattaa vaikuttaa huomattavammin vanhemmuuteen kuin masennusoireyhtymän toiset osatekijät. Eriytisesti masennus on suhteellisen tavallinen lapsen syntymisen aikaan, itsemurhan riski on kuitenkin matala, koska äitiys on tässä asiassa suojaava tekijä. Kuitenkin vakavassa masennuksessa itsemurhan riski vastaavasti kasvaa. (Brodén 2008, 134–136.)

Masennustila perinataalikauden aikana, eli raskauden 23. viikon alusta ensimmäisen syntymänjälkeisen viikon päättymiseen, on oireiltaan samankaltainen kuin naisen elämän muissa vaiheissa. 18 prosenttia naisista kokee masennusoireita ja 13 prosenttil-

la naisista on perinataalikauden aikana masennusjakso. Perinataalikauden aikaiselle masennukselle altistaa lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö ja tupakointi raskauden aikana, heikko yleiskunto, jos nainen on raskaana ilman partneria tai puolisoa, työttömyys tai alhainen koulutusaste, omassa tai perheen terveystilassa masennusta, negatiiviset elämäntapahtumat, sosiaalisen tuen puute, perheväkivalta ja ei-toivottu raskaus. (Toffol 2013, 24.)

Synnytyksen jälkeinen masennus vaikuttaa vakavasti lapsen varhaiseen suhdekehitykseen. Jännittyneisyys, rasitusherkkyys, keskittymiskyvyn vaikeus, kontaktin välttäminen, ääntelyn vähäisyys, vähäiset myönteiset kasvojen ilmeet, tyytymättömyys, syömis- ja nukkumisongelmat sekä muutoksiin sopeutumisen vaikeudet ovat masentuneiden äitien vauvoilla tavallisimpia oireita. Masentuneen äidin voi olla vaikea vastata vauvan tarpeisiin ja tunteisiin, koska masennus lamaa tunteet ja tarkkaavaisuus suuntautuu sisäänpäin. Äidin läsnäolo ja herkkyys ovat tärkeimpiä tekijöitä vauvan sopeutumiselle lapsivuodeaikana. (Brodén 2008, 134–136.) Vuorovaikutuksen menetys tai sen jatkuva puute varhaisessa vuorovaikutuksessa keskeisenä sisältönä on menetyskokemus tai emotionaalinen poissaolo (Siltala 2006, 31–32). Äidin emotionaalinen poissaolo voi alkaa jo raskauden aikana tai heti synnytyksen jälkeen, tunneperäisen poissaolon syynä on ollut masennus. Traumaattisemmaksi tilanne muuttuu, jos lapsella ei ole mahdollisuutta hyvään vuorovaikutukseen isän tai muun aikuisen kanssa. Lapselle äidin olemassaolo katoaa ja paikalle jää psyykkistä tyhjyyttä kuvaava tila. (Siltala 2006, 53–55).

Synnytyksen jälkeinen masennus on huonosti tunnistettu ja syynmukainen hoitaminen on ollut vaikeaa. Synnytyksen jälkeiseen masennukseen altistavia tekijöitä on todettu olevan aikaisempi masennus, sosioekonomiset vaikeudet, sosiaalisen tuen puute, huono parisuhde tai kumppanin puuttuminen. Ahdistuneisuuteen, paniikkihäiriöihin tai suvussa esiintyvät masennustaipumukset saattavat vaikuttaa masennuksen puhkeamiseen. Riskitekijöinä voidaan pitää myös hormonaalisia tekijöitä kuten kuukautista edeltäviä tai niiden jälkeisiä ohimeneviä masennustiloja. (Haarala 2006, 11–13.)

Synnytyksen jälkeisen masennustilan kulku vaihtelee muiden masennustilojen tapaan, oireet lievittyvät usein itsestään 2–6 kuukauden kuluessa, mutta joillakin äideillä oireita saattaa esiintyä vielä vuodenkin kuluttua synnytyksestä. Osa synnytyksen jälkeisistä

masennustiloista jää vaille asianmukaista hoitoa, osasyyynä tähän on äitien vaikeus hakea apua. Äidit tuntevat synnytyksen jälkeisistä depressioista tavallista enemmän syyllisyyttä tai häpeää, eivätkä ehkä halua tämän vuoksi puhua tuntemuksistaan lääkärille tai neuvolan henkilökunnalle. (Huttunen, 2012.)

Riski sairastua masennukseen kuukauden kuluttua synnytyksestä on kolminkertainen verrattuna muihin saman ikäluokan naisiin. Jos äidillä on ilmennyt aiemmin depressiota, hänelle kehittyy synnytyksen jälkeinen depressio 25 prosentin todennäköisyydellä. Aiemman synnytyksen jälkeisen masennuksen uusiutumiskriisi on jopa 40 prosenttia. (Perheentupa, 2011.)

Tammentien (2009) tutkimukseen osallistui 373 perhettä ja näistä 55:lle synnytyksen jälkeen masentuneen äidin perheille lähetettiin pyyntö osallistua haastattelututkimukseen, yhdeksän perhettä haastateltiin ja lisäksi haastateltiin 14:ää lastenneuvolassa työskentelevää terveydenhoitajaa. Tammentien mukaan selkeää syytä äitien masennukselle ei voida osoittaa sosiodemografisista tekijöistä, eli tekijöistä jotka ovat väestöön ja väestössä tapahtuviin muutoksiin liittyviä. (Tammentie 2009, 4.) Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsi tutkimukseen osallistuneista 13 % eli tulos on samansuuntainen kuin muissa tutkimuksissa. Masentuneet äidit ilmaisivat eniten ahdistuneisuutta. Masentuneiden äitien perheissä koulutustaso oli alhaisempi kuin muissa perheissä sekä äidit imettivät lyhyemmän aikaa sekä olivat tyytymättömämpiä perhe-elämäänsä kuin muut äidit. Muihin perheisiin verrattuna masennuksesta kärsivien äitien perheiden toimivuus on heikompaa kaikilla perheentoiminnan osa-alueilla. Perheissä joissa äidillä oli synnytyksen jälkeinen masennus, raskaudenaikaisten odotusten ja lapsen syntymän jälkeisen todellisuuden välillä koettiin ristiriitaa sekä perheet kokivat vuorovaikutuksensa terveydenhoitajan yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen vuorovaikutuksen puutteena. Terveydenhoitajat kokevat perheen kanssa synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä kokonaisvaltaisena yhteistyönä yksilöllisen perheen kanssa. (Tammentie 2009, 72–79.)

6.2 Ahdistuneisuus, paniikkihäiriö sekä pakko-oireet

Toffol (2013) toteaa että ahdistuneisuusoireet ovat perinataaliaikana melko yleisiä, kuitenkin naisilla jotka kokevat ahdistuneisuutta on suurempi riski kokea masennusoireita tai sairastua masennukseen raskauden aikana. Raskaudenaikaista ja synnytyksen jälkeistä ahdistuneisuutta sekä paniikkioireita on tutkittu vähemmän kuin synnytyksen jälkeistä masennusta, ja joidenkin tutkimusten mukaan näitä oireita esiintyy enemmän kuin synnytyksen jälkeistä masennusta. Erityisesti ensisynnyttäjillä ahdistus liittyy hoitovastuuseen vauvasta sekä avuttomuuden tunteisiin. Mitä vaikeammasta äidin psyykkisestä häiriöstä on kyse, sitä enemmän ahdistuneisuutta ilmenee. Käytännössä vaikeasti tunnistettavia ja tutkimattomia ovat vastasyntyttäneiden äitien erilaiset pakko-oireet kuten esimerkiksi pakkomielleet vauvan vahingoittamiseksi. (Armanto & Koistinen 2007, 318.)

Tästä kertoo äidin pelko siitä, että hän vahingoittaa lastaan esimerkiksi veitsellä ja näin ollen kätkee kaikki saatavilla olevat veitset pois näkyvistä. Jos naisella on olemassa ennen raskautta pakkoajatuksia tai pakkotoimintoja, riski sairastua masennukseen suurenee. Pakkoajatuksia voi ilmentyä myös vain masennuksen aikana. (Väisänen 2001, 135.)

Synnytyksen jälkeinen posttraumaattinen stressireaktio

Synnytyksen jälkeinen posttraumaattinen stressireaktio liittyy yleensä kivuliaaseen, hämmentävään tai vaikeaan synnytyskokemukseen. Posttraumaattisen stressireaktion oireita ovat muun muassa takautumat, painajaiset tunne-elämän päättymisestä sekä välttämiskäyttäytyminen. Tällöin äiti voi painaa traumaattisen synnytyskokemukseen pois tietoisuudestaan, kunnes se myöhemmin aktivoituu voimakkaana ahdistuksena tai seuraavassa raskaudessa synnytyspelkona. (Armanto & Koistinen 2007, 318.)

6.3 Lapsivuodepsykoosi eli puerperiumpsykoosi

Vajaalle prosentille äideistä kehittyy synnytyksen jälkeinen lapsivuodepsykoosi. Lapsivuodepsykoosi alkaa ensimmäisten viikkojen aikana väsymyksenä, unettomuutena, itkuisuutena, lopulta epäluuloisuutena ja hajanaisuutena sekä toimintakyvyn me-

netyksenä. Joskus tilaan liittyy erilaisia aistinharhoja ja harhaluuloja. Vastasyntyneeseen kohdistuneet henkirikokset, jotka johtavat kuolemaan, ovat onneksi erittäin harvinaisia. Tällaiset tapahtumat johtuvat usein komentavista ääniharhoista ja harhaluuloista. Lapsivuodepsykoosit ovat taustaltaan erilaisia. Voimakkailta hormonaalisen tasapainon muutoksilla, joita esiintyy raskauden loppumisen jälkeen, arvellaan olevan tärkeä osa ainakin lapsivuodepsykoosissa. Suurin osa äideistä toipuu lapsivuodepsykoosista hyvin ja kykenee toimimaan aivan normaalisti äitinä. Psykoosivaiheen kesto-aika vaihtelee suuresti yksilöllisesti muutamasta viikosta useaan kuukauteen. (Huttunen 2011.)

Joskus lapsivuodepsykoosi voi ilmetä jo loppuraskauden tai synnytyksen aikana. Äidillä on myös riski synnytyksen jälkeen sairastua skitsofreniaan tai maanisdepressiiviseen psykoosiin. Lapsivuodepsykoosia pidetään omana sairautenaan jonka ennuste on kuitenkin parempi kuin muiden psykoositilojen. Lapsivuodepsykoosi saattaa joillakin äideillä jäädä ainoaksi psyykkiseksi sairaudeksi koko heidän elämänsä aikana, mutta usein sairastuneilla on todettu jo aiemmin jokin psyykkinen sairaus. (Eskola & Hytönen 2002, 282.) Äidin aiempi kaksisuuntainen mielialahäiriö on merkittävin lapsivuodepsykoosin riskitekijä (Perheentupa 2011).

Psykoosin taustalla voi ilmetä hormonaalisia muutoksia, lääkeaineiden vaikutuksia tai voimakkaita psykososiaalisia rasituksia (Eskola & Hytönen 2002, 282). Puerperaali-psykoosi on harvinaisin mutta vakavin synnytyksen jälkeisistä häiriöistä, synnyttänyt äiti sairastuu yleisimmin 3-14 vuorokautta synnytyksen jälkeen. Tässä vaiheessa äiti ja lapsi ovat yleensä jo kotona, ja läheiset voivat kiinnittää huomiota äidin outoon käytökseen. Puerperaali-psykoosi on todellinen psykiatrinen hätätilanne ja vaatii sairaalahoitoa, sillä itsemurha vaara on huomattava mutta myös lapsi on vaarassa. Ennuste on ensimmäisen sairastumisen osalta hyvä, mutta psykoosi usein uusiutuu tulevien synnytysten jälkeen. Tämän vuoksi potilasta sekä hänen läheisiään on syytä informoida tästä mahdollisuudesta. (Perheentupa 2011.)

Raskauden aikaista ja puerperaalivaiheen psyykkistä rasitustilaa altistava tekijä on äidin aikaisempi psyykkinen anamneesi. Lapsivuodepsykoosin ja lievemmän synnytyksen jälkeisen depression riskitekijä on aikaisempi psyykkinen sairaus. Raskauden alkaessa lääkehoitoa ei tule keskeyttää ilman perusteltua harkintaa. (Armanto & Koistinen 2007, 81.) Jotta odottavan tai vasta synnyttäneen äidin masennus tai riski masen-

tua voitaisiin tunnistaa riittävän aikaisin, on rauhallinen keskustelu äidin kanssa hänen psyykkisestä voinnistaan ja suhteesta hänen omiin vanhempiin erittäin tärkeässä asemassa (Armanto & Koistinen 2011, 81).

6.4 Aggressio

Äitiys voi herättää syvää rakkautta sekä väkevää vihaa. Harvalle naiselle äitiys on ainoa päämäärä ja vaatii taitavaa tasapainottelua äitiyden, seksuaalisuuden ja ammatin pyrkimysten välillä saavuttaakseen tyydyttävän tasapainon. Raskaus sekä äidiksi tulo ravistelevat naista ydintä myöten, ne myös kuormittavat naista. Äidiksi tulo voi nostaa pintaan varhaisia kaipauksia, pettymyksiä ja ristiriitoja suhteessa omaan äitiin, silloin on hyvä tilaisuus työstää niitä uudelleen ja löytää uusia lähestymistapoja. Käsittelemättömänä näitä asioita toistaa oman lapsensa hoidossa. Äitiys ei ole biologinen vaitto vaan se on psykologisesti muovautunut ja häiriintyy äärimmäisen herkästi. Rakkaus vauvaan ei syty hetkessä, se vaatii aikaa, äiti voi rakastamisen ohella myös vihata vauvaansa. Äitiys on aina muutos naisen elämässä ja muutokseen liittyy myös menetyksiä, se edellyttää kykyä surra. Synnytyksessä nainen menettää symbioottisen suhteen vauvaan ja hän menettää myös asemansa keskipisteenä ja huolenpidon kohteena. (Reenkola 2008, 75–78.)

Äidit haluavat suojella ja hoitaa lastaan, rakastamisen ohessa voi kuitenkin lasta kohtaan herätä aggressioita ja koston pyrkimyksiä. Vauva herättää äidissä yhteen sulautumisen nautinnollisia rakkauden tunteita ja niihin on vaikeaa yhdistää koston ajatuksia tai kiukkua. Nämä tunteet herättävät syyllisyyttä ja häpeää. Konflikteja, joissa nainen pohtii kuinka hän voi tuntea raivoa rakastamaansa lastaan kohtaan, joutuu jokainen äiti sietämään ja käsittelemään mielessään. Uutta äitiä nämä hartaasti odotettua vauvaa kohtaan heränneet aggressiiviset ajatukset voivat pelästyttää. Nainen voi säikähdyksissään poistaa välittömästi liian kauhistuttavat aggressiot ja kostonhalut mielestään, jolloin ne saattavat kääntyä sisäänpäin ja ilmetä masennuksena ja itserankaisuna. (Reenkola 2008, 153–154.)

Naisten osuus väkivaltarikoksista on murto-osa, mutta vastasyntyneen murhaan syyllistyvät useimmiten äidit. Yleisin tapa on hukuttaminen tai tukehduttaminen, monilla vastasyntyneen murhaneella on myös itsetuhoisuutta. Aiemmin, ennen ehkäisyväli-

neiden yleistymistä, vastasyntyneen murhat olivat paljon yleisempiä, viime vuosina niitä on tilastoitu Suomessa noin kolme vuodessa. (Reenkola 2008, 67–68.)

Äidin suorittama lapsensurma on tuhoavuuden kauhistuttavin ilmentymä, sitä on vaikea hyväksyä. Aikaisemmin ei-toivotun lapsen syntymä saattoi olla naiselle sietämätön häpeä ja stigma, lapsensurma saattoi olla keino jolla äiti yritti välttää häpeätahraa. Nykyisin syitä pyritään etsimään yhteiskunnasta, taloudellisesta ahdingosta tai huoltajuuskiistoista. Teon syvemmän syyt ovat surmaajan omissa epätoivoisissa kokemuksissa. Äiti saattaa yrittää pelastaa lapsen omalta kyvyttömyydeltään huolehtia lapsesta esimerkiksi psykoosin puhkeamisen takia. Lapsensurma ilmentää syvää epäluottamusta siihen, että äiti-lapsi-suhteesta voisi lähteä kasvamaan mitään hyvää. Taustalla voi olla kokemuksia siitä, että on ollut omalle äidilleen häiriö ja jopa elämän pilaaja. Laajennetussa itsemurhassa äidin mielessä lapsi on usein minuuden jatke ja itsemurhassa hän voi ottaa lapsen mukaansa surmaamalla tämän ja saattaa näin ajatella pelastavansa lapsen. (Reenkola 2008, 67–68.)

Tyttöjä on aikaisemmin suojeltu ja varjeltu enemmän myös pohjoismaisissa kulttuureissa, mutta nykyään itsenäisyyden ja vastuun ottamisen vaateet kohdistuvat hyvin nuoriin tyttöihin. Tämä jättää tytön kasvamaan yksin ja liian varhaisen itsenäistymisen vaatimus saattaa johtaa pseudoaikuisuuteen ja minuuden ydin saattaa silloin jäädä hauraaksi. Sisäisten uhkien käsittely voi tällöin tapahtua toimimalla väkivaltaisesti. (Reenkola 2008, 69.)

6.5 Narsismi ja äitiys

Narsistiset häiriöt esiintyvät käsityksenä omasta erinomaisuudesta, tarpeena olla huomion keskipiste ja ihailun kohde, empatiakyvyttömyytenä sekä muiden hyväksikäyttämisenä. Reenkola 2012 kuvailee kirjassaan ”Äidin valta ja voima” narsistiäitejä olevan erilaisia. Narsistiäiti-typpejä on esitelty seuraavassa luettelossa.

Narsistiäiti-typit:

- Hyvää tarkoittava narsistiäiti, joka tunkeutuu aikuisen lapsensa elämään ja puuttuu tämän tekemisiin ja suunnitelmiin, äiti ei kunnioita lapsensa rajoja.

- Gloria-äiti on keskipiste, jolle lapsen täytyy tuottaa kunniaa ja jolle lapsi on rakas vain, kun tämä täyttää äidin toiveita. Lapsi kelpaa Gloria-äidille ainoastaan loistavana suorittajana, mikään suoritus ei kuitenkaan ole riittävän täydellinen Gloria-äidille.
- Lumikin äitipuoli kadehtii tyttärtään muun muassa tämän nuoruuden, kauneuden, naisellisuuden ja seksuaalisen viehätysvoiman vuoksi.
- Kaveriäiti ei ota vastuuta vanhemmuudesta ja hän haluaa että tytär on oman itsensä parempi jäljennös.
- Huoltenpurkaja purkaa lapselleen huolet ja murheet, seksuaalielämää myöten. Tällaisissa tapauksissa lapsi voi joutua myös äidin aggressioiden ilmaisijaksi.
- Julmuriäiti on tunnekylmä ja kyvytön myötäelämään ja pilkkaa lapsen avuttomuutta. Julmuriäiti ei osaa pyytää anteeksi.
- Ideologinen äiti voi kohdella lastaan julmasti johonkin ideologiaan vedoten ja yrittää laittaa lapsen omaan muottiinsa.
- Diiva-äiti on ihailtu tähti joka joutuu keskittymään omaan uraansa menestyäkseen. Tällainen äiti voi kokea lapsen uhkaavan hänen keskittymistään työhönsä jolloin voi herätä vihan tunteita lasta kohtaan.
- Palvova narsistiäiti ei aseta lapselle rajoja tai sääntöjä ja palvoo lasta ylenpalttisesti, sekä kaipaa tältä loputtomasti rakkautta ja hyväksyntää. Tällainen äiti syyttää aina muita lapsen huonosta käytöksestä.
- Alkoholistiäiti tai huumeriippuvainen äiti keskittyy alkoholin tai huumeiden käyttöön ja laiminlyö lapsen hoitamisen sekä saattaa säilyttää pienetkin lapset hoitamaan sisaruksiaan. Tällainen äiti odottaa lapsen ymmärtävän ja myötäilevän hänen riippuvuuksiaan.
- Inestiäiti ei piittaa lapsen tarpeista ja käyttää tätä oman tyydytyksen välineenä. (Reenkola 2012, 130–135.)

Äiti voi käyttää myös lapsen sairautta välineenä saada huomiota itseensä. Äiti voi äärimmäisissä tapauksissa tuottaa tai keksiä lapselle sairauksia tai liioitella niitä saadakseen huomiota. Tätä kutsutaan välilliseksi Münchenhausenin oireyhtymäksi. Äiti asettuu kärsivän vanhemman rooliin ja yrittää saada lohtua sekä ymmärrystä itselleen. (Reenkola 2012, 135.)

Äitien narsistisia häiriöitä ei haluta havainnoida liian kauhistuttavina eikä lapsia nähdä uhreina. Naisen narsistiset vauriot välittyvät traagisesti oman lapsensa hoitoon piittaamattomuutena, itsekeskeisyytenä tai lapsen erillisyyden huomiotta jättämisenä. Äidin on vaikeaa antaa lapselleen enempää myötätuntoa kuin on itse saanut kokea, ja näin narsististen vaurioiden psyykinen perintö voi siirtyä seuraavalle sukupolvelle. (Reenkola 2008. 94–95.)

7 TUKIMUODOT

7.1 Parisuhteen antama tuki

Tärkeimpiä suojaavia tekijöitä ovat parisuhteen pysyvyys sekä laatu synnyttävän naisen hyvinvoinnille ja syntyvän vauvan turvallisuudelle. Naiset, jotka ovat eläneet parisuhteessa lapsen isän kanssa yli viisi vuotta tuntevat parisuhteen tyydyttäväksi ja turvallisiksi kun vastaavasti naiset, jotka ovat eläneet kumppaninsa kanssa vähemmän kuin viisi vuotta, tuntevat enemmän epävarmuutta suhteen toimivuudesta. Koulutuksen ja työn merkitys ovat olennaisia turvallisuuden tunnetta lisääviä tekijöitä kriiseissä. (Brodén 2008, 144–145.)

Sevónin (2009) mukaan sukupuolten väliset roolit vahvistuvat lapsen syntymisen myötä ja ristiriidat lisääntyvät, koska sukupuolten väliset roolit ja vastuut saattavat saattaa parisuhteen kuohuntaan (Sevón 2009, 77–79). Parisuhde ja vanhemmuus muuttuvat jatkuvasti elämän myötä ja tunneilmapiiri vaihtelee kausittain. Perhedynamiikka tarkoittaa vallan ja vastuun jakautumista vanhempien välillä sekä perheen sisäistä arvostuksen ja tunteiden ilmaisua. Vanhempien välinen suhde on tärkein voimavara perheessä, vauvan syntyessä perheeseen sen dynamiikka muuttuu väistämättä. Aikuisen vastuu tarkoittaa pyrkimystä rakentamaan ongelmanselvittelyyn, hyvántahtoisuuteen, sopuun ja myötätuntoon. Vanhemmuudessa ja parisuhteessa tarvitaan kyky nähdä asiat toisen näkökulmasta, vanhempien vastuulla on kodin ilmapiirin luominen ja tukeminen. Uus- ja eroperheissä usein lapset tuodaan mukaan valtapelieihin eivätkä vanhemmat pysy tällöin omalla tasollaan ja lapset askelmaa alemmalla. Tämä on lapselle kohtuutonta niin ydin-, uus- kuin yksinhuoltajaperheessä, koska se on lapsen kehitykselle haitallista. (Juusola 2009, 52–59.)

Lapsen syntyminen voi aiheuttaa parisuhteeseen kriisin, mutta se voi olla myös avainuuteen ja rikkaampaan elämään. Vanhemmuuden haasteena on yhteisen hengen säilyttäminen ja parisuhteen ylläpitäminen. Erilaiset parisuhdepalvelut tarjoavat mahdollisuuksia vanhemmuuteen liittyvissä kysymyksissä. Tulevaisuudessa pidennetyllä perhevalmennuksella pystytään tuomaan uudella tavalla perheille mahdollisuuksia perheeseen ja parisuhteeseen liittyvissä asioissa, jonka tavoitteena on perheiden verkostoituminen, vertaistuen hyödyntäminen ja yhteistyön kehittäminen. (Armanto & Koistinen 2007, 57–58.)

Terveydenhoitaja äidin tukena

Terveydenhoitajan työssä perhekeskeinen työskentely lähtee lapsen edusta. Lapsen etu tulee myös tarvittaessa ennen vanhempien etua. Koska lapsen hyvinvointi riippuu erityisesti vanhempien hyvinvoinnista, on perhekeskeisen näkökulman mukaan koko perhe neuvolan asiakkaana ja oman tilanteensa asiantuntijana. Perheen tukemisen lähtökohtana toimii perheen tilanne, vanhempien tarpeet sekä asiakkaan aktiivinen kuunteleminen, tämä vaatii terveydenhoitajalta sekä tilanneherkkyyttä että luottamuksellisuutta. (Mustonen 2009, 5.)

7.2 Terveydenhoitaja kiellettyjen tunteiden käsittelyn tukena

Tässä luvussa käsitellään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2013) julkaisemia haastattelurunkoja, jotka on kehitetty osana The European Early Promotion Project, EEPP tutkimus- ja kehittämishanketta (STM ja Stakes, 1997–2002) - ”Lapsen syntymää seuraava vuorovaikutusta tukeva haastattelu” ja ”Raskaudenaikainen vanhemman ja syntyvän lapsen vuorovaikutusta tukeva haastattelu”. Vavu -haastattelu ja -lomakkeet on kehitetty ja testattu Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä –hankkeessa. Haastattelurungot on tarkoitettu erityisesti raskaana olevien naisten, synnyttäneiden äitien ja pienten lasten sekä heidän perheidensä kanssa toimivien työntekijöiden käyttöön. Tehtävänä on auttaa tunnistamaan ja ottamaan puheeksi raskauteen, synnytykseen ja vauvaan liittyviä mielikuvia, huolia sekä mahdollisia vaikeuksia. Haastattelu auttaa perheen voimavarojen, tuen tarpeen ja saatavilla olevan tuen kartoittamisessa sekä ratkaisujen etsimisessä.

Terveydenhoitaja rohkaisee vanhempia puhumaan synnytyksestä – miltä se tuntui, oliko siinä vaikeuksia, tai jos synnytyksestä on puhuttu jo aiemmin, voidaan se ottaa esille uudestaan. Psykkistä terveyttä tulisi kartoittaa puhumalla vanhempien tunteista – myönteisistä sekä kielteisistä. Myönteisistä sekä negatiivisista asioista puhumista tulisi rohkaista erityisesti vanhempien toistensa välillä, jos toisesta tai molemmasta vanhemmasta tuntuu, ettei puhuminen luonnistu tai siitä ei ole apua, tarjotaan tukea psyykkiseen jaksamiseen.

Terveydenhoitajia kehoitetaan kohtaamaan vanhempien kielteiset tunteet ilman arvostelua tai tuomitsemista, näitä tunteita ovat lapset terveyttä ja kehitystä koskevat pelot tai syyllisyyden tunteet, riittämättömyyden tunteet, hylätyksi tulemisen tunteet sekä ärsyyntymisen tai toivottomuuden tunteet. On tärkeää myös pyrkiä ymmärtämään se, kehen kielteiset tunteet kohdistuvat. Negatiivisten tunteiden ilmetessä pyritään tukemaan vanhempia ajattelemaan oman lapsensa kehittymistä, antamalla myönteistä palautetta toimivista käytännöistä ja hakemaan ratkaisuja pulmallisiin tilanteisiin. Vanhempia tulisi rohkaista jakamaan tunteitaan ja äitiä tulisi tarvittaessa auttaa saamaan psykologista tai sosiaalista apua. Terveydenhoitaja selvittää vauvan sekä vanhemman vuorovaikutussuhdetta, sitä, vastaako äiti vauvan itkuun ja jutteleeko hän vauvalleen, ja kehottaa äitiä kertomaan siitä miten tärkeäksi hän sen kokee. Vanhempien voimavarat vastata vauvan tarpeisiin on myös kartoitettava, tavoitteena on saada selville kykeneekö vanhemmat sietämään lapsen pahanolon sekä lievittämään sitä. Mikäli vanhemman tai vanhempien on vaikeaa sietää lapsen paha olo, heitä on rohkaistava hakemaan apua toisiltaan tai muilta läheisiltä. Mikäli tämä apu ei ole riittävää, on vanhemmille järjestettävä ammattiapua.

Keskustelun aloituksessa on tarkoituksena päästä käsittelemään vanhemman tai vanhempien kansa yleisimpiä raskaana olevien naisten kanssa esittämiä ongelmia. Äidiltä tiedustellaan tunteista joita hän tunsi saadessaan tietää raskaudesta, mikäli myönteisiä tunteita ilmenee, niitä tulisi vahvistaa ja mikäli negatiivisia tunteita ilmenee, niistä tulisi rohkaista puhumaan. Äidiltä myös tiedustellaan lapsen isän ja muun lähipiirin suhtautumista raskauteen, oliko se myönteistä vai kielteistä.

Terveydenhoitaja kartoittaa äidin tuen tarpeen ja odotukset synnytyksen jälkeen, ja mitä muutoksia äiti uskoo syntyvän lapsen aiheuttavan perheessä sekä miten niiden kanssa selviydytään. Kartoitetaan äidin oma huoli synnytyksen jälkeisen masennuksen

uhasta ja äidin muutokset minäkuvassa raskauden aikana, tunteeko äiti hyvinvoinnin tunteita tai epämääräisiä huonovointisuuden tunteita. Sekä äidin että isän käsitys syntymättömästä lapsesta kartoitetaan – onko käsitys myönteinen vai kielteinen. Tämän tarkoituksena on rohkaista vanhempia luomaan suhdetta syntyvään lapseen henkilönä jo raskauden aikana. Vanhempien kielteiset tunteet tulisi ottaa vastaan arvostelematta ja tuomitsematta. Tarvittaessa vanhemmille järjestetään apua mielenterveyden ammattilaisen kanssa. Synnytykseen sekä lapsen ruokkimiseen liittyvät odotukset, mielikuvat ja tuentarpeet kartoitetaan. Vanhempien keskinäisen kiintymyksen säilyttämiseksi on hyvä puhua siitä, miten arkipäivässä voi osoittaa toiselle hellyyttä. Tällä tavoin parisuhde säilyy mahdollisimman hyvänä.

7.3 Neuvolatyö äidin ja perheen tukena

Äitiyshuollon tarkoituksena on raskauden aikainen seuranta, terveyskasvatus, tulevien vanhempien valmistaminen lapsen syntymään sekä vanhemmuuteen. Neuvolan tärkeänä tehtävänä on sikiön ja äidin terveyttä uhkaavien riskien tunnistaminen, jotta ne voidaan hoitaa äitiysneuvolassa tai erikoissairaanhoidossa. Raskautta seuraavat yhteistyössä lääkäri ja terveydenhoitaja. Normaalisti raskauden aikana neuvolakäyntejä on yhteensä 10-15 terveydenhoitajan, sekä kolme-neljä lääkärin luona. Jälkitarkastuksen yhteydessä tärkeää on myös käydä läpi synnytyskokemukset, äidin jaksaminen, imetys ja vauvan hoito. (Tiitinen 2012b.)

Sosiaali- ja terveysministeriön lastenneuvolaoppaassa (2004) kuvataan lastenneuvolan yleistavoitteeksi se, että perheiden hyvinvointi sekä lasten fyysinen ja psyykinen terveys paranevat erityisesti tukea tarvitsevilla perheillä jolloin perheiden väliset terveyserot kaventuvat, ja että seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarat ovat paremmat kuin nykyiset. Lastenneuvoloille asetettuja tavoitteita, jotka tukevat äidin jaksamista, on lastenneuvolaoppaan mukaan seuraavanlaisia: Jokaisella vanhemmalla on mahdollisuus luoda lapseensa turvallinen, vastavuoroinen kiintymyssuhde varhain ja muodostaa myönteinen käsitys sekä lapsestaan että itsestään vanhempana, vanhemmat huolehtivat parisuhteestaan sekä vanhemmuudesta siten, että kykenevät pitämään huolta lapsestaan ja tukemaan tämän kehitystä, vanhemmat tunnistavat omia voimavarojaan ja kuormittavia tekijöitä, sekä ottavat vastuun lapsen

sekä perheen hyvinvoinnista. Kaikki vanhemmat saavat myös halutessaan vertaistukea muilta vanhemmilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 20.)

Lastenneuvolan tehtävänä on äitiä tukien perheen toimivuuden vahvistamiseksi mahdollistaa vanhemmille riittävästi tukea vanhemmuuteen ja parisuhteeseen, tunnistaa mahdollisimman ajoissa epäsuotuisan kehityksen merkit lapsessa, perheessä tai elinympäristössä ja puuttua varhain terveyden vaarantaviin tekijöihin sekä ohjata lapsi ja perhe tarvittaessa muille asiantuntijoille (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2004, 21.)

Poikkeavan synnytyspelon havaitsemiseen ja sen hoitamiseen tulisi kiinnittää neuvolassa huomiota, neuvolassa tulisi aktiivisesti ottaa puheeksi yleisimmät pelkoa aiheuttavat aiheet jotka askarruttavat odottavaa äitiä, tällaisia ovat muun muassa synnytyksestä suoriutuminen, lapsen selviäminen, tilanteen kontrollointi sekä kipu. Synnytyspelko hoidetaan yksilöllisesti äidin kokonaistilanne huomioon ottaen, hyvin hoidetulla raskausajalla sekä synnytyksellä on myönteinen merkitys äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutussuhteen synnylle. (Tiitinen 2012b.)

Tiina-Katriina Mustonen (2009) kuvasi tutkielmassaan perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Tutkimuksen tuloksena terveydenhoitajat kertoivat tunnistaneensa äidin masennuksen oireita keskusteluissa, oman ammattitaitonsa perusteella arvioidessaan äidin käytöstä sekä ulkoista olemusta vuorovaikutustilanteessa muutoksina mielialassa sekä olemuksessa, väsymyksenä, häiriöinä äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa sekä äidin vuorovaikutuksessa ja havainnoinnissa. Terveydenhoitajien mukaan masentuneiden äitien kohtaaminen on haastavaa ja tapaaminen vaatii suunnittelua ja valmistelua. Terveydenhoitajat pyrkivät varaamaan masentuneille äideille pidemmän vastaanottoajan, sekä tekemään tilanteesta rauhallisen ja kiireettömän. (Mustonen 2009, 29.)

EBDS–seulontamenetelmällä (Edinburgh postnatal depression scale), joka on mielialalomake synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen, pystytään äitiyteen liittyvä masennus tunnistamaan. Menetelmä on kehitetty alun perin Englannissa ja nykyään se on maailmanlaajuisesti tutkimuksellisessa ja hoidollisessa käytössä. EBDS–kysely tekee karkean erottelun ja se kuuluu jälkitarkastusneuvolakäynnin rutiineihin. Äidin ja vauvan hyvinvointia arvioidaan tarkemmin pisteityksen jälkeen tehdyssä

palautekeskustelussa noin kahden kuukauden kuluttua synnytyksestä. (Armanto & Koistinen 2007, 328–329.)

Äidin auttaminen edellyttää terveydenhoitajan riittävää tietoa äidin tilanteesta. Isän tai muun tukihenkilön mukana oleminen on usein tärkeää masennuksesta keskusteltaessa. Äidin masennuksen kanssa työskentely edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja. Äidin ollessa masentunut, eteneminen vaatii kykyä kohdata vaikeita asioita ja omien tunteiden hyvää hallintaa. Tärkeää on auttaa äitiä puhumaan tunteista, myös negatiivista ja terveydenhoitajan on osattava kysyä niistä erikseen. (Armanto & Koistinen 2007, 331–333.)

7.4 Vertaistuki

Voimakkaita tunteitaan ei tarvitse kieltää, vaan itselle olisi annettava aikaa rauhoittumiseen. Suurimman tunnekuohun keskellä ei kuitenkaan kukaan kykene ajattelemaan järkevästi eikä toimimaan rakentavasti. Kukaan ei pysty aina hallitsemaan itseään täydellisesti, eikä sen edes tarvitse olla pyrkimyksenä. Kun vanhemmat ilmaisevat avoimesti omia tunteitaan sekä pukevat niitä sanoiksi, lapsikin oppii nimeämään omia tunteitaan. Lapset oppivat, että kaikenlaisten tunteiden ilmaiseminen on sallittua ja turvallista myös heille. (Hyvärinen 2008, 102–104.)

Tunteiden käsittely on pitkälti yksilön itsensä vastuulla, kuitenkin ulkopuolinen tuki voi auttaa. Tunteiden ääneen sanominen selkiyttää omia ajatuksia, on vahvuutta kääntyä toisen ihmisen puoleen. Reenkolan (2008) aineistossa monet äidit kertovat miten heidän läheisensä ovat tärkeä voimavara. Ne, joilla ei ole vertaiskontakteja voivat haakeutua tukiryhmiin tai liittyä virtuaalisiin verkostoihin internetissä. Samassa elämäntilanteessa oleville ihmisille puhumalla voi saada aitoa ymmärrystä omaan tilanteeseen. Toisinaan äiti ei saa tarvitsemaansa tukea läheisiltään, tai tuki ei ole riittävää, esimerkiksi jos äiti on masentunut. Tällöin on hyvä kääntyä ammattilaisten puoleen. Ammatillisapua on saatavilla, kunhan uskaltaa ottaa asiat rohkeasti puheeksi neuvolassa, lääkärissä tai muissa perhetyön yksiköissä. (Hyvärinen 2008, 105–106.)

Äidit tarvitsevat aikaa myös itselleen, omalla ajalla he tekevät sitä, minkä he kokevat olevan itselleen hyväksi. Toiset nukkuvat pois väsymystä ja toiset käyvät lenkillä.

Oman ajan ottaminen ei ole lapsille haitaksi mutta tunnetasolla äidit saattavat kokea syyllisyyttä ollessaan pois lastensa luota. Kaikkien edun mukaista on, että äiti on jaksava ja tyytyväinen. Myös aika kumppanin kanssa on tärkeää. Se, mihin yhteistä aikaa käytetään, ei ole olennaista vaan yhdessäolo sinänsä on voimaannuttavaa ja toimiva parisuhde on myös lapsen etu. (Hyvärinen 2008, 108.)

Seurakunnat järjestävät myös erilaista tukea vanhemmille. Pieksämäen seurakunta järjestää kerran kuukaudessa äideille Noja-ryhmän, jossa vanhemmuutta sekä parisuhdetta tuetaan järjestämällä äitien omia keskusteluryhmiä ja parisuhdeiltoja (Pieksämäen seurakunta). Tämän opinnäytetyön teossa on tutustuttu lähemmin Noja-ryhmään, ja käyty itse tutkivasta näkökulmasta osallistumassa iltana jolloin ryhmä kokoontui äidin kielletyt tunteet -aiheen merkeissä, vieraana ryhmässä tuolloin oli paikallisen perheneuvolan psykologi. Illan avauksena psykologi kertoi aiheesta, jonka jälkeen keskustelu aloitettiin pareittain omista kielletyiksi koetuista tunteista ja tämän jälkeen keskustelua jatkettiin ryhmänä.

Tukea vanhemmuuteen on saatavilla oman paikkakunnan neuvolan henkilökunnasta, Suomen evankelisluterilaisen kirkon perheasiain neuvottelukeskuksesta, yksityisiltä terapeuteilta, internetin välityksellä muun muassa Väestöliiton ja Mannerheimin lastensuojeluliiton internetsivustoilta. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 110.)

Tärkeät yhteistyökumppanit ja vertaistukea äideille:

- Äimä Ry – Äidit irti synnytysmasennuksesta Ry
- Mielenterveyden keskusliitto
- Suomen mielenterveysseura
- Mieli Maasta Ry
- Ensi- ja turvakotien liitto
- Palveleva puhelin
- Kirkon perheasiainneuvottelukeskukset

7.5 Psyykkisten oireiden hoito

Äidin voi olla hyvin vaikea näyttää avuntarvettaan ja usein äiti ei itse aktiivisesti hae apua, tästä syystä neuvolatyössä esimerkiksi masentuneen äidin tunnistaminen on haastavaa. Terveystoimittajan tulisi hallita sellaiset työtavat joilla päästään tämän vai-

kenemisen yli ja rakennetaan luottamuksellinen suhde äitiin. Tällä tavoin toimimalla terveydenhoitaja pääsee tutustumaan äidin maailmaan, perheeseensä, läheisiinsä sekä myös ajatuksiin ja tunteisiin joista saattaa paljastua äitiyteen liittyviä huolia ja pelkoja. (Armanto & Koistinen 2007, 325–326.)

Tilanteessa, jossa äiti masentuu, on tärkeää kertoa ja jutella tilanteesta myös isän kanssa. On tärkeää myös käydä lasten kanssa tilanne läpi niin, että he ymmärtävät mitä masennus tarkoittaa. Perheen jaksaminen otetaan huomioon ja ennaltaehkäistään muiden perheenjäsenten uupumista. Tukemisprosessissa koko perheen mukana oloa tuetaan ja arvioidaan mahdollisimman monipuolisesti perheen voimien ja tarpeiden mukaan. (Vilén ym. 2011, 70.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireissa sopivaa hoitomuotoa valittaessa tulee arvioida yksilöllisyys, masennuksen aste, sosiaalisen tuen tarve ja saatavuus. Tukea antava keskustelu ja käytännön tukitoimet kuten esimerkiksi kotiapu ja nukkumisvuorottelu sekä vertaistuki voivat lievissä masennustapauksissa auttaa. Rasitteena koetut hoitoon liittyvät myytit perustuvat usein tiedon puutteeseen. Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidon tavoitteena on omien reaktioiden tunnistaminen ja sopeutumiskeinojen löytäminen. Terapian onnistumiseksi täytyy olla kyky tilanteen hahmottamiseen ja vuorovaikutukselliseen toimimiseen sekä tietty vireystila. Synnytyksenjälkeisessä masennuksessa nämä kuitenkin puuttuvat ja tilanne vaatii nopeaa reagointia asian korjaamiseksi. Tila ei ole ainoastaan psykologinen ilmiö vaan siihen liittyy huomattavat fysiologiset muutokset, jotta voimat ja hahmottamiskyky palautuisivat. Masennuksen puhkeamisherkkyteen vaikuttaa raskausajan ja synnytyksen jälkeiset fysiologiset muutokset ja niiden seurauksena tapahtuvat aivojen välittäjäainemuutokset. Serotoniinivaikuttajilla on saatu hyviä tuloksia masennuksen hoidossa. Serotoniini korjaa aivojen välittäjäainepitoisuuksia normaalitasoon. Uudet masennuslääkkeet ovat turvallisia eikä niillä ole todettu olevan imetyksen aikana vaikutusta lapseen. Synnytyksen jälkeisessä masennuksen hoidossa tarvitaan suurempia annoksia ja käyttöajan pituus on yksilöllinen. Käyttöaika tulisi olla vähintään kuusi kuukautta vaikka oireet helpottaisivat kahdessa viikossa. Estradioli- ja estrogeenihoidon tarkoituksena on suurentaa todettu estradiolipitoisuus lähemmäksi normaalia tasoa, jota esiintyy kuukautiskierron aikana. Estradiolipitoisuuden määrittäminen tapahtuu verinäytteellä ja käyttömenetelmänä on laastari-, geeli- tai kielen alla liukeneva tablettihoito. Keskeistä masen-

nuksen hoidossa on sen varhainen tunnistaminen ja tehokas, yksilöllinen hoito, jota toteutetaan asianmukaisesti. (Haarala 2006, 17–21.)

Puerperiumpsykoosi on aina hätätilanne ja äidin ja lapsen hyvä hoito vaatii usein sairaalassa oloa tai hyvin tiivistä avohoitoa. Lapsivuodepsykoosi on tyypillisesti nopea-alkuinen sekä oireistoltaan raju, usein hoitoa tarvitaan myös suljetulla osastolla. Koska äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus on erittäin herkkä, äidin ja vauvan erottaminen on harkittava tarkkaan. Sekä äidin psyykkisen toipumisen että lapsen psyykkisen kehityksen kannalta on tärkeää, ettei ero kestä yhtään kauempaa kuin on välttämätöntä. Naisen itseluottamusta äitinä sekä käytännön hoitotoimissa olisi tuettava, tuore äiti saattaa tarvita hyvin käytännönläheistä opastusta. Yleensä vasta kotiutuksen jälkeen puhkeaa selväpiirteinen psykoosi, ja äitiysneuvolan terveydenhoitaja tapaa äidin sinä keskeisenä ajankohtana, jolloin riski sairastua on suurimmillaan. Äitiysneuvoloiden ja lapsivuodeosastojen säännöllinen yhteistyö edistää valmiutta tunnistaa alkavat psykoosit jo varhain. Lapsivuodepsykoosin akuutissa vaiheessa tarvitaan usein psykoosilääkitystä. (Eerola 2000.)

8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoisuutta siitä, mitkä äidin tunteista ovat tavallisia ja mihin niistä tulee hakea apua sekä tukea. Pyrkimyksenä on myös hoitoon hakeutumisen kynnyksen madaltaminen, sekä tehdä äideille helpommaksi kohdata tunteensa ilman häpeää.

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kortti, jonka avulla lisätään tietoisuutta äitiyden kielletyistä tunteista sekä avuntarjoajista ja tällä tavoin tarjotaan tukea turvalliseen äitiyteen. Kortti jaetaan raskaana oleville äideille neuvolakortin mukaan.

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

9.1 Kortin sisällön laadinta

Opinnäytetyötä varten on keväällä 2013 haettu teoreettista tietopohjaa. Kirjallisuutta ja tutkittua tietoa on haettu eri tietokannoista kuten ARTO, CINAHL (EBSCO), MEDIC, MEDLINE, NELLI, PUBMED, Terveysportti ja useiden alan laitosten, oppi-

laitosten sekä kaupunkien kirjastoista kuten Mikki- ja JYKDOK-tietokannasta. Tutkittua tietoa on haettu myös Google Scholar-hakukoneella. Yleisimmistä tietokannoista tietoa löytyi suppeasti, MEDIC-tietokannasta löytyi aiheeseen liittyvää tietoa jonkin verran. Aiheen rajaamisen koimme haasteellisena, sillä aihealueeseen liittyy paljon tietoutta eri osa-alueista. Päätimme rajata aiheen keskittyen äidin tukemiseen ja voimavaralähtöisyyteen äidin näkökulmasta. Kirjallisuuden hyödyntämistä opinnäytetyön tuotoksen teossa perustellaan liitetaulukossa 1. (LIITE 1.). Taulukossa on otettu huomioon erilaiset tekijät jotka vaikuttavat äidin mielialaan synnytyksen jälkeen, kuten hormonit, posttraumaattinen stressireaktio, henkilökohtaiset kokemukset, herkistyminen, synnytyksen jälkeinen masennus sekä lapsivuodepsykoosi. Talukossa on perusteltu myös yhteisön asettamia odotuksia ja äitimyyttä.

Teoreettisen taustan perusteella on luotu raakaversio kortista joka on esitetty 22.8.2013 pidetyssä äitiysvalmennuksessa Pieksämäellä. Kuusi pariskuntaa täyttivät palautelomakkeen (LIITE 2.) koskien kortin sisältöä sekä ulkoasua. Palaute kerättiin anonymisti ja aikaa palautteen antamiseen oli noin viisitoista minuuttia.

Kaikki pariskunnat vastasivat sekä palauttivat lomakkeen (LIITE 2.). Heidän mielestään kortti on selkeä, tarkoituksenmukainen, ymmärrettävä ja miellyttävä ulkoasultaan. Yksi pariskunta kuudesta vastasi, ettei osannut sanoa vastaako kortti äitien tiedontarvetta ja yksi pariskunta kuudesta ei osannut sanoa suositteisiko korttia muille äideille. Pariskuntien oli myös mahdollista kirjoittaa vapaata palautetta parannusehdotuksista, johon yksi pariskunta kuudesta kirjoitti, että ”Hyvä ja lyhyen napakka tietopaketti”.

Pieksämäen terveyskeskuksen neuvolan yhteistyökumppanit, terveydenhoitajat antoivat meille oman palautteensa kortin raakaversioon esityksen jälkeen: ”Olemme yhdessä arvioineet korttia ja yhteinen mielipiteemme on, että kortin ulkoasu on miellyttävä, herättää kiinnostusta tutustua tarkemmin. Värit on hyvät ja valittu fonttikoko helppolukuinen. Kuvat antavat kepeyttä vakavaan aiheeseen. Aihe on äideille tärkeä. Asiat on jaoteltu johdonmukaisesti, ja kysymykset otsikkoina herättävät myös omaa ajattelua. Vastauksia on riittävästi, mutta ei liikaa. Kortin sisältö on tarkoituksenmukainen. Kortti on mielestämme sopiva neuvolassa jaettavaksi, kiitos teille.” Pieksämäen terve-

yskeskuksen neuvolan terveydenhoitajien toiveita ja odotuksia on pyritty huomioimaan mahdollisimman hyvin opinnäytetyön toteutuksessa.

Opinnäytetyö on toteutettu yhdessä Pieksämäen terveyskeskuksen neuvolan kanssa ja opinnäytetyön tuotos on kortti (LIITE 3.) raskaana oleville äideille. Kortin laadinnassa on noudatettu potilasohjausmateriaalin teon periaatteita, se on selkeä ja yleiskieleltä ymmärrettävä. Kortilla pyritään oikaisemaan väärinkäsityksiä ja helpottamaan asian ymmärtämistä ja on tehty siihen muotoon, että äidin on siihen myös helppo palata myöhemmin. Kortti vastaa tiedontarpeeseen ja ulkoasu palvelee sisältöä. Ulkoasulla on symbolinen merkitys, jolla on tarkoitus lähestyä pehmeämmin vakavaa asiaa. Väri- en käytössä on pyritty hillittyyn ja neutraaliin sävyyn jolla ei ole tunneperäisiä vaikutuksia. Kortin laadinnassa on huomioitu kirjallisuus, opinnäytetyön ohjauksessa esille tulleet asiat, pariskunnilta kerätty palaute sekä työelämän yhteistyökumppanilta, Pieksämäen terveyskeskuksen neuvolasta saatu palaute.

9.2 Kirjallinen potilasohjausmateriaali

Tärkeintä potilasohjeessa on, että se on kirjoitettu juuri potilaalle tai hänen läheiselleen, ei siis toiselle terveydenhoitoalan ammattilaiselle. Tieto pitää olla tarjolla hänelle mahdollisimman yleiskielisesti ja selkeästi. Neuvoja noudatetaan parhaiten, kun niiden mukaan toimiminen ei haittaa tavallista elämää, ja mitä enemmän ponnisteluja tarvitaan, sitä tärkeämpää on perustella ohjeet potilaalle. Houkuttelevin perustelu perustuu potilaan omaan hyötyyn; miksi potilas tekisi jotain vain koska hoitohenkilökunta sitä suosittelee vaan siksi että potilas itse siitä hyötyy. (Hyvärinen 2005, 1769-1772.)

Pääotsikko kertoo mitä ohje käsittelee, väliotsikot taas auttavat hahmottamaan mistä teksti koostuu. Virkkeiden sekä lauseiden pitäisi olla kertalukemalla ymmärrettäviä, pääasia kerrotaan päälauseessa ja täydentävä asia sivulauseessa. Koska potilasohjeen lukija on tyypillisesti maallikko, tulee käyttää mahdollisuuksien mukaan yleiskieltä, turhat termit ja lyhenteet tekevät lukijalle tutunkin asian vieraaksi. Byrokraattisia ja kankean tieteellissävyisiä ilmauksia joiden tarkoitusta lukija joutuu arvailemaan, tulee välttää tekstissä, jos kuitenkin on mahdoton puhua ilman lääketieteen termejä, ne tulisi tekstissä selittää. Ohjeissa on myös muistettava noudattaa yleisiä oikeinkirjoitusnor-

meja, huolimattomasti tehty teksti sekä kirjoitusvirheet voivat herkästi herättää lukijan epäilykset myös ammattipätevyydestä. (Hyvärinen 2005, 1769–1772.)

Kirjallisilla potilasohjeilla pyritään välttämään ja oikaisemaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisäämään tietoa erilaisista palveluista. Potilasohjeen tulisi olla sellainen johon potilas voi helpommin palata myöhemmin. Potilasohjeen on vastattava tietyn potilasryhmän tiedon tarpeisiin, Hyvä potilasopas vastaa kysymyksiin mitä, milloin, miksi ja miten. Potilasohjeessa voi käyttää kuvia herättämään mielenkiintoa ja helpottamaan sisällön ymmärtämistä, mutta tällöin on muistettava jokaisen kuvan tekijänoikeusasiat. (Valta, 2011.)

Opinnäytetyössämme pyritään oikaisemaan väärinkäsityksiä äitimyytistä ja vähentämään häpeän tunteita hakea apua, sillä yritetään vähentää äitien ahdistuneisuutta ja kertoa erilaisista tuen tarjoajista. Opinnäytetyössämme kortti vastaa odottavien- ja vastasyntyneiden äitien tiedon tarpeeseen. Helpon käytettävyyden sekä sen että korttiin voi palata helposti myöhemmin mahdollistaa se, että kortti on neuvolakorttiin sopeva ja se jaetaan neuvolakäynnillä, jonka yhteydessä sen saa neuvolakortti-taskun väliin.

Hyvä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä ja hyvän ohjeen lähtökohta on taitto eli se miten kuvat sekä teksti on aseteltu. Hyvin taitettu ohje parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä sekä houkuttaa lukemaan. Ilmava taitto korostaa ohjeen rauhallista ilmettä, joten tyhjä tilaa ei tarvitse karttaa. On parempi vaihtoehto jättää ohje kuvittamatta kuin täyttää mitä tahansa kauniilta näyttäviä tilanjakajia, pahimmillaan täyteen sullottu ohje voi olla liian sekainen josta kukaan ei saa selvää. Värien käytössä on pyrittävä hillittyyn lopputulokseen, koska useilla väreillä on tunneperäisiä vaikutuksia sekä ihmiset reagoivat eri väreihin eri tavoin. Mustavalkoisia parempi huomioarvo on värillisillä ohjeilla. Paperin väriksi valitaan yleensä valkoinen tai vaalea, ja värien käyttäminen vangitsemaan huomiota onnistuu käyttämällä värejä korostamalla tärkeitä kohtia ja jättämällä muut alueet mustavalkoiksi. Paperi suositellaan olevan mattapintaista sen heijastamattomuuden vuoksi. Potilasohjeen kirjasintyypiksi valitaan sellainen kirjasin joka on helpoimmin luettavissa ja erottuu selvästi. Eniten käytettyjä ovat Arial ja Times New Roman. Leipätekstissä käytetään pienaakkosia ja otsikossa useimmin suurakkosia. Kursivoinnilla erotetaan suorat lainaukset. (Lipponen ym. 2006, 68.)

Jos halutaan sijoittaa samanvärisiä objekteja, tai halutaan niiden grafiikoiden näyttävän samalta, pitää varmistaa että taustaväri on johdonmukainen. Mikäli halutaan että teksti tai kuvat ovat helposti nähtävissä, tulee käyttää väriä jolla on riittävän suuri kontrastiero tekstin tai kuvan kanssa. Väriä tulisi käyttää ainoastaan silloin kun sitä tarvitaan palvelemaan erityisesti viestinnän tavoitteita, ja useita värejä tulisi käyttää ainoastaan silloin, kun ne vastaavat tiedon muuttujiin. Pehmeitä ja luonnollisia värejä tulisi käyttää suurimmassa osassa leipätekstistä, kun taas kirkkaita tai tummia värejä korostamaan sitä informaatiota joka tarvitsee eniten huomiota. Visuaalisia efektejä tulisi pyrkiä välttämään. (Few 2008, 2–4.)

10 POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Illusio hyvästä äidistä luo mielikuviimme helposti jaksavan, pystyvän sekä uhrautuvan äidin. Myös uudet trendit asettavat erilaisia vaatimuksia hyvään äitiyteen. Esimerkiksi ennen ei puhuttu käsitteestä ”laatuajaksi” vaan lapset kasvoivat perhe-elämän lomassa. Tänä päivänä esimerkiksi laatuajan katsotaan kuuluvan olennaisena osana hyvään vanhemmuuteen. Nykyaikana lasten kanssa tulisi harrastaa ja kuitenkin on hoidettava koti entisenlailla, sekä pärjättävä työelämässä sen asettamalla tavoilla. Nykyaikaisen vaatimusten mukaisesti vanhemmuus asettaa haastavimmat tavoitteet niin vapaaajalla kuin työelämässäkin. (Suurpalo 2007, 81.)

10.1 Eettisyys

Opinnäytetyön tekemisessä eettiset seikat ovat merkittäviä, mikäli näissä epäonnistutaan, se voi viedä pohjan koko työltä. Tieteellisen toiminnan väärinkäytökset voivat ilmentyä tulosten tekemisessä, väärentämisessä ja plagiointina. Eettiset haasteet koskevat koko prosessia suunnittelusta julkaisemiseen saakka. Lainsäädäntö on ensisijaisesti ohjaamassa tutkimusta suhteessa eettisiin ohjeisiin, laki määrittelee ehdot joiden puitteissa on toimittava. (Kylmä & Juvakka 2007, 137–139.)

Aiheen valinnassa tulee pohtia sen oikeutusta, tutkimukselle on aina löydettävä perustelut laajemmasta tietoperustasta. Tämän vuoksi aikaisempien tutkimusten analyysi ja synteesi on tärkeää. Tutkimusaiheen eettisen oikeutuksen pohdintaan kuuluu lisäksi myös tutkimusongelmien pohjana olevien arvojen pohtiminen ja tuotettavan tiedon

merkityksen arvioiminen. Tutkimuksesta tulisi myös olla hyötyä kanssaihmisille. Sensitiivisyys voi myös perustua osallistuvien ihmisten haavoittuvuuteen sekä tutkittavan ilmiön arkaluontoisuuteen. Tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti on aina suojeltava erityisesti sensitiivisiä tutkimukseen osallistujia. Itse tutkimuksen sensitiivisyys voi myös perustua aiheen tai ilmiön arkaluontoisuuteen, esimerkiksi emotionaalisesti herkkiin aiheisiin. Tutkimuksen sensitiivisyys täytyy tiedostaa sekä huomioida jo suunnitteluvaiheessa koska monet terveystutkimusten aihepiirit voidaan nähdä sensitiivisinä. (Kylmä & Juvakka 2007, 144–145.)

Otimme opinnäytetyön ensisijaiseksi lähteeksi Väestöliiton julkaiseman tutkimuksen vuodelta 2008, jossa käsitellään äitiyden kiellettyjä tunteita, sillä se on kansallinen ja varsin tuore julkaisu. Äidin kielletyt tunteet kirjasta löysimme perustelun ja pohjan opinnäytetyön aiheelle. Opinnäytetyöllä pyritään madaltamaan kynnyksiä hakea tukea sekä apua, ja sillä toivotaan olevan positiivista merkitystä terveydenhoitajan työlle äitien tukemiseksi. Tässä opinnäytetyössä käsiteltävä aihe on hyvin sensitiivinen ja siihen liittyy vahvoja tunteita, siksi sen teossa onkin otettu huomioon herkkä asiakasryhmä – odottavat äidit. Pohjautumalla enemmän teoretietoon ja tarjoten äideille anonyymisti tilaisuuden arvioida jo työversiota kortista, suojellaan herkkää asiakasryhmää.

Tutkimuseetiikan periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus sekä rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Eettiset kysymykset koskevat ihmisten henkilökohtaiseen elämänpiiriin ja kokemuksiin kajoamista, ja mitä arkaluontoisempi aihepiiri on, sitä enemmän tekijät joutuvat pohtimaan haitan välttämisen seikkoja. (Kylmä & Juvakka 2007, 147.)

10.2 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön idea sai alkunsa vuoden 2013 vaihteessa ja sen teko aloitettiin tammi-kuussa 2013. Aloittaessamme etsimään lähdekirjallisuutta ja –tietoutta teoriaosuuteen, oli haasteellista löytää tuoretta tutkittua tietoa äitien kielletyistä tunteista. Äitien omia kertomuksia kirjoina löytyi, mutta lähteet olivat melko vanhoja, 1970–90 luvuilta. Kartoitimme lähdemateriaalia kirjastoista ja useista tietokannoista. Aloitimme opinnäytetyön teoreettisen osuuden laatimisen perustuen Väestöliiton (2008) Äidin kielle-

tyt tunteet, Therapie-säätiön (2008) Raskausajan mahdollisuudet ja Haaralan (2006) Vauvan varjo –julkaisuihin, joista saimme hyvän yleiskatsauksen aihealueesta. Perahdyimme myös pro gradu –tutkielmiin, kuten Bärlundin tutkielmaan Äitiyden toinen tarina, joka käsittelee äitiyden kiellettyjä tunteita.

Opinnäytetyötä aloittaessa selvitimme työelämän yhteistyökumppaneita Jyväskylän, Mikkelin ja Pieksämäen alueelta, koska prosessin eteneminen näiden alueiden sisällä olisi sujuvaa asuin- ja koulutuspaikkakuntaamme nähden. Pieksämäen Terveyskeskuksen äitiysneuvola, kiinnostui aiheestamme ja sovimme tapaamisen neuvolaan yhteyshenkilöiden kanssa. Tapaamisessa kartoitettiin neuvolan tarpeet ja toiveet. Äitiysneuvolan kanssa tehtiin yhteistyötä suunnitelmallisesti yhteyttä pitäen ja aina tarpeen mukaan sovimme tapaamisia.

Äitiysvalmennuksesta saamamme palaute jäi mielestämme puutteelliseksi ja tuotetta päädyttiin testaamaan vielä internetin keskustelupalstoilla. Otimme yhteyttä Mannerheimin lastensuojeluliiton vanhempainnetin, Kaksplus-sivuston sekä Vauva-lehden keskustelupalstan ylläpitäjiin. Saimme vastauksen ainoastaan Mannerheimin lastensuojeluliiton vanhempainnetin ylläpidolta, joka esitti kielteisen vastauksen. Ajan rajallisuuden vuoksi kahdelta muulta palstalta vastaus jäi pyynnöistä huolimatta saamatta. Näin ollen analysoitava palaute kortista tuli ainoastaan neuvolan äitiysvalmennuksesta ja Pieksämäen terveyskeskuksen äitiysneuvolan yhteyshenkilöiltä.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneitä kortteja voidaan hyödyntää Pieksämäen terveyskeskuksen neuvolassa terveydenhoitajan työn apuvälineenä. Terveydenhoitajien on määrä jakaa kortti tietyn neuvolakäynnin yhteydessä äideille loppuraskauden aikana.

10.3 Ammatillinen kasvu ja oma oppimisprosessi

Ammatillinen kasvu on jatkuva prosessi, joka kehittää yksilön valmiuksia ja ammatillisia ominaisuuksia. Ammatilliseen kasvuun sisältyy ammatti-identiteetin syntyminen ja ammattietiikan omaksuminen. Ammatillisen kasvun näkökulmasta aihe oli mielenkiintoinen mutta haastava. Meillä oli jonkin verran tietopohjaa aiheeseen, joka perustui aikaisempaan opittuun tietoon ja kokemuksiin. Kynnyksen madaltaminen erilaisista äidin tunteista ja mielialoista puhumiseen on edelleen haasteellista. Tuen merkitys äidille on tärkeää ja tukimuotojen mahdollisuudet korostuvat. Olemme tarkastelleet aihetta mahdollisimman laajasti käyttäen monipuolisesti lähdemateriaalia. Opinnäyte-

työmme oli projektiluontoinen, josta oppimisprosessina opimme projektin etenemisestä, sen työstämisestä, tavoitteellisuudesta ja aikataulun noudattamisesta. Projekti on prosessi, joka on kertaluontoinen ja sillä on selvä päämäärä, sekä suunnitelma jota noudatetaan. Työssämme prosessin vaiheet toteutuivat mielestämme hyvin.

Tuotekehitysprosessista opimme myös uutta tietoa; siinä on tarkoitus luoda uutta tai parannuksia jo olemassa oleviin tuotoksiin. Tuotekehitysprosessi alkaa ideoinnista, rajauksesta ja luonnosteluvaiheesta. Ideointivaiheessa oli vielä epävarmaa millainen lopputuotoksen ulkoasu tulee olemaan. Rajauksen ja yhteisen ideoinnin myötä päädyttiin korttimuotoiseen oppaaseen. Luonnos kortista saatiin valmiiksi suunnitellusti. Viimeistelyvaiheeseen kerättiin palautetta äitiysvalmennuksessa sekä neuvolasta. Näiden perusteella luotiin lopullinen tuotos. Jokainen vaihe tuotekehitysprosessista toteutui mielestämme suunnitellusti.

Opinnäytetyön oppimisprosessi oli hyvin mielenkiintoinen sekä opettavainen. Koemme, että olemme onnistuneet toteuttamaan opinnäytetyön hyvin projektin luonteen mukaisesti ja päässeet sille asetettuihin tavoitteisiin. Neuvolasta saadun palautteen myötä, voimme todeta että tuotos pääsi myös sille asetettuihin tavoitteisiin ja oli tarkoituksenmukainen. Opinnäytetyö eteni suunnitelmien mukaisesti aikataulussa ja koimme sen sujuvaksi. Koemme että tämä projekti antaa meille valmiuksia työelämään kuten työskentelyyn äitien parissa sekä mahdollisia jatko-opintoja varten.

Näemme myös kehitettäviä piirteitä omassa toiminnassamme. Aiheeseen soveltuvan tutkitun tiedon etsiminen tuotti aika ajoin hankaluuksia, joten koemme että tiedonhaussa on kehitettävää. Meitä mietitytti myös aika ajoin se, onnistummeko luomaan työelämän vaatimukset täyttävän tuotoksen, ja pystymmekö vastaamaan itsellemme asetettuihin tavoitteisiin. Jatkossa kiinnittäisimme heti suunnitelman laadinnassa enemmän huomiota esimerkiksi aiheen rajaamiseen ennen teorian tiedon keräämistä. Sisällysluettelon ja etenemisjärjestyksen loogisuudessa koemme olevan kehitettävää tulevaisuudessa.

10.4 Kehittämisehdotukset

Hyvän lapsuuden edistämistyö ei uskoaksemme lopu koskaan, ja äitiä tuettaessa luodaan myös perustaa turvalliselle lapsuudelle. Äitien tukeminen lapsiperhearjessa edistää koko perheen hyvinvointia ja ennaltaehkäisee vakavampia ongelmia. Tästä syystä kehittämisasihteita on omasta mielestämme runsaasti. Tällaisia voisi esimerkiksi olla jonkin työmme sisältämän aihealueen rajaaminen pienempiin kokonaisuuksiin ja alueen tarkasteleminen laajemmin. Punnitsimme myös alussa kortille erilaisia vaihtoehtoja, kuten posterit tai flyerit, myös kortin sisältö piti harkita tarkoin koon asettamien rajoitusten mukaisesti, sisällöllekin olisi löytynyt monia vaihtoehtoja. Perehtyminen isyyden haasteisiin ja kokemuksiin elämänmuutoksessa, jonka lapsen syntyminen perheeseen tuo, antaisi myös erilaisen ja mielenkiintoisen näkökulman tutkimuskysymykseksi. Oma tutkimuskysymyksensä olisi myös se, kuinka äidin mieli ja sen tuottamat ilmiöt kiintymyssuhteen muodostumisessa vaikuttavat lapseen tämän kasvaessa.

Työelämän yhteistyökumppanin Pieksämäen Terveyskeskuksen neuvolan terveydenhoitajien kanssa keskustellessa pohdimme mahdollisia kehitysideoita. Esille nousi esimerkiksi laajempi opas, posterit tai kansio. Tulevaisuudessa opaskortista voisi toteuttaa laajemman version ja lähteä syvemmin tutkimaan aihetta sekä laatia myös posterit. Tietääksemme myös monissa muissa Etelä-Savon neuvoloissa olisi tarvetta vastaavalaaiselle työlle ja työvälineellä jonka avulla terveydenhoitaja voi tukea äitien henkistä hyvinvointia ja jaksamista.

LÄHTEET

- Armanto, Annukka, Koistinen, Paula 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Brodén Margareta 2008. Raskausajan mahdollisuudet. Therapie-säätiö, Helsinki; Gummerus.
- Eerola, Kaija 2000. Synnytyksen jälkeinen psykoosi. WWW-dokumentti. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Ei päivitystietoa. Luettu 3.5.2013.
- Eskola, Kaarina, Hytönen Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Few, Stephen, 2008. Practical rules for using color in charts. Perceptual Edge. Visual Business intelligence newsletter.
- Haarala, Piia 2006. Vauvan varjo. Kokemuksia synnytyksenjälkeisestä masennuksesta. Helsinki; Kirjapaja Oy.
- Hausbrandt, Leena, Tavi, Varpu 2007. Nainen parasta vuosikertaa. Hämeenlinna; Karisto Oy.
- Huttunen Matti, psykiatrian erikoislääkäri 31.10.2012. Tietoa potilaalle: synnytyksen jälkeinen masennus. WWW-dokumentti. Lääkärikirja Duodecim. Ei päivitystietoa. Luettu 25.1.2013.
- Huttunen Matti, psykiatrian erikoislääkäri; 5.11.2011. Tietoa potilaalle: Lapsivuodepsykoosi. WWW-dokumentti. Lääkärikirja Duodecim. Ei päivitystietoa. Luettu 25.1.2013.
- Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. WWW-dokumentti. Lääkärilehti Duodecim. Ei päivitystietoa. Luettu 3.5.2013.
- Hyvärinen, S. 2008. Selviytyjät. Teoksessa Janhunen, K. & Oulasmaa, M. Äidin kielletyt tunteet. Väestöliitto. Nykypaino Oy.
- Janhunen, Kristiina 2007. Äitiyden kielletyt tunteet. Pari & Perhe Väestöliitto 4/2007.
- Janhunen, Kristiina, Oulasmaa, Minna 2008. Väestöliitto. Äidin kielletyt tunteet. Nykypaino Oy.
- Juusola, Mervi 2009. Äidin voimakirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Kajan, Maija 2010. Sukellus kuumaan aaltoon. Naisen vaihdevuodet, terveys ja hormonit. Minerva Kustannus Oy. Juva: WS Bookwell.
- Kylmä, Jari, Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy: Helsinki.

- Lipponen, Kaija, Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu.
- Mustonen, Tiina-Katriina 2009. Terveystenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa. Tampereen yliopisto. Pro-Gradu tutkielma.
- Paananen, Ulla Kristiina, Pietiläinen, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija, Väyrynen, Pirjo, Äimälä, Anna-Mari 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita.
- Perheentupa Antti 11.2.2011. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt. WWW-dokumentti. Lääkärikirja Duodecim. Ei päivitystietoa. Luettu 25.1.2013.
- Pieksämäen seurakunta. WWW-dokumentti. Tukea vanhemmuuteen ja parisuhteeseen. Ei päivitystietoa. Luettu 7.7.2013.
- Punnonen, Reijo 2004. Estrogeeniä koko elämä. Miten sukuhormoni vaikuttavat elimistössä ja ympäristössä. Helsinki: WSOY.
- Rautaparta, Malla 2010. Raskaus, synnytys, äitiys. Äidiksi omaa kehoa kuunnellen. Porvoo: WSOY.
- Reenkola, Elina 2008. Nainen ja viha – aggressio voimavaraksi. Hämeenlinna: Minerva.
- Reenkola, Elina 2012. Äidin valta ja voima. Juva: Bookwell Oy.
- Saure, Arto 2002. Nainen ja hormonit. Ajanmukaista käytännön tietoa naisen hormonitoiminnasta eri ikäkausina. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Sévon, Eija 2009. Maternal Responsibility and Changing Relationality at the Beginning of Motherhood. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 365. University of Jyväskylä. Jyväskylä University Printing House.
- Siltala, Pirkko 2006. Nainen ja masennus. Kirjapaja: Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, opas työntekijöille. Helsinki.
- Suurpalo, Satu 2007. Huono äiti? Äitiys lapsensa huostaanoton kokeneiden äitien sanoittamana. Joensuun yliopisto. Pro-gradu tutkielma.
- Tammentie, Tarja 2009. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Meille tulee vauva. Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. Helsinki: Erikoispaino Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaalotain 2010-2011. WWW-dokumentti. Suomen virallinen tilasto.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2013. Neuvolatyön tukena käytettäviä lomakkeita. WWW-dokumentti. Ei päivitystietoa. Luettu 21.10.2013.

Tiitinen, Aila 18.9.2012a. Synnytyspelko. WWW-dokumentti. Lääkärikirja Duodecim. Ei päivitystietoa. Luettu 10.9.2013.

Tiitinen, Aila 21.9.2012b. Äitiysneuvolaseuranta. WWW-dokumentti. Lääkärikirja Duodecim. Ei päivitystietoa. Luettu 10.9.2013.

Tilastokeskus 2012, Väestö- ja kuolemansyytilastot. WWW-dokumentti. Päivitetty 12.4.2013. Luettu 21.10.2013.

Toffol, Elina 2013. Mental health and reproductive health in women. University of Helsinki, Finland. Academic dissertation.

Valta, Maija. Voimavaraistava potilasohjaus – kirjalliset potilasohjeet. Luento 17.10.2011. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Vilén, Marika, Vihunen, Riitta, Vartiainen, Jari, Sivén, Tuula, Neuvonen, Sohvi, Kurvinen, Auli 2011. Lapsuus. Erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY.

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

Liite 1. (1)

TAULUKKO 2. Kirjallisuuden hyödyntäminen opinnäytetyön tuotoksen teossa.

Tekijä, vuosiluku. Teos.	Aihe	Tieto
Saure, 2002. Nainen ja hormonit.	Hormonien vaikutus mielialaan	Estrogeeni, progesteroni eli keltarauhashormoni, oksitosiini ja serotoniini vaikuttavat sekä positiivisesti että negatiivisesti säädellen äidin mielialaa.
Armanto, Koistinen 2007. Neuvolatyön käsikirja.	Synnytyksen jälkeinen posttraumaattinen stressireaktio	Synnytyksen jälkeinen posttraumaattinen stressireaktio liittyy yleensä vaikeaan synnytyskokemukseen. Tällöin äiti voi painaa traumaattisen synnytyskokemukseen pois tietoisuudestaan, kunnes se myöhemmin aktivoituu voimakkaana ahdistuksena tai seuraavassa raskaudessa synnytyspelkona.
Väestöliitto, 2008. Äidin kielletyt tunteet.	Yhteisön suhde äidin rakkauteen	Äitiyteen liittyy tunne- ja ilmaissääntöjä. Äidin rakkauteen suhtaudutaan usein itsestäänselvyyttenä, ja äitien tosiasiallisiin kokemuksiin, myös niihin negatiivisiin, on alettu kiinnittää huomiota tiedemaailmassakin vasta viime aikoina.
Väestöliitto, 2008. Äidin kielletyt tunteet.	Äidin henkilökohtaiset kokemukset	Äidin kokemuksiin sekä tunteisiin vaikuttaa asiat, joihin hän ei pysty itse vaikuttamaan.
Väestöliitto, 2008. Äidin kielletyt tunteet.	Äitimyytti	Vanhanaikaisia käsityksiä äitiydestä pidetään edelleen yllä, epärealistiset tavoitteet äitiydestä voivat aiheuttaa turhautumista ja itsesyytöksiä silloin, kun äiti ei ylläkään itselleen asettamiinsa tavoitteisiin.
Perheentupa, 2011. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt.	Synnytyksen jälkeinen herkistyminen	Synnytyksen jälkeistä herkistymistä, niin kutsuttua baby bluesia esiintyy jopa 80 prosentilla naisista. Oireina voi olla itkuisuus, mielialan vaihtelut, päänsärky, ärtyneisyys, ruokahaluttomuus sekä unihäiriöt ja ne ovat voimakkaimmillaan 3-5 päivää synnytyksen jälkeen.

Liite 1. (2)

Tekijä, vuosiluku. Teos.	Aihe	Tieto
Huttunen, Duodecim, 2012. Tietoa potilaalle: Synnytyksen jälkeinen masennus.	Synnytyksen jälkeinen masennus	Länsimaissa erityisesti pienten lasten äideillä masennus on tavallinen häiriötekijä. Synnytyksen jälkeisen masennustilan kulku vaihtelee muiden masennustilojen tapaan, sen oireet lievittyvät usein itsestään 2–6 kuukauden kuluessa. Osa synnytyksen jälkeisistä masennustiloista jää vaille hoitoa, osasyynä tähän on äitien vaikeus hakea apua kokiessaan syyllisyyttä tai häpeää.
Huttunen, Duodecim, 2012. Tietoa potilaalle: Synnytyksen jälkeinen masennus.	Lapsivuodepsykoosi	Vajaalle prosentille äideistä kehittyy synnytyksen jälkeinen lapsivuodepsykoosi. Lapsivuodepsykoosi alkaa ensimmäisten viikkojen aikana ja joskus tilaan liittyy erilaisia aistinharhoja ja harhaluuloja. Suurin osa äideistä toipuu lapsivuodepsykoosista hyvin ja kykenee toimimaan aivan normaalisti äitinä.

Liite 2.

Opinnäytetyö 2013

Noora Saarman-Kimonen

Katja Turpeinen

Mikkelin ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, Terveystenhoitaja

ÄIDIN MIELI –kortti

Pyydämme Teitä arvioimaan Äidin mieli – korttia nimettömänä. Tietoja käytetään opinnäytetyömme Äidin mieli – kortin loppuunsaattamisessa yhteistyössä Pieksämäen terveyskeskuksen neuvolan kanssa. Arvioikaa korttia kysymysten mukaan asteikolla 1-3 ympäröimällä Teille sopiva vaihtoehto.

	eri mieltä	samaa mieltä	en osaa sanoa
Kortti on selkeä.	1	2	3
Kortin sisältö on tarkoituksenmukainen.	1	2	3
Kortti on ymmärrettävä.	1	2	3
Kortti vastaa äitien tiedon tarvetta.	1	2	3
Kortti on miellyttävä ulkoasultaan.	1	2	3
Suosittelisin korttia myös muille äideille.	1	2	3

Kirjoita tähän vapaasti parannusehdotuksia:


Kiitos vaivannäöstä!

Äidin mieli

Synnytyksen jälkeen äidin mieliala ja tunteet vaihtelevat herkästi.

1. Mitkä tuntemukset ovat tavallisia synnytyksen jälkeen?

- onni
- itkuisuus
- mielialan vaihtelut
- ärtyneisyys
- alakulo
- suru



2. Millaisia ns. kielteisiä tuntemuksia voi olla synnytyksen jälkeen?

- turhautuminen
- itsesyytökset
- viha
- epärealistiset tavoitteet ja odotukset äitiydestä

3. Mistä äidin ns. kielletyt tuntemukset syntyvät?

- omista tai yhteisön asettamista tavoitteista, jonka mukaan pienen lapsen äiti on aina onnellinen
- äitimyytti pitää äidinrakkautta itsestään selvänä

Kortin 2. puoli:

Tunteet kuuluvat äitiyteen kuten myönteisetkin tunteet.

4. Milloin on syytä keskustella asiantuntijan kanssa?

- negatiivisten tuntemuksien pitkittyessä
- itsetuhoisten ajatusten ilmetessä
- unettomuuden lisääntyessä
- parisuhdeongelmissa
- jatkuvan yksinäisyyden tunteen vallitessa
- ruokahalun muutoksissa
- epätodellisen olon ja pelkotilojen jatkuessa



5. Mistä saa apua?

- Neuvolan terveydenhoitaja
- Neuvolan perhetyöntekijä
- Neuvolalääkäri
- Perheneuvola
- Psykiatrian poliklinikka
- Mannerheimin lastensuojeluliitto
- Äimä Ry - Äidit irti synnytysmasennuksesta
- Suomen Mielenterveysseura
- Mielenterveyden keskusliitto
- Mieli Maasta RY
- Seurakunnan diakoniatyö
- Kirkon perheasiainneuvottelukeskukset

