



LAUREA

Terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoitoon ohjauksesta



Laitila, Elina

Seppänen, Tiina

Sohlman Hanna

2009 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu

Laurea Porvoo

Terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoitoon ohjauksesta

Elina Laitila

Tiina Seppänen

Hanna Sohlman

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Marraskuu, 2009

Porvoo
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitaja

Elina Laitila, Tiina Seppänen & Hanna Sohlman

Terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoitoon ohjauksesta

Vuosi 2009

Sivumäärä 42

Suomessa sairastuu vuosittain noin 10 % äideistä synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Äidin masennus vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin sekä lapsen kehitykseen. Neuvolan tehtävänä on edistää perheen hyvinvointia, ennaltaehkäistä masennuksen syntymistä sekä ohjata äiti tarvittaessa jatkohoitoon, mikäli masennus puhkeaa.

Opinnäytetyössä tutkittiin, miten hyvin neuvoloiden terveydenhoitajat kokivat tunnistavansa masentuneen äidin ja miten hoitoon ohjaaminen Helsingissä toimii. Tutkimustehtävänä oli selvittää miten Helsingin terveysasemien terveydenhoitajat kokevat oman ammattitaitonsa riittävän masentuneen äidin hoidon tarpeen arvioinnissa? Miten terveydenhoitajat kokevat ammattitaitonsa riittävän synnytyksen jälkeen masentuneen äidin hoitoon ohjauksessa ja tukemisessa? Miten helpoksi tai vaikeaksi terveydenhoitajat kokevat synnytyksen jälkeisen masennuksen oireiden tunnistamisen? sekä Millaista lisäkoulutusta terveydenhoitajat toivoisivat synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitoon liittyen?

Tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Kyselyyn suoritimme kymmenkohtaisella lomakkeella. Tutkimustamme varten lähetimme kyselylomakkeet viidelle eri helsinkiläiselle terveysasemalle 34:lle äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajalle. Aineiston analysoimme käyttäen laadullista sisällönanalyysia.

Tulosten perusteella enemmistö terveydenhoitajista koki ammattitaitonsa riittävän masentuneen äidin tunnistamiseen. Jatkohoitoon ohjaaminen ja hoitopolun toteutuminen koettiin hankalaksi resurssipulan vuoksi. Hoitajat kokivat, ettei Helsingin kaupungilla ole tarpeeksi aikoja psykiatriseen hoitoon, jota masentuneet äidit tarvitsisivat. Neuvolan terveydenhoitajat toivoivat lisäkoulutusta masentuneen äidin tunnistamiseen ja hoitoon.

Elina Laitila, Tiina Seppänen & Hanna Sohlman

Public health nurses' experiences on identifying postpartum depression and counselling

Year 2009 Pages 42

In Finland annually approximately 10 % of mothers develop postpartum depression after giving birth. Mother's depression does not only affect mother herself, but also the welfare of the whole family and children's growth. One of the main tasks of the clinic is to advance the welfare of the family, prevent postpartum depression and also counsel the mother to follow-up care if needed.

The aim of this study was to describe how well the public health nurses identify depressed mother and how does the counselling work in the city of Helsinki. The research task was to find out how public health nurses in Helsinki identify their professional skills in evaluation of depressed mother, how public health nurses identify their professional skills in depressed mothers care under the guidance and support, how easy or difficult for nurses is to recognise symptoms of depressed mother and what kind of additional training would be welcomed by public health nurses of depression after giving birth related to the management.

As a research method in this study we used qualitative research. We made questionnaire with ten questions form. For the study we interviewed 34 public health nurses from five different clinics in Helsinki. We analysed the questions by using qualitative content analyse.

The results of the study showed that majority of the public health nurses experienced their professional skills adequate in identifying depressed mother. Because of the lack of the resources the counselling to follow-up care and achievement of the treatment path was experienced difficult. The public health nurses experienced that the city of Helsinki doesn't have enough resources in psychiatric care. By the results of the study public health nurses wished for more education as lectures and newest information in postpartum depression for themselves.

Keywords: postpartum depression, identification, EPDS- scale (Edinburgh Postnatal Depression Scale), treatment path

SISÄLLYS

Johdanto.....	6
1 Katsaus aiempiin synnytyksen jälkeistä masennusta käsitteleviin tutkimuksiin	8
2 Masennus	9
3 Synnytyksen jälkeinen masennus.....	11
3.1 Synnytyksen jälkeisen masennuksen psyykkiset muutokset	11
3.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet.....	14
3.3 Riskitekijät ja aiemmat mielenterveysongelmat	15
3.4 Terveydenhoitaja synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistajana.....	17
4 Synnytyksen jälkeisen masennuksen ennaltaehkäisy ja hoito.....	20
4.1 Terveydenhoitaja masentuneen äidin tukena.....	21
4.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen ennaltaehkäisy	23
4.3 Synnytyksen jälkeisen masennuksen lääkkeellinen hoito	23
5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	24
6 Opinnäytetyön toteutus.....	25
6.1 Kohdejoukko	25
6.2 Aineiston keruu ja analyysi	26
7 Tutkimuksen tulokset	28
8 Pohdinta ja johtopäätökset	30
8.1 Tulosten luotettavuus ja eettisyys.....	31
8.2 Oma oppimisprosessi	33
Liitteet.....	37
Saatekirje terveydenhoitajille.....	38
Kyselylomake terveydenhoitajille.....	39
EPDS- lomake	41

Johdanto

Naisen fyysisessä tilassa, tunteissa, elämäntyyliässä ja suhteissa muihin ihmisiin tapahtuu merkittäviä muutoksia raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Lapsen syntymää seuraavan vuoden aikana naisella on suurempi mahdollisuus kohdata psyykkisiä ongelmia kuin missään muussa elämänvaiheessa. Mielenterveyden häiriöt raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen jaetaan kolmeen osa-alueeseen: synnytyksen jälkeinen herkistyminen, synnytyksen jälkeinen masennus sekä synnytyksen jälkeiseen psykoosiin. (Hertzberg 2000, 1491-1497.) Tämä opinnäytetyö keskittyy synnytyksen jälkeiseen masennukseen.

Synnytyksen jälkeinen masennus on melko yleistä ja sen tunnusomaisena piirteenä on, että se kestää kuukausia (www.stm.fi). Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet ovat melko samankaltaiset kuin muissakin elämänvaiheissa esiintyvissä masennuksissa. Oireet ilmaantuvat useimmiten itkuisuutena, alakuloisuutena, väsymyksenä, nukahtamisvaikeutena, riittämättömyyden tunteina sekä sopeutumiskyvyn puutteena erityisesti suhteessa lapseen neljä- kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen. Muihin masennuksiin verrattuna itsemurha-ajatuksia esiintyy vähemmän synnytyksen jälkeisessä masennuksessa. Synnytyksen jälkeisellä masennuksella voi olla pitkäkestoisia seurauksia tulevan lapsen ja koko perheen hyvinvoinnin kannalta. (Ylilehto 2005, 28.)

Esiintyvyys synnytyksen jälkeisessä masennuksessa on sama kuin muussakin masennuksessa. Sairastumisalttius synnytyksen jälkeisessä masennuksessa on kolmena synnytystä seuraavana kuukautena korostunut seuraavaan yhdeksän kuukauden jaksoon verrattuna. Synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuu noin 10 % äideistä, kun taas synnytyksen jälkeistä herkistymistä potee jopa 50- 85 % äideistä. Vakavimpaan oireeseen, lapsivuodepsykoosiin sairastuvia äitejä on prosentuaalisesti vähiten. (Hertzberg 2000, 1493- 1494.)

Synnytyksen jälkeinen masennus varjostaa äidin oman elämän lisäksi vauvan, perheen ja koko lähipiirin elämää. Ongelman yleisyys on alettu vasta ymmärtämään viime vuosien aikana ja siihen liittyvä hädän ja kärsimyksen laajuus. Sen myötä on ryhdytty kehittämään käytäntöjä, joilla masentumisen riski voidaan ennakoida, masennus tunnistaa, masennuksen syitä ja vaikutuksia selvittää sekä itse masennusta ehkäistä ja hoitaa. Avainasemassa on terveydenhoitaja ja hoitoketjun alkupään sijoittuessa neuvolaan. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316.)

Viime aikoina mediassa paljon keskustelua herättänyt mielenterveysongelmien kasvu ja riittämätön hoitoon pääsy herätti kiinnostuksemme aiheita kohtaan. Suorittaessamme syventävää neuvolaharjoittelua, kävimme keskusteluja terveydenhoitajien kanssa kyseisestä aiheesta terveysasemalla. Keskusteluissa nousivat esille, etteivät jotkut terveydenhoitaja koe olevansa tarpeeksi ammatillisesti päteviä hoitamaan synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiviä äitejä. Lisäksi masentuneen äidin hoitopolku ja hoitopolun toteutuminen Helsingissä herättivät mielenkiintomme. Näiden keskustelujen pohjalta syntyi opinnäytetyömme aihe. Tavoit-

teena opinnäytetyössämme on saada vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Miten Helsingin terveysasemien terveydenhoitajat kokevat oman ammattitaitonsa riittävän masentuneen äidin hoidon tarpeen arvioinnissa? Miten terveydenhoitajat kokevat ammattitaitonsa riittävän synnytyksen jälkeen masentuneen äidin hoitoon ohjauksessa ja tukemisessa? Miten helpoksi tai vaikeaksi terveydenhoitajat kokevat synnytyksen jälkeisen masennuksen oireiden tunnistamisen? Millaista lisäkoulutusta terveydenhoitajat toivovat aiheeseen liittyen? Lisäksi tavoitteenamme on tämän työn kautta pyrkiä vaikuttamaan jatkossa tapahtuvaan masennuksen tunnistamiseen ja oikeanlaisen avun antamiseen.

Tässä työssä kuvaamme taustatietoa työstämme sekä keskeisistä käsitteistä tutkimuksemme kannalta. Tulokset osoittivat, etteivät kaikki terveydenhoitajat tienneet hoitopolusta Helsingissä, mutta monet terveydenhoitajista kokivat ammattitaitonsa riittävän synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan äidin tunnistamiseen. Tuloksista ilmeni myös, että terveydenhoitajat kaipaavat alan uusinta tietoa työnsä avuksi.

1 Katsaus aiempiin synnytyksen jälkeistä masennusta käsitteleviin tutkimuksiin

Tiina-Katariina Mustosen (2009) tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jolla voidaan kehittää masentuneiden äitien tunnistamista ja hoitoa neuvoloissa. Mustonen tutki perusterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Mustosen tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat tunnistivat äitien masennuksen olemuksen ja mielialan muutoksista, väsymyksestä ja univaikeuksista sekä äidin ja lapsen välisestä vuorovaikutuksesta ja siinä ilmenevistä häiriöistä. Masennuksen tunnistamiseen vaikutti myös terveydenhoitajan omat vuorovaikutus- ja havainnointitaidot. Terveydenhoitajat käyttivät EPDS -mielialalomaketta säännöllisesti. Tutkimusten tuloksissa masentuneiden äitien kohtaaminen edellytti suunnitelmallisia tapaamisia, äidin ja perheen tukemista sekä terveydenhoitajien ammatillista osaamista ja monipuolista yhteistyötä. Mustosen tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa neuvoloissa, ammatillisen täydennyskoulutuksen suunnittelussa sekä terveydenhoitajien koulutuksessa. (Mustonen 2009.)

Tuula Tamminen (1990) tutki äidin masennuksen vaikutuksia imetykseen ja varhaiseen vuorovaikutukseen. Tutkimusaineisto muodostui 279 ensisynnyttäjistä Tampereen äitiysneuvoloista. Tutkimustuloksissa selvisi, että masentuneet äidit imettivät selvästi lyhyemmän aikaa kuin ei-masentuneet äidit. Masentuneilla äideillä esiintyi imetyksessä enemmän ongelmia ja negatiivisia kokemuksia sekä he kokivat erityisen vaikeaksi lapsen viestien ja tarpeiden ymmärtämisen. Masentuneet äidit olivat vähemmän vastavuoroisessa kontaktissa lapsen kanssa. Tamminen kertoo tuloksissaan myös, että lisätutkimusten tarve on ilmeinen. (Tamminen 1990.) Äidin masennuksen tunnistaminen ja tarvittavan hoidon ja avun mahdollistaminen on tärkeää. (Mustonen 2009)

Hannele Ylilehdon (2005) tutkimuksessa ” Synnytyksen jälkeinen masennus - salpautunut ilo” käsiteltiin lapsen syntymän jälkeistä aikaa perheen arkielämässä. Tutkimukseen osallistui 558 äitiä ennen synnytystä ja 487 äitiä synnytyksen jälkeen. Äidit olivat ensisynnyttäjiä Oulun kaupungin alueelta ja heillä oli laskettuaikana 1.2.1992- 31.1.1993. Tutkimuksessa Ylilehto (2005) arvioi kvantitatiivisesti äitien mielialaa käyttäen EPDS-kyselyä odotusaikana ja synnytyksen jälkeen. Parisuhdetta Ylilehto (2005) tutki käyttäen osaa Spanierin (1976) kehittämästä kyselystä (Dyadic Adjustment Scale, DAS) sekä osaa Bienvenun aviopuolisoitten vuorovaikutuskyselystä, joista hän muodosti parisuhdekyselyn. (Ylilehto 2005, 5.)

Ylilehto (2005) havaitsi tutkimuksessaan, että huonoksi koettu parisuhde lisäsi riskiä masentuneisuuden kehittymiselle odotusaikana 4,7-kertaisesti ja synnytyksen jälkeen 5,5-kertaisesti. Haastateltavat jaettiin EPDS- lomakkeen pisteiden mukaan kolmeen ryhmään: EPDS \leq 5 pistettä, EPDS \geq 13 pistettä sekä kolmantena ryhmänä ”muut”. Tutkimukseen vastanneista 10, 4 % raskaana olleista sai pistemääräksi yli 13 ja synnytyksen jälkeen prosenttilu-

ku oli 8,3. Monet yli 13 pistettä saneet äidit kokivat kärsineensä ohimenevästä alakuloisuudesta tai heillä oli parisuhdeongelmia. Tärkeimpänä tukena toipumisprosessissa he pitivät puolison tukea. (Ylilehto 2005, 5.)

2 Masennus

Erkki Isometsän mukaan ”depressio on kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyden häiriö, yksi yleisimpiä kansanterveysongelmia kaikki sairaudet mukaan lukien.” Depressioon liittyviä käsitteitä, varsinkin sana masennus, käytetään monissa eri merkityksissä, minkä vuoksi on aina tärkeää selvittää, mitä käsitteillä kussakin asiayhteydessä tarkoitetaan. Sanalla masennus voidaan tarkoittaa masentunutta tunnetilaa, depressiivistä affektia. Hetkellinen masennuksen tunne on normaali tunne-elämään liittyvä reaktio tai se voi liittyä erilaisiin pettymyksen tai menetyksen kokemuksiin. Vastaava tunnetila motivoi pyrkimyksiä ratkaista ongelmia, luopumista toivottomilta vaikuttavilta pyrkimyksistä sekä psykologista irrottautumista menetetyistä kiintymyksen, ihailun tai samaistumisen kohteesta. Masentuneella mielialalla tarkoitetaan masentuneen tunnevireen muuttumista pysyvämmäksi, mikä voi kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. Jos masentuneen mielialan ohella esiintyy myös muita siihen liittyviä oireita, puhutaan masennusoireyhtymistä. Masennustilat eli depressiot ovat oireyhtymiä. Toisin kuin ohi menevä masennuksen tunne tai pelkkä masentunut mieliala, masennusoireyhtymät ovat mielenterveyden häiriöitä. Masennusoireyhtymät luokitellaan mielialahäiriöiden alaryhmäksi. Tavallisten, yksisuuntaisten eli unipolaaristen, masennusoireyhtymien ohella toisen mielialahäiriöiden ryhmän muodostavat kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 157.)

Isometsän (2007) mukaan tärkeimpiä luokittelun perusteita mielialahäiriöissä ovat oireiden laatu, vaikeusaste ja kesto. Keskeisin diagnostinen peruste on maanisten tai hypomaanisten oireiden esiintyminen, mikä erottaa kaksisuuntaisen eli bipolaarisen mielialahäiriön tavallisista eli unipolaarisista masennustiloista. Tavalliset masennusoireyhtymät erotellaan oireiden yleisen vaikeusasteen perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin. Masennustiloihin liittyy paljon niille tyypillisiä oireita, kuten:

1. Masentunut mieliala. Tunnevire on suurimmaksi osaksi syvästi alakuloinen ja masentunut. Lievemmissä tapauksissa huomion kohdistuminen muihin asioihin, sosiaalinen vuorovaikutus, toiminta tai aktiivinen pyrkimys poistaa masentunut tunnevire tietoisuudesta voivat hetkellisesti syrjäyttää masentuneen mielialan. Mitä syvemmin mieliala on masentunut, sitä pysyvämpi jatkuva masennuksen tila on ja sitä toimintakyvyttömämpi henkilö on kohdistamaan huomiotaan muualla.
2. Mielihyvän menetys. Kyky saada tyydytystä tai kokea mielihyvää asioista ovat hävinneet. Lievemmissä tapauksissa mielihyvän kokemukset ovat lieventyneet, vaikeammassa tapauksissa

mielihyvä on kadonnut täydellisesti. Oire ilmenee jatkuvasti päivästä toiseen ja esiintyy suurimpaan osan aikaa.

3. Uupumus. Potilas kokee olevansa jatkuvasti väsynyt. Pientenkin tekojen tekeminen, lievä fyysinen ponnistus tai vähäinen psyykkinen aktiivisuus tuntuu raskaalta. Väsymys voimistuu pienenkin ponnistelujen jälkeen.
4. Itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys. Luottamus omaan kykyyn selviytyä elämässään on alentunut ja potilas on menettänyt arvonsa omissa silmissään. Lievemmissä tapauksissa itseluottamus ja itsearvostus ovat alentuneet. Vaikeimmissa tapauksissa potilas voi kokea itsensä täydellisesti epäonnistuneeksi ja kyvyttömäksi.
5. Kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne. Ajatukset keskittyvät oman persoonan ja tekojen kritiikkiin ja väheksymiseen. Lievemmissä tapauksissa itsekritiikki ja syyllisyys ovat vain korostuneita. Masennuksen äärimmäisissä muodoissa syyllisyys on usein harha-luulon asteista ja luonteeltaan psykoottista.
6. Toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös. Ajatukset kohdistuvat vahvasti kuolemaan ja muihin pessimistisiin teemoihin. Ajatuksissa on vain oman itsen aktiivisesta tai passiivisesta vahingoittamisesta. Masennusjakson aikana sairastunut on jo yrittänyt itsemurhaa tai tehnyt suunnitelman sen toteuttamiseksi.
7. Päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne. Potilas on hyvin epävarma ja epäroivä tilanteissa, joissa pitäisi tehdä arkisia päätöksiä, ja mistä hän normaalisti selviytyy helposti. Hänellä on vaikeuksia keskittyä esimerkiksi lukemiseen tai vaikeammassa muodois-saan vaikeuksia pysyä jopa keskusteluissa mukana.
8. Psykomotorinen hidastuminen. Toiminnan hidastuminen, ilmenee kaiken psykomotorisen toiminnan hitautena, jähmeytenä sekä äärimuodoissaan pysähtyneisyytenä. Potilas voi vaikuttaa olemukseltaan vanhentuneelta ja ilmeettömältä.
9. Unihäiriö. Voi esiintyä iltayön nukahtamisvaikeutena, unen pinnallisuutena ja katkonaisuutena, aamuyön valvomisena tai kaikkien näiden oireiden yhdistelmänä. Joillakin potilailla uni-häiriö voi ilmetä hypersomniana eli liiallisena nukkumisena eri vuorokaudenaikoihin.
10. Ruokahalun ja painon muutos. Ruokahalu on tavallisesti mennyt ja ruoka voidaan kokea vastenmielisenä. Ruokahalun menetykseen liittyy myös painon lasku. Joillakin potilaiden ruo-kahalu on selvästi lisääntynyt ja paino noussut lisääntyneen ruokahalun vuoksi. (Lönnqvist ym. 2007, 157- 159.)

3 Synnytyksen jälkeinen masennus

Lapsen syntyminen on merkittävä tapahtuma. Muutos on suuri, mies ja nainen eivät ole enää pari vaan lisäksi vanhempia. Monet ovat huolissaan ja hämmentyneitä, jopa neuvottomia pidellesään ensimmäistä kertaa pientä jälkeläistään. On mukauduttava moniin uusiin asioihin kuten lapsen ruokintaan, uuteen nukkumisaikaan sekä siihen, mitä milloinkin on tehtävä. Stressiä aiheuttavat ristiriitaiset tarpeet ja vaatimukset. Lapsi itkee, äiti on uupunut ja turhautunut, isä tuntuu liian vaativalta. Kun kaiken ohella omaiset haluavat nähdä uuden vauvan ja pitää häntä sylissä, kun kotiin tunkeutuu mitä sopimattomimpaan ajankohtaan vieraita, ei ole ihme, että pätevimmätkin vanhemmat ovat huolissaan mielenterveydestään. Ristiriitaiset tarpeet voivat liittyä muun muassa siihen, että vauva tarvitsee unta, ruokaa, rakkautta, lämpöä, kylvetystä, tilaa ja virikkeitä, kun taas äiti rauhaa, lohdutusta, unta, rakkautta ja paljon muuta. Samalla isä haluaa osallistua lapsen hoitoon, kaipaa omaa roolia, huolenpitoa ja jonkin verran lepoa unohtamatta parin yhteisiä tarpeita. Nuori perhe kaipaa aikaa myös kolmenkeskiseen yhdessä oloon ja heidän tarvitsee asettaa rajat, jotta ulkopuoliset eivät liikaa häiritsisi perheelämää. Samalla omaiset taas haluavat auttaa ja antaa neuvoja. (Asen 1995, 130-131)

Äidin lisäksi hänen masennuksensa koskettaa ennen kaikkea vauvaa, jonka psykososiaalinen ja kognitiivinen kehitys voi vaarantua, sekä isää ja perheen muita lapsia, yleensä myös isovanhempia ja ystäviäkin. Äiti tarvitsee lähipiirinsä lisäksi yhteiskunnalta apua tilanteesta johtuvista ongelmista. Jos äitien riski masentua tai alkanut masennus havaitaan ajoissa, sen ennalta ehkäiseminen ja varhainen hoitaminen vähentävät kertautuvien huolien ja kulujen syntymistä. (Sarkkinen & Juutilainen 2007, 316.)

3.1 Synnytyksen jälkeisen masennuksen psyykkiset muutokset

Erilaiset psyykkiset häiriöt, ennen kaikkea erilaiset masennukset ja ahdistukset, ovat yleisiä lapsivuodeaikana. Nämä häiriöt vaikuttavat laaja-alaisesti koko perheeseen. Jos ne ovat vakavia ja pitkäaikaisia, ne voivat vaikuttaa kauaskantoisesti lapsen kehitykseen. Tehokas ja aktiivinen hoito on siis erittäin tärkeää. (Hertzberg 2000. 1491-1497)

Psyykinen sairaus verottaa äidin kykyä vanhemmuuteen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että hän olisi "huono vanhempi", vaan vanhempi, jonka ihmissuhdetaitoja sekä voimavaroja psyykinen sairaus ja sen taustatekijät heikentävät. (Solantaus 2005. 4093-4096)

Masennus vaikuttaa äidin kykyyn toimia sensitiivisesti vuorovaikutuksessa lapsensa kanssa. Affektiivista mielialahäiriötä sairastavien vanhempien lapsilla on ilmennyt riski sairastua paitsi masennukseen, myös muunlaisiin psyykkisiin häiriöihin. Riskiprosessit alkavat jo raskauden aikana ja haitallista ovat etenkin äidin krooninen tai toistuva masentuneisuus ja monien riskitekijöiden kumuloituminen. Lasta ajatellen on tärkeää, että äidin masennus tunnistetaan ja

hoidetaan varhain sekä riskitekijöiden kasaantumisen ja negatiivisten ketjureaktioiden ennaltaehkäisy. (Luoma & Tamminen 2002, 4093-4096)

Vanhemman masennuksen tiedetään olevan lapsen terveelle kehitykselle uhka. Se on häiriö, joka vaikuttaa merkittävästi yksilön kykyyn toimia keskinäisissä vuorovaikutussuhteissa. Lisäksi se on pienten lasten äideillä yleinen ja useinkin toistuva. Synnytyksen jälkeistä masennusta potee noin 10 % äideistä, mutta vielä yleisempää on raskaudenaikaisen sekä myöhempien masennusoireiden yleisyys. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen on useissa tutkimuksissa todettu altistavan kognitiivisen kehityksen häiriöille etenkin poikia. Masentuneen äidin arviot omasta lapsesta värittyvät negatiivisesti äidin oman tilan vuoksi. On myös osoitettu, että toisaalta masentuneisuus voi tuoda äidin havaintoihin sitä kriittisyyttä ja tarkkuutta, depressiivistä realismia, mikä puuttuu niiden vanhempien havainnoista, jotka eivät kärsi masennusoireista. (Luoma & Tamminen 2002, 4093-4096.)

Masennuksen voimakkuudella ja ajoituksella lapsen kehityskaassa on merkitystä. Unipolaarinen ja bipolaarinen depressio tarkoittavat lapsen kannalta erilaista tilannetta. Unipolaarisen depression oireprofiili on tyypillisemmin internalisoiva, eli sisäänpäin kääntynyt, vetäytyvä ja alakuloinen, mutta se voi olla myös eksternalisoiva, eli aggressiivisuus, vihamielisyys ja ärtyvyys voivat olla myös masentuneisuuden oireita. Nämä oireet näkyvät vuorovaikutuksessa ja vaikuttavat lapseen monin eri tavoin, vaikka yhteistä molemmille on se, että vanhemman kyky havaita lapsen tarpeet ja vastata niihin on vähentynyt. Äidin oireilun laadulla onkin lapsen kannalta enemmän merkitystä kuin affektiivisen häiriön diagnoosilla sinänsä. (Luoma & Tamminen 2002, 4093-4096.)

Synnytyksen jälkeistä masennusta on tutkittu paljon viime vuosina. Äidin masennuksen on todettu haittaavan varhaista vuorovaikutusta ja kiintymyssuhteen syntymistä ja olevan yhteydessä rintaruokinnan lyhyempään keston sekä äidin negatiivisiin kokemuksiin rintaruokinnasta ja vuorovaikutuksesta. Kehitykseen haitallisia pitkäaikaisvaikutuksia on lähinnä todettu silloin, kun masennus on ollut pitkäaikaista tai toistuvaa, tai kun masentuneisuus on kietoutunut muihin äitiin, lapseen tai perheeseen liittyviin riskitekijöihin. Synnytyksen jälkeisen masennuksen on todettu altistavan turvattomalle kiintymyssuhteelle, joka puolestaan vaikeuttaa lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelykyvyn kehitystä ja altistaa myöhemmälle psyykkiselle häiriölle. (Luoma & Tamminen 2002, 4093-4096.)

Masennuksen vanhemmalle ja lapselle aiheuttaman subjektiivisen kärsimyksen, sekä lapsen kehityksellisten riskien vuoksi on tärkeää huomata ja hoitaa äidin masentuneisuus vanhemmuuden joka vaiheessa alkaen raskausajalta. Negatiivisten ketjureaktioiden sekä riskitekijöiden kumuloitumisen ehkäisy on erityisen tärkeää. Äidin hyvinvointi edistää lapsen hyvinvointia koko kehityskaaren ajan. (Luoma & Tamminen 2002, 4093-4096.)

Synnytykseen liittyvät psyykkiset häiriöt jaetaan kolmeen pääryhmään: synnytyksen jälkeiseen herkistymiseen, ei-psykoottiseen synnytyksen jälkeiseen depressioniin sekä lapsivuodepsykoosiin. Synnytyksen jälkeinen herkistyminen "baby blues" on niin yleistä, että sitä pidetään normaalina reaktiona, ei psyykkisenä häiriönä. Sitä esiintyy noin 50-85 % synnyttäneistä. Tyypillisiä piirteitä herkistymiselle ovat ohimenevä itkuisuus, mielialan vaihtelu ja ärtyisyys, myös jopa ruokahaluttomuus ja unihäiriöt. Pahimmillaan oireet ovat 3-5 päivää synnytyksen jälkeen ja ne häviävät yleensä kahdessa viikossa. Hoitoa ei tarvita, koska oireet ovat lieviä ja ohimeneviä. Ilmiötä on selitetty biologisilla, psykologisilla ja kulttuurimalleilla. Oireita on pidetty myös uuteen elämäntilanteeseen liittyvinä sopeutumisoireina. Huolimatta siitä, että ilmiötä pidetään vaarattomana, herkistymisoireita kärsivien naisten on havaittu olevan suuremmissa vaarassa sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen, kuin niiden joilla näitä oireita ei ole havaittu. 20 %:lle naisista, joilla on ollut selvä herkistymiskausi, kehittyi myöhemmin synnytyksen jälkeinen masennustila. (Hertzberg 2000, 1491-1497.)

Synnytyksen jälkeistä depressiota esiintyy yleensä noin kolmen kuukauden jälkeen synnytyksestä, mutta ilmaantuvuus säilyy suurena 6 kuukauden ajan. Altistavia tekijöitä on aikaisemmin sairastettu vakava masennustila, stressi, sosiaalisen tuen riittävyys ja negatiiviset kokemukset perinataalikaudella. Synnytyksen jälkeistä masennusta esiintyy vähemmän sellaisissa kulttuureissa, joissa suku tai yhteisö huolehtii vahvasti uusista äideistä. Synnytyksen jälkeinen masennus ei kuitenkaan ole pelkästään äitien ongelma, vaan isilläkin on todettu tavallista enemmän mielialan häiriöitä. (STM 231, 2004.)

Synnytyksen jälkeisiä lapsivuodepsykooseja esiintyy tuhatta synnytystä kohden 1-2. Lapsivuodepsykoosi tunnetaan myös nimellä puerperaalipsykoosi tai postpartumpsykoosi. Tyypillistä sairaudelle on todellisuudentajun pettäminen ja hallusinaatiot ja se puhkeaa yleensä kahden viikon kuluessa synnytyksestä. Siihen liittyy syvä masennus tai maanisia piirteitä, unettomuus, poikkeava puheliaisuus ja sekavuus. Lapsivuodeajan psykoosi on aina vakava häiriö, koska se voi olla hengenvaarallinen sekä lapselle, että äidille. Puerperaalipsykoosia sairastavat potilaat kuuluvat aina psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin. (STM 231, 2004.)

Synnytyksen jälkeisiä muutoksia ja poikkeavuuksia on todettu muun muassa estrogeeni-, progesteroni- ja kortisolitasoissa sekä kilpirauhasen toiminnassa. Estrogeeni- ja progesteronitasot sekä kilpirauhashormonit laskevat synnytyksen jälkeen, kuin myös raskauden loppujaksolla korkealla olevat kortisolitasot. Hormonaalisten muutosten lisäksi muut biologiset, psykodynaamiset ja ajankohtaiset ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen verkostoon liittyvät stressitekijät voivat suistaa jo muista syistä altistuneet henkilöt psykoosiin tässä erityistilanteessa.

Pääosa psykooseista on luonteeltaan mielialahäiriöitä, joskus myös skitsofreniatyypisiä. Äiti ei yleensä alkuvaiheessa pysty huolehtimaan lapsestaan, mutta hyötyy asteittaisesta ja tuesta osallistumisesta lapsen hoitoon. Yleensä tilanteessa tarvitaan myös lähiympäristöltä voimakasta tukea. Suurin osa äideistä toipuu synnytyksen jälkeisestä psykoosista hyvin ja ky-

kenee olemaan lapselle normaali äiti. Akuutin vaiheen jälkeen tarvitaan yleensä sosiaalista tukea ja psykoterapiaa. Myöhemmät synnytykset altistavat psykoosin uusiutumiselle. (Lönnqvist ym. 2007.)

3.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet ilmenevät yleensä 4-6 viikkoa synnytyksen jälkeen, tai myöhemminkin. Osalla äideistä masennuksen tunnusmerkkejä saattaa ilmaantua vasta vuoden kuluttua synnytyksestä. Oireina ilmenee itkuisuutta, alakuloisuutta, väsymystä, ahdistusta sekä epätoivoisuutta. Äidin tunne omasta riittämättömyydestä saattaa ilmetä passiivisuutena vauvaa kohtaan tai mekaanisena hoitamisena. Masennus voi ilmetä myös äidin emotionaalisenä suruna, joka liittyy rooliin äitinä. (Mustonen 2009.)

Mieliala ailahtelee ja mikäli vuorokausi vaihtelua on, ovat illat vaikeampia. Depressioon kuuluva aikainen aamuhäpäminen ilmenee synnytyksen jälkeisessä masennuksessa yleensä nukahtamisvaikeutena (Ylilehto 2005). Syyllisyydentunteet ilmenevät äideillä itsesyytöksinä, tunteina ettei ole riittävän hyvä äiti tai ei rakasta lastaan tarpeeksi. Äidillä voi olla ahdistusta liittyen lapseen ja lapsenhoidon suhteen, somaattisia oireita tai lapsen ja oman somaattisen sairastumisen pelkoa. Yleistä on epätavallinen ärtyisyys ja harvinaista avoin vihamielisyys. Lapsessa on tärkeää tarkkailla kasvonilmeitä (negatiivisia vai positiivisia), onko ääntelyä ja katsekontaktia tarpeeksi ja onko aktiivisuuden taso alhainen. (Mustajoki, Maanselkä, Alila & Rasimus 2005, 430.)

Vuorovaikutuksessa vauvan kanssa on myös oirehdintaa. Äidin vauvaan suuntaama ennakointi on häiriintynyt tai puuttuu kokonaan. Äidin ennakointiin kuuluu edeltä katselu, askeleen edellä oleminen ja sen puutos tulee esiin joko tilannekohtaisessa vuorovaikutuksessa ja/tai lapsen kulloisessakin kehitysvaiheessa. Äiti ei kykene toimimaan vauvan kehityksen vyöhykkeessä, esimerkiksi ennakoimaan sitä, mikä kehityksessä mahtaisi seuraavaksi olla tulollaan. Masentunut äiti ei myöskään pysty lukemaan vauvansa viestejä. Ongelmia voi ilmetä vauvan viestin havaitsemisessa, vauvan viestin tulkinnassa, oman toiminnan mukauttamisessa tehdyn tulkinnan mukaiseksi ja tulkinnan ja sitä vastaavan toiminnan ajoituksessa. Äiti ei välttämättä katso vauvaan ja asettaa tämän säännönmukaisesti pois päin itsestään. Vuorovaikutukseen kehittyvä negatiivinen tunnelataus, jossa äiti näkee vauvan kielteisesti, vaativana, vaikeana, ei-palkitsevana, ei-omana. Äiti saattaa kuvata ja kommentoida vauvaa kielteisesti ja tulkita herkästi vauvan aloitteet hankaliksi, vaativiksi ja rasittaviksi. (Armanto & Koistinen 2007, 328.)

Äidin depressio muuttaa tämän havaintoja, ajattelua, käyttäytymistä ja tunteita. Masentunut äidin negatiivisuus ja vetäytyminen aiheuttavat vauvassa alakuloisuutta ja kiukkuisuutta, vähentävät aktiivisuutta ja vaikeuttavat vauvan kykyä säädellä omaa viireys- ja tunnetilaansa. (Armanto & Koistinen 2007, 323- 324.)

Synnytyksen jälkeinen masennus kestää keskimäärin 6-8 viikkoa, mutta syyllisyyden kokemukset ja mieliala vaihtelut voivat jatkua pidempäänkin ja vaikuttaa pitkäkestoisesti lapsen ja perheen hyvinvointiin. Äidin masennuksen on todettu vaikuttavan lapsen ja äidin väliseen kiintymyssuhteeseen ja vuorovaikutukseen sekä hoitamattomana se voi olla haitaksi lapsen emotionaalille kehitykselle. Masentuneiden äitien puoliset voivat kärsiä myös mielialamuutoksista ja ongelmat heijastuvat perheen muihin lapsiin. Äitien synnytyksen jälkeinen masennus on yksi riskitekijä isien masennuksen puhkeamiselle. Hoitamattomana äitien synnytyksen jälkeinen masennus voi laukaista äidin pitkäkestoisen masennuksen ja ahdistuneisuuden. (Mustonen 2009.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet voivat olla epämääräisiä ja ilmetä monitasoisina sekä erilaisina yhdistelminä. Taustalla on yleensä masennustilan syiden lisäksi psykososiaalisia ja hormonaalisia tekijöitä synnytyksen ja äidiksi tulon psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia muutoksia naisessa.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen vakavin muoto on lapsivuodeajan psykoosi. Siihen sairastuu 1-2 äitiä tuhannesta. Oireet ilmenevät kahden viikon kuluessa synnytyksestä. Oireita ovat todellisuudentajun häiriöt, hallusinaatiot sekä syvä masennus tai maaniset piirteet, unettomuus, sekavuus sekä poikkeava puheliaisuus. Psykoosiin liittyy myös pelkoja ja voimakkaita syyllisyydentunteita. Lapsivuodeajan psykoosi määritetään vakavasi häiriöksi ja sen hoito tapahtuu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Mustonen 2009.) Psykoottinen masennus saattaa johtaa jopa lapsen surmaan tai laajennettuun itsemurhaan. (Kettunen ym. 2008.)

3.3 Riskitekijät ja aiemmat mielenterveysongelmat

Masennustilojen syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät, mikä vaihtelee eri yksilöillä ja erilaisissa masennustiloissa. Masennusalttiutta voivat lisätä perinnölliset ja hankitut biologinen alttius, synnynnäinen temperamentti ja kehityksen aikaisten kokemusten muovaama persoonallisuuden rakenne. (Huttunen 2002.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyvyys on sama kuin muunkin masennuksen. Sairastumisalttius on kolmena synnytystä seuraavana kuukautena korostunut verrattuna niitä seuraavaan yhdeksään kuukauteen. Synnytyksen jälkeisen masennuksen kulku on samantyyppistä, kuin missä tahansa elämän vaiheessa saadun masennuksen kulkua. Oireet voivat lieventyä itsestään 2-6 kuukaudessa, mutta monet oireilevat vielä vuodenkin kuluttua. (Hertzberg 2000, 1491-1497.)

Normaaliin kehitykseen sisältyvät muutosvaiheet sitovat psyykkisiä voimavaroja ja altistavat mielenterveyden häiriöille. Raskaus on psykofyysinen kokonaistila, jonka aikana raskaana olevan äidin psyykkisessä tilassa voi tapahtua merkittäviä muutoksia. Vaikka raskaus ja synnytyksen jälkeinen aika ovat suurimmaksi osin onnellista ja luovaa aikaa naisen elämässä, on

psykkinen oireilu tällöin hyvin yleistä. Varsinkin esikoisen odottaminen on naisen elämän sekä parisuhteen merkittävä kehityskriisi. Raskauden aikaista psykkinistä reagoitua pidetään yleisesti luonnollisena ja tarpeellisena tapahtumana. Jos nainen ei tällöin ilmaise ambivalentteja tunteitaan, hän altistuu muita herkemmin mielenterveyden häiriöille lapsen synnyttyä. (Eskola & Hytönen 2002.)

Lapsen syntyminen on elämän herkimpiä hetkiä. Tällöin äitiä on tuettava ja kuunneltava. Synnytyskeskustelu on erittäin tärkeää. Kun synnytyksen läpikäyminen aloitetaan jo sairaalassa ja sitä jatketaan neuvolassa, eivät synnytyksessä tapahtuneet asiat jää kuormittamaan äidin mieltä. Äidin tunteille on annettava tilaa, koska näin voidaan osittain myös ehkäistä synnytyksen jälkeistä masennusta. Vauvan vatsan toiminnan lisäksi, juteltaisiin enemmän äidin tunteista ja ajatuksista. Monissa kulttuureissa äidin annetaan levätä ja toipua rauhassa ja sukulaiss naiset ovat pitämässä huolta synnyttäneistä äideistä. Suomessa äiti jää usein yksin vauvan kanssa, joten ei ole mikään ihme, jos äiti alkaa masentua. Aikaisemmin elämä on pyörinyt ehkä pitkälle työn sanelemin ehdoin ja moni tärkeä ihmissuhde on voinut jäädä työpaikalle. (Airola & Tarsalainen 2003.)

Äitiysneuvolassa työskentelevällä on hyvät mahdollisuudet havaita psykkinen tasapainon uhkatekijöitä ja häiriön merkkejä, koska hoitosuhde kestää melkein vuoden. Hoitajan on helppo puuttua ongelmallisiin tilanteisiin varhaisvaiheessa ja liittää mielenterveyden tukemisen naisen konkreettiseen elämäntilanteeseen. Kuuntelemisella ja ymmärtävyydellä on terapeuttista merkitystä äidille. Terveystenhoitaja voi tukea äidin terveitä ja vahvoja puolia sekä lujittaa niiden puolustuskeinoja, joita käyttää ahdistuksen hallintaan. Tämän kaltainen tukeminen ei vaadi psykiatrista erikoiskoulutusta, vaan terveen järjen ja empatian avulla terveydenhoitaja voi pystyä siihen. (Eskola & Hytönen 2002.)

Vaikka synnytyksen jälkeisen masennuksen riskitekijöitä tunnetaan useita, on varsinainen etiologia edelleen epäselvä. Äkillisten hormonaalisten muutosten ajatellaan altistavan masennukselle. Estrogeeni - ja progesteronipitoisuudet vähenevät synnytyksen jälkeen nopeasti veressä ja prolaktiinipitoisuudet ovat suuria. Keskushermoston serotoniinipitoisuuden on osoitettu olevan yhteydessä masennukseen ja kilpirauhasen toiminnan häiriöt voivat myös altistaa masennukselle.

Aikaisemmat psykiatriset sairaudet, etenkin masennus ja aiempi synnytyksen jälkeinen masennus lisäävät synnytyksen jälkeisen masennuksen vaaraa. Psykososiaaliset ongelmat, kuten parisuhdeongelmat, riittämätön sosiaalinen tuki ja stressaavat elämäntapahtumat voivat lisätä riskiä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Yhteys perinataalikauden negatiivisiin elämäkokemuksiin esim. läheisen menettäminen tai työttömyys on osoitettu useaan otteeseen. Synnytyskomplikaatioiden mm. keisarinleikkauksen vaikutuksista tulokset ovat ristiriitaisia. Mahdollisesti ne voivat lisätä riskiä naisilla, joilla masennusta on ollut aikaisemmin. (Perheentupa 2003, 387-391.)

Äidin huono suhde omaan äitiinsä, puolisoon tai vauvaan on joidenkin tutkimusten mukaan suurentanut sairastumisen riskiä samoin kuin vastasyntyneessä ilmenevät negatiiviset ominaisuudet kuten esimerkiksi vauvan ärtyisyys tai huono motorinen kyky. (Hertzberg 2000, 1491-1497.)

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen lisää riskiä sairastua masennukseen. Raskauden aikaisen masennuksen ja ahdistuksen, raskauden toiveenmukaisuuden ja premenstruaalioireiden vaikutusta on myös pohdittu. Sosioekonomisella asemalla, koulutuksella, siviilisäädyllä, iällä tai lasten määrällä ei näytä olevan osuutta asiaan. (Perheentupa 2003, 387-391.)

Psykologiselta kannalta äidin masennuksen takana voi olla hyvin erilaisia yksilöllisiä taustatekijöitä, joista aikaisemmat elämänvaiheet ja nykytilanne ovat keskeisempiä. Äidiksi tulo on naisen elämässä psykodynaamisesti kehityskriisi, mikä vaatii psyykkistä työstämistä monella tasolla. Näitä ovat esimerkiksi erilaisten vauvaan liittyvien ristiriitaisten tunteiden käsitteleminen ja aikaisemmasta elämästä luopumisen hyväksyminen. Tämän prosessin estymisestä tai vaikeutumisesta voi seurata masennus. Äitiys saattaa helpottaa naisen keskeisempien ristiriitojen uudelleen muokkaamista ja henkisesti kypsymistä, mutta tehtävän vaativuus altistaa masennukselle. (Hertzberg 2000, 1491-1497.)

Myös ensihetket vauvan kanssa ja vaikeudet vauvaan kiinnittymisessä voivat lisätä riskiä sairastua. Fantasiavauvasta tulee reaalivauva. On tärkeää tiedustella, mitä tapahtui ja miltä äidistä tuntui välittömästi vauvan syntymän jälkeen.

Raskaudenaikainen tai synnytyksenjälkeinen masennus rakentuu siis aina yksilöllisesti. Jokaisen masentuneen äidin tarina on omanlaisensa. Hyvin usein äidin masennuksen ydin on äidin ihmissuhteissa. Keskeistä äidin masennuksen ymmärtämisessä, tukemisessa ja hoitamisessa on miettiä yhdessä äidin kanssa hänen suhdettaan vauvaan, puolisoon ja erityisesti omaan äitiinsä. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316.)

3.4 Terveydenhoitaja synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistajana

Synnytyksen jälkeinen masennus on suuri haaste neuvolatyölle, koska raskauteen ja äitiyteen liittyvät mielialanvaihtelut ovat tuttuja terveydenhoitajille, mutta terveydenhoitajat tarvitsevat usein lisätukea ja mallittamista tukea ja hoitoa vaativan masennuksen tunnistamiseen ja sen tarkempaan arviointiin. Osaaminen menee hukkaan, jos hoitoketjut ja hoidonporrastus jäävät rakentamatta. (Juutilainen & Sarkkinen 2007, 316.)

Suurella osalla äideistä esiintyy synnytyksen jälkeen lieviä masennuksen oireita, joiden ennuste on yleensä hyvä. Varsinaisella synnytyksen jälkeisellä masennustilalla tarkoitetaan neljän viikon kuluessa synnytyksestä alkavaa vakavaa masennustilaa. Raskauteen ja synnytykseen liittyy sekä spesifisiä estrogeeniaineenvaihdunnan muutoksia sekä erityisiä psykososiaalisia rasitteita. Huolimatta siitä, että tavallisia depression hoitomuotoja voidaan hyödyntää myös

synnytyksen jälkeisessä masennustilassa, liittyy hoitoon erityisongelmia muun muassa lääkkeiden käytön suhteen, koska ne usein erittyvät äidinmaitoon. Hoitona on käytetty myös lyhytpsykoterapiaa sekä estrogeenihoitoa. Äidin synnytyksen jälkeistä masennusta voi lähestyä depression yleisten diagnostisten kriteerien kautta. (Lönqvist ym. 2008.)

Vaikeusaste vaihtelee lievistä oireista psykoottiseen masennustilaan. Taudinkuva myös vaihtelee: ahdistusoireita, traumaperäisiä oireita ja erilaisia häiriöitä äidin ja lapsen suhteessa voi ilmetä samanaikaisesti. Moni äiti ei hae apua ja monille sitä ei koskaan tarjota. (Hertzberg 2000.)

Kuntien peruspalveluissa äitiys- ja lastenneuvolat tavoittavat lähes kaikki Suomen lapsiperheet. Siksi neuvoloilla on erinomaiset mahdollisuudet edistää lasten ja lapsiperheiden mielen-terveyttä, tunnistaa ongelmia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, tarjota apua oikeaan aikaan, tukea perheen omia voimavaroja ja löytämällä perheen elämästä tervettä kehitystä edistäviä ja suojaavia tekijöitä. Kuitenkin riskitekijöiden ottaminen puheeksi ja niiden käsitteleminen yhdessä perheen kanssa koetaan käytännön työssä vaikeaksi. (Kangaspunta, Kiilku, Kaltiala-Heino & Punamäki 2005, 7.)

Äidin ei välttämättä ole helppo tuoda esiin masennusta ja siihen liittyviä asioita, koska yleinen käsitys ja oletus on, että vastasyntyneen äidin "kuuluu" olla onnellinen. Masentunut äiti jää helposti tunnistamatta ja hoitamatta. Avainasemassa ovatkin neuvolan terveydenhoitajat ja terveyskeskuslääkärit. (Heikkinen & Luutonen 2009.) Masennusoireiden tunnistaminen ei usein ole helppoa, sillä tavanomaiset lapsivuodeoireet ovat samantyyppiset. Äitien mahdollinen häpeä siitä, etteivät osaa nauttia lapsen syntymästä saattaa vähentää heidän aktiivisuuttaan avun hakemiseen. Masennuksen mahdollisuudesta on hyvä puhua avoimesti neuvolakäynneillä. Masennusta pitää osata epäillä, sillä se on tutkimusten mukaan pahasti alidiagnosoitu. Äidit kykenevät suhteellisen luotettavasti arvioimaan omaa mielen-terveystilaansa ja mahdollista tuen tarvetta, kunhan sitä neuvolassa huomataan heiltä kysyä. (Perheentupa 2003.)

Puerperaalimasennuksen oireet eivät poikkea tavallisen masennuksen oirekuvasta. Tunnistamisen helpottamiseksi on kehitetty apuvälineitä. Laajimmin näistä käytössä on Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS), joka on suomalaisissa tutkimuksissa osoittautunut käyttökelpoiseksi. (Lääkärilehti 4/2003 vsk 58, s.387- 391.) Äitien depressiiviset oireet ilmenevät yleensä 4-6 viikkoa synnytyksen jälkeen. Äiti voi olla itkuinen, alakuloinen, väsynyt, kokea riittämättömydentunnetta ja sopeutumiskyvynpuutetta erityisesti suhteessa lapseen. (Ylilehto 2005.)

Terveydenhoitajat käyttävät työvälineenä EPDS- lomaketta. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS-mielialalomake) on 10-kohtainen kysely, joka on kehitetty synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen (Mustonen 2009). Lomakkeen kymmenen kohdan avulla pyritään selvittämään äidin mielialaa kuluneen viikon aikana. Vastausvaihtoehdot on pisteytetty nol-

lasta kolmeen, pistemäärällä 13 tai yli tunnustetaan todennäköisesti vakavasti masentuneet äidit. Pistemäärää 9/10 suositellaan perusterveydenhuollossa tapahtuvaan seulontaan, jonka tavoitteena on löytää myös lievästi masentuneet äidit. (STM 2004). Mittarin kehittäminen on tehty pitäen silmällä synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamista erityisesti kliinisessä käytännössä sekä ehkäisevää mielenterveystyötä. Kyselyä suositellaan käytettäväksi vähintään kahtena ajankohtana ja sen lisäksi diagnoosin pitää perustua kliiniseen haastatteluun. Tutkimuksien mukaan EPDS - seula on käytetty eri puolilla maailmaa maissa, jotka poikkeavat toisistaan suuresti kulttuuriselta, yhteiskunnalliselta ja poliittiselta rakenteeltaan. (Ylilehto 2005.)

Lomakkeen sensitiivisyys eli kyky poimia masennus esiin on 86 %, ja sen spesifisyys eli kyky seuloa masennus muista häiriöistä on 78 %. Jotta masentunut äiti jäisi seulaan, täytyy hänellä olla jokin tunne- tai tietoisuustasolla koettu yhteys omaan psyykkiseen tilaansa. Äidin masennus ei aina siis seulasta huolimatta jää kiinni. (Armanto ym. 2007, 32.)

Kuten muutkin kyselylomakemenetelmät, tekee EPDS - seula vain karkean erottelun. Seulaan jäämisen jälkeen terveydenhoitajan tai terveyskeskuslääkärin on aina arvioitava tarkemmin keskustelemalla ja havainnoimalla, kuinka vakavasta psyykkisestä oireesta on kysymys. (Armanto ym. 2007, 329.)

Mustosen (2009) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat käyttävät EPDS- lomaketta keskustelun apuvälineenä ja sen avulla voivat johdattaa keskustelun masennuksen oireisiin sekä auttaa sen avulla äitiä omien oireiden kuvailemisessa. Tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat kokevat EPDS- lomakkeen käytön hyödyllisenä kartoittaessaan äidin vointia, mielialan muutoksia sekä masennusta. Terveydenhoitajat kokivat kyselyn käytön helpoksi ja luontevaksi. Kyselyn avulla he terveydenhoitajat pystyivät konkretisoimaan lomakkeen pisteiden avulla masennuksen tasoa. (Mustonen 2009)

Masennusoireiden arvioinnissa käytetään ICD 10 - tautiluokitusta ja masennuksen vaikeusaste määritetään ICD 10:ssä oireiden lukumäärän mukaan. Oleellista on, että havaittuja masennuksen oireita on esiintynyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja oireet ovat vaikeusasteeltaan kliinisesti merkittäviä. (Käypä hoito suositus 2009). Somaattisen alueen puolelta synnytyksen jälkeen suhteellisen tavalliset kilpirauhasen toimintahäiriöt on syytä poissulkea osana masennusoireiston selvittelyä (Perheentupa 2007).

Helsingissä EPDS- lomakkeen käytöstä kerrotaan etukäteen yksilövastaanotolla. Kysely annetaan raskauden keskivaiheilla ja 2 kuukautta synnytyksen jälkeen. EPDS:n ja terveydenhoitajan syventävän keskustelun seurauksena todettu lievä masennus (pisteet 13/14) johtaa äidin rajattuun käyntimäärään terveyskeskuspsykologilla. Käyntejä on enimmillään 10 kertaa. Tavoitteena on selvittää, onko kysymyksessä masennus vai vuorovaikutuspulma vauvan kanssa.

Perhettä tuetaan muun muassa tiheillä terveydenhoitajan vastaanotoilla, perheneuvolan vauvaperhetoiminnalla, perhekeskuksen perhetyöntekijän tai kotipalvelun tuella.

Terveydenhoitajalla on mahdollisuus konsultoida terveystieteiden psykologia, lääkäriä, psykiatrista sairaanhoitajaa sekä muita toimijoita missä vaiheessa tahansa. Psykiatriset sairaanhoitajat keskittyvät vain aikuispsykiatrian ongelmiin, eivät suoraan äitiyteen ja raskauteen. Jos EPDS pistemääräksi saadaan 15 pistettä tai enemmän, on kyseessä keskivaikea masennus. Vakavasta masennuksesta on kyse jos pistemääräksi saadaan yli 19 pistettä. Tällöin perheet kuuluvat lääkärin arvioitavaksi ja aikuispsykiatrian hoitopolun piiriin.

Helsingissä perhettä tukevat tarvittaessa perhekeskuksen perhetyö, kotipalvelu ja perheneuvolan vauvaperhetyö. Perhe ohjataan Sofian vuorovaikutusyksikköön, mikäli heillä on lastensuojelun kontakti. Alakeskus tarjoaa työntekijöille puhelinkonsultaatiota sekä perheille kotikäyntejä ja puhelinneuvontaa. Muiden toimijoiden, muun muassa Ensikodit, kanssa kartoitetaan ja tuetaan perheen tukiverkostoa. Lisäksi neuvolan puolella tehostetaan seurantaa.

EPDS- seula ei pelkästään riitä masennuksen eikä vuorovaikutuspulman määrittelyyn. Aina pitää keskustella myös perheen kanssa tilanteesta. Jos pisteet jäävät missä tahansa vaiheessa rajalle, uusi EPDS - lomakkeen täyttö pyydetään 0,5 vuoden päästä. (www.hel.fi.)

4 Synnytyksen jälkeisen masennuksen ennaltaehkäisy ja hoito

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito on samansuuntaista, kuin masennuksen hoito yleensäkin. (Käypä hoito suositus 2009). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hyvä yhteistyö ja asianmukainen työnjako ovat masennuspotilaan hoidossa tärkeää. Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa sairaus, päättää hoitopaikasta ja hoitaa komplisoitumattomat depressiot. Tätä vaikeampien depressioiden hoito ja perusterveydenhuollon työn tukeminen kuuluu erikoissairaanhoidolle (Poutanen 1997, 30838).

Raskauteen ja synnytykseen liittyy sekä spesifisiä estrogeeniainevaihdunnan muutoksia että psykososiaalisen puolen rasitteita. Vaikka synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitona voidaan käyttää tavallisen depression hoitomuotoja, liittyy hoitoon ongelmia, kuten esimerkiksi lääkahoito, koska niiden tiedetään yleensä erittyvän äidinmaitoon. (Lönnqvist ym. 2008, 160- 161.)

Masennustilat jaetaan oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Hoidon suunnittelun ja potilaan ennusteen kannalta masennustilan vaikeusaste on yksi kaikkein keskeisimpiä tietoja. Vaikeusastetta on hyvä arvioida aina vastaanottokäynneillä. (Lönnqvist ym. 2008, 160- 161).

Tukea antava ja turvallinen hoitosuhde on kaikkien depressiopotilaiden hoidon perusta. Hoitosuhteen merkitys on oleellinen myös mahdollisen lääkehoidon onnistumisen kannalta. Nuoret suomalaisperheet asuvat nykyään kaukana isovanhemmista, joten suvulta saatava tuki ja

äidiltä tyttärelle siirtyvä kokemus lapsenhoidossa jäävät ehkä saamatta. Äitiys- ja lastenneuvolan tarjoaman tuen lisäksi psykososiaalisen tuen muotoja ovat mm. vertaistuki ja perhetyö lastensuojelun avohuollon tukitoimena. (Heikkinen & Luutonen 2009.)

Masennuksen varhainen tunnistaminen nopeuttaa masennuksesta toipumista sekä oireiden lievittymistä. Kun äiti oirehtii lievästi, on keskustelu, tukiverkoston kartoittaminen ja lastenhoitoavun tarjoaminen mahdollisesti riittävä apu masennuksen oireiden lievittymiseksi. (Luutonen 2009.)

Psykoterapeuttiset hoitomuodot ovat suositeltavia silloin, kun äidin elämäntilanteessa ilmenee depressiolle todennäköisesti altistavia ongelmia. (Kettunen, Koistinen 2008). Psykoterapian tehtävänä on edistää toipumista ja estää uudet masennusjaksot. Suomessa arvio psykoterapiasta tehdään erikoissairaanhoidossa yleensä siinä vaiheessa, kun pahin kriisi on hoidettu psykososiaalisen tuen ja mahdollisen lääkehoidon avulla. Psykoterapiassa potilas käy yleensä 1-2 kertaa viikossa psykoterapiakoulutuksen saaneen terapeutin vastaanotolla. Tilanteen mukaan voidaan käyttää vuorovaikutus-, perhe-, yksilö- tai ryhmäterapiaa. (Heikkinen ym. 2009, 1459-1465.) Yksilöterapia on käytössä osoittautunut menestykselliseksi ja ryhmäterapia sen sijaan vähemmän tehokkaaksi (Perheentupa 2003.)

Tarvittaessa potilas lähetetään psykiatriseen erikoissairaanhoidoon, missä mahdollisen lääketietyksen lisäksi järjestetään kriisiluontoista keskusteluapua, joka sisältää psykoterapian elementtejä. Hoidossa on usein keskeistä synnytyspelon sekä äitiyteen ja varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvien seikkojen käsittely. Lastenpsykiatrian kanssa järjestettävä yhteistyö on myös tärkeää varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseksi. Usein äidin masennuksen hoito vaatii eri hoitomuotojen yhdistämistä ja koko perheen huomioon ottamista. (Heikkinen ym. 2009.)

4.1 Terveydenhoitaja masentuneen äidin tukena

Raskauden aikaisella ja synnytyksen jälkeisellä psykososiaalisella tuella ja neuvonnalla voidaan tehdä tehokasta ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Lähes kaikki äidit käyttävät neuvolapalveluja, joten neuvola tavoittaa suurimmanosan lapsiperheistä ja tarjoaa näin erinomaiset mahdollisuudet edistää ja tukea perheiden kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Kangaspunta ym. 2004).

Neuvolan keskeisin voimavara on terveydenhoitaja. Hän vastaa neuvolatyön hoitotieteellisestä tasosta ja on terveyden edistämisen ja perhehoitotyön asiantuntija neuvolatyössä. Terveydenhoitaja tuntee oman alueensa ja siihen kuuluvat perheet ja pystyy muodostamaan kokonaiskäsityksen asiakaskunnastaan. Terveydenhoitajan työote on perhekeskeinen ja voimavara-lähtöinen. Neuvolassa kiinnitetään huomiota perheen terveen elämän edellytyksiin sekä vanhempien ja lasten taitoihin tehdä terveyttä edistäviä elämäntapavalintoja. Moniammatillinen sekä sektorivälinen yhteistyö kuuluvat myös neuvolan työtapaan. Terveys ymmärretään moni-

ulotteisena kokonaisuutena, johon kuuluvat niin mielenterveys kuin fyysinen terveys samoin kuin elämänhallinta ja ihmisten väliset suhteet. (STM 2004).

Perheiden tukemisen lähtökohtana ovat perheen elämäntilanne ja vanhempien ilmaisemat huolet ja tarpeet, kaavamaisuuden välttäminen ja aktiivinen kuunteleminen. Toiminta edellyttää terveydenhoitajan luottamuksellisuutta, tilanneherkkyyttä, perheen tuntemista sekä vanhempien oikeuksien ja päätöksenteon kunnioittamista. Perheenjäsenten tapaaminen ja keskustelu tilanteesta ja hoitoon liittyvistä asioista lieventää perheenjäsenen kärsimystä, syyllisyyttä ja voimattomuuden tunnetta. Yhteistyösuhde hoitajan ja potilaan välillä nähdään auttavana kanssakäymisenä, joka saattaa olla kärsimystä lievittävä ja hyvinvointia lisäävä. Hoitajien esittämät kysymykset ja keskustelut perheenjäsenten kokemista tunteista voivat toimia myös perheen voimavarojen esiin nostattajina. (Mustonen 2009.)

Masentunutta äitiä tuettaessa on hyvä arvostaa äidin ja perheen mielipiteitä ja kokemuksia. Masentunut äiti kaipaa konkreettista, mutta ymmärtävää ohjausta lapsensa käsittelyssä ja hoidossa. Äidille on lisäksi tärkeää selkeyttää yleisiä lastenhoitoon liittyviä käsityksiä. (Kurki, Koivuniemi-Ilves, Tuulos 2000.)

Mustosen (2009) tutkimuksen mukaan masentuneiden äitien suunnitelmallisiin tapaamisiin sisältyvät keskittyminen tapaamiseen, tapaaminen vastaanotolla ja kotona sekä vastaanottoaikojen pidentäminen ja tihentäminen. Äidin kanssa keskustelussa on tavoitteena kartoittaa äidin voimavaroja, tukiverkostoa sekä selviytymiskeinoja. Keskustelu voi sisältää keskustelua äidin lapsuudesta, ja vanhemmista, isän osuudesta lapsen hoidossa ja perheen arjessa sekä tulevaisuudensuunnitelmista. Terveydenhoitajien kokemusten mukaan masentuneiden äitien tapaamiset ovat tunnepitoista ja vaativaa. Tapaamisten vaativuudet vaihtelevat, vaativat terveydenhoitajan paneutumista sekä herättävät erilaisia tunteita. Terveydenhoitajalla ei aina ole mahdollisuutta tavata äitiä niin usein kuin tarve vaatisi. Lisäksi äitien ja perheiden kyky ottaa vastaan tarjottua apua vaihtelee. Mustosen tutkimuksen mukaan hoidon suunnittelussa, hoidon tarpeen arvioinnissa sekä toteutuksessa yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa on tärkeää. (Mustonen 2009.)

Suomalaisilla on oma hiljenemisen, vaikenemisen ja vaikeiden asioiden välttelyn perinteensä. Se vaikeuttaa paljon niin äitiin kuin työntekijöiden tapaan lähestyä äidin masennusta. Terveydenhoitajan täytyy hallita sellaiset työtavat, joilla vaikenemisen yli päästään, rakennetaan luottamuksellinen suhde äitiin ja sen kautta luodaan mahdollisuus yhteistyöhön.

Mahdollinen hoitoon motivointi tai asiakkaan auttaminen sopeutumaan ajatukseen mahdollisesta hoidosta edellyttää, että terveydenhoitaja tietää riittävästi äidin masennuksesta. (Armento ym. 2007.)

4.2 Synnytyksen jälkeisen masennuksen ennaltaehkäisy

Kuntien peruspalveluissa äitiys- ja lastenneuvolat tavoittavat lähes kaikki lapsiperheet. Neuvoloilla on siis erinomaiset mahdollisuudet edistää lapsiperheiden mielenterveyttä ja tunnistaa ongelmia mahdollisen varhaisessa vaiheessa. Neuvola pystyy tarjoamaan oikea-aikaista apua tukemalla perheen omia voimavaroja ja löytämällä perheen elämässä tervettä kehitystä edistäviä ja suojaavia tekijöitä. (Kangaspunta ym. 2005.)

Ongelmiin tarttuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on inhimillisesti ja taloudellisesti kannattavaa. Tutkimusten mukaan varhaista puuttumista ja asioihin paneutumista ei neuvolatyössä vaikeuta se, ettei lasten kehitykseen kielteisesti vaikuttavia tekijöitä havaittaisi. Pikemminkin riskitekijöiden puheeksi ottaminen ja niiden käsittely vanhempien kanssa koetaan vaikeaksi. (Kangaspunta ym. 2004.)

Vanhemmuuteen ja lapsen syntymään valmistautuminen on prosessi, joka vanhemmilla alkaa jo odotusaikana. Vanhempien oman minäkuvan ja parisuhteen muuttuminen altistavat eriasteisille mielenterveyshäiriöille ja parisuhdeongelmille synnytyksen jälkeen. Muutosten vuoksi juuri tänä aikana neuvonnalla ja onnistuneella psykososiaalisella tuella voidaan tehdä tehokasta työtä mielenterveysongelmien ehkäisemiseksi. (Puura, Tamminen, Mäntymaa, Virta, Turunen & Koivisto 2001.)

Lastenneuvolaopas (STM 2004) suosittelee perheiden ja vanhemmuuden tukemiseksi perhe- ja voimavaralähtöistä työtettä, laajaa vertaistukitoimintaa sekä huomion kiinnittämistä parisuhteen vaalimiseen. Erityistuen tarpeessa oleville perheille suositellaan herkästi lisäkäyntejä vastaanotolle tai kotikäynneille. (STM 2004.)

Perheen selviytyminen lapsen kasvatuksesta ja hoivaamisesta riippuu voimia antavien ja kuormittavien tekijöiden välisestä suhteesta. Peruspalveluiden rooli on löytää ja tukea perheiden omia voimavaroja. Mielenterveyden edistämisessä painottuu erityisesti osallistuminen ja voimavaraistuminen. Perheiden omien voimavarojen tukemisella on mahdollista ehkäistä häiriöiden ja ongelmien syntymistä. Lapsiperheiden arkea lähellä olevien perustason palelujen tulisi pystyä takaamaan perheille varhaista tukea jo siinä vaiheessa, kun pulmat ovat vielä pieniä ja hallittavissa. Perheisiin kohdistuvassa ennaltaehkäisevässä ja varhaisessa auttamisessa tarvitaan monenlaisen tietotaidon yhdistämistä. (Kangaspunta ym. 2005.)

4.3 Synnytyksen jälkeisen masennuksen lääkkeellinen hoito

Jos äidillä on psyykinen sairaus, voi sen hoitamattomuus olla suurempi riski sikiölle tai imeväiselle kuin itse lääkitys (Malm 2005).

Uusimpien lääkkeiden kohdalla riskejä koskeva tieto pohjautuu pelkästään yksittäisiin tapausselostuksiin tai eläinkokeisiin. Turvallisuuden arviointi tämän pohjalta on siis hankalaa. Kesushermosto kypsyy ja kehittyy koko raskauden ajan ja vielä syntymän jälkeenkin pitkään, ja on herkkä haitallisille altistuksille raskauden ja imetyksen ajan. Toisaalta taas äidin hoitamon mielenterveyshäiriö voi altistaa raskauskomplikaatioille ja vastasyntyneen ongelmille. Äidin psyykinen hyvinvointi on tärkeä äidin ja lapsen välisen vuorovaikutussuhteen synnylle ja lapsen normaalille kehitykselle. Raskauden takia ei tulisi lopettaa äidille tärkeää lääkitystä, mutta lääkkeen valinta pitäisi tehdä siten, että se on äidin oireilun kannalta tehokas ja lisäksi mahdollisimman turvallinen sikiölle ja imeväiselle. (Malm 2005.)

Käypä hoito suosituksen (2009) mukaan masennuslääkkeiden käyttö ei yleensä ole este imeytykselle. Pitkän puoliintumisajan omaavan fluoksetiinin on kuvattu kuitenkin kumuloituneen imeväisiin ja sitä ei siksi suositella. Suositeltavimmat lääkkeet synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa ovat SSRI- lääkeryhmän lääkkeet. (Käypä hoito suositus 2009). Serotoniin takaisinoton estäjistä on kertynyt runsaasti tutkimustuloksia. Lääkeryhmään näyttää liittyvän vain vähän vakavia sivuvaikutuksia ja imettävän lapsen kannalta se on turvallinen. Trisykliset masennuslääkkeiden käytölle ei myöskään ole esteitä ja niiden valintaa tuleekin erityisesti arvioida, jos potilas on aiemmin reagoinut niihin suotuisasti. Bentsodiatsepiinien väliaikaiselle käytölle ei ole estettä, sillä pieniä annoksia käytettäessä vaikutukset imettävään vauvaan ovat vähäiset. Masennusvaiheiden uusiutuminen on tavallista ja siksi suositellaankin yleensä kuuden kuukauden yhtämittaista hoitoa. (Perheentupa 2003.)

Valittaessa äidille sopivaa lääkitystä tulisi valita lääke, jonka kulkeutuminen maitoon on vähäistä. Lisäksi lääkeannoksena on hyvä käyttää pienintä mahdollista, jolla äiti pärjää. Riskiä arvioidessa myös muut käytössä olevat lääkkeet pitäisi ottaa huomioon. Vastasyntyneen suolen limakalvo voi läpäistä lääkkeitä, jotka aikuisella imeytyvät vähimmäsmäärin. Vastasyntyneillä useimmat lääkkeen eliminaatioon vaikuttavat toiminnot toimivat vajavaisesti. Mielen tasajäläkkeistä Litium kertyy maitoon ja imeväisillä on kuvattu terapeuttisia lääkepitoisuuksia, kun lapsen ainoa ravinto on äidinmaito. Litiumia ei pidä käyttää imetyksen aikana, ellei pystytä tarkasti seuraamaan lapsen seerumin lääkeainepitoisuutta. Äidin lääkityksen aikana lapsen seuranta (uni-valverytmi sekä painon nousu) on tärkeä ja hoituu yleensä neuvolasta käsin. (Malm 2005.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Helsingin kaupungin neuvolaterveydenhoitajien kokemuksia ammattitaitonsa riittävydestä ja koulutustarpeista liittyen synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon. Halusimme myös selvittää miten helpoksi tai vaikeaksi terveydenhoitajat kokevat synnytyksen jälkeisen masennuksen oireiden tunnistamisen, sekä millaista lisäkoulutusta he toivoisivat aiheeseen liittyen.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten Helsingin terveysasemien terveydenhoitajat kokevat oman ammattitaitonsa riittävän masentuneen äidin hoidon tarpeen arvioinnissa?
2. Miten terveydenhoitajat kokevat ammattitaitonsa riittävän synnytyksen jälkeen masentuneen äidin hoitoon ohjauksessa ja tukemisessa?
3. Miten helpoksi tai vaikeaksi terveydenhoitajat kokevat synnytyksen jälkeisen masennuksen oireiden tunnistamisen?
4. Millaista lisäkoulutusta terveydenhoitajat toivoisivat synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitoon liittyen?

6 Opinnäytetyön toteutus

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen. Lähtökohtaisesti kvalitatiivisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulokseksi saadaan ehdollisia selityksiä tiettyyn aikaan ja paikkaan rajoittuen. Hirsjärvi ym. (1997) toteavat kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä olevan tosiasioiden löytäminen tai paljastaminen, ei jo olemassa olevien väittämien todentaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997,152.)

Hirsjärvi ym. (1997) kertovat kvalitatiivisen tutkimuksen luonteen olevan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa tieto kerätään luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillistä, että tutkija luottaa havaintoihinsa ja tutkittavien kanssa käytyihin keskusteluihin enemmän kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. Tutkija siis "suosii ihmistä tiedonkeruun instrumenttina." (Hirsjärvi ym. 1997, 155.)

6.1 Kohdejoukko

Opinnäytetyömme kohdejoukoksi valitsimme Helsingin kaupungilla työskenteleviä terveydenhoitajia viidestä eri neuvolasta. Valitsimme Helsingin kohdekaupungiksemme, koska se on asuinpaikkakuntamme ja tämä helpotti tutkimuksen toteuttamista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valikoituu tarkoituksenmukaisesti, satunnaisotos menetelmää ei käytetä. Tutkimuksen edetessä tutkimussuunnitelma muokkautuu olosuhteiden mukaan. Tutkimuksen toteutus on täten joustavaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineiston tulkinta tehdään sen mukaan. (Hirsjärvi ym. 1997, 155.)

6.2 Aineiston keruu ja analyysi

Tutkimusluvan pyysimme Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä. Luvan saatuaamme olimme yhteydessä ennalta valittujen terveysasemien ylihoitajiin, jotka myönsivät meille luvan toimittaa kyselyt terveysasemille. Ylihoitajat lupasivat informoida terveydenhoitajia kyselyistä, jonka koimme hyvänä mahdollisuutena nostattaa vastausprosenttia. Päädyimme tekemään kyselylomakkeen, sillä halusimme ottaa huomioon terveydenhoitajien työn kiireellisyyden. Kyselylomakkeen avulla varmistimme, että jokainen terveydenhoitaja voisi halutessaan vastata kysymyslomakkeeseen juuri hänelle sopivalla ajalla. Avoimien kysymysten avulla annoimme terveydenhoitajille mahdollisuuden kertoa kysytystä aiheesta omin sanoin, oman kokemuksen mukaan. Kyselytutkimuksen avulla voidaan saada kerättyä laaja aineisto. Hyvin tehdyn kyselylomakkeen vastaukset on myös helppo analysoida. (Hirsjärvi ym. 1997, 180.)

Kyselylomakkeet postitimme ennalta sovituille terveysasemille ja noudimme ne itse paikanpäältä sovittuna ajankohtana. Kyselylomakkeen mukana lähetimme saatekirjeen, josta selvisi tutkimuksen tarkoitus, kyselyyn kuluva aika sekä milloin valmiit kyselylomakkeet haettaisiin. Saatekirjeessä korostimme myös, että kyselyyn osallistuvan henkilöllisyys ei siitä tule ilmi, vaan kysely tehdään täysin anonyymisti. Hirsjärvi ym. (1997) kertovat näin toteutetun kyselyn olevan kontrolloitu kysely. Kontrolloitu kysely voidaan Hirsjärven ym. (1997) mukaan jakaa kahteen: informoituun kyselyyn sekä henkilökohtaisesti tarkastettuun kyselyyn. Henkilökohtaisesti tarkastetussa kyselyssä tutkija lähettää kyselyt postitse, mutta noutaa ne henkilökohtaisesti sovittuna ajankohtana. Noutotilanteessa tutkija voi tarkistaa lomakkeen sekä keskustella tutkimuksesta ja vastata mahdollisiin kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 1997, 183-184.) Postitimme kyselylomakkeet kaikille terveysasemille samanaikaisesti sekä noudimme ne myöhemmin paikanpäältä henkilökohtaisesti. Noutotilanteessa kävimme terveydenhoitajien aloitteesta keskustelua opinnäytetyöstämme vain yhdellä terveysasemalla.

Analyysivaiheessa päädyimme kvantifioimaan strukturoidut kysymykset (kysymykset 1, 2, 6 sekä 8) niiden niukkojen vastausten vuoksi. Aineistolähtöisessä analyysiä kvantifioinnin avulla lasketaan kuinka monta kertaa tutkittava asia tai ilmiö esiintyy tutkittavien kuvauksissa. (www.herkules.oulu.fi.) Avoimet kysymykset (kysymykset 3-5, 7 sekä 9-10) analysoimme sisällönanalyysin mukaan. Tutkimusaineistomme on kerätty viideltä eri Helsinkiläiseltä terveysasemalta syksyn 2009 aikana. Aineisto on kerätty kyselylomakkeiden avulla ja se koostuu 25 vastauksesta.

Tutkimuksen tulokset analysoimme sisällönanalyysin mukaisesti. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti sekä järjestellä, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysiä ohjaa aikaisempaan teoriaan tai tutkimukseen perustuva luokitus-

runko.(www.herkules.oulu.fi.) Tuomen ja Sarajärven (2002) mukaan sisällönanalyysillä voidaan tarkoittaa niin laadullista sisällön analyysia kuin sisällön määrällistä erittelyä ja molempia voidaan hyödyntää samaa aineistoa analysoidessa. Tutkimusongelmasta riippuen voidaan laskea tiettyjen sanojen esiintymistiheyttä tietyissä dokumenteissa. (Tuomi & Sarajärvi. 2002, 107-116.) Tämän tutkimuksen sisällönanalyysi on toteutettu aineistolähtöisesti. Kysymykset 1, 2, 6 sekä 8 on kvantifioitu vastausten lukumäärien mukaan, kun taas kysymykset 3-5, 7 sekä 9-10 avasimme sanalliseen muotoon.

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa kävimme ryhmässä läpi kaikki vastauslomakkeet. Jokainen ryhmämme jäsen luki valmiit vastaukset ja kirjasi ylös omia havaintojaan ja pohdintojaan. Toisessa vaiheessa kvantifioimme strukturoidut kysymykset eli laskimme samojen vastausten määrät yhteen sekä tämän lisäksi kirjoitimme avointen kysymysten vastaukset ylös paperille. Saatuaamme kaikki asiat kerättyä yhteen, referoimme vastauksia niiden yhteneväisyyksien mukaan.

Kyselyssä itse kysymyksiä voi muotoilla eri tavoin. Yleisimmin käytetyt muodot ovat avoimet kysymykset sekä monivalintakysymykset. Me käytimme kyselylomakkeessamme molempia kysymyksen muotoja. Avoimissa kysymyksissä kysymyksen jälkeen jätetään tyhjää tilaa, johon vastaaja saa vastata omin sanoin. Avoimien kysymysten etuna Hirsjärvi ym. (1997) pitävät Foddy (1995) lainaten muun muassa sitä, etteivät kysymykset ehdota valmiiksi vastauksia. Tämä taas osoittaa vastaajan tietämyksen asiasta sekä sen, mikä on tärkeää tai keskeistä vastaajan ajattelussa. (Hirsjärvi ym. 1997, 188.)

Monivalintakysymyksissä tutkija laatii kysymyksille valmiit vaihtoehdot, joista vastaaja itse valitsee sopivimman tai sopivimmat. Monivalintakysymyksiin voi sisällyttää myös strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuodon, jossa valmiiden kysymysten jälkeen esitetään vielä avoin kysymys. Tämän vaihtoehdon avulla tutkimukseen voidaan saada uutta näkökulmaa. Monivalintakysymysten etuna Hirsjärvi ym. (1997) pitävät kysymysten sallivuutta vastata samaan kysymykseen niin, että vastauksia voidaan vertailla. Monivalintakysymysten vastauksia on helppompaa analysoida, koska vastaukset ovat selkeämpiä. (Hirsjärvi ym. 1997, 188.)

Kyselyitä toimitimme syyskuun puolessa välissä, yhteensä 34 kappaletta. Valitsimme terveysasemat maantieteellisen sijaintinsa mukaan sekä itä- että etelä- Helsingistä. Kyselyiden määrät jakautuivat terveysasemilla neuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien lukumäärän mukaan. Alkuperäisen suunnitelman mukaan vastausaikaa oli kaksi viikkoa, mutta osassa terveysasemista ei noudatettu vastausaikaa, joten pidensimme sitä vielä viikolla. Lopuksi aikaresurssin pidentäminen kääntyi eduksemme nostaen vastausprosenttia. Kaiken kaikkiaan saimme 34 jaetusta kyselystä 25 vastattua takaisin, mikä teki vastausprosentiksi 73,5%.

7 Tutkimuksen tulokset

Suurin osa kyselyyn vastanneista oli koulutukseltaan terveydenhoitajia. Muutama vastaajista ilmoitti koulutukseksi kättilön tai sairaanhoitajan ja yksi vastaajista kättilö-terveydenhoitajan. Vastaajat työskentelivät joko yhdistetysti äitiys- ja lastenneuvolassa tai pelkästään äitiys- tai lastenneuvolassa. Työvuosia vastaajilla oli 1,5 vuodesta 32 vuoteen. Työvuosien keskiarvo vastaajilla oli 14,9. Seuraavassa on esitelty tutkimuksen tulokset. Kirjasimme saamamme vastaukset ylös, jonka jälkeen laadimme niistä uuden kokonaisuuden. Tuloksia pohdimme myöhemmin.

1. Hoidon tarpeen arviointi

Tutkimuksen tulosten mukaan puolet vastaajista koki ammattitaitonsa riittäväksi synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan äidin hoidon tarpeen arvioinnissa, kun taas puolet vastaajista koki, ettei ammattitaitoa riittänyt tai he eivät osanneet arvioida ammattitaitoaan. Vastauksissa ei ollut selkeää jakoa ammattivuosiensa mukaan.

Tiedustellessamme vastaajien koulutusta EDPS- lomakkeen käyttöön, selvisi, ettei suurin osa vastaajista ollut sitä saanut. Vain neljäsosa vastaajista oli saanut jonkinlaisen koulutuksen esimerkiksi neuvolapäivillä, työpaikan koulutuksissa, kollegan perehdytyksessä tai kirjallisten ohjeiden kautta.

2. Hoitopolun toteutuminen

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitopolku Helsingissä oli tuttu enemmistölle vastaajista. Hoitopolun toteutuminen ja kokemukset sen toimivuudesta jakoivat mielipiteitä runsaasti. Enimmäkseen vastaukset olivat negatiivisväyhteisiä muun muassa jatkohoidon toteutumisen, lääkäritilanteen sekä resurssien suhteen. Vastaajat toivoivat enemmän aikoja lääkäreille, psykiatrisille sairaanhoitajille, psykologeille sekä yleisesti psykiatrisille hoitotahoille. Osa koki, etteivät terveyskeskuslääkärit ota aiheesta vakavasti, eikä lääkäreillä ole tarpeeksi aiheesta tietoa. Osa vastaajista ei tiennyt, mihin potilas tulisi lähettää jatkohoitoon, osa terveydenhoitajista koki tilanteen hieman paremmaksi aikaisempaan tilanteeseen verrattuna ja osa kertoi, että alueellista vaihtelua on.

"NKL + KOS voisivat panostaa masentuneen äidin hoitoihin, yleensä lähete neuvolaan, vaikka havaitaan vaikeakin masennus/psykoosi jo sairaalassa!"

"Kesäajat vaikeita lomien takia"

"Tilanne on paremmin kuin aikaisemmin, palveluihin on satsattu muttei riittävästi"

"Jotta hoitopolku toteutuisi, aikoja lääkärille, psykologille, psyk.pkl:lle pitäisi löytyä nopeasti".

"En ole käyttänyt hoitopolkua vaikka tiedän sen olevan olemassa. Toimin tilanteen mukaan"

3. Oireiden tunnistaminen

Tulosten mukaan synnytyksen jälkeisen masennuksen terveydenhoitajat saivat selville eri tavoin. Vastausten perusteella enemmistö terveydenhoitajista havaitsi synnytyksen jälkeisen masennuksen itse vastaanotolla tai kotikäynnillä. Usein myös äidit itse ottivat masennuksen puheeksi tai masennus selvisi EPDS- seulaa käyttämällä. Osassa tapauksissa joku äidille läheinen oli kertonut terveydenhoitajalle synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireita terveydenhoitajat listasivat runsaasti. Useimmiten oireista toistui äidin väsymys, itkuherkkyys, äidin liiallinen huoli vauvasta tai itsestä, unihäiriöt, alakuloisuus ja vuorovaikutuksen puute äidin ja vauvan välillä. Terveydenhoitajat kertoivat joidenkin äitien kokevan värien katoavan elämästä ja hakeutumisen muiden äitien joukkoon vaikeaksi. Joissakin tapauksissa vastausten antaminen masentuneen äidin kysymyksiin ei helpottanut äidin tilannetta vaan oireet jatkuvat. Riittämättömyyden tunne, ilon katoaminen sekä kyvyttömyys huolehtia päivittäisistä asioista nousivat myös esiin oireita lueteltaessa.

"Ei jaksa hakeutua sinne, missä muut äidit ovat"

"Yleinen elämän haluttomuus, mikään ei kiinnosta"

"Kyvyttömyys nauttia arjesta kuten haluaisi"

"Normaalialta enemmän huolenaiheita vauvasta"

Synnytyksen jälkeisen masennuksen terveydenhoitajat erottivat tavanomaisesta synnytyksen jälkeisestä uupumisesta oireiden pitkäkestoisuuden perusteella. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet kestävät yli kaksi viikkoa. Osa terveydenhoitajista mainitsi, että synnytyksen jälkeisen uupumisen aikana äidit kokevat myös hyviä päiviä, mutta masennuksen aikana näitä ei ole. Tunnusmerkkeinä oli myös äidin konemainen lapsenhoito sekä äidin ja lapsen vuorovaikutuksen toimimattomuus. Vain yksi terveydenhoitaja kertoi erottavansa uupumuksen masennuksesta suoraan äidiltä kysymällä. Osa luotti myös ammatilliseen kokemukseensa tämän asian suhteen.

"Alakuloisen mieli on välillä hyvä, masennuksessa ei hyviä päiviä"

”Väsymysoireet lievittyvät levolla”

”Aina ei ole helppo erottaa, silloin seuranta, tiiviit tapaamiset ja keskustelu tärkeä. Luottamus on erittäin tärkeää”

”Uupumus menee nukkumisella ja levolla ja avulla ohi, masennus ei!”

4. Lisäkoulutuksen tarpeellisuus

Tuloksista saadun tiedon mukaan suurin osa vastaajista toivoi saavansa lisäkoulutusta synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen/ tukemiseen. Ehdotuksina lisäkoulutuksen suhteen terveydenhoitajat toivoivat infopaketteja, uusia tutkimustuloksia sekä asiantuntijaluentoja.

8 Pohdinta ja johtopäätökset

Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta on tehty paljon tutkimuksia, mutta terveydenhoitajan näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia löysimme vain muutamia. Tästä syystä koimme työmme mielekkääksi ja merkitykselliseksi. Toivoisimme osaltamme voivamme vaikuttaa jatkossa tapahtuvaan masennuksen tunnistamiseen ja oikeanlaisen avun antamiseen. Mielestämme tutkimuksemme tavoitteet toteutuivat osittain. Koska tutkimuksen tulokset olivat niukat, koimme analyysivaiheen hankalaksi. Opinnäytetyö on edistynyt kuitenkin suunnitellusti jokaisen tapaamiskerran välillä.

Vastausten mukaan terveydenhoitajat kokivat ammatillisuutensa riittävän oireiden tunnistamiseen, mutta resurssipula hankaloitti jatkohoitoon ohjaamista ja pääsyä. Osa vastaajista ei kokenut saavansa tukea terveyskeskuksen lääkäreiltä masentuneen äidin hoidossa. Kävimme läpi ryhmässämme, miten näitä ongelmia voisi ratkaista ja tulimme lopputulokseen, että jatkohoitopaikkoja olisi saatava lisää. Myös mahdollinen neuvolaterveydenhoitajien lisäkoulutus psykiatriseen hoitotyöhön saattaisi helpottaa tilannetta. Mielestämme myös ennaltaehkäisevään työhön tulisi kiinnittää huomiota aiempaa enemmän ja masennusoireet tulisi ottaa vakavasti heti epäilyn synnyttyä. Masennuksen kunnollisella hoidolla pystyttäisiin vaikuttamaan laaja-alaisesti koko perheen hyvinvointiin sekä lapsen turvalliseen kasvu ympäristöön. Masennuksen edetessä myös hoito hankaloituu. Ratkaisuna ennaltaehkäisevän työn parantamiseksi terveydenhoitajille tulisi järjestää säännöllisiä koulutuksia synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, sekä mahdollisuus tutustua uusimpiin tutkimustuloksiin. Tuloksissa ilmeni puutteita tältä osin ja terveydenhoitajat toivoivat opastusta myös EPDS- lomakkeen käyttöön.

Vastausten perusteella eroavaisuuksia masentuneen äidin hoidossa eri terveysasemien välillä ei ilmennyt. Maantieteellisellä sijainnilla ei siis näyttänyt olevan merkitystä hoitoon pääsyn

suhteen, vaan resurssipula koskettaa kaupungin neuvoloita ympäri Helsinkiä. Osa neuvolassa työskentelevistä terveydenhoitajista oli tietämättömiä Helsingin kaupungin hoitopolusta. Ryhmämme mielestä hoitopolku on kuitenkin merkittävässä osassa neuvolatyötä ja sen käyttö on tehty helpottamaan terveydenhoitajan työtä. Pohdimme, johtuuko tietämättömyys liian vähäisestä perehdyttämisestä. Erään terveydenhoitajan mukaan kesäaikana on hankalinta saada äidille hoitoa. Lääkäripulaan kesällä saataneen apua ainoastaan hankkimalla enemmän sijaisia terveysasemille. Toisaalta, sijaistavalla lääkärillä ei välttämättä ole yhtä hyvää kokemusta tai mielenkiintoa masentuneen äidin hoitoon kuin vakituisesti samalla terveysasemalla työtä tekevällä lääkärillä. Eräässä vastauksessa tuli ilmi puutteita yhteistyössä Naistenklinikan ja Kätilöopiston sairaalan kanssa. Synnytyssairaalassa on vaikeaa havaita masentunutta äitiä, koska hoitoajat ovat lyhentyneet ja äiti on sairaalassa vain muutaman päivän synnytyksen jälkeen. Mikäli kyseessä on selkeästi psykoottinen äiti, tulisi hoito ehdottomasti aloittaa jo sairaalassa.

Vastausten perusteella terveydenhoitajilla oli runsaasti tietämystä ja kokemusta synnytyksen jälkeisen masennuksen oireista ja niiden tunnistamisesta. Mielenkiintoista oli kuitenkin se, etteivät masentuneen äidin läheiset olleet kertoneet terveydenhoitajalle epäilyksestään, kuin vain muutamassa tapauksessa. Tähän saattaa olla syynä äidin läheisten ajatus siitä, että oireet kyllä katoavat. Suomessa ei ole tapana puuttua muiden ongelmiin ja hyvin harva ihminen uskaltaa "arvostella" tuoretta äitiä peläten mahdollisia konflikteja. Toinen ryhmässämme keskustelua herättänyt asia oli se, että vain yksi terveydenhoitaja kertoi kysyvänsä suoraan äidiltä masennuksesta, epäilyn herätessä. Mielestämme terveydenhoitajien tulisi rohkeasti ottaa puheeksi äidin masennus. Avoimuus on kuitenkin osa työtämme.

Työmme jälkeen heräsi tunne siitä, että synnytyksen jälkeistä masennusta ei tuoda tarpeeksi esiin terveydenhoitajille. Vastausten perusteella myös terveydenhoitajat olivat tätä mieltä. Tiedon puuttuminen vaikeuttaa masennuksen tunnistamista ja aiheesta olisikin hyvä olla lisäkoulutusta. Aiheesta tarvitaan uusia tutkimuksia, jotta ammatillinen kehittyminen terveydenhoitajilla jatkuisi.

8.1 Tulosten luotettavuus ja eettisyys

Latvala ja Vanha-Nuutinen (2001) kertovat sisällönanalyysin luotettavuuden kannalta olevan tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tulosten ja aineiston välillä. Aineiston olisi myös kuvattava mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36- 37.) Sisällön analyysin luotettavuutta voidaan parantaa kuvaamalla tarkasti analysointiprosessi sekä perustelemalla valinnat. (<http://www.uta.fi>).

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selvitys tutkimuksen toteuttamisesta aina aineiston tuottamisesta lähtien. Hirsjärvi ym. (1997) kertovat Janesickia (2000) lainaten laadullisen tutkimuksen ydinkohtina olevan henkilöiden, paikkojen ja tapah-

tumien kuvaukset. Tulosten ja liitettyjen tulkintojen ja selitysten tulisi olla yhteensopivat. Pääkysymyksenä laadullisen tutkimuksen validiutta mitattaessa Hirsjärvi ym. (1997) esittävätkin kysymyksen: "Sopiiko selitys kuvaukseen eli onko selitys luotettava?" (Hirsjärvi ym. 1997, 214.)

Tässä opinnäytetyössä olemme pyrkineet mahdollisimman tarkkaan kuvaukseen tutkimusprosessista, aivan tutkimuksen alusta lähtien. Keräämämme aineisto oli suppea kaikkiin Helsingin äitiys- ja lastenneuvoloihin nähden, mutta tuloksissa esiintyvä saturaatio kertonee kuitenkin riittävydestä työhömmme. Valintamme tutkimusmenetelmän, aineistonkeruumenetelmän sekä analysointitavan suhteen olemme pyrkineet perustelevaan tieteellisen teorian kautta.

Aineisto hankittiin kyselylomakkeilla. Annoimme kyselyn tekemiseen vastausaikaa muutaman viikon, jonka aikana terveydenhoitajilla oli mahdollisuus täyttää lomake omien aikataulujensa puitteissa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että jokainen vastauslomake oli henkilökohtainen, joten vastaajan mielipiteisiin ei pystynyt ulkopuolinen vaikuttamaan. Kuitenkin mahdolliset "kahvihuonekeskustelut" kyselystämme on saattanut vaikuttaa osittain vastauksiin, heikentäen luotettavuutta. Mikäli olisimme olleet itse paikanpäällä jakamassa kyselyitä ja vastaamassa mahdollisiin lisäkysymyksiin, olisi tutkimuksen luotettavuus parantunut. Terveydenhoitajilta saamamme palautteen perusteella, he olisivat kaivanneet tutkimuksen aiheen esittelyä ennakkoon. Palautteessa mainittiin, että "olisi ollut kiva saada kasvot tutkimuksen tekijöille". Aiheen esittely etukäteen olisi saattanut nostaa vastausprosenttiamme ja näin myös kasvattaa tulosten luotettavuutta.

Kyselylomakkeiden mukana terveysasemille lähetettiin saatekirje, josta selvisi tutkimuksen tarkoitus. On eettisesti perusteltua kertoa haastateltaville, mitä aihetta haastattelu koskee. (Tuomi ym. 2003, 75.) Kyselylomakkeiden ohessa lähetimme myös tutkimusluvan. Lähetimme tutkimusluvan nähtäväksi ennen kyselylomakkeiden lähettämistä myös terveysasemien ylihoitajille.

Validius eli pätevyys arvioi, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä pitikin mitata. Esimerkiksi tutkijan tekemän kyselylomakkeen kysymykset saattavat avautua erilalla tutkijalle itselleen kuin tutkittaville. Tutkittava saattaa siis vastata kysymyksiin toisin kun tutkija on ajatellut. Tuloksia ei tässä tapauksessa voida pitää valideina. (Hirsjärvi ym. 1997, 213-214.)

Opinnäytetyön tutkimustehtävät sekä kyselylomakkeen kysymykset olivat selkeät. Tiesimme, mihin kysymyksiin haimme vastausta. Tulokset raportoimme luottamuksellisesti ja anonyymiutta kunnioittaen. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijoiden tutustuminen aihetta käsittelevään kirjallisuuteen. Aihe on tärkeä, koska synnytyksen jälkeisen masennuksen aikainen haavoittuminen ja hyvä hoito auttavat kokonaisvaltaisesti koko perhettä.

Tutkimusluvan saatuamme postitimme kyselylomakkeet ennalta sovittuihin paikkoihin, joista noudimme ne henkilökohtaisesti. Aikarajan ilmoittaminen takasi kyselyyn osallistuville tarpeeksi aikaa tutustua ja vastata tutkimukseen. Tutkimuksessamme pidennetyin aikarajan antaminen lisäsi annettujen vastausten luotettavuutta. Kyselymme kysymykset olivat mielestämme helppolukuisia ja uskomme, ettei kysymysten kohdalla tullut epäselvyyttä siitä, mitä todella kysymyksellä tarkoitettiin.

Vastausprosenttimme oli korkea (73,5%), mikä myös lisäsi tutkimuksemme luotettavuutta. Hirsjärvi ym. (1997) kertovat tutkimuksen saturaatiosta eli kylläntymisestä, jolla tarkoitetaan aineiston riittävyttä. Tällä he tarkoittavat sitä, että tutkija kerää aineistoa päättämättä etukäteen, miten monta tapausta hän tutkii. Tutkimuksessa tapahtuu saturaatio, kun aineisto on riittävä ja samat asiat alkavat kertaantua haastatteluissa. Hirsjärven ym. (1997) mukaan on olemassa tietty määrä aineistoa, joka tuo esiin teoreettisesti merkittävän tuloksen. (Hirsjärvi ym. 1997, 181.) Mielestämme saamiemme vastausten määrä oli riittävä, sillä vastauksista oli luettavissa paljon samankaltaisuuksia. Koska emme työskentele tällä hetkellä terveydenhoitajina neuvolassa, koimme tulosten objektiivisen tarkkailun ja analysoinnin helpoksi. Tämä lisää myös mielestämme tulosten luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää valitsemamme kohderyhmä. Terveydenhoitajat ovat paras ryhmä kertomaan työstään synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan äidin kanssa. Luotettavuutta lisää myös terveysasemien maantieteellisesti laaja sijainti Helsingin kaupungin sisällä, vaikka tarkoituksenamme ei ollutkaan vertailla eri alueiden välisiä eroja.

Anonyymiuden saimme mielestämme säilytettyä hyvin. Jo saatekirjeessä muistutimme, ettei vastauksen antajan henkilöllisyys tule esiin tutkimuksen missään vaiheessa. Kyselylomakkeiden mukana lähetimme jokaista vastauslomaketta kohden kirjekuoren, johon vastaaja sai sulkea oman lomakkeensa. Tämä takasi, ettei ulkopuolinen pääsyt lukemaan vastauksia. Kaikki suljetut kirjekuoret kerättiin yhteen isoon kuoreen, jonka me noudimme paikanpäältä. Myöskään me emme siis tieneet, mikä vastaus oli kenenkin. Tämä helpotti kohdallamme anonyymiuden säilyttämistä. Emme myöskään erittele tuloksissa kyselyyn osallistuneita terveysasemia.

8.2 Oma oppimisprosessi

Aloittaessamme opinnäytetyön tekemisen, olivat perustietomme opinnäytetyöprosessista heikot. Vaikka aiheemme on hyvin ajankohtainen ja siitä on tehty paljon tutkimuksia, oli teoria-tiedon löytäminen hankalaa. Koimme epäselväksi sen, minkälaista teoriaa voisimme opinnäytetyössämme käyttää. Nyt työn ollessa lopuillaan, olemme havainneet oppineemme paljon

prosessikirjoittamisesta ja työn vaativuudesta. Aluksi oli hankalaa ymmärtää täysin, miten tulosten esittely tulisi tehdä opinnäytetyön tutkimustehtäviin nähden, mutta aiheeseen sinnikkäästi perehtymällä ratkaisu löytyi yllättävän helposti.

Työmme käsitteli nimenomaan terveydenhoitajien näkemyksiä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja siitä tehtyjä kirjallisia lähteitä oli erittäin niukasti. Lähteitä etsiessämme voimavaraksi nousi kuitenkin selkeästi ryhmämme koko, sillä pystyimme hyödyntämään myös eri kaupunkien kirjastoja. Perehdyimme lähteisiin ja loimme kokonaiskuvaa työstämme pikkuhiljaa.

Opinnäytetyön hankalina hetkinä olemme kannustaneet toisiamme ja onnistuneet pitämään yllä työn jatkuvuutta. Onnistumisen kokemuksia ovat tuoneet asettamiemme välitavoitteiden saavuttaminen. Vastuun jakaminen on sujunut luontevasti kaikkien ollessa motivoituneita. Ryhmätyöskentely on sopinut meille hyvin. Ryhmätyöskentely on lisännyt tiimityöskentelytaitojamme, joita terveydenhoitajan työssä tarvitaan.

Negatiivisena koimme aikataulujen yhteensovittamisen vuorotoidemme takia. Työelämässä olo on tuonut oman vaikeutensa sopia tapaamisia ohjaavan opettajan kanssa. Välimatka koulun ja asuinpaikkamme välillä on myös nostanut kynnystä hakeutua ohjaukseen. Pidimme kesän 2009 taukoa opinnäytetyön tekemisestä, ja se hieman hankaloitti työssä vauhtiin pääsyä syksyllä.

Positiivisia asioita omassa oppimisessa ovat olleet oman ammatillisuuden kehittyminen. Emme ole työn aikana itse työskennelleet neuvolassa, mutta opinnäytetyömme ohessa olemme tutustuneet tarkasti neuvolatyön kirjallisuuteen. Se on antanut itsevarmuutta ja vahvistanut teoriatietomme määrää. Lisäksi koimme työmme aiheen erittäin tärkeäksi ja voimme tulevaisuudessa hyödyntää tätä omassa työssämme.

Lähteet

- Airola, M. & Tarsalainen, A. 2003. Perheessä on voimaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Asen, E. 1995. Hyvässä ja pahassa. Jyväskylä: Gummerus
- Bergström, B. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus. Sairaanhoidajan käsikirja. Teoksessa Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A., Rasmus M (toim) 3.uudistettu painos Hämeenlinna: Karisto oy
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WS Bookwell Oy
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsjärvi, R., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 6.-9. painos. Helsinki: Kirjayhtymä
- Heikkinen, T. Luutonen, S. 2009. Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen Lääkärilehti 15/2009
- Hertzberg T. 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. Duodecim
- Isometsä, E. 2008. Synnytyksen jälkeinen masennustila. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.) Psykiatria 5.-6 painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy
- Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Kangaspunta, R. Kilku, N. Kaltiala-Heino, R. Punamäki, R-L. 2005. Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola - projektin loppuraportti 2002- 2004
- Kangaspunta, R., Kilku, N., Punamäki, R-L., Kaltiala-Heino, R. 2004. Psykososiaalisen tuen tarve äitiys- ja lastenneuvolatyön haasteena Kokemuksia Perheen hyvinvointineuvola - projektista Lääkärilehti 38/2004
- Kettunen, P., Koistinen, E. 2008. Synnytyksen jälkeinen masennus ja estrogeenihoito. Lääkärilehti, 18-19/2008
- Kurki, P-L., Koivuniemi -Iliev, L., Tuulos, T. Oulun lääninhallituksen julkaisu nro.64/2001 Psykkisten häiriöiden ehkäisy neuvolassa - Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä -projekti 1997-2000
- Käypä hoito suositus 2009
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki: Edita Prima Oy
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2001. Helsinki: WSOY

- Luoma, I., Tamminen, T. 2002. Äidin masennus ja lapsen psyykkinen kehitys. Lääkärilehti 41/02
- Malm, H. 2005. Psykykläkkeiden käyttö ja turvallisuus raskauden ja imetyksen aikana. Lääkärilehti, 10/2005
- Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. (toim.). 2005. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim
- Mustonen, T-K. 2009. Terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Pro gradu - tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos
- Perheentupa, A. 2003. Synnytyksen jälkeinen masennus?- Onko vika hormoneissa Lääkärilehti 4/2003
- Perheentupa, A. 2007. Synnytyksen jälkeinen masennus - onko vika hormoneissa? Lääkärilehti 4/2003
- Poutanen, O. 1997. Masennuksen hoito terveyskeskuksessa. Lääkärilehti 27/1997
- Puura, K., Tamminen, T., Mäntymaa, M., Virta, E., Turunen, M-M., Koivisto, A-M. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. Lääkärilehti 47/2001
- Psykososiaalisen tuen tarve äitiys- ja lastenneuvolatyön haasteena Kokemuksia Perheen hyvinvointineuvola - projektista. Lääkärilehti 38/2004
- Solantaus, T. 2005. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset - mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? - osa I. Lääkärilehti 60/2005
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi
- Ylilehto, H. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus - Salpautunut ilo. Oulun Yliopiston Lääketieteellinen tiedekunta
- www.herkules.oulu.fi
- www.hel.fi
- www.neuvolakeskus.stakes.fi
- www.stat.fi
- www.uta.fi

Liitteet

Saatekirje terveydenhoitajille.....	38
Kyselylomake terveydenhoitajille.....	39
EPDS- lomake	41
Tutkimuslupa	42

Saatekirje terveydenhoitajille

Hei!

Olemme kolme Laurea- ammattikorkeakoulusta valmistuvaa terveydenhoitajaopiskelijaa. Teemme opinnäytetyötä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta terveydenhoitajan näkökulmasta.

Tutkimus tapahtuu tekemämme kyselylomakkeen avulla syksyn 2009 aikana. Haastattelussa saamiamme tietoja käytetään tutkimuksen aineistona opinnäytetyössämme. Kysely tehdään anonyymisti, joten henkilöllisyytenne ei tule julki missään tutkimuksen vaiheessa. Opinnäytetyöstä ei voi ulkopuolinen tunnistaa kuka on sanonut mitään. Antamanne vastaukset ovat meille arvokkaita, sillä niiden perusteella pyrimme kartoittamaan terveydenhoitajien valmiuksia masentuneen äidin hoidossa.

Olisimme kiitollisia, jos vastaisitte ohessa tulevaan lyhyehköön kyselyyn. Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 5- 10 minuuttia. Täytetyn lomakkeen voit sulkea kuoreen ja jättää palautuskuoreen. Vastauslomakkeet haemme 9.10.2009.

Kiitos!

Ystävällisin terveisin,

Elina Laitila, Tiina Seppänen ja Hanna Sohlman

Kyselylomake terveydenhoitajille

1. Mikä on koulutuksesi?
 - a.) terveydenhoitaja
 - b.) kätilö
 - c.) kätilö/terveydenhoitaja
 - d.) muu, mikä? _____

2. Työskenteletkö
 - a.) äitiysneuvolassa
 - b.) lastenneuvolassa
 - c.) äitiys- ja lastenneuvolassa
 - d.) muualla, missä? _____

3. Kuinka kauan olet tehnyt neuvolatyötä? _____

4. Oletko saanut koulutuksen EPDS- lomakkeen käyttöä varten? Jos olet, niin millaisen?

5. Mitkä ovat mielestäsi synnytyksen jälkeisen masennuksen oireita?

6. Millä tavoin synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen on tapahtunut?
 - a.) äiti on itse kertonut
 - b.) mielialalomakkeen avulla
 - c.) havainnut vastaanotolla tai kotikäynnillä

d.) joku äidille läheinen ihminen on kertonut asiasta

e.) muuten, miten?

7. Miten erotat masennuksen tavanomaisesta synnytyksen jälkeisestä uupumisesta? _____

8. Koetko ammattitaitosi riittävän masentuneen äidin tukemiseen?

a.) kyllä

b.) en

c.) en osaa sanoa

9. Toivoisitko jotain lisäkoulutusta synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan äidin tunnistamiseen/ tukemiseen?

a.) kyllä, millais-

ta? _____

b.) en

10. Tiedätkö, että Helsingin kaupungilla on hoitopolku masentuneen äidin auttamiseksi?

a.) kyllä

b.) en

jos vastasit kyllä, koetko hoitopolun toteutuvan ja miten hyvin?

EPDS- lomake

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

Viimeisten seitsemän päivän aikana

1. olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen

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

2. olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia

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

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

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

4. olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä

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

5. olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä

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

6. asiat kasautuvat päälleni

- kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan

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

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

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

8. olen tuntenut oloni surulliseksi ja kurjaksi

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

9. olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt

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

10. ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni

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

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

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

(www.neuvolakeskus.stakes.fi.)

Alkuperäinen lähde: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987; 150:782-6.



Helsingin kaupunki
Terveyskeskus

TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS

3

Hakijan nimi Tiina Seppänen, Elina Laitila ja Hanna Sohlman	Diaarinumero 09-926/054
Tutkimuksen nimi Terveydenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidosta	

- Myönnän tutkimusluvan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmenevin ehdoin
- Myönnän samalla luvan saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä tutkimuslupahakemuksen mukaisesti
- Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

- En myönnä tutkimuslupaa tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa esitetyin perustein

Lisäehdot ja lisäperustelut

- Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

Tutkimuksesta terveystieteille aiheutuvat kustannukset saavat olla:

- hakemuksen mukaiset
- muut, mitkä:
- Tutkimuksesta aiheutuvista kustannuksista tehdään sopimus
- Lisäehdot liitteenä Perustelut liitteenä Liitteenä sairaala-apteekin tiedote

Muut liitteet

Toimitusjohtaja toteaa, että terveysasemien johtaja on antanut puoltavan lausunnon tutkimukselle 29.4.2009.

PÄÄTTÄJÄ

TOIMITUS- JOHTAJA	Päivämäärä	Pykälä	Allekirjoitus ja nimenselvennös
	8.5.2009	2057 §, liitteet 1 - 6	 Matti Toivola

Päätöksen jakelu:

- Tutkija / Tutkimusryhmän jäsenet Tiina Seppänen, Elina Laitila, Hanna Sohlman

- Terveystieteiden yksiköt: Terveystieteiden -yksikkö:

-Terveystieteiden johtaja
- ylihoitaja Kati Ylikahri

- Tietohallintoyksikkö
- Sairaala-apteekki
- Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä
- Muut

- Oikaisuvaatimusohjeet