



jamk

Ahdistuneen äidin tuen tarpeet raskaus- ja lapsivuodeaikana

Milla Hellgren

Opinnäytetyö, AMK

06/2024

Kätilön tutkinto-ohjelma (AMK)

Hellgren, Milla

Ahdistuneen äidin tuen tarpeet raskaus- ja lapsivuodeaikana.

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kesäkuu 2024, 55 sivua.

Kätilön tutkinto-ohjelma (AMK). Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Tutkimuksen taustana oli ahdistuneisuuden yleisyys raskaana olevilla ja synnyttäneillä äideillä sekä sen vaikutukset äidin ja lapsen hyvinvointiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa, millaisia kokemuksia ahdistuneilla äideillä oli saadusta tuesta raskaus- ja lapsivuodeaikana, ja miten terveydenhuollon henkilökunta voisi vastata näihin tarpeisiin paremmin.

Tutkimus toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jossa analysoitiin kansainvälisten tutkimusten tuloksia äitien kokemasta tuesta. Tiedonhaku suoritettiin PubMed, Cinahl ja Medic -tietokannoista, ja valitut tutkimukset arvioitiin laadullisten kriteerien mukaan.

Tulokset osoittivat, että ahdistuneisuuden hoitoon vaikuttavat merkittävästi sosiaalinen tuki, terveydenhuollon tarjoama tuki sekä digitaalisten tukimuotojen käyttö. Sosiaalinen tuki, erityisesti vertaistuki ja perheen tuki, koettiin erittäin tärkeäksi ahdistuksen lievittämisessä. Terveydenhuollon palveluiden laatu vaihteli, ja naiset kokivat synnytyksen jälkeisen tuen usein riittämättömäksi. Digitaaliset tukimuodot tarjosivat lisätukea ja mahdollisuuden vertaistukeen erityisesti silloin, kun fyysinen osallistuminen ryhmiin oli vaikeaa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että ahdistuneista äideistä huolehtivien terveydenhuollon ammattilaisten tulisi kiinnittää erityistä huomiota synnytyksen jälkeiseen aikaan, tarjota enemmän yksilöllistä tukea ja hyödyntää digitaalisia ratkaisuja vertaistuen mahdollistamiseksi. Näin voidaan parantaa sekä äidin että lapsen hyvinvointia ja tukea äitien kykyä kohdata vanhemmuuden haasteet.

Avainsanat (asiasanat)

ahdistuneisuus, raskausaika, lapsivuodeaika

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

Hellgren, Milla

The Support Needs of an Anxious Mother During Pregnancy and the Postpartum Period.

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, June 2024, 55 pages.

Degree Programme in Midwifery. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

The background of the study was the prevalence of anxiety among pregnant and postpartum mothers and its impact on the well-being of both mother and child. The aim of the thesis was to map the experiences of anxious mothers regarding the support they received during pregnancy and the postpartum period, and how healthcare professionals could better meet these needs.

The study was conducted as a descriptive literature review, analyzing the results of international studies on the support experiences of mothers. Data were collected from the PubMed, Cinahl, and Medic databases, and the selected studies were evaluated based on qualitative criteria.

The results indicated that the treatment of anxiety is significantly influenced by social support, the support provided by healthcare services, and the use of digital support forms. Social support, particularly peer support and family support, was considered very important in alleviating anxiety. The quality of healthcare services varied, and women often found postpartum support to be insufficient. Digital support forms provided additional support and the opportunity for peer support, especially when physical participation in groups was difficult.

In conclusion, it can be stated that healthcare professionals caring for anxious mothers should pay particular attention to the postpartum period, provide more individualized support, and utilize digital solutions to enable peer support. This can improve the well-being of both mother and child and support mothers' ability to cope with the challenges of parenthood.

Keywords/tags (subjects)

Anxiety, pregnancy, postpartum period

Miscellaneous (Confidential information)

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Tarkoitus ja tavoitteet	3
3	Keskeiset käsitteet	3
3.1	Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt	3
3.1.1	Ahdistuneisuus	3
3.1.2	Ahdistuneisuushäiriöt.....	4
3.2	Raskausaika.....	5
3.2.1	Raskausajan psyykkiset muutokset	7
3.2.2	Äidin vanhemmuuteen kasvu	9
3.3	Lapsivuodeaika	10
3.3.1	Fyysinen synnytyksestä palautuminen	10
3.3.2	Psyykinen synnytyksestä palautuminen	11
4	Opinnäytetyön toteutustapa	14
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	14
4.2	Tiedonhakuprosessi	15
4.3	Valittujen tutkimusten arviointi.....	18
4.4	Aineiston analyysi	19
5	Tutkimustulokset	21
5.1	Sosiaalisen tuen merkitys ahdistuksen hoidossa	21
5.2	Kokemukset terveydenhuollosta saadusta tuesta	24
5.3	Digitaaliset tuen muodot	26
5.4	Naisten ahdistuksen holistinen hoito	28
5.5	Naisten kokemukset tiedon hakemisesta ja tiedonsaannista.....	29
6	Pohdinta	31
6.1	Opinnäytetyön eettisyys	31
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	32
6.3	Tulosten tarkastelu	34
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimukset	36
	Lähteet	38
	Liitteet	42
	Liite 1. Opinnäytetyöhön valitut artikkelit	42

1 Johdanto

Raskaus- ja lapsivuodeaika ovat merkittäviä vaiheita äidin elämässä, jotka voivat vaikuttaa syvästi naiseuden, vanhemmuuden ja varhaisen vuorovaikutuksen kokemuksiin. Nämä kokemukset muodostuvat monien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden summana, kuten odotukset raskausajalta, saatava tuki ja informaatio terveydenhuoltopalveluista. Erityisesti ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien äitien kohdalla näiden tekijöiden merkitys korostuu, sillä mielenterveyden haasteet voivat vaikuttaa äidin kykyyn kohdata raskauden ja synnytyksen tuomat fyysiset ja psyykkiset muutokset.

Ahdistus on normaali reaktio stressaaviin tilanteisiin, kuten raskauden ja lapsivuodeajan tuomiin muutoksiin. Se ilmenee huolen, pelon ja levottomuuden tunteina, jotka voivat vaihdella lievästä jännityksestä vakavaan ahdistukseen. Ahdistuneisuudesta kärsii 25 % ihmisistä elinaikanaan (Koponen 2021). Se voi liittyä erilaisten muutosten aiheuttamaan huoleen tai epävarmuuteen ja yleensä häviää, kun tilanne normalisoituu. Ahdistus voi aiheuttaa laajan kirjon fyysisiä oireita, kuten sydämentykytystä, hikoilua, tärinää ja hengenahdistusta (Rovasalo & Eerola 2023; Ämmälä 2021).

Ahdistuksen vaikutukset voivat ulottua äidin ja vauvan väliseen varhaiseen vuorovaikutukseen. Ahdistuneisuus saattaa vaikeuttaa äidin kykyä olla läsnä ja reagoida vauvan tarpeisiin, mikä voi vaikuttaa myöhempään kehityshaasteisiin lapsen elämässä. Raskausaikainen ahdistus voi lisätä myös raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden riskiä (Riekkö & Jussila 2022). On tärkeää tunnistaa ahdistuksen merkit ja tarjota tarvittavaa tukea ja hoitoa raskaana oleville ja synnyttäneille naisille. Hoitamalla ahdistusta voidaan edistää äidin hyvinvointia ja parantaa vanhemmuuden kokemusta.

Tutkimus osoittaa, että vaikka raskaus ja vanhemmaksi tuleminen ovat merkittäviä siirtymävaiheita, ne voivat myös lisätä psyykkisten ongelmien riskiä. Aiemmin ajateltiin raskauden suojaavan psyykkisiltä häiriöiltä, mutta nykytiedon valossa raskaus voi itse asiassa altistaa mielenterveyshäiriöille ja vaikuttaa äidin ja lapsen hyvinvointiin, sekä äiti-lapsi kiintymyssuhteen muodostumiseen. Tämä tieto on muuttanut käsitystä raskaudesta suojaavana tekijänä äidin mielenterveyden ongelmiin ja korostanut tuen tarvetta raskaana oleville ja synnyttäneille äideille. Tämä korostaa tarvetta muokata äitiyshuollon ja neuvolan käytäntöjä, ottaen huomioon psyykkisten häiriöiden yleistymisen ja niiden vaikutukset raskauden ja synnytyksen aikana, vaatiessaan laajempaa tietoisuutta ja resurssien kohdentamista terveydenhuollossa. (Ämmälä 2015; Leach ym. 2016; Luoma 2016; Goodman ym. 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia ja koota tietoa, miten ahdistuneet äidit kokevat saamansa tuen raskaus- ja lapsivuodeaikana. Tavoitteena on ymmärtää, miten äitiä hoitava henkilökunta voisi paremmin tukea ja ohjata ahdistunutta äitiä raskauden aikana, synnytyksessä ja sen jälkeisessä lapsivuodeajassa.

2 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota tietoa raskauden- ja lapsivuodeajan tuen tarpeista, kun äiti on ahdistunut. Tavoitteena on auttaa äitiä hoitavaa henkilökuntaa tunnistamaan näitä asiakasryhmiä ja kehittämään työtään niin, että pystyvät vastaamaan tuen tarpeeseen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

Millaisia kokemuksia ahdistuneilla äideillä on raskaus- ja lapsivuodeajan tuesta?

3 Keskeiset käsitteet

3.1 Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt

3.1.1 Ahdistuneisuus

Ahdistuneisuudesta kärsii 25 % ihmisistä elinaikanaan (Koponen 2021). Ahdistuneisuus on normaali ja universaali tunne, joka liittyy huoleen tai pelkoon ja voi kohdistua menneisyyteen, nykyhetkeen tai tulevaan. Se on perustunne, joka varoittaa vaaroista ja on osa ihmisen luonnollista varautumisjärjestelmää. Ahdistus ilmenee eri tavoin, kuten levottomuutena tai paniikkina, ja sen taustalla olevat syyt voivat olla epäselviä. Ahdistus voi aiheuttaa laajan kirjon fyysisiä oireita stressireaktioiden kautta: autonomisen hermoston reaktiot kuten sydämentykytys, tärinä, hikoilu, hengenahdistus, pahoinvointi, vapina, tihentynyt virtsaamistarve, ilman loppumisen tunne ja suun kuivuminen ovat tyypillisiä oireita, jotka voivat johtaa unihäiriöihin ja keskittymisvaikeuksiin. Pitkittynyt tai voimakas ahdistuneisuus voi merkittävästi heikentää toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta. Lievänä se voi toimia motivaationa ja suojausmekanismina, auttaen välttämään vaaroja ja kannustamaan muutoksiin. Monet ahdistusta aiheuttavat sisäiset tuntemukset ovat yleisiä, kuten pettymys tai yksinäisyyden tunne. Erityisesti vanhemmilla ihmisillä yksinäisyys ja elämän tarkoituksen pohtiminen voivat olla ahdistuksen lähteitä. Ongelmalliseksi ahdistus muuttuu, kun sen kokeminen ei

tunnu hyväksyttävältä ja sitä alkaa vältellä, mikä pitkällä tähtäimellä voi pahentaa oloa. (Rovasalo & Eerola 2023; Ämmälä 2021; Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019.)

Ahdistus voi syntyä monista syistä, kuten elämäntilanteesta, ympäristön muutoksista tai henkilökohtaisista ristiriidoista. Monilla ihmisillä ahdistusta herättää nykymaailman epävarmuus, esimerkiksi ympäristökriisit tai globaalit terveysuhkat. Ennakointi tulevista uhista voi aiheuttaa ahdistusta, vaikka uhat olisivat epärealistisia. Tunnistamalla ahdistuksen alla olevat tunteet kuten pelko tai huoli, voi lievittää oireita. (Rovasalo & Eerola 2023.)

Ahdistuneisuutta nähdään usein mielenterveyshäiriöissä, kuten masennuksessa ja traumaperäisissä stressihäiriöissä. Se voi myös olla somaattisten sairauksien oire tai johtua lääkityksen sivuvaikutuksista, kuten sydänvaivoista tai hormonaalisista häiriöistä. Psykylliset lääkkeet ja niiden lopettaminen voivat myös laukaista tai pahentaa ahdistuneisuutta. Päihteiden käyttö voi väliaikaisesti vähentää ahdistusta, mutta pitkällä tähtäimellä se yleensä pahentaa oloa. (Rovasalo & Eerola 2023.)

Ahdistuneisuus saattaa ilmetä erityisesti raskauden aikana, jolloin äidit kokevat huolta monista asioista, kuten sikiön terveydestä, synnytyksestä ja omasta hyvinvoinnistaan. Tällöin äidin mielessä voi olla jatkuva uhan tunne, ja hän voi kärsiä ylenmääräisestä ajattelusta sekä tuntea vähäistä kontrollia elämäänsä kohtaan. Raskausaikainen ahdistus voi lisätä raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden riskiä. (Rieki & Jussila 2022.)

3.1.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy perusterveydenhuollossa huomattavan paljon, ja niitä alidiagnosoidaan usein. Ahdistuneisuushäiriötä voi olla hankala tunnistaa, sillä potilaat hakeutuvat vastaanotolle usein somaattisten syiden, kuten kipujen tai sydänoireiden, vuoksi. (Viikki & Leinonen 2015.)

Ahdistuneisuushäiriö on psykiatrinen häiriö, joka heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. Häiriölle tyypillistä on kohtauksittainen tai jatkuva ahdistuneisuuden tai uhan tunne, jota voidaan pyritä välttämiskäyttäytymisellä säätelemään. Ahdistuneisuushäiriöön sairastuu elämänsä aikana kansainvälisesti 0,8-6,4% ihmisistä, ja 46 vuotta täyttäneistä Suomalaisista 3,6%. Ahdistuneisuushäiriö eroaa tavallisesta ahdistuneisuudesta siten, että se on jatkuvaa ja voimakkaampaa. Se ei

rajoitu tiettyihin tilanteisiin tai tapahtumiin, vaan on usein jatkuvaa ja häiritsee merkittävästi henkilön päivittäistä toimintaa ja elämänlaatua. Ahdistuneisuushäiriössä henkilö voi kokea voimakasta huolta ja pelkoa myös tilanteissa, jotka eivät objektiivisesti ole uhkaavia, ja tämä huoli voi olla vaikea hallita. Tämä tekee ahdistuneisuushäiriöstä erillisen ja diagnosoitavan mielenterveyden häiriön. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2019.)

Paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, määräkohteinen pelko (fobia), traumaperäinen stressihäiriö, dissosiaatiohäiriö ja pakko-oireinen häiriö muodostavat ahdistuneisuushäiriöiden kirjon. Näiden diagnosointi edellyttää, ettei taustalla ole psykoottisia tai masennusoireita. Voimakas ahdistuneisuus voi tuntua lamaannuttavalta ja on otettava vakavasti tukemisen ja avun tarjoamisen yhteydessä. (Rovasalo & Eerola 2023; Ahdistuneisuushäiriöt – Pikatietoa 2019.)

Ahdistuneisuushäiriöt eivät esiinny eristyksissä, vaan ne ovat usein yhteydessä muihin psykiatriisiin sairauksiin, kuten masennukseen ja päihdeongelmiin. Ahdistuneisuushäiriöiden ja päihdeongelman yhdistelmä on yleinen ilmiö, ja ahdistuneisuushäiriöstä kärsivillä henkilöillä noin 5–30 %:lla esiintyy samanaikainen päihdeongelma viimeisen vuoden aikana ja 20–40 %:lla elinaikanaan. Erietyisesti opioidien ja bentsodiatsepiinien käyttäjillä ahdistuneisuushäiriöt ovat tavallisempia kuin alkoholin käyttäjillä, ja tupakointi on yleistä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien keskuudessa. (Ahdistuneisuushäiriöt 2019.) Tämä korostaa tarvetta integroidulle hoidolle, joka käsittelee sekä ahdistuneisuushäiriötä että mahdollista päihdeongelmaa.

Raskausaikana noin 8–12 prosenttia odottavista äideistä kokee jonkinlaisen ahdistuneisuushäiriön oireita (Tiitinen 2024). Raskausaikana ahdistuneisuushäiriö voi pahentua tai ilmetä uutena ongelmana. (Ämmälä 2021.) Perinataaliaikana esiintyvä pakko-oireinen häiriö voi näyttäytyä toistuvina tarkastelutoimina ja pakonomaisena puhdistautumisena. Pakkoajatukset voivat olla hyvin häiritseviä ja keskittyä esimerkiksi vauvan tai itsensä vahingoittamiseen. Pakko-oireet heikentävät usein toimintakykyä ja voivat ilmetä arjen asioiden laiminlyöntinä. (Riekki & Jussila 2022.)

3.2 Raskausaika

Raskaus on naisen elämässä ainutlaatuinen ajanjakso, jolloin keho kokee laajoja fyysisiä ja hormonaalisia muutoksia valmistautuessaan synnytykseen ja äitiyteen. Nämä muutokset sisältävät

kohdun merkittävän kasvun, verenkierto- ja hengityselimistön mukautumisen sekä aineenvaihdunnalliset ja endokriiniset muutokset. Vaikka raskaus tuo mukanaan monia haasteita, kuten painonnousua ja erilaisia oireita, se valmistaa kehoa uuden elämän alkamiseen. (Paananen ym. 2015; Tiitinen 2023.)

Raskaus on prosessi, joka alkaa, kun munasolu hedelmöittyy, ja päättyy, kun vauva syntyy. Raskauden ajanjakso ja synnytyksen ennustettu aika määräytyvät yleensä viimeisten kuukautisten ensimmäisestä päivästä, edellyttäen säännöllistä kuukautiskiertoa. Raskaus jaetaan yleisesti kolmeen kolmannekseen. Ensimmäinen kolmannes alkaa viimeisten kuukautisten aikana ja päättyy 14. raskausviikon alussa, ja tällä ajanjaksolla sikiön tärkeät elimet ja rakenteet kehittyvät. Toisen kolmanneksen aikana (14.-28. raskausviikko) sikiö kasvaa nopeasti, ja eri elimistön osat kypsyvät. Kolmas kolmannes kestää 29. raskausviikosta synnytykseen asti, ja sikiön paino kolminkertaistuu tällä ajanjaksolla. (Tiitinen 2023.)

Raskauden ensimmäinen kolmannes (viikot 0-13) on kriittinen vaihe sekä sikiön kehitykselle että äidin kehon sopeutumiselle uuteen tilanteeseen. Tänä aikana äidin kehossa tapahtuu merkittäviä hormonaalisia muutoksia, joista vastaavat erityisesti progesteronin ja estrogeenin tasojen nousu, mikä on välttämätöntä raskauden ylläpitämiseksi. Nämä hormonaaliset muutokset voivat aiheuttaa useita fyysisiä ja emotionaalisia oireita, kuten aamupahoinvointia, joka johtuu ihmisen koriongonadotropiinin (hCG) tasojen noususta (Hormones During Pregnancy nd). Hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen kohdun seinämään ja sen seurauksena tapahtuva kasvu, yhdessä normaalin painonnousun kanssa, joka voi vaihdella 6–15 kiloa lähtöpainosta riippuen (Paananen ym. 2015, 161; Tiitinen 2023), asettaa omat haasteensa äidin keholle.

Raskauden alkuvaiheessa äiti kokee useita muitakin fyysisiä muutoksia, kuten väsymystä, rintojen arkuutta ja koon kasvua sekä hengityksen lisääntymistä ja lantion sekä ligamenttien löystymistä, jotka ovat tyypillisiä myös myöhemmille raskauskuukausille (Paananen ym. 2015, 163). Nämä muutokset vaikuttavat myös odottavan äidin tunne-elämään, tuoden mukanaan ilon ja onnellisuuden tunteita, mutta myös äkillisiä mielialan vaihteluita sekä huolen ja epävarmuuden tunteita (Paananen ym. 2015, 164).

Raskauden toinen kolmannes (viikot 14-28) merkitsee usein helpotuksen aikaa odottaville äideille, sillä alkuraskauden oireet, kuten aamupahoinvointi, alkavat helpottaa, ja moni kokee energiataasensa nousevan (Changes in Your Body During Pregnancy: Second Trimester 2023). Tämän kauden aikana äidin vatsa kasvaa näkyvästi, ja sikiön liikkeet tulevat tunnettaviksi, mikä lisää odotuksen iloa. Uusia oireita, kuten rintojen kasvu, pigmenttimuutokset ja lisääntynyt riski virtsatietulehdukseen, voi ilmetä (Paananen ym. 2015, 163). Keskiraskauden aikana naiset voivat kokea mielialan vaihteluita ja vahvistuneita tunteita, mikä voi lisätä huolta tulevan lapsen terveydestä ja hyvinvoinnista. Näinä viikkoina odottavat äidit alkavat myös usein kokea voimakkaampaa yhteyttä vauvaansa kohtaan. (Paananen ym. 2015, 165.)

Kolmannessa kolmanneksessa (viikot 29-40) äidin keho valmistautuu synnytykseen, ja sikiö kasvaa ja kehittyy merkittävästi. Äidin vatsan koko ja paino lisääntyvät, mikä voi aiheuttaa epämukavuutta ja liikkumisen vaikeutumista. Kasvanut kohtu voi painaa diafragman ja mahalaukun alueelle, aiheuttaen hengitysvaikeuksia ja happaman refluksen (Heartburn During Pregnancy 2021). Virtsan-karkailu voi ilmetä, kun kohtu painaa virtsarakkoa. Univaikeudet ovat yleisiä ja on tavallista herätä muutaman kerran yössä. Nukkumista häiritsee selkäkipu, tarve virtsata, jalkakramppit, närästys ja sikiön liike. Myös oudot unet ovat yleisiä raskauden viimeisinä viikkoina. (Sleep Problems During Pregnancy 2022.)

Loppuraskaudessa odotuksen ja tulevan äitiyden tuntemukset voivat vahvistua. Fyysiset vaikutukset, tulevat ilmeisemmiksi, ja tulevat vanhemmat alkavat valmistautua synnytykseen ja vanhemmuuteen, mikä herättää monenlaisia tunteita, kuten jännitystä ja pelkoa. (Paananen ym. 2015, 165.)

Raskaus on siis aikaa, jolloin nainen kokee syviä fyysisiä ja emotionaalisia muutoksia, jotka valmistavat häntä tulevaan vanhemmuuteen.

3.2.1 Raskausajan psyykkiset muutokset

Raskauden aikana naiset voivat kohdata monenlaisia psykologisia haasteita, jotka vaihtelevat mielialan vaihteluista vakavampiin psyykkisiin oireisiin ja häiriöihin. Hormonaalisten muutosten ja mielen herkistymisen seurauksena äidit saattavat kokea nopeita tunteiden vaihteluita, jotka ulottuvat ilon ja onnen tunteista avuttomuuteen ja turhautumiseen (Tiitinen 2024). Raskauden aikainen

psykkinen hyvinvointi on merkittävä sekä äidille että lapsen kehitykselle, mikä korostaa varhaisen tunnistamisen ja kohdennetun hoidon tärkeyttä. Tämä vaatii huomiota raskauden erityispiirteisiin ja äidin psykologisen kehitysprosessin ymmärtämiseen, joka on verrattavissa raskauden somaattiseen kulkuun ja jakautuu eri kehitysvaiheisiin. (Mäkelä ym. 2010.)

Raskaus ja synnytyksen jälkeinen aika tuovat usein mukanaan merkittäviä muutoksia, ja arviolta joka viides nainen kokee näinä aikoina mielenterveyshäiriöitä. Masennus ja ahdistuneisuus ovat raskauden ja synnytyksen yhteydessä yleisimpiä mielenterveysongelmia, ja niiden esiintyminen yhdessä on tavallista. Raskauden aikana syömishäiriöt yleensä vähenevät, mutta synnytyksen jälkeen ne usein palautuvat entiselle tasolle yli puolella naisista. Syömishäiriöihin liittyy lisääntynyt riski masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön kehittymiseen. (Tiitinen 2024.)

Äidin kokema stressi raskauden aikana voi vaikuttaa merkittävästi lapsen neuropsykologiseen kehitykseen. Hypotalamus-hypofyysi-lisämunuaiskuoriakselin (HPA-akselin) aktivoituminen ja korkeat stressihormonitasot voivat muuttaa lapsen aivojen välittäjäaineiden toimintaa ja keskushermoston kehitystä, mikä lisää riskiä käytös-, tarkkaavaisuus- ja tunne-elämän häiriöihin (Mäkelä ym. 2010). Synnytyksen jälkeen koettavat mielialahäiriöt, kuten synnytyksen jälkeinen masennus ja lapsivuodepsykoosi, ovat myös huomionarvoisia. Nämä tilat vaativat tehokasta tunnistamista ja hoitoa, jossa otetaan huomioon äidin psykiatriset ja psykososiaaliset tekijät ja sosioekonominen asema sekä raskauden ja synnytyksen aikaiset komplikaatiot. (Paananen ym. 2015, 602-604.)

Raskauden ja synnytyksen aikainen stressi voi altistaa lapsen psykomotorisille ja kognitiivisille häiriöille, ja negatiiviset kokemukset näistä tapahtumista voivat vaikuttaa äidin mielikuviin vauvasta ja vanhemmuudesta sekä äidin ja lapsen välisen kiintymyssuhteen muodostumiseen. Stressille altistuneet lapset voivat olla pienipainoisia ja ärtyneitä, mikä haastaa varhaista vuorovaikutusta ja voi lisätä äidin kokemaa kuormitusta ja huonommuuden tunteita. (Mäkelä ym. 2010.) Tässä kontekstissa on tärkeää tarjota äideille kattavaa tukea ja neuvontaa, joka kattaa terveydenhuollon ammattilaisten, perheen ja ystävien tarjoaman avun sekä äidin omien voimavarojen tunnistamisen ja käytön paranemisprosessissa. Moniammatillinen yhteistyö ja toistuvan synnytyksen jälkeisen psykoosin ehkäisy ovat avainasemassa äidin ja lapsen hyvinvoinnin tukemisessa. (Paananen ym. 2015, 604.)

3.2.2 Äidin vanhemmuuteen kasvu

Äidin vanhemmuuteen kasvu on prosessi, joka kattaa sekä raskauden ajan että synnytyksen jälkeisen sopeutumisen uuteen rooliin. Gloger-Tippeltin (1983) mallin mukaan tämä prosessi voidaan jakaa neljään vaiheeseen: häiriövaihe, sopeutumisvaihe, keskittymisvaihe ja valmistautumis- sekä odotusvaihe.

Häiriövaiheessa äiti käsittelee raskauden aiheuttamaa elämänmuutosta ja tuntee usein sekavia tunteita, kuten iloa ja ahdistusta. Tänä aikana äidin identiteetti alkaa muovautua uudelleen, mikä voi aiheuttaa hämmennystä ja epävarmuutta. Tämä vaihe kattaa raskauden ensimmäiset viikot tai kuukaudet, kun raskaus on juuri todettu. Häiriövaihe liittyy yleensä raskauden aiheuttamaan elämänmuutokseen ja siihen liittyvään epävarmuuteen ja emotionaaliseen hämmennykseen. (Gloger-Tippelt 1988, 20; Paavilainen 2003, 19-22.)

Sopeutumisvaiheessa äiti alkaa tottua ajatukseen olevansa raskaana ja valmistautuu tulevaan vanhemmuuteen. Tässä vaiheessa äiti tekee tarvittavia muutoksia elämäntavoissaan ja mielikuvissaan vanhemmuudesta, jotta voi vastata tulevan lapsen tarpeisiin. Sopeutumisvaihe alkaa, kun äiti alkaa tottua ajatukseen raskaudesta ja alkaa valmistautua tulevaan vanhemmuuteen. Tämä vaihe sijoittuu tyypillisesti raskauden toiselle kolmannekselle, jolloin monet alkuraskauden fyysiset ja emotionaaliset oireet saattavat helpottaa. (Gloger-Tippelt 1988, 21.) Raskauden keskivaihe sisältää äidin fyysisen ja emotionaalisen sopeutumisen jatkumisen. Äiti kokee lapsen liikkeit, mikä vahvistaa äidin ja lapsen välistä sidettä. Myös isä alkaa tuntea yhteyttä lapseen esimerkiksi tuntiessaan potkuja äidin vatsasta. Pariskunta valmistautuu vanhemmuuteen, mikä voi sisältää perheen elämäntilanteen muutosten suunnittelua ja valmistautumista synnytykseen. (Paavilainen 2003, 63-68.)

Keskittymisvaiheessa äidin huomio keskittyy yhä enemmän raskauteen ja tulevaan vauvaan. Äiti alkaa muodostaa tunnesidettä syntymättömään lapseen, mikä on tärkeää myöhemmän kiintymyssuhteen kannalta. Tämä vaihe valmistaa äitiä henkisesti tulevaan synnytykseen ja vanhemmuuteen. Keskittymisvaihe tapahtuu raskauden loppupuolella, kun äidin huomio keskittyy yhä enemmän odotettuun lapseen ja hänen valmistautumisensa synnytykseen intensiivistyy. Äidin tunteet voivat olla voimakkaita ja ristiriitaisia. (Gloger-Tippelt 1988, 22; Paavilainen 2003, 75-83.)

Valmistautumis- ja odotusvaiheessa äiti valmistautuu aktiivisesti synnytykseen. Tähän sisältyy sekä käytännön valmistelut että henkinen valmistautuminen synnytykseen ja vauvan hoitoon. Vaihe on täynnä odotusta ja valmistelua, joka kohdistuu tulevan lapsen vastaanottamiseen ja uuden elämänvaiheen aloittamiseen. Valmistautumis- ja odotusvaihe sisältää viimeiset viikot ennen synnytystä, jolloin äiti valmistautuu aktiivisesti tulevaan synnytykseen ja lapsen hoitoon. (Gloger-Tippelt 1988, 23.)

3.3 Lapsivuodeaika

Synnytyksestä toipuminen kestää 6–8 viikkoa, ja tätä ajanjaksoa kutsutaan puerperiumiksi tai lapsivuodeajaksi. Tänä aikana äiti palautuu raskauden ja synnytyksen vaikutuksista, ja toipuminen on vasta alkuvaiheessa sairaalasta kotiutuessa. (Nuutila & Polo 2019.) Viimeisten parin vuosikymmenien aikana normaalin synnytyksen jälkeinen aika sairaalassa on lyhentynyt ja nykyään se kestää yleensä kaksi–kolme vuorokautta. Ensisynnyttäjät viipyvät tavallisesti sairaalassa pidempään kuin uudelleensynnyttäjät. Lyhentynyt sairaalassaolo synnytyksen jälkeen tarjoaa useita etuja, mm. sekä äiti että vauva välttyvät sairaalabakteereille altistumiselta. (Rouhe 2024.)

3.3.1 Fyysinen synnytyksestä palautuminen

Synnytyksen jälkeinen aika sisältää äidin ja vastasyntyneen fyysisen ja emotionaalisen toipumisen. Synnytyksen jälkitarkastus tehdään yleensä 5–12 viikon päästä neuvolassa, joskus poikkeustapauksissa myös synnytyssairaalassa tai gynekologin luona. Tarkastuksessa arvioidaan synnytyksen kulku ja perheen kokemukset. Seurataan äidin terveyttä, kuten mielialaa ja mahdollisia masennusoireita, ja tarvittaessa suoritetaan fyysisiä tutkimuksia. Arvioidaan myös synnyttelinten palautumista ja aloitetaan tarpeen mukaan hoito. Lantionpohjan palautumista tarkkaillaan ja vahvistetaan tarvittaessa. (Tiitinen 2024.)

Kotiinlähtötarkastuksessa, joka yleensä tapahtuu 36–72 tunnin iässä, arvioidaan äidin fyysistä kuntoa, kuten kohdun supistumista ja jälkivuodon määrää, sekä imetyksen onnistumista. Vastasyntyneen tarkastuksessa keskitytään muun muassa vauvan ihon, lihasjänteveyden, hengityksen, lonkkien, silmien ja kuulon tilaan. Varhainen kotiutuminen edellyttää sekä äidin että vauvan vakaa terveydentila sekä perheen valmiuden vastasyntyneen hoitoon. (Tiitinen 2024.)

Äidin fyysinen palautuminen synnytyksen jälkeen alkaa välittömästi, ja elimistö palautuu muutamassa viikossa raskautta edeltävään tilaan. Tämä sisältää kohdun palautumisen, joka on nopeaa ja edistyy erityisesti imetyksen aikana oksitosiinin vaikutuksesta. Lantionpohjan lihasten ja emättimen palautuminen sekä hormonitoiminnan normalisoituminen ovat osa tätä prosessia. Jälkivuoto, joka kestää noin viisi viikkoa, sekä vatsanpeitteiden ja raskausarpien palautuminen ovat myös merkittäviä palautumisen osa-alueita. (Tiitinen 2024.)

Kokonaisuutena synnytyksen jälkeinen palautuminen on laaja-alainen prosessi, joka vaatii yksilöllistä huomiota ja tukea. On tärkeää, että äidit saavat riittävästi lepoa, liikuntaa ja oikeanlaista ravintoa sekä tarvittaessa ammattilaisten neuvontaa ja tukea (Tiitinen 2024). Tämä edistää äidin fyysistä ja emotionaalista toipumista, mahdollistaa onnistuneen imetyksen ja tukee perheen sopeutumista uuteen elämäntilanteeseen. (Huomioita imetyksen onnistumiseen nd; Kuntoutuminen raskauden ja synnytyksen jälkeen nd.) Imetys on keskeinen tekijä äidin palautumisessa ja vauvan terveyden edistämässä, sillä se tukee kohdun supistumista ja edistää hormonaalista tasapainoa. (Paananen ym. 2015, 113-116.)

3.3.2 Psyykinen synnytyksestä palautuminen

Lapsen syntymän jälkeen äiti käy läpi fyysistä toipumista ja sopeutuu uuteen rooliinsa äitinä. Tämä vaihe sisältää myös vanhempien kiintymyksen syvenemisen lapseen, ja he oppivat tuntemaan lapsensa tarpeita ja rytmiä. (Paavilainen 2003, 85-101.) Lapsivuodeaika tuo mukanaan uusia haasteita ja kehitysvaiheita, jotka voivat peilata Gloger-Tippeltin mallin (1983) rakenteita. Vastasyntyneen hoito ja äidiksi kasvaminen vaativat jatkuvaa sopeutumista. Tämä aika voi olla fyysisesti ja emotionaalisesti vaativaa, kun äiti oppii tuntemaan vauvansa tarpeet ja kehittää äitiysidentiteettiään. Kiintymyssuhteen muodostaminen lapseen jatkuu ja syvenee lapsivuodeaikana, mikä vastaa keskittymis- ja valmistautumisvaiheen teemoja. Uuden perheenjäsenen myötä perheen sisäinen dynamiikka muuttuu, ja vanhempien on mukauduttava uusiin rooleihinsa ja vuorovaikutussuhteisiinsa. Lapsivuodeaika tarjoaa siis mahdollisuuden syventää vanhemmuuden roolia, mikä jatkaa raskauden aikana alkanutta kehitystä ja sopeutumista. Jokainen vaihe tukee äidin kasvua ja kehitystä vanhempana, vaikka lapsivuodeaika tuo mukanaan myös uusia haasteita ja oppimisen hetkiä.

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen, yleisesti tunnettu nimellä "baby blues", on yleinen ja normaali ilmiö, joka on osa vanhemmuuteen kasvua ja koskettaa jopa 80 % synnyttäneistä naisista.

Tämä ilmiö on yleisimmillään 3–5 päivää synnytyksen jälkeen ja katsotaan luonnolliseksi osaksi synnytyksen jälkeistä toipumista. Hormonaalinen vaihtelu vaikuttaa voimakkaasti äidin mielialaan, erityisesti maidonnousun aikana, jolloin mieliala voi olla herkkä. Tunteiden vaihtelu "baby bluesin" aikana on normaalia. Synnytyskokemuksen käsittely ja uuden perheenjäsenen vastaanotto voivat saada aikaan voimakkaita mielialan muutoksia. Äidin kyky aistia vauvan kokemuksia ja reagoida niihin herkästi on tärkeä osa varhaista vuorovaikutusta vauvan kanssa. Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen koettu tunneherkistyminen voi kuitenkin myös aiheuttaa haasteita, kuten masennusta tai paniikkioireita, joihin on tärkeää hakea ammatillista tukea. Oireet, kuten itkuisuus, mielialan vaihtelut, päänsärky, ärtyisyys, ruokahaluttomuus ja unihäiriöt, ilmenevät tyypillisesti ja ovat yleensä ohimeneviä. Tila paranee yleensä itsestään, ja toipumista tukevat perheen ja hoitohenkilökunnan myönteinen tuki ja ymmärrys, ilman tarvetta erityisille hoitotoimenpiteille. (Perheentupa 2022; Tiitinen 2024.)

Masennus on yksi yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä raskauden aikana ja esiintyy noin 10–18 prosentilla odottavista äideistä. Synnytyksen jälkeinen masennus on myös yleinen, vaikuttaen 10–15 prosenttia äideistä ja 8–13 prosenttia isistä. Riski sairastua masennukseen synnytyksen jälkeen on kolminkertainen verrattuna muihin samanikäisiin naisiin. Jos äidillä on ollut aikaisempia masennusjaksoja, todennäköisyys kokea lapsivuodedeppressio on 25 %, ja jos äiti on aiemmin sairastanut synnytyksen jälkeistä masennusta, uusiutumisen riski on jopa 40 %. Ilmaantuvuus on suurta 6 kuukautta synnytyksen jälkeen. Riskitekijöitä ovat muun muassa ensimmäinen synnytys, parisuhdeongelmat, naimattomuus, keisarileikkaus ja perhehistoriassa esiintyneet mielialahäiriöt. Tyypillisiä oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän ja mielenkiinnon katoaminen, uupumus ja syyllisyyden sekä arvottomuuden tunteet. Raskaudenaikainen masennus voi olla yhteydessä ennenaikaiseen synnytykseen ja viivästyneeseen imetyksen aloitukseen sekä vaikuttaa lapsen aivojen kehitykseen ja myöhempään stressinsietokykyyn, oppimiseen sekä käytöksen ja tunne-elämän säätelyyn. Masennuksen vakavuus ja kesto saattavat lisätä lapsen riskiä kehityshäiriöihin, joita selitetään useilla geneettisillä ja biologisilla mekanismeilla. (Ämmälä 2019; Perheentupa 2022.)

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen on tyypillisesti lievempi ja lyhytkestoisempi tila, kun taas synnytyksen jälkeinen masennus voi olla vakavampi ja pitkäkestoisempi. Näiden tilojen taustalla vaikuttavat useat tekijät, kuten sosioekonomiset haasteet, raskauden ja synnytyksen aikaiset ongelmat sekä psyykkiset ja psykososiaaliset tekijät. Myös vastasyntyneeseen liittyvät seikat, kuten

sairaus tai temperamentti, voivat vaikuttaa äidin mielialaan. Hormonaaliset muutokset ja stressi ovat merkittäviä synnytyksen jälkeisen masennuksen taustatekijöitä. Monille äideille erilaiset terapiat voivat olla hyödyllisiä, ja on tärkeää, että he saavat tarvittaessa ammatillista apua. (Paananen ym. 2015, 602-604.)

Lapsivuodepsykoosi, tunnetaan myös nimillä synnytyksen jälkeinen psykoosi tai puerperaalipsykoosi, on vakava mielenterveyshäiriö, joka voi puhjeta synnytyksen jälkeen. Riski sairastua siihen on muita elämänvaiheita korkeampi, mutta absoluuttinen riski on suhteellisen pieni: noin yksi tai kaksi tapausta tuhatta synnyttäneitä naista kohden. Oireet alkavat yleensä 3–10 päivää synnytyksen jälkeen ja voivat sisältää unettomuutta, voimakkaita mielialan vaihteluja, ärtyisyyttä, sekavuutta ja keskittymis- sekä muistiongelmia. Oirekuvassa voi myös esiintyä harhaluuloja, usein liittyen vauvaan. Psykoosin myötä todellisuudentaju ja tietoisuus voivat häiriintyä, ja sairastunut voi kokea pakkomielteitä ja harhoja. Lapsivuodepsykoosin taustalla vaikuttavat useat tekijät, joista merkittävin on kaksisuuntainen mielialahäiriö. Muita riskitekijöitä ovat suuret hormonaaliset muutokset, aiemmat psykoosit, vakava masennus, sosiaalisen tuen puute, pitkittynyt unettomuus ja stressi raskausaikana tai synnytyksessä. Riskiä lisäävät myös ensisynnyttäjäisyys, keisarileikkaus ja tietyt lääkkeet. Hoito on usein intensiivistä ja vaatii sairaalahoitoa turvatakseen sekä äidin että lapsen hyvinvoinnin. (Hertzberg 2022; Eerola 2000.)

Tutkimuksessa, joka tehtiin Kuopion lastenneuvolassa, havaittiin, että 1–2 kuukautta synnytyksen jälkeen 28 % äideistä tarvitsi psyykkistä apua. Tämä tarve ei selittynyt äitien taustatekijöillä tai terveyskäyttäytymisellä, vaan masentuneisuudella, vähäisellä sosiaalisella tuella ja parisuhdeongelmissa. Huomionarvoista on, että kukaan äideistä ei hakeutunut psyykkisten ongelmien vuoksi hoitoon. Tutkimus korostaa mielenterveyshäiriöiden yhteyttä masentuneisuuteen, sosiaalisen tuen puutteeseen ja parisuhdeongelmiin. (Viinamäki ym. 1994.)

Neuvolalla on keskeinen rooli mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa ja tukemisessa raskauden ja synnytyksen aikana. Tarjoamalla tukea ja ohjausta neuvolat voivat vaikuttaa positiivisesti koko perheen hyvinvointiin ja tukea äidin psyykkistä palautumista synnytyksen jälkeen.

4 Opinnäytetyön toteutustapa

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa analysoidaan aiempaa kirjallisuutta ja tutkimuksia kriittisesti ja tiivistetysti, luoden ymmärrystä tutkimusongelmasta ja osoittaen, miten uusi tutkimus täydentää ja sijoittuu olemassa olevaan tietämykseen (Mannila 2021). Kirjallisuuskatsaus on tieteellisen tutkimuksen menetelmä, joka on sidottu tieteen yleisiin metodologisiin vaatimuksiin, kuten julkisuuteen, kriittisyyteen, itsekorjaavuuteen ja objektiivisuuteen. Tieteellisten tulosten on oltava julkisia ja avoimesti arvioitavissa tieteellisen yhteisön toimesta. Itsekorjaavuus merkitsee, että mahdolliset virheet ja puutteet tutkimuksessa voidaan korjata uusilla tutkimuksilla. Tutkimuskohteen ominaisuudet tulisi olla riippumattomia tutkijan mielipiteistä tai muista auktoriteeteista. (Salminen 2011, 3.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä, ja se on luonteeltaan yleiskatsaus ilman tiukkoja sääntöjä. Se hyödyntää laajaa aineistoa ilman tiukkoja metodisia rajoituksia. Katsauksessa pyritään kuitenkin antamaan kattava kuva tutkittavasta ilmiöstä ja mahdollisesti luokittelemaan sen ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset ovat avoimempia kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.)

Integroiva kirjallisuuskatsaus ja narratiivinen kirjallisuuskatsaus ovat kaksi erilaista kuvailevan kirjallisuuskatsauksen suuntautumista. Tässä opinnäytetyössä käytetään integroivan katsauksen tyyppiä. Se muistuttaa systemaattista katsausta monin tavoin ja soveltuu hyvin laajan ja monipuolisen kuvan tuottamiseen tutkimusaiheesta. Tämä lähestymistapa auttaa myös uuden tiedon syntetisoinnissa ja kriittisessä arvioinnissa. Toisin kuin systemaattinen katsaus, integroiva katsaus ei ole yhtä tiukasti rajattu ja sallii laajemman kirjallisuusaineiston käytön. Integroiva katsaus voi hyödyntää erilaisia tutkimusmetodeja ja erilaisia näkökulmia samasta aiheesta, mikä tekee siitä systemaattista katsausta laajemman ja monipuolisemman. Vaikka integroiva kirjallisuuskatsaus sisältää narratiivisia elementtejä, se eroaa narratiivisesta katsauksesta kriittisen arvioinnin ja metodisen vaatimustason suhteen. Kriittinen arviointi on keskeinen osa integroivaa katsausta ja auttaa valikoimaan keskeiset tutkimukset katsauksen perustaksi. (Salminen 2011, 8.)

4.2 Tiedonhakuprosessi

Tässä opinnäytetyössä tiedonhakuprosessi toteutettiin sähköisissä tietokannoissa käyttäen määriteltyjä hakusanoja ja niistä muodostettuja hakulausekkeita. Käytetyt tietokannat olivat PubMed, Cinahl ja Medic.

Keskeiset hakulausekkeet määriteltiin EBSCO-sivuston hakuehdotuksista, ja ne sisälsivät termien yhdistelmiä kuten "antenatal OR perinatal OR postpartum OR pregnancy AND anxiety OR anxiety disorders OR anxious AND women's experiences OR mothers OR maternal support OR maternal needs OR support needs". Hakulausekkeita muokattiin tietokantakohtaisesti käyttäen Boolean operaattoreita, jotka mahdollistivat joustavan ja kohdennetun haun.

Taulukko 1. Sisäänottokriteerit

Kieli	Julkaisuvuosi	Aiheenrajaus	Laadulliset kriteerit	Relevanssi
Englanti	2014 – 2024 (ajankohtaisuus)	Äidin ahdistuneisuus	JBI-järjestön arviointityökalut	Vertailu muihin lähteisiin ja sisällön kattavuus (koko teksti)
Suomi		Raskausaika ja lapsivuodeaika		Ohjaajan palaute
		Vaikutukset äidin ja perheen hyvinvointiin		Relevanssi suhteessa kontekstiin
				Lähteiden laatu ja luotettavuus

				Vastaa tutkimuskysymykseen ja tavoitteisiin
--	--	--	--	---

Edellä mainittujen kriteerien lisäksi kaikkiin tutkimuksiin tuli olla pääsy Jamkin tietokannoista.

Taulukko 2. Tiedonhakupöytä

Tietokanta	Haku- lauseke:	Vuosi-, kie- lirajoituk- sen ja koko tekstin saa- tavuuden lisäämisen jälkeen	Otsikon pe- rusteella valittu	Vastasi tut- kimuskysy- mykseen	Päällekkäis- ten tulos- ten poissul- kemisen jälkeen	Sai vaaditut pisteet ar- viointikri- teeristöstä ja valittiin mukaan
	antenatal OR perina- tal OR post- partum OR pregnancy AND anxi- ety OR anx- iety disor- ders OR anxious AND wom- en's experi- ences OR mothers OR mater- nal support OR mater- nal needs					

	OR support needs					
Pubmed	4119	2639	23	16	16	8
Cinahl	3747	797	14	8	8	0
Medic	60	42	0	0	0	0

PubMed-tietokannassa alkuperäinen hakutulos oli hakulausekkeella "antenatal OR perinatal OR postpartum OR pregnancy AND anxiety OR anxiety disorders OR anxious AND women's experiences OR mothers OR maternal support OR maternal needs OR support needs" 4119 artikkelia, joista hakukriteerien (vuosi, kieli, koko tekstin saatavuus) perusteella karsittuna jäi arvioitavaksi 2639. Näistä otsikkoanalyysin jälkeen jatkoon meni 23 artikkelia, joista tutkimuskysymykseen vastasi 16. Nämä 16 arvioitiin JBI:n arviointikriteeristön mukaan, ja lopulta valikoitui mukaan 8 artikkelia.

Cinahl-tietokannasta saatiin alkuun hakulausekkeella "antenatal OR perinatal OR postpartum OR pregnancy AND anxiety OR anxiety disorders OR anxious AND women's experiences OR mothers OR maternal support OR maternal needs OR support needs" 3747 tulosta. Hakukriteerien jälkeen tuloksia oli 797, ja otsikoiden perusteella potentiaalisia tutkimuksia oli 14. Näistä kuitenkin yksikään ei lopulta vastannut riittävän hyvin tutkimuskysymykseen, joten niitä ei valittu mukaan opinnäytetyöhön.

Medic-tietokannasta löytyi hakulausekkeella "antenatal OR perinatal OR postpartum OR pregnancy AND anxiety OR anxiety disorders OR anxious AND women's experiences OR mothers OR maternal support OR maternal needs OR support needs" 60 artikkelia, joista hakukriteerien jälkeen jäljellä oli 42. Tarkemman otsikkoanalyysin jälkeen yksikään artikkeli ei edennyt arviointivaiheeseen.

Aineiston haku toistettiin kaikissa tietokannoissa, jolloin varmistuttiin hakutulosten täsmääminen ensimmäisen haun tuloksiin.

4.3 Valittujen tutkimusten arviointi

Tutkimusten metodologinen laatu tarkistettiin käyttäen arvioinnin työkaluja, kuten Joanna Briggs Instituten ohjeistuksia, jotka ovat alan tunnustamia laadunvarmistusmenetelmiä. Tämä varmisti, että tutkimuksissa noudatettiin korkeita tieteellisiä standardeja. Valintaprosessissa tutkimusten relevanssi vertailtiin muihin samankaltaisiin tutkimuksiin ja lähteisiin, ottaen huomioon myös ohjaajan palautteet ja tutkimusten soveltuvuus kontekstiin. Tutkimusten tuli vastata tarkasti opinnäytetyön tutkimuskysymykseen ja tavoitteisiin, mikä takasi niiden sisällöllisen merkityksellisyyden ja kattavuuden opinnäytetyössä.

Opinnäytetyöhön hyväksytyt tutkimukset ja artikkelit arvioitiin käyttämällä Joanna Briggs Instituten (JBI) kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja eri tutkimustyypeille. Kohorttitutkimukset arvioitiin JBI:n tarkistuslistalla kohorttitutkimuksille, jossa tarkasteltiin muun muassa ryhmien samankaltaisuutta, sekoittavien tekijöiden tunnistamista ja tulosten mittaamistapaa. Tämän tarkistuslistan maksimipistemäärä on 11, ja opinnäytetyöhön valittiin vain ne kohorttitutkimukset, jotka saivat arvioinnissa vähintään 7/11 pistettä.

Laadullisia tutkimuksia arvioitiin JBI:n arviointikriteereillä laadulliselle tutkimukselle, joka sisälsi muun muassa metodologian ja tavoitteiden yhteensopivuuden, tutkijan vaikutuksen tutkimukseen ja tutkimuksen eettisyyden arvioinnin. Laadullisen tutkimuksen arviointikriteeristön maksimipistemäärä on 10, ja opinnäytetyöhön valittiin vain ne laadulliset tutkimukset tai artikkelit, jotka saivat vähintään 6/10 pistettä.

Sekatutkimuksille ja systemaattisille katsauksille käytettiin JBI:n tarkistuslistoja, jotka sopivat kyseisten tutkimustyyppien arviointiin. Sekatutkimusten arvioinnissa käytettiin JBI:n sekatutkimusten tarkistuslistaa, jossa arvioitiin muun muassa aineistonkeruumenetelmien ja analyysitapojen yhteensovittamista. Systemaattisille katsauksille käytettiin JBI:n systemaattisten katsausten tarkistuslistaa, joka keskittyi tutkimusten kattavuuteen, hakustrategian asianmukaisuuteen ja sisällytettyjen tutkimusten laadun varmistamiseen.

Tutkimusten relevanssia arvioitiin vertailemalla muihin lähteisiin, opinnäytetyön ohjaajalta saadun palautteen perusteella, ja ottaen huomioon tutkimusten ajankohtaisuus, lähteiden laatu ja luotettavuus sekä sisällön kattavuus. Näin varmistettiin, että valitut tutkimukset olivat korkealaatuisia ja relevantteja suhteessa tutkimuskysymykseen ja opinnäytetyön tavoitteisiin.

Taulukko opinnäytetyöhön valituista artikkeleista löytyy liitteistä.

4.4 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä sovelletaan induktiivista sisällönanalyysiä, joka on tunnistettu sopivaksi lähestymistavaksi hoito- ja terveystieteiden alueella. Kuten Kangasniemi ym. (2013) toteavat, induktiivinen menetelmä tukee aineistolähtöistä tutkimusta, jossa analyysi etenee ilman ennalta määriteltyjä teoreettisia oletuksia, keskittyen pelkästään aineiston antamiin tietoihin (Tuomi & Sarajärvi, 2017, luku 4.2 Laadullisen analyysin muodot).

Analyysiyksikön teoria ja sitten. Analyysiyksiköksi valittiin lause tai ajatuskokonaisuus, joka vastasi tutkimuskysymykseen.

Analyysiprosessi aloitetaan tutustumalla perusteellisesti kerättyyn aineistoon, mikä mahdollistaa sen syvällisen ymmärtämisen ja kontekstin hahmottamisen, jotta varmistutaan, että se vastaa tutkimuskysymykseen. Jokaisen tässä opinnäytetyössä käytetyn tutkimuksen tulokset on luettu etukäteen, ennen aineiston analyysin aloittamista.

Ensimmäinen konkreettinen askel analyysissä on aineiston koodaus. Tässä vaiheessa aineistosta etsitään ja merkitään muistiin ne kohdat, jotka ovat olennaisia tutkimuskysymysten kannalta. Tutkimuskysymystä esitettiin aineistolle, ja vastaukset koodattiin. Tämä saattaa tarkoittaa avainsanojen, lauseiden korostamista, jotka myöhemmin auttavat tunnistamaan keskeiset teemat ja käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi, 2017, luku 4.1. Yleinen kuvaus analyysin toteuttamisesta)

Koodausprosessissa käytettiin erilaisia värejä, mikä helpotti eri teemojen ja käsitteiden tunnistamista ja ryhmittelyä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 80-81). Koodaaminen tehtiin MAX-QDA-ohjelmaa käyttämällä. Koodaamisen jälkeen koodatut analyysiyksiköt siirrettiin Exceliin.

Seuraavaksi siirrytään alkuperäisilmausten pelkistämiseen, missä tutkimukselle epäolennainen tieto karsitaan pois ja keskitytään olennaiseen. Pelkistäminen auttaa erottamaan ja korostamaan tutkimustehtävän kannalta kriittisiä ilmaisuja ja käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi, 2017, luku 4.4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.) Pelkistämisen jälkeen alkuperäisilmaukset suomennettiin. Pelkistäminen taulukoitiin Exceliin. Pelkistämisen yhteydessä alkuperäisilmaukset suomennettiin.

Kun aineisto on alustavasti käsitelty ja pelkistetty, aloitetaan klusterointi, eli aineiston ryhmittely samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien perusteella. Tässä vaiheessa tutkija analysoi pelkistettyjä, etsien yhtäläisyyksiä ja eroja, jotka mahdollistavat ryhmien muodostamisen. Nämä ryhmät tai klusterit nimetään ja järjestetään edelleen ala-, ylä- ja pääluokkiin, jotka kuvaavat havaittuja ilmiöitä ja teemoja syvällisemmin. (Tuomi & Sarajärvi, 2017, luku 4.4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.) Pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin ala- ja yläluokkiin taulukoimalla Exceliin.

Analyysiprosessin viimeisessä vaiheessa, abstrahoinnissa, siirrytään käsitteellistämään ja teoreettisten johtopäätösten muodostamiseen. Tässä kohdassa empiirinen aineisto yhdistetään laajempiin teoreettisiin käsitteisiin, ja tuloksena syntyy teoreettisia malleja ja käsitejärjestelmiä, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin ja heijastavat tutkittavien näkökulmia. (Tuomi & Sarajärvi, 2017, luku 4.4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.)

Taulukko 3. Esimerkki pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaisu	Alkuperäisilmaisu suomennettuna	Pelkistetty ilmaisu
Overwhelmingly, women felt that while prenatal support from HCPs was generally good, there was very little support postnatally. Thus, the need for alternative avenues of support is paramount.	Musertavasti, naiset kokivat, että vaikka terveydenhuollon ammattilaisten antama tuki raskauden aikana oli yleensä hyvä, synnytyksen jälkeinen tuki oli hyvin vähäistä. Tämän vuoksi vaihtoehtoisten tukimuotojen tarve on erittäin tärkeä.	Naiset kokivat, että vaikka terveydenhuollon ammattilaisten tarjoama synnytyksenjälkeinen tuki oli yleisesti hyvää, muuta synnytyksenjälkeistä tukea oli vähän. Siksi vaihtoehtoisten tukikavien tarve oli ensisijainen.
And many mentioned that knowing what was wrong acted as a facilitator for access to support. However, even when it was recognised, some women felt there	Monet mainitsivat, että tietoa siitä mikä oli vialla helpotti tuen saamista. Kuitenkin, vaikka ongelma tunnistettiin, jotkut naiset kokivat, että heillä ei ollut	Vaikka monet naiset kokivat helpotusta tuen saamiseen tunnistamalla PNA:n, jotkut tunsivat, että heillä oli puutteellista tietoa siitä, miten käsitellä sitä ja mitä

was a lack of information about how to cope with PNA, and what they could do to relieve symptoms.	riittävästi tietoa siitä, miten selviytyä perinataalisesta ahdistuksesta ja mitä he voisivat tehdä oireiden lievittämiseksi.	konkreettisia toimenpiteitä voisi tehdä oireiden lievittämiseksi.
---	--	---

5 Tutkimustulokset

Ahdistuneiden äitien tuen saannin kokemuksista syntyi viisi yläluokkaa, joita olivat sosiaalisen tuen merkitys ahdistuksen hoidossa, kokemukset terveydenhuollosta saadusta tuesta, digitaaliset tuen muodot, naisten ahdistuksen holistinen hoito ja naisten kokemukset tiedon hakemisesta ja tiedon saannista.

5.1 Sosiaalisen tuen merkitys ahdistuksen hoidossa

Alaluokat, jotka muodostivat yläluokan sosiaalisen tuen merkitys ahdistuksen hoidossa, olivat **vertaistuki, perheen ja lähipiirin tuki ja kumppanin tuki**. Viidessä aineistossa käsiteltiin näitä aiheita.

Vertaistukea käsitteleviä kokemuksia tuli esiin Oh ym. (2020), McCarthy ym. (2021), Domínguez-Solís ym. (2021) ja Howat ym. (2023) tutkimuksissa. Sosiaaliset verkostot olivat monille äideille keskeinen tuki, vaikka niiden koostumus vaihteli saavutettavuuden, palvelujen tarjonnan, terveydenhuollon suhteiden ja sosiaalisen itsevarmuuden mukaan (Oh ym. 2020). Uskon harjoittaminen ja keskustelu muiden kanssa auttoivat naisia vähentämään ahdistusta ja stressiä. Muiden naisten sosiaalinen tuki, jotka olivat itse kokeneet raskauden, koettiin erityisen hyödylliseksi (McCarthy ym. 2021). Vertaistuki, olipa se verkossa tai kasvokkain, normalisoi kokemukset ja lievitti ahdistusta. Naiset tunsivat, etteivät olleet yksin ja että vanhemmuuden haasteet ovat normaaleja. He kokivat helpotusta ymmärtäessään, ettei heidän tarvitse olla täydellisiä (Domínguez-Solís ym. 2021). Naiset kokivat, että vertaistuki tarjosi lohtua ja normalisoi tilannetta vahvistaen itseluottamusta ja vähentäen ahdistusta ja stressiä (McCarthy ym. 2021). Paikalliset tukiryhmät, erityisesti uusille äideille ja imettäville äideille suunnatut ryhmät, helpottivat avoimuutta ja rehellisyyttä jäsenten keskuudessa (Oh ym. 2020). Kuitenkaan vertaistukiryhmät eivät olleet kaikkien naisten saatavilla; osallistumisen esteitä kuvattiin mukaan lukien paikallisen tarjonnan puute, ryhmien lopettaminen ja ahdistus ryhmäympäristöistä (Oh ym. 2020). Osallistujat korostivat johdonmukaisesti vertaistensa merkitystä tärkeimpänä tukilähteenä. Useimmissa tapauksissa tämä tuki tuli nimenomaan kasvotusten tapahtuvista sosiaalisista tukiryhmistä, kuten odottavien äitien ryhmistä

(Domínguez-Solís ym. 2021). Maaseutualueilla oli vähemmän äiti-vauva -ryhmiä saatavilla verrattuna kaupunkiympäristöihin. Joillakin äideillä oli vaikeuksia päästä mukaan synnytyksen jälkeisiin ryhmiin, erityisesti niillä, joilla oli jo vanhempia lapsia (Domínguez-Solís ym. 2021).

Useimmat osallistujat turvautuivat epämuodollisiin tukiverkkoihin, erityisesti ystäviin. Kuitenkin esteitä näiden verkostojen käytölle olivat pelko tuomitsemisesta, pelko siitä, että muuttuisi taakaksi tai olisi liian tunkeileva. Tutkimuksen eräs osallistuja mainitsi myös oman epämukavuutensa seksuaalisuuteensa liittyen, mikä esti häntä käyttämästä LGBTQIA+ tukiverkostoja (Howat ym. 2023). Osallistujat kokivat lisääntyvää tuen puutetta, kun heitä suljettiin pois kumppanien tukiryhmistä, jotka oli suunnattu isille, ja kun LGBTQIA+ vanhemmille ei tarjottu riittävästi tukea (Howat ym. 2023). Monet osallistujista eivät osallistuneet synnytysvalmennuskursseille pääasiassa taloudellisista syistä. Tämä johti usein eristyneisyyden tunteeseen, mikä oli yleisempää maaseudulla asuvien ryhmässä kuin kaupungissa asuvien ryhmässä. Toisin kuin synnytys- ja imetysryhmät, synnytyksen jälkeiset "äiti ja vauva" -ryhmät eivät nousseet tärkeäksi tukilähteeksi ja koettiin usein eristäviksi, koska ne eivät kannusta aikuisten vertaisvuorovaikutukseen keskittyen pääasiassa vauvoihin (Domínguez-Solís ym. 2021).

Naiset korostivat vertaistuen merkitystä, haluten kuulla muiden äitien tarinoita ja kokemuksia omien ymmärtämiseksi. He eivät kuitenkaan välttämättä kokeneet, että tämä tulisi tapahtua suurten foorumien kautta. Samassa tutkimuksessa naiset ehdottivat vertaistuen saamista moderoitussa muodossa, ja myös, että verkkoavun rinnalla tulisi olla kasvokkaista tukea. Osallistujat halusivat tasapainoa asiantuntija- ja vertaistuen välillä. Valvoton vertaistuki koettiin ahdistavana, kun taas valvotut pienemmät foorumit olivat hyödyllisiä. Muiden äitien tarinoiden kuuleminen tarjosi suurimman helpotuksen, hajotti epärealistisia käsityksiä äitiydestä ja auttoi heitä tuntemaan itsensä normaaleiksi. Realististen vertaiskokemusten esittäminen verkossa voi lievittää synnytyksen jälkeistä ahdistusta ja edistää avun hakemista, kunhan ne esitetään herkällä ja realistisella tavalla. Useimmat naiset kokivat keskusteluryhmät tukeviksi ja hyödyllisiksi, ja ehdottivat, että samanlainen malli toimisi hyvin tulevilla äiti- ja vauvakursseilla. (Domínguez-Solís ym. 2021.)

Perheen ja lähipiirin tuki oli merkittävä ahdistuksen lievittäjä, mutta samalla myös potentiaalinen stressin lähde. Useimmat naiset kokivat äitiyden joskus eristävänä, mikä aiheutti suurta stressiä. Perheen ja kumppanin tuki koettiin merkittävänä stressin lievittäjänä, mutta tukiverkon

puuttuminen aiheutti usein stressiä. (Domínguez-Solís ym. 2021.) Perhe oli tärkeä tukilähde, mutta samalla naisten stressin lähde oli perheen antamat ohjeet (McCarthy ym. 2021). Välittömien perheenjäsenten tarjoama tuki vaihteli, ja joissakin tapauksissa se jopa lisäsi olemassa olevaa stressiä (Oh ym. 2020).

Olemassa olevien ystävien rooli naisten verkostoissa vaihteli sen perusteella, oliko heillä omia lapsia ja pystyivätkö he samaistumaan ja jakamaan kokemuksiaan (Oh ym. 2020). Naiset kirjoittivat, etteivät halunneet aiheuttaa häiriötä tai vaivata muita, asettaen perheen itsensä edelle (Forder ym. 2019).

Kumppanin tuki koettiin merkittävänä ja keskeisenä, mutta sen puutteet aiheuttivat lisää ahdistusta ja stressiä. Useimmissa tapauksissa aviomies tai kumppani oli keskeinen tuki (Oh ym. 2020). Uudet vanhemmuuden identiteetit aiheuttivat usein ahdistusta johtuen roolien ja vastuiden muutoksista. Tämä saattoi sisältää vähemmän aikaa kumppanin kanssa ja tunteen "vain samassa talossa olemisesta". Jotkut kokivat tulleen laiminlyödyiksi kumppanin toimesta, mikä saattoi aiheuttaa katkeruutta. (Howat ym. 2023.)

Useimmat osallistujat raportoivat yhteyksiä oman mielenterveytensä ja kumppaninsa välillä. Monet ilmaisivat huolensa kumppaninsa hyvinvoinnista ja tunsivat tarvetta huolehtia sekä kumppanistaan että vauvasta (Howat ym. 2023). Naisia harmitti usein kumppanit, jotka eivät olleet läsnä, avuliaita tai ymmärtäneet heidän huoliaan (McCarthy ym. 2021).

Osa osallistujista mietti kumppaninsa mielenterveyden vaikutusta omaan mielenterveyteensä. Tämä johti toisinaan odottamattomaan "roolin kääntymiseen" suhteessa ja vanhemmuuden roolissa. Joillakin oli tunne, että heitä ei arvostettu tässä hoitajan roolissa, ja yksi osallistuja koki itsensä "palvelijaksi" (Howat ym. 2023). Perinataaliajan sosiaalinen tuki on tärkeää naisten ahdistuksen ja stressin vähentämiseksi, ja naiset olivat tyytymättömiä puolisonsa tarjoamaan tukeen (McCarthy ym. 2021).

Kuitenkin aviomiehet tai kumppanit eivät välttämättä tarjoa kaikkein sopivinta tukea, erityisesti jos heillä on omia mielenterveysongelmia tai tiettyjä näkemyksiä mielenterveydestä (Oh ym. 2020).

5.2 Kokemukset terveydenhuollosta saadusta tuesta

Yläluokka kokemukset terveydenhuollosta saadusta tuesta muodostui alaluokista **koettu hoidon laatu, terveydenhuollon henkilöstön tiedon vartijoina, kuulluksi ja nähdyksi tuleminen terveydenhuollon henkilöstön toimesta ja luottamuksellisuus terveydenhuollon henkilöstön ja potilaan välillä**. Kuudessa aineistossa käsiteltiin näitä aiheita.

Naiset **kokivat hoidon laadun** sekä positiivisena, että negatiivisena. Vaikka naiset yleisesti kokivat terveydenhuollon ammattilaisten hoidon negatiivisena, positiiviset kokemukset kuvailtiin "tukevina" ja "avuliaina" (McCarthy ym. 2021). Naiset kuvasivat sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia kohtaamisistaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Positiivisia suhteita tukevia avainasioita kuvattiin mukaan lukien myötätunto, empatia ja ajan antaminen huolien tutkimiseen laajalla aiheiden kirjolla (Oh ym. 2020).

Heikko hoito terveydenhuollon ammattilaisilta aiheutti ahdistusta ja stressiä raskaana olevien naisten ja äitien keskuudessa (McCarthy ym. 2021). Naisten huoli usein kasvoi terveydenhuollon ammattilaisten kohtaamisen jälkeen (McCarthy ym. 2021). Vaikka naisilla oli laaja valikoima palveluita raskauden aikana, palvelujen laatu oli merkittävä ongelma (McCarthy ym. 2021). Naiset kokivat synnytyksen jälkeisen terveydenhuollon tuen heikommaksi kuin raskauden aikana. Huono huomiointi, heikko hoito ja riittämättömät sairaalatilat olivat erityisiä ongelmia (McCarthy ym. 2021). Naiset kokevat perinataaliaikaista ahdistusta ja stressiä riittämättömän tuen, huonojen terveydenhuoltokokemusten, epärealististen normien ja terveyshuolien vuoksi (McCarthy ym. 2021).

Naiset kokivat pettymystä raskauden ja synnytyksen jälkeen etenkin julkisen terveydenhuollon palveluihin (McCarthy ym. 2021). Joillakin naisilla oli positiivisia suhteita terveydenhuollon ammattilaisiin, jotka auttoivat heitä tunnistamaan mielenterveysongelmia. Kuitenkin puutteellinen jatko-hoito johti siihen, että monia tukimahdollisuuksia jäi hyödyntämättä (Oh ym. 2020). Yhdistyneessä kuningaskunnassa terveydenhuollon ammattilaisten odotetaan arvioivan naisten mielentilaa synnytyksen jälkeen, mutta monet äidit kokivat arvioinnit hyödyttömiksi oireidensa tunnistamisen ja tuen puutteen vuoksi (Domínguez-Solís ym. 2021).

Naiset kokivat, että vaikka terveydenhuollon ammattilaisten tarjoama synnytyksen jälkeinen tuki oli yleisesti hyvää, muuta synnytyksen jälkeistä tukea oli erittäin vähän. Siksi vaihtoehtoisten tukikanavien tarve oli ensisijainen (Domínguez-Solís ym. 2021).

Ristiriitaisten **neuvojen saaminen terveydenhuollon ammattilaisilta** vaikutti luottamukseen terveyspalveluihin (Forder ym. 2019). Ristiriitaiset neuvot aiheuttivat luottamuspulaa (McCarthy ym. 2021). Yksi keskeinen ahdistuksen lähde oli naisten kokema huonosti valmistautuminen imetykseen. He kokivat ristiriidan todellisten vaikeuksien ja raskauden aikana saamiensa tietojen välillä, joita he saivat terveydenhuollon ammattilaisilta, sosiaalisesta mediasta ja valtavirtamediasta (Domínguez-Solís ym. 2021).

Naiset kertoivat kokevansa odotuksensa äitiyteen epärealistisiksi ja huonosti hallituiksi. Erityisesti tämä näkyi raskaudenaikaisilla kursseilla. Osa naisista tunsu painostusta valita luonnollinen synnytys ja pelottelua, mikä esti heitä harkitsemasta muita vaihtoehtoja. Jotkut kokivat olevansa lähes aivopestyjä ääritapauksissa (Domínguez-Solís ym. 2021). Naisilla oli tunne, etteivät terveydenhuollon ammattilaiset antaneet riittävästi tietoa tai tietoa pidäteltiin (McCarthy ym. 2021).

Aktiivisesti luonnolliseen synnytykseen pyrkivät kokivat, että realistista tietoa synnytyksen odotettavissa olevista tapahtumista oli saatavilla niukasti ja joskus heille annettiin virheellistä tietoa. Jotkut naiset kertoivat, että heidän kättilönsä pidättelivät tietoa yleisistä interventioista, mikä sai heidät tuntemaan olonsa ahdistuneiksi, hallitsemattomiksi ja epäkypsiksi (Domínguez-Solís ym. 2021). Naiset kokivat puutteita toimijuudessa, vaikutusvallassaan ja kontrollissa perinataalikaudella. He usein asettivat itsensä noviisiksi tilanteessa ja muut asiantuntijoiksi. Esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaiset ja synnytysvalmennuksen ohjaajat kuvattiin usein synnytykseen liittyvän tiedon vartijoina, mikä edusti naisten omaa kyvyttömyyttä tehdä informoituja päätöksiä synnytyksestä (Domínguez-Solís ym. 2021).

Naiset kokivat usein, että **heidän huolensa sivuutettiin tai niitä ei otettu vakavasti**. Naiset kuvasivat, että heidän huolensa sivuutettiin muiden toimesta, mikä esti täyden avoimuuden (Oh ym. 2020). Äitiys- ja mielenterveyspalvelut usein keskittyivät synnyttävään äitiin, mikä vahvisti käsitystä, että synnyttämättömien vanhempien tulisi selviytyä omillaan (Howat ym. 2023). Naiset

olivat vähemmän halukkaita puhumaan kokemuksistaan, jos heidän lapsensa olivat läsnä, jos heillä oli kiire tai jos he eivät uskoneet keskustelun johtavan myönteisiin tuloksiin (Forder ym. 2019).

Naiset olivat haluttomia keskustelemaan avoimesti mielenterveysongelmistaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa peläten tuomitsemista; häpeä ja nolostuminen saivat naiset piilottamaan huolensa (Oh ym. 2020). Monet naiset tunsivat jääneensä ilman tukea, koska heidän terveydenhuollon ammattilaisensa eivät tunnistanee heidän ongelmiaan (Domínguez-Solís ym. 2021). Monet synnyttämättömät äidit toivovat, että ammattilaiset kysyisivät heidän emotionaalisesta hyvinvoinnistaan, kuten isien tapauksessa. Useimmat osallistujat kuvailivat äitiyden roolin mitätöintiä sosiaalisissa verkostoissa, palveluissa ja laajemmassa yhteiskunnassa. Monet raportoivat tapauksia, joissa esiintyi heteronormatiivista kohtelua. Useat näistä tilanteista koettiin johtuvan tiedon puutteesta tai koulutuksen puutteesta, mutta osallistujat kokivat myös homofobiaa ja syrjintää ammattilaisten ja henkilöiden taholta omassa henkilökohtaisessa verkostossaan (Howat ym. 2023). Naiset ovat kokeneet myönteisiä vaikutuksia psykologisen hoidon saatavuuden parantumisesta, vaikka esteitä pääsyle onkin tunnistettu. Nämä esteet sisältävät vaikeuden ilmaista vaikeuksia stigmaa ja huoltajuuden menettämisen pelkoa kohtaan sekä selkeän tiedon ja tuen puutteen, mukaan lukien lääkäreiden, kättilöiden ja terveydenhoitajien antamat lähetteet (Harrison ym. 2020). Naiset kokivat, että ammattilaiset ja merkittävät muut henkilöt sulkiivat heidät pois vanhemmuuteen liittyvistä päätöksistä ja tuesta. Osallistujat ilmaisivat ristiriitaisia näkemyksiä siitä, johtuiko tämä syrjintä ensisijaisesti siitä, että he eivät olleet synnyttävä vanhempi vai heidän seksuaalisesta identiteetistään (Howat ym. 2023).

Luottamuksen ja luottamuksellisuuden merkitys korostui erityisesti pienemmissä yhteisöissä. Naiset kirjoittivat terveydenhuollon ammattilaisten kanssa luodun hyvän suhteen tärkeydestä ja siitä, että yksityisten tietojen jakaminen tuntemattomalle oli epäsopivaa (Forder ym. 2019). Luottamus terveydenhuollon ammattilaiseen oli tärkeää, ja luottamuksellisuus oli huolenaihe joillekin naisille erityisesti pienemmissä yhteisöissä asuville (Forder ym. 2019).

5.3 Digitaaliset tuen muodot

Yläluokka digitaalisen tuen muodostui alaluokista **sosiaalinen media, erilaiset tukisivustot ja digitaalinen teknologia ahdistuksen hoidon tukena**. Näitä aiheita käsiteltiin kolmessa aineistoissa.

Sosiaalinen media oli erityinen ahdistuksen lähde, koska se loi epärealistisia odotuksia äitiydestä vertaamalla itseään muihin. Monet äidit tunsivat voimakasta epäonnistumisen tunnetta ja huolta kyvyistään äitinä (Domínguez-Solís ym. 2021). Naiset kuvasivat sisäistäneensä äitiydestä muodostuneita käsityksiä perinteisestä mediasta ja muiden äitien esittämistä kuvista sosiaalisessa mediassa. Näiden odotusten täyttämässä epäonnistuminen lisäsi ahdistuksen ja leimautumisen tunteita, jotka estivät avoimuutta (Oh ym. 2020).

Erilaiset tukisivustot tarjosivat apua, mutta osallistujien näkemykset verkkotukiverkostoista olivat ristiriitaisia. Suuret foorumit koettiin enemmän ahdistusta aiheuttaviksi kuin lievittäviksi, kun taas pienemmät tarkasti määritellyt verkkotukiryhmät, kuten Facebook-ryhmät, nähtiin usein hyödyllisinä. Monet osallistujat pitivät nimenomaan vertaistukea tehokkaampana kuin ammattimaista tukea (Domínguez-Solís ym. 2021). Lisäksi epärealistiset suuntaviivat ja normit, kuten kehitysvaiheiden virstanpylväät, jotka usein löytyvät äitiyteen keskittyviltä verkkosivustoilta, aiheuttivat ahdistusta. Monet äidit kertoivat tuntevansa ahdistusta, kun heidän lapsensa eivät osoittaneet kaikkia näiden listojen taitoja (Domínguez-Solís ym. 2021). Naiset tunsivat olonsa petetyiksi saamastaan puolueellisesta tiedosta synnytyksestä ja imetyksestä ja ilmaisivat tarpeen saada tasapainoisempaa ja realistisempaa tietoa (Domínguez-Solís ym. 2021).

Naiset kokivat keskeisenä esteenä sitoutumisen perinataalisen ahdistuksen tukisivustoon yksityisyyden puutteen. He ehdottivat, että tällaisen sivuston tulisi olla huomaamaton ja erityisesti sen ei pitäisi olla yhteydessä heidän sosiaalisen median profiileihinsa (Domínguez-Solís ym. 2021). Lisäksi naisilla oli selkeitä ehdotuksia perinataalisen ahdistuksen tuen sivuston toiminnasta. He toivoivat lyhyitä tiiviitä sisältöjä sekä video- ja äänisisältöjä, jotka sopivat ahdistuneille, ajallisesti rajoituneelle ja univajeiselle yleisölle. Käyttäjystävällisyys ja yksityisyydensuoja olivat tärkeitä, jotta sivusto olisi helppo käyttää ilman näkyvyyttä muille. Lisäksi tietoturvan varmistaminen on oleellista (Domínguez-Solís ym. 2021).

Digitaalinen teknologia ahdistuksen hoidon tukena osoittautui hyödylliseksi monille naisille. Jotkut naiset käyttivät digitaalista teknologiaa lapsensa turvallisuuden seuraamiseen, mikä auttoi vähentämään heidän ahdistustaan (Oh ym. 2020). Useimmat naiset olivat tyytyväisiä interventioihin ja antoivat positiivista palautetta, mutta jotkut naiset haluavat mieluummin kasvotusten tapahtuvaa terapiaa (Harrison ym. 2020). Kuitenkin jotkut naiset kokevat, että etänä toimitettavat

interventiot tarjoavat heille suuremman anonymiteetin, mikä auttaa heitä tuntemaan olonsa varmemmaksi oireidensa paljastamisessa (Harrison ym. 2020). Digitaaliset avatarit toimivat terapeutteina tarjoten psykoedukaatiota ja ohjausta. Ne voivat näyttäytyä realistisina ihmishahmoina tai 2D-animaatioina, ja osallistujat olivat halukkaita jakamaan tietoja avatarien kanssa (Harrison ym. 2020). Useimmat naiset arvostivat yksilöllistä verkkoyhteyttä terapeutilta tai terveydenhuollon ammattilaiselta ylläpitääkseen motivaatiota ja saadakseen yksilöllistä tietoa (Harrison ym. 2020). Naiset kuvasivat matkapuhelinsovellusten käyttöä ohjatun itsehoidon tukemiseksi. Nämä sovellukset helpottivat myös kommunikaatiota naisten ja heidän vertaistukiryhmänsä välillä (Oh ym. 2020).

Kasvokkain tapaamisten ja räätälöityjen interventioiden puute koettiin esteiksi etänä toimitettujen interventioiden tehokkuudelle. Naiset raportoivat, että intervention sisältö ja kotitehtävät tuntuivat joskus liian raskailta, ja heillä oli vaikeuksia pysyä motivoituneina (Harrison ym. 2020).

5.4 Naisten ahdistuksen holistinen hoito

Yläluokkaan kuuluvat alaluokat ovat **ei-lääkkeellisten interventioiden vaikuttavuus** ja **terapeuttinen hoito**. Näitä aiheita käsiteltiin viidessä aineistoissa.

Ei-lääkkeellisten interventioiden vaikuttavuus nousi esiin kahdessa tutkimuksessa. Raskauden aikana jooga, integroitu joogaterapia, musiikkiterapia ja kumppanin suorittama hieronta osoittivat merkittäviä vaikutuksia ahdistuksen vähentämisessä. Synnytyksen aikana aromaterapia ja hydroterapia osoittivat merkittäviä vaikutuksia ahdistuksen vähentämisessä. Synnytyksen jälkeen hieronta oli tehokkain interventio. Merkittäviä vaikutuksia synnytyksen jälkeen oli kangashoidolla musiikkiterapian kanssa ja hieronnalla; sekä raskauden ja synnytyksen jälkeen synnytysvalmennus ja itseohjattu kirjojen lukeminen puhelinavustuksella osoitti myös merkittävää hyötyä. Kenguruhoitolla musiikkiterapian kanssa oli kohtalainen vaikutus. Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen toteutettujen interventioiden joukossa kaikilla interventioilla oli pieni tai keskikokoinen vaikutuskoko: Isien kanssa toteutetulla synnytysvalmennuksella, itseopiskelulla kirjan lukemisen ja puhelinkonsultaation avulla, ja vanhemmuuden yhteishuollolla (Domínguez-Solís ym. 2021). Mindfulness-pohjaiset interventiot olivat tehokkaampia lievien ja vähäisten oireiden vähentämisessä verrattuna vakavampiin oireisiin. Erityisesti sen vaikutukset olivat suurempia matalan ja keskitulotason maiden

naisilla, joissa synnytyksenjälkeinen mielenterveydenhoito on vähemmän saatavilla (Leng ym. 2023).

Eteeristen öljyjen käytöllä kenguruhoiidolla ja puhelintuella kotikäynnillä oli pienempiä vaikutuksia. Aromaterapia Rosa damascena -öljyllä synnytyksen aikana oli vähäisesti hyödyllistä, kun taas hydroterapia, hengitysharjoitukset ja lantionpohjan harjoitukset eivät osoittautuneet merkittäviksi (Domínguez-Solís ym. 2021).

Terapeuttinen hoito käsittää useita hoitomuotoja, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) ja neuvonta. Puheterapiat olivat hyödyllisiä tarjotessaan turvallisen tilan keskusteluille (Oh ym. 2020). Naiset kaipasivat pääsyä terapeuttisiin strategioihin synnytyksenjälkeisen ahdistuksen käsittelemiseksi (Domínguez-Solís ym. 2021). Vaikka tällainen tuki oli usein puutteellista, kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) tunnistettiin tehokkaimmaksi hoitomuodoksi (Domínguez-Solís ym. 2021), mutta tutkimus (Domínguez-Solís ym. 2021) mukaan kognitiivis-behavioraalinen terapia ei myöskään osoittautunut merkittäväksi ahdistuksen vähentäjäksi. Äidit halusivat myös tukea yleiseen äidin itsevarmuuteen ja hyvinvointiin, koska ne vaikuttavat positiivisesti mielenterveyteen (Domínguez-Solís ym. 2021). Tutkimuksessa (Harrison ym. 2020) huomattiin, että käyttäjät voivat kokea terapeuttisen siteen myös digitaalisten mielenterveysinterventioiden kanssa, jos ne ovat personoituja ja interaktiivisia sekä tarjoavat automaattista palautetta, joka jäljittelee vastavuoroisia luotettuja suhteita.

5.5 Naisten kokemukset tiedon hakemisesta ja tiedonsaannista

Yläluokkaan naisten kokemukset tiedon hakemisesta ja tiedonsaannista kuuluvat alaluokat ovat **lisääntymiseen liittyvä tiedonsaanti** ja **perinataaliseen ahdistukseen liittyvä tiedonsaanti**. Näitä aiheita käsiteltiin kolmessa aineistoissa.

Lisääntymiseen liittyvä tiedonsaanti oli keskeinen ahdistuksen lähde erityisesti ristiriitaisen, sekavan ja epä johdonmukaisen tiedon vuoksi, johon naiset olivat altistuneet raskauden ja synnytyksen jälkeisen ajanjakson aikana. Naiset raportoivat ahdistusta ja stressiä, jotka johtuivat ristiriitaisesta ja epä johdonmukaisesta tiedosta, johon he olivat altistuneet. Äidit raportoivat tuntevansa ahdistusta, kun heidän lapsensa eivät noudattaneet suuntaviivoja (McCarthy ym. 2021). Naiset tuntevat painetta vastata yhteiskunnan rakentamiin äitiyden ihanteisiin, mutta ristiriitainen neuvonta

paljastaa, ettei yhtä todellista ihannetta ole olemassa. Tämä aiheuttaa hämmennystä ja altistaa naiset jatkuvasti väärinymmärryksille riippumatta siitä, mitä he tekevät ja minkä neuvonnan perusteella toimivat (Domínguez-Solís ym. 2021). Naiset kokivat, että verkkolähteet vanhemmuusasioista aiheuttivat usein ahdistusta. Verkossa oleva runsas tieto ja erilaiset mielipiteet saivat heidät tuntemaan olonsa hämmentyneiksi ja epävarmoiksi siitä, kehen luottaa. Naiset saivat usein erilaisia neuvoja myös terveydenhuollon ammattilaisilta. He kaipasivat enemmän näyttöön perustuvaa, puolueetonta ja tasapainoista tietoa (Domínguez-Solís ym. 2021). Keskustelut virstanpylväistä, ohjeista ja sosiaalisista vertailuista sisälsivät usein implisiittisen voimattomuuden tunteen, sillä naiset sekä tunnistivat niiden epärealistisuuden että pyrkivät silti saavuttamaan ne. Yhteiskunnan käsitkset johtivat myös avuttomuuden ja epäonnistumisen tunteisiin, ja monet naiset kokivat etteivät vastanneet yhteiskunnan odotuksia siitä, millainen hyvä äiti pitäisi olla (Domínguez-Solís ym. 2021). Monet naiset kokivat, että lastenhoidon suuntaviivat, erityisesti unen ja ruokinnan osalta, olivat usein epärealistisia eivätkä tarjonneet vaihtoehtoisia ehdotuksia tilanteisiin, joissa heidän vauvansa eivät noudattaneet ohjeistusta. He raportoivat usein valtavaa syyllisyyttä ja epäonnistumisen tunnetta, kun he eivät noudattaneet yhteiskunnallisia käsikirjoituksia ja täyttäneet äitiyteen liittyviä odotuksia, vaikka tiesivät näiden käsitysten olevan epärealistisia. Naiset kokivat, että äidillisen itseluottamuksen puute aiheutti suurimman osan heidän ahdistuksestaan. Tämä johtui usein epärealistisesta, sekavasta ja ristiriitaisesta tiedosta tärkeistä äitiyden osa-alueista. He halusivat puolueetonta, tasapainoista ja realistista tietoa synnytyksestä, imetyksestä ja unen hallinnasta sekä näyttöä väitteiden tueksi. Vaikka asiantuntijaohjeita arvostettiin, naiset toivoivat myös realistisia näkökulmia moderoidun vertaistuen kautta, välttämällä suurten foorumien ongelmia (Domínguez-Solís ym. 2021).

Osallistujat korostivat tarvetta luotettavaan ja tasapainoiseen tietoon, joka tarjoaisi aitoja kuvauksia äitiydestä ja ratkaisuista. Lisäksi monet naiset korostivat yleisen hyvinvointituen tarjoamisen tärkeyttä, joka edistää äidin itseluottamusta ja auttaa heitä löytämään tasapainon elämässään. (Domínguez-Solís ym. 2021.)

Perinataaliseen ahdistukseen liittyvä tiedonsaanti oli myös keskeinen ahdistuksen lähde, sillä naiset eivät löytäneet riittävästi tietoa äidin mielenterveydestä verkosta tai offline-tilassa. Heillä oli vaikeuksia erottaa synnytyksenjälkeisen masennuksen ja ahdistuksen oireita, mikä aiheutti epävarmuutta. Kun he lopulta pystyivät tunnistamaan mahdollisen synnytyksenjälkeisen ahdistuksen, he

tunsivat merkittävää helpotusta (Domínguez-Solís ym. 2021). Vaikka monet naiset kokivat helpotusta tunnistessaan perinataalisen ahdistuneisuuden, jotkut tunsivat, että heillä oli puutteellista tietoa siitä, miten käsitellä sitä ja mitä konkreettisia toimenpiteitä voisi tehdä oireiden lievittämiseksi (Domínguez-Solís ym. 2021). Naiset kertoivat, että heillä oli vähän tietoa synnytyksen jälkeisestä ahdistuksesta, mikä vaikeutti avun hakemista. He ehdottivat, että verkossa olisi tarjottava puolueetonta ja näyttöön perustuvaa tietoa perinataalisesta ahdistuksesta, jotta voitaisiin lisätä tietoisuutta ja auttaa äitejä saamaan tarvitsemaansa apua. He myös korostivat, että verkkosivustot voivat sisältää validoituja mittareita PNA:n (perinataalinen ahdistus) tunnistamiseksi ja hoitotiedon tarjoamiseksi, mikä voi auttaa estämään oireiden jatkumisen ja pahenemisen (Domínguez-Solís ym. 2021). Kaikki ryhmäkeskustelut olivat yhtä mieltä siitä, että tulevaisuuden verkkotuen tulisi sisältää psykoedukaatio-osio, jonka avulla naiset voivat paremmin tunnistaa oireensa diagnostisten kyselylomakkeiden avulla ja saada tutkimusperusteista tietoa PNA:sta. Lisäksi he toivoivat ohjausta ahdistuksen hallintaan joko neuvojen avulla siitä, miten hakea apua tai tarjoamalla suoria terapeutteja neuvoja ja selviytymisstrategioita (Domínguez-Solís ym. 2021).

Osallistujat kokivat tarvetta räätälöidylle tuelle synnyttämättömille äideille naispuolisissa samansukupuolisissa vanhemmuusperheissä, jotta heidän erityiset huolensa ja stressitekijänsä tunnistettaisiin (Howat ym. 2023). Verkkoavun keskeinen näkökohta oli sisällön soveltuvuus yleisölle. Naiset halusivat selkeää ja helposti ymmärrettävää tietoa lyhyissä teksteissä ja eri muodoissa, kuten videoina ja äänitiedostoina. Lyhyiden kirjoitusten tärkeys korostui kiireisille ja univajeisille käyttäjille. Lisäksi sivustojen tuli olla helposti löydettävissä ja navigoitavissa käyttäjien osallistumisen ja jatkuvan käytön edistämiseksi (Domínguez-Solís ym. 2021).

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tämä opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus on toteutettu noudattaen Suomen opetus- ja kulttuuriministeriön tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Nämä ohjeet painottavat rehellisyyttä, tarkkuutta, objektiivisuutta ja avoimuutta, jotka ovat välttämättömiä tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden kannalta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 12-16).

Kirjallisuuskatsauksessa kaikki käytetyt lähteet on dokumentoitu perusteellisesti. Tämä dokumentaatio kattaa tietolähteiden valinnan, hakuprosessin ja käytetyt valintakriteerit, jotka on avoimesti raportoitu opinnäytetyössä. Dokumentointi mahdollistaa työn toistettavuuden ja varmistaa, että tutkimusprosessi on läpinäkyvä ja eettisten normien mukainen. Lisäksi työssä on käytetty kansainvälisiä tutkimuseettisiä standardeja ja sopimuksia, kuten Belmont-raportin (2022) ja Helsingin julistuksen (2013) periaatteita, joiden noudattaminen tukee tutkimuksen eettistä kestävyttä ja tieteellistä integriteettiä.

Opinnäytetyön tilaajana toiminut oppilaitokseni on vaikuttanut tutkimuskysymysten muotoiluun ja aineiston valintaan, mutta kaikki analyysit ja johtopäätökset on tehty itsenäisesti tutkijan toimesta, varmistaen näin tulosten objektiivisuuden. Tässä yhteydessä on tärkeää mainita, että tutkimuksen rahoitus ja mahdolliset intressiristiriidat on avoimesti ilmoitettu, mikä on olennaista tutkimuksen eettisyyden kannalta.

Valittujen tutkimusten merkitys opinnäytetyön kontekstissa selitettiin yksityiskohtaisesti, mikä ei ainoastaan lisää työn arvoa vaan myös osoittaa läpinäkyvästi, miten kukin lähde edistää tutkimuskysymysten ymmärtämistä. Jokaisen lähteen relevanssi ja luotettavuus arvioitiin kriittisesti ennen niiden sisällyttämistä katsaukseen.

Nämä käytännöt takaavat, että opinnäytetyö täyttää kansalliset ja kansainväliset eettiset vaatimukset, ja se edistää vastuullista tieteellistä käytäntöä. Eettisten ohjeiden huolellinen noudattaminen lisää työn arvoa ja merkitystä tieteellisessä ja yhteiskunnallisessa keskustelussa, varmistaen että työ on paitsi tieteellisesti pätevä myös eettisesti kestävä.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tähän opinnäytetyöhön valittiin metodiksi kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus perustuu systemaattiseen ja toistettavissa olevaan menetelmään, jolla tunnistetaan, arvioidaan ja tiivistetään korkealaatuisesta tutkimustyöstä tehtyjä johtopäätöksiä (Salminen 2011, 5). Hakuprosessissa käytettiin huolellisesti määriteltyjä hakusanoja ja hakulausekkeita, jotka varmistivat relevanttien ja ajankohtaisten tutkimusten mukaan ottamisen (Salminen 2011, 5). Tämä varmistaa, että aineisto on kattavaa ja tutkimuskysymyksiin soveltuvaa.

Aineiston sisäänottokriteereinä olivat muun muassa Jamkin opiskelijoiden tietokannoista löytyvät tutkimukset, koko tekstin saatavuus sekä vuosi- ja kielirajaukset. Nämä kriteerit varmistivat, että katsaukseen sisällytettiin vain ajankohtaista ja avoimesti saatavilla olevaa tietoa. Valittujen aineistojen laadun arvioimiseksi käytettiin Joanna Briggs Instituten (JBI) kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja, jotka ovat kansainvälisesti tunnustettuja laadunvarmistusvälineitä. Kohorttitutkimukset arvioitiin JBI-tarkistuslistalla, ja vain ne tutkimukset, jotka saivat vähintään 7/11 pistettä, hyväksyttiin. Laadulliset tutkimukset arvioitiin vastaavalla tavalla, ja mukaan otettiin vain ne tutkimukset, jotka saivat vähintään 6/10 pistettä.

Tässä opinnäytetyössä kaikki analyysit ja johtopäätökset tehtiin itsenäisesti tutkijan toimesta, mikä varmistui tulosten objektiivisuuden ja vähensi mahdollisia intressiristiriitoja. Rahoitus ja mahdolliset intressiristiriidat ilmoitettiin avoimesti, mikä on olennainen osa tutkimuksen eettisyyttä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 12-16). Tutkimuksen luotettavuutta parannettiin myös noudattamalla hyvän tieteellisen käytännön ohjeita, kuten Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012, 12-16) korostaa. Hyvä tieteellinen käytäntö ja tutkimusorganisaatioiden laadunhallinta varmistavat tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden ja luotettavuuden. Tämä on tärkeä osa tutkijayhteisön omavaltontaa.

Aineiston analyysissä sovellettiin induktiivista sisällönanalyysiä, joka mahdollistaa aineistolähtöisen tutkimuksen ilman ennalta määriteltyjä teoreettisia oletuksia (Tuomi & Sarajärvi 2017, luku 4.2 Laadullisen analyysin muodot). Analyysiprosessi aloitettiin tutustumalla perusteellisesti kerättyyn aineistoon, mikä mahdollistaa syvällisen ymmärryksen ja kontekstin hahmottamisen. Koodausprosessissa käytettiin avainsanojen ja lauseiden korostamista, ja koodatut analyysiyksiköt siirrettiin Exceliin. Pelkistäminen, klusterointi ja abstrahointi tehtiin vaiheittain, jotta analyysi olisi mahdollisimman tarkka ja perusteltu.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena ei ole pelkästään koota olemassa olevaa tietoa, vaan myös kriittisesti arvioida ja syntetisoida tutkimustuloksia. Tämä edellyttää metodologista huolellisuutta ja kriittistä ajattelua (Salminen 2011, 8). Koko analyysiprosessin ajan on kriittistä varmistaa, että kaikki teoreettiset pohdinnat ja johtopäätökset voidaan jäljittää takaisin alkuperäiseen aineistoon, mikä tukee tutkimuksen luotettavuutta ja valideettia (Tuomi & Sarajärvi, 2017, luku 4.4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi).

Tutkimusprosessin julkisuus ja läpinäkyvyys ovat myös keskeisiä tekijöitä luotettavuuden parantamisessa. Tutkimusraportissa on esitetty yksityiskohtaisesti, miten aineiston keruu ja analyysi on tehty, jotta lukijat voivat arvioida tutkimuksen tuloksia ja toistaa tutkimuksen tarvittaessa (Salmi-
nen 2011, 9-10). Kirjoitusprosessin aikana saadut palautteet auttoivat analysoimaan omaa toimintaa kriittisesti ja varmistamaan, että teksti on selkeä ja tulkittavissa niin kuin on tarkoitettu.

Luotettavuuden takaamiseksi kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa on noudatettu tiukkoja metodologisia standardeja ja kriittistä arviointia. Tämä varmistaa, että tulokset ovat toistettavissa ja päteviä, ja että ne tarjoavat luotettavaa ja hyödyllistä tietoa sekä akateemiseen tutkimukseen että käytännön päätöksentekoon (Tuomi & Sarajärvi 2017, luku 4.4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi).

Tässä opinnäytetyössä on pyritty jatkuvasti arvioimaan omaa toimintaa ja varmistamaan, että teksti on tulkittavissa niin kuin se on tarkoitettu. Kirjoitusprosessin aikana saatu palaute on ollut tärkeää tekstin jäsentelyssä ja aiheen rajaamisessa. Tämä reflektiivinen lähestymistapa on olennaista laadukkaan ja luotettavan tutkimuksen tuottamisessa.

6.3 Tulosten tarkastelu

Useat tutkimukset korostavat vertaistuen keskeistä merkitystä ahdistuksen hoidossa. Oh ym. (2020) havaitsivat, että vertaistuki normalisoi kokemukset ja vähensi ahdistusta erityisesti, kun se jaettiin ryhmissä, joissa oli samanlaisia kokemuksia. McCarthy ym. (2021) osoittivat, että vertaistuki auttoi äitejä tuntemaan, etteivät he olleet yksin ja että heidän kokemuksensa olivat normaaleja, mikä lisäsi itseluottamusta ja vähensi ahdistusta. Samoin McCarthy ym. (2021) korostivat vertaistuen merkitystä sosiaalisten verkostojen avulla. Lisäksi Howat ym. (2023) havaitsivat, että vertaistuen puute lisäsi eristäytymisen ja ahdistuksen tunteita. Evans ym. (2022) havaitsivat, että sosiaalinen media ja vertaistuki voivat merkittävästi vaikuttaa ahdistuksen kokemuksiin. Vertaistuki tarjosi emotionaalista tukea ja auttoi normalisoimaan kokemuksia, mikä vähensi ahdistusta. McCarthy ym. (2021) korostivat myös perheen ja ystävien tuen tärkeyttä, mikä auttoi äitejä tuntemaan itsensä vähemmän eristäytyneiksi ja paremmin ymmärretyiksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ohjeistukset korostavat myös vertaistuen merkitystä psyykkisen terveyden ja psykososiaalisen hyvinvoinnin arvioinnissa ja edistämisessä (Jahnukainen ym. 2021).

Perheen ja lähipiirin tuki oli sekä stressiä lievittävä että lisäävä tekijä. McCarthy ym. (2021) totesivat, että perheen antamat ohjeet ja odotukset voivat aiheuttaa stressiä, mutta perheen tuki oli myös merkittävä ahdistusta lievittävä tekijä. Oh ym. (2020) havaitsivat, että perheen ja kumppanin tuki oli usein keskeinen stressin lievittäjä, mutta tukiverkon puute aiheutti lisää ahdistusta ja eristäytymisen tunteita. Lisäksi Howat ym. (2023) havaitsivat, että perheen tuki ja sen puutteet olivat merkittäviä tekijöitä ahdistuksen hallinnassa. McCarthy ym. (2021) korostivat myös perheen ja ystävien tuen tärkeyttä, mikä auttoi äitejä tuntemaan itsensä vähemmän eristäytyneiksi ja paremmin ymmärretyiksi.

Kumppanin tuki oli ratkaiseva äitien hyvinvoinnille, mutta sen puutteet voivat lisätä ahdistusta. Oh ym. (2020) havaitsivat, että kumppanin ymmärrys ja läsnäolo olivat tärkeitä, mutta kumppanin oma mielenterveys tai tietämättömyys mielenterveysongelmista saattoi heikentää tuen laatua.

Naiset kokivat terveydenhuollon tuen sekä positiivisena että negatiivisena. Oh ym. (2020) ja McCarthy ym. (2021) havaitsivat, että terveydenhuollon ammattilaisten myötätunto ja empatia olivat avainasemassa positiivisten kokemusten muodostumisessa. Kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisten ristiriitaiset neuvot ja vähäinen huomio aiheuttivat usein ahdistusta ja heikensivät luottamusta terveydenhuoltoon. Tämä havainto korostuu myös Forder ym. (2019) tutkimuksessa, jossa naiset kokivat, että terveydenhuollon henkilökunnan asenteet ja tiedon puute aiheuttivat negatiivisia kokemuksia ja lisäsivät äitien ahdistusta. Harrison ym. (2020) ja Švedienė ym. (2009) korostavat myös, että terveydenhuollon henkilöstön kyvyttömyys hoitaa psykiatrisia potilaita somaattisilla osastoilla voi johtaa riittämättömään hoitoon ja lisätä potilaiden ahdistusta.

Digitaalinen tuki oli äideille kaksijakoinen kokemus. McCarthy ym. (2021) havaitsivat, että sosiaalinen media loi epärealistisia odotuksia äitiydestä, mikä lisäsi ahdistusta. Toisaalta tarkasti moderoitua ja määritellyt verkkotukiryhmät tarjosivat hyödyllistä tukea ja vähensivät ahdistusta. Oh ym. (2020) korostivat digitaalisen teknologian hyödyllisyyttä ahdistuksen hallinnassa erityisesti silloin, kun se tarjosi mahdollisuuden anonymiteettiin ja yksityisyyteen. Evans ym. (2022) osoittivat, että digitaaliset interventiot voivat olla tehokkaita, mutta niiden on oltava käyttäjäystävällisiä ja tietoturvallisia. THL:sen suositukset korostavat digitaalisten tukimuotojen mahdollisuuksia mutta myös niiden haasteita erityisesti tietoturvan ja käyttäjäystävällisyyden osalta (Jahnukainen ym. 2021).

Holistiset lähestymistavat, kuten ei-lääkkeelliset interventiot ja terapeutinen hoito, olivat tehokkaita ahdistuksen vähentämisessä. Oh ym. (2020) ja McCarthy ym. (2021) havaitsivat, että jooga, integroitu joogaterapia, musiikkiterapia ja aromaterapia olivat hyödyllisiä raskauden aikana. Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) tunnistettiin tehokkaimmaksi hoitomuodoksi, mutta sen vaikutukset olivat ristiriitaisia eri tutkimuksissa. Li Leng ym. (2023) korostavat mindfulness-pohjaisten interventioiden tehokkuutta ahdistuksen hallinnassa. Domínguez-Solís ym. (2021) tukevat näitä havaintoja ja osoittavat, että erilaiset ei-lääkkeelliset interventiot, kuten hieronta ja kenguruhoito, olivat tehokkaita ahdistuksen vähentämisessä.

Tiedon hakeminen ja saaminen olivat merkittäviä ahdistusta lievittäviä tai lisääviä tekijöitä. McCarthy ym. (2021) ja Oh ym. (2020) havaitsivat, että ristiriitainen ja epäjohdonmukainen tieto raskauden ja synnytyksen aikana aiheutti usein stressiä ja ahdistusta äideille. Naiset kaipasivat selkeää, johdonmukaista ja näyttöön perustuvaa tietoa, joka auttaisi heitä hallitsemaan odotuksiaan ja vähentäisi ahdistusta. Tämä havainto toistuu Harrison ym. (2020), jossa selkeän ja yhdenmukaisen tiedon puute koettiin merkittäväksi stressin aiheuttajaksi.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimukset

1. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vertaistuen merkitys ahdistuksen hoidossa on merkittävä. Vertaistuki auttoi äitejä tuntemaan, etteivät he olleet yksin ja että heidän kokemuksensa olivat normaaleja. Tämä havainto on linjassa useiden aikaisempien tutkimusten kanssa, jotka ovat osoittaneet vertaistuen tarjoavan emotionaalista tukea ja auttavan normalisoimaan kokemuksia, mikä vähentää ahdistusta. Kätilötyössä on tärkeää rohkaista äitejä osallistumaan vertaistukiryhmiin ja mahdollisesti järjestämään tai suosittelemaan tällaisia ryhmiä itse. Terveystuon ammattilaisten tulisi myös auttaa äitejä löytämään luotettavia ja turvallisia vertaistukiryhmiä sekä digitaalisia tukimuotoja.
2. Perheen ja kumppanin tuen merkitys korostui myös tutkimuksessamme. Perheen antama tuki voi sekä lievittää että lisätä stressiä. Perheen ja kumppanin tuki on usein keskeinen stressin lievittäjä, mutta tukiverkon puute voi aiheuttaa lisää ahdistusta ja eristäytymisen tunteita. Kätilötyössä tulisi kiinnittää huomiota perheen ja kumppanin tuen merkitykseen ja tarjota neuvoja perheen sisäisen tuen vahvistamiseksi. Tämä voi sisältää ohjeita siitä, miten perheenjäsenet voivat parhaiten tukea äitiä, ja tarpeen mukaan järjestää perheille yhteisiä keskusteluhetkiä.
3. Terveystuon ammattilaisten rooli ahdistuneiden äitien tukemisessa on ratkaiseva. Positiiviset kokemukset terveystuon hoidosta muodostuvat usein ammattilaisten myötätunnosta ja empatiasta. Terveystuon ammattilaisten tulisi pyrkiä johdonmukaisuuteen ja varmistaa, että äidit saavat selkeää ja yhdenmukaista tietoa. Terveystuon henkilökunnan tulisi keskittyä tarjoamaan empaattista ja myötätuntoista hoitoa. Ristiriitaiset neuvot ja vähäinen huomio voivat lisätä äitien ahdistusta ja heikentää luottamusta terveystuon hoitoon. Tämä voisi sisältää jatkuvaa koulutusta ja ohjeistusta terveystuon henkilökunnalle ahdistuksen hoidossa ja tukemisessa.
4. Digitaalinen tuki, kuten sosiaalinen media ja erilaiset verkkotukiryhmät, osoittautui kaksijakoiseksi kokemukseksi. Toisaalta digitaalinen tuki voi tarjota hyödyllistä tukea ja vähentää ahdistusta, mutta se voi myös luoda epärealistisia odotuksia ja lisätä ahdistusta. Kätilötyössä tulisi ohjata äitejä luotettavien ja turvallisten digitaalisten tukimuotojen pariin ja varoittaa heitä sosiaalisen median

mahdollisista negatiivisista vaikutuksista. On tärkeää tarjota vaihtoehtoisia digitaalisia resursseja, jotka ovat käyttäjystävällisiä ja tietoturvallisia.

5. Holistiset lähestymistavat, kuten ei-lääkkeelliset interventiot ja terapeuttinen hoito, ovat osoittautuneet tehokkaiksi ahdistuksen vähentämisessä. Tutkimuksessamme korostui esimerkiksi joogan, musiikkiterapian ja aromaterapian merkitys ahdistuksen hallinnassa. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi rohkaista äitejä hyödyntämään näitä interventioita ja tarjota tietoa niiden saatavuudesta.
6. Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) on myös tunnustettu tehokkaaksi hoitomuodoksi, vaikka sen vaikutukset voivat vaihdella. Kätilötyössä tulisi tarjota erilaisia hoitomuotoja ja räätälöidä hoito äitien yksilöllisten tarpeiden mukaan, varmistaen, että saatavilla on sekä perinteisiä että holistisia hoitomuotoja.

Tutkimusta tarvitaan vertaistukiryhmien vaikutuksesta ahdistuksen lievittämiseen erityisesti erilaisissa demografisissa ja maantieteellisissä ympäristöissä. Olisi tärkeää kartoittaa tarkemmin, mitkä tekijät estävät tai vaikeuttavat vertaistukiryhmiin osallistumista ja miten nämä esteet voitaisiin poistaa. Erityisesti maaseudulla asuvien äitien ja vähemmistöryhmiin kuuluvien naisten kokemuksia tulisi tutkia, jotta voidaan kehittää heidän tarpeitaan vastaavia tukimuotoja.

Digitaalisten tukimuotojen, kuten matkapuhelinsovellusten, verkkotukiryhmien ja digitaalisten avatarien, käyttökelpoisuutta ja tehokkuutta tulisi tutkia laajemmin. Erityisesti tulisi selvittää, miten nämä tukimuodot vaikuttavat äitien ahdistuksen ja stressin lievittämiseen ja miten niiden käyttöön liittyviä yksityisyys- ja tietoturvakysymyksiä voidaan parantaa. Lisäksi olisi hyödyllistä tutkia, miten eri sosioekonomisista taustoista tulevat äidit hyödyntävät näitä teknologioita ja mitä esteitä heidän käytölleen saattaa olla.

Holististen hoitomenetelmien, kuten joogan, musiikkiterapian, hieronnan ja kognitiivisen käyttäytymisterapian, pitkäaikaisia vaikutuksia äitien ahdistukseen ja yleiseen hyvinvointiin tulisi tutkia tarkemmin. Erityisesti olisi tärkeää selvittää, miten nämä interventiot vaikuttavat erilaisissa kulttuurisissa ja sosiaalisissa konteksteissa. Lisäksi olisi hyödyllistä tutkia, miten näitä hoitomuotoja voitaisiin integroida osaksi terveydenhuollon palveluja tehokkaammin.

Tutkimusta tarvitaan myös terveydenhuollon ammattilaisten roolin parantamiseksi äitien ahdistuksen hoidossa. Olisi tärkeää selvittää, millaista koulutusta ja resursseja terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat voidakseen tarjota paremmin tukea ahdistuneille äideille. Erityisesti olisi hyödyllistä tutkia, miten terveydenhuollon ammattilaisten empatiaa ja myötätuntoa voidaan lisätä potilaskohtaamisissa.

Olisi tärkeää tutkia tarkemmin, miten ristiriitainen ja epä johdonmukainen tieto vaikuttaa äitien ahdistukseen ja stressiin, sekä kehittää keinoja tämän tiedonvälityksen parantamiseksi. Erityisesti olisi hyödyllistä selvittää, miten terveydenhuollon ammattilaiset voivat tarjota selkeämpää, näyttöön perustuvaa ja tasapainoista tietoa äideille, ja miten tämä tieto voidaan esittää ymmärrettävässä ja helposti saatavilla olevassa muodossa. Tämä opinnäytetyö tutki ahdistuneiden äitien kokemuksia ja tuen tarpeita raskaus- ja lapsivuodeaikana. Tutkimuksessa keskityttiin sosiaalisen tuen merkitykseen, terveydenhuollosta saadun tuen kokemuksiin, digitaalisten tukimuotojen käyttöön, holististen hoitomenetelmien vaikutuksiin sekä tiedon hakemisen ja saannin merkitykseen ahdistuksen hallinnassa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa terveydenhuollon ammattilaisia tarjoamaan tehokkaampaa tukea ahdistuneille äideille.

Näiden tulosten perusteella terveydenhuollon ammattilaisten tulisi kehittää ja tukea vertaistukiryhmiä, parantaa terveydenhuollon tarjoamaa tukea, hyödyntää tehokkaammin digitaalisia tukimuotoja, edistää holististen hoitomenetelmien käyttöä ja tarjota luotettavaa sekä tasapainoista tietoa äideille. Jatkotutkimusta tarvitaan erityisesti vertaistuen, digitaalisen tuen ja holististen hoitomenetelmien tehokkuuden arvioimiseksi sekä terveydenhuollon ammattilaisten roolin ja koulutuksen parantamiseksi ahdistuneiden äitien tukemisessa. Lisäksi on tärkeää tutkia, miten ristiriitainen tieto vaikuttaa äitien ahdistukseen ja miten tiedonvälitystä voidaan parantaa.

Lähteet

Ahdistuneisuushäiriöt. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 07.02.2024. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50119>

Ahdistuneisuushäiriöt – Pikatietoa. 2019. Kustannus Oy Duodecim. (Vaatii kirjautumisen.) Viitattu 19.02.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/poh00025>

Changes in Your Body During Pregnancy: Second Trimester. 2023. Familydoctor.org. Viitattu 17.02.2024. <https://familydoctor.org/changes-in-your-body-during-pregnancy-second-trimester/>

Department of Health, Education, and Welfare; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. J Am Coll Dent. 2014. Summer;81(3), 4-13. Viitattu 26.4.2024. https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf

- Eerola, K. 2000. Synnytyksen jälkeinen psykoosi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 23.4.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo91651>
- Gloger-Tippelt, G. 1983. A process model of the Pregnancy Course. Human Development 26 (3), 20-23. Vaatii kirjautumisen. Viitattu 23.4.2024. <https://karger.com/hde/article-abstract/26/3/134/156460/A-Process-Model-of-the-Pregnancy-Course>
- Goodman, J. H., Chenausky, K. L., & Freeman, M. P. 2014. Anxiety disorders during pregnancy: A systematic review. The Journal of Clinical Psychiatry, 75(10), 1153-1184. Viitattu 08.02.2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25373126/>
- Heartburn During Pregnancy. 2021. Cleveland Clinic. Viitattu 17.02.2024. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/12011-heartburn-during-pregnancy>
- Helsingin julistus. 2013. Maailman Lääkäriliitto (WMA). Viitattu 26.4.2024. <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/helsingin-julistus/>
- Hertzberg, T. 2022. Lapsivuodepsykoosi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.4.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00381>
- Hormones During Pregnancy. Nd. Johns Hopkins Medicine. Viitattu 17.02.2024. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/staying-healthy-during-pregnancy/hormones-during-pregnancy>
- Huomioita imetyksen onnistumiseen. Nd. Ouka.fi. Oulun kaupunki. Viitattu 19.02.2024. <https://lapsuus.ouka.fi/perhevalmennus/imetys/huomioita-imetyksen-onnistumiseen/>
- Jahnukainen, J., Hakulinen, T. & Hietanen-Peltola, M. 2021. Psykkisen terveyden ja psykososiaalisen hyvinvoinnin arviointi. NEUKO-tietokanta. Teveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 31.05.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00061/search/psykkisen%20terveyden>
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291 – 301. Viitattu 2.6.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286/77409>
- Koponen, H. 2021. Ahdistuneisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. (Vaatii kirjautumisen.) Viitattu 19.02.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00851>
- Kuntoutuminen raskauden ja synnytyksen jälkeen. Nd. Terveyskylä. Viitattu 19.02.2024. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/synnytyksen-j%C3%A4lkeen/synnytyksest%C3%A4-toipumisen/kuntoutuminen-raskauden-ja-synnytyksen-j%C3%A4lkeen>
- Leach, L. S., Poyser, C., & Fairweather-Schmidt, A. K. 2016. Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. Clinical Psychologist, 20(1), 4-15. Viitattu 08.02.2024. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1111/cp.12058>

- Luoma, I. 2016. Raskausajan psyykinen hyvinvointi: lapsen mielenterveyden varhaiset juuret? Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 07.02.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13143>
- Mannila, M. 2021. Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön muotona. Vaasan ammattikorkeakoulun verkkolehti Energiaa. Viitattu 23.4.2024. <https://energiaa.vamk.fi/artikkelit/osaaminen/kirjallisuuskatsaus-opinnaytetyon-muotona/>
- Mäkelä, S., Pajulo, M. & Sourander, A. 2010. Raskausajan psyykinen oireilu ja lapsen kehitys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 19.02.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98783>
- Nuutila, M. & Polo, P. 2019. Lapsivuodeaika. Naistentaudit ja synnytykset. Oppikirja. Oppiportti (vaatii kirjautumisen). Viitattu 31.5.2024. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/njs15807>
- Ämmälä, A.-J. 2015. Neuvolapsykiatria. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 19.02.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12167>
- Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto E. & Äimälä, A.-M. 2015. Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Edita Publishing Oy. Keuruu.
- Paavilainen, R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Akateeminen Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 23.4.2024. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67261/951-44-5544-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Perheentupa, A. 2022. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt. Lääkärin käsikirja. Terveysportti Duodecim. Viitattu 23.4.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00842>
- Rieki, T. & Jussila, H. 2022. Raskaudenaikaisen ja synnytyksen jälkeisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistaminen ja ehkäisy. TEHY. Terveysportti Duodecim (vaatii kirjautumisen). Viitattu 23.4.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/nla00084/search/synnytyksen%20jälkeinen%20masennus?db=207533>
- Rouhe, H. 2024. Synnytyksen jälkeinen aika sairaalassa. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 31.5.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01395>
- Rovasalo, A. & Eerola, H. 2023. Ahdistus ja ahdistuneisuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 17.02.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00188>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.6.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 19.02.2024. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Sleep Problems During Pregnancy. 2022. MyHealth.Alberta.ca. Viitattu 17.02.2024.
<https://myhealth.alberta.ca/Health/Pages/conditions.aspx?hwid=tn91113>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Kappaleet: 4.1. Yleinen kuvaus analyysin toteuttamisesta, 4.2 Laadullisen analyysin muodot, 4.4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Bookbeat. Suomi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 19.02.2024.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tiitinen, A. 2024. Elimistön palautuminen raskaudesta ja synnytyksestä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 31.05.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01392>

Tiitinen, A. 2023. Raskaus (normaali kulku). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 18.02.2024.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00159>

Tiitinen, A. 2024. Raskausajan ja synnytyksen jälkeinen mielenterveys. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.4.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01345#s2>

Tiitinen, A. 2024. Synnytyksen jälkitarkastus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 31.05.2024.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01388>

Viikki, M. & Leinonen, E. 2015. Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka ja lääkehoito perusterveydenhuollossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu. 17.02.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12168>

Viinamäki, H., Rastas, S., Tukeyva, L., Niskanen, L., Kuha, S. & Saarikoski, S. 1994. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 19.02.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo40030>

Ämmälä A.-J. 2019. Masennus. Naistentaudit ja synnytykset. Oppiportti Duodecim (Vaatii kirjautumisen). Viitattu 23.4.2024. https://www.oppiportti.fi/op/njs14703/do?p_haku=synnytyksen%20jälkeinen%20masennus#q=synnytyksen%20jälkeinen%20masennus

Ämmälä A.-J. 2021. Raskausajan mielenterveyden häiriöt. Lääkärin käsikirja. Terveysportti Duodecim (vaatii kirjautumisen). Viitattu 23.4.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt02031>

Švedienė, L., Jankauskienė, L., Kušleikaitė, M. & Razbadauskas, A., 2009. Competence of general practice nurses caring for patients with mental health problems in the somatic departments. Medicina (Kaunas); 45(10). Viitattu 31.5.2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19996670/>

Liitteet

Liite 1. Opinnäytetyöhön valitut artikkelit

Nro	Tekijä, paikka, vuosi	Otsikko	Tavoite	Aineisto	Keskeiset tulokset	Arviointi
1	Forder, P. M., Rich, J., Harris, S., Chojenta, C., Reilly, N., Austin, M.-P., Lox- ton, D. Aus- tralia. 2019	Honesty and com- fort levels in mothers when screened for perina- tal depres- sion and anxiety	Selvittää liittyvätkö rehellisyys ja muka- vuus peri- nataaliseen masennuk- seen tai ah- distukseen; sekä tutkia syitä sille, miksi naiset eivät aina vastaa re- hellisesti.	Analysoitiin sekä laadul- lisiä että määrällisiä tietoja 1597 nai- selta osana poikittais- tutkimusta perinataali- sen mielen- terveyden osalta (osana Australian pitkittäis- tutkimusta naisen ter- veydestä) käyttäen monimene- telmäistä lähestymis- tapaa.	Noin viides- osa naisista ei vastan- nut aina re- hellisesti terveyden- huollon ammatti- laisten ky- syessä hei- dän emotionaa- lisesta hy- vinvoinnis- taan perinataali- sena ai- kana. Syitä olivat oirei- den nor- maalistami- nen, negatiiviset näkemys- set ja pelko	8/10

					<p>haitallisista seurauksista. Noin 39% naisista, jotka eivät tunteet olonsa mukavaksi kysyttäessä heidän emotionaalista hyvinvoinnistaan, olivat neljä kertaa todennäköisemmin masentuneita ja lähes kaksi kertaa todennäköisemmin ahdistuneita kuin muut naiset.</p>	
2	<p>McCarthy, M., Houghton, C., Matvienko-</p>	<p>Women's experiences and</p>	<p>Tutkia naisten kokemuksia ja käsityksiä</p>	<p>Käytiin läpi viisi tietokantaa (Cinahl,</p>	<p>Raskausajan mielen-terveyden</p>	8/10

	Sikar, K. 2021.	perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: systematic review and qualitative evidence synthesis	sekä esteitä ja tekijöitä, jotka vaikuttavat selviytymiseen raskausajan ahdistuksesta ja stressistä.	Embase, Medline, PsychINFO, Maternity and Infant Care) niiden perustamisesta 2020 saakka. Tutkimukseen valittiin 13 artikkelia, jotka käsitelivät raskaana olevien tai korkeintaan vuoden synnytyksen jälkeen olevien naisten kokemuksia ahdistuksesta ja stressistä perinataalikaudella.	tukemiseen tarvitaan lisää tukea raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Epärealististen odotusten ja käsitysten äitiydestä käsitteleminen on tärkeää paremman tuen varmistamiseksi. Sosiaalisten tukiverkostojen vahvistaminen ja selkeä ja johdonmukainen tiedon tarjoaminen on olennaista stressin ja ahdistuksen	
--	--------------------	---	--	---	---	--

					vähentämiseksi perinataalikaudella.	
3	Oh, S., Chew-Graham, C., Silverwood, V., Shaheen, S., Walsh-House, J., Sumathipala, A., Kingstone, T. 2020. UK.	Exploring women's experiences of identifying, negotiating and managing perinatal anxiety: a qualitative study	Pyrkii tutkia maan naisten kokemuksia perinataaliseen ahdistuneisuudesta ja hoidosta, sekä heidän vuorovaikutustaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.	Käytettiin puolisturkuroituja haastatteluja ja teema-analyysiä. 17 naista iältään 25-42 vuotta raskautta kokeineensa ahdistuneisuutta raskauden aikana ja/tai enintään 12kk synnytyksen jälkeen. Osallistujat rekrytoitiin mm. äitien tukiryhmistä.	Kolme pääteemaa liittyen perinataaliseen ahdistuneisuuteen ovat: esteet PNA:n paljastamisessa, avun hakeminen ja tukiverkostojen rakentaminen ja käyttöönotto. Nämä teemat kietoutuivat yhteen yksilöllisten kokemusten ja stigmatin vaikutuksesta.	10/10

				lastenkeskuksista, kirjastoista ja Kansallisen terveyspalvelun (NHS) toimipisteistä, sekä sosiaalisen median kautta. Haastattelut tallennettiin ja litteroitiin osallistujien suostumuksella.		
4	Li Leng, L., Can Yin, X., Man Ng, S. 2023. Kiina.	Mindfulness-based intervention for clinical and subthreshold perinatal depression and anxiety: A systematic review and	Arvioida välittömiä vaikutuksia ja ylläpito-vaikutuksia, joita mielenlenterveysinterventiot ovat aiheuttaneet perinataaliseen	Järjestelmällinen haku PubMedissa, PsychINFOssa, Medline:ssa, Scopuksessa ja Web of Sciencessä	Mielenhallintainterventiot ovat tehokkaampia kuin vertailuryhmät kliinisen ja subkliinisen perinataalisen masennuksen ja	11/11

		meta-analysis of randomized controlled trial	masennukseen ja ahdistukseen.	englanniksi saatavilla olevasta päivästä 2022 asti. 25 julkaisua satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta tunnistettiin ja arvioitiin, ja ne käsittivät yhteensä 2495 naista. Meta-analyysi yhdisti nämä tutkimusten tulokset.	ahdistuksen hoidossa. Masennuksen vähenemisen hyöty oli ajan myötä vakaata ja säilyi synnytyksen jälkeiseen aikaan asti, mutta perinataalisen ahdistuksen ylläpitovaikutus oli vähemmän yksiselitteinen. Välittömät vaikutukset olivat molemmissa tapauksissa riippuvaisia oireiden vakavuudesta. Vaikutukset olivat	
--	--	--	-------------------------------	--	--	--

					suurempia naisilla alhaisen ja keskitulon maissa jossa mielenlenterveyshuolto vähemmän saatavilla.	
5	Evans, K., Rennick-Egglestone, S., Cox, S., Kuipers, Y., Spibly, H. 2022. UK.	Remotely Delivered Interventions to Support Women With Symptoms of Anxiety in Pregnancy: Mixed Methods Systematic Review and Meta-analysis	Tunnistaa ja arvioida etänä toteutettuja digitaalisia tai verkkopohjaisia interventiota, jotka tukevat raskauden aikana ahdistuneisuudesta kärsiviä naisia.	3 laadullista ja 14 määrällistä tutkimusta haettuna ACM digital librarysta, Allied and Complementary Medicine Databasesta, Applied Social Science Index and Abstractsista, Centre for Reviews	Interventioihin kuuluivat kognitiivinen käyttäytymisterapia, ongelmanratkaisu, tietoisuustaito ja koulutukselliset suunnitelmat. Internetpohjainen kognitiivinen käyttäytymisterapia ja avustetut	11/11

				<p>and Dis- semina- tionista, Cochrane Central Register of Controlled Trialsista, Cochrane Librarysta, CINAHLista, Embasesta, Health Technology Assesment Librarysta, IEEE Xploresta, Joanna Biggs Insti- tutesta, Maternity and Infant Caresta, MEDLIN- Esta, Psych- INFOsta ja Social Sci- ence Cta- tion</p>	<p>intetventiot osoittivat hyödyllisen vaikutuk- sen ahdis- tuksen pis- temäärien vähentämi- sessä. In- terventiot ovat tehok- kaampia kun niihin osallistu- taan sään- nöllisesti joka voisi parantua kun istun- toja on tar- peeksi ei- vätkä ne ole liian ai- kaavieviä.</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				Indexista vuonna 2020.		
6	Harrison, V., Moore, D., Lazard, L. 2020. UK.	Supporting perinatal anxiety in the digital age; a qualitative exploration of stressors and support strategies	Laadullisesti tutkita naisten kokemuksia ahdistuneisuuden triggereitä ja tukea raskaus- ja lapsivuodeaikana; ja saada ymmärrystä minkälainen internetin välityksellä saatava tuki on hyväksyttävää naisille joilla on perinataalista ahdistuneisuutta.	Naiset jotka olivat joko raskaana tai synnyttäneet vuoden sisälle kutsuttiin osallistumaan kohderyhmäksi ympäri Yhdistyneitä Kuningaskuntia. Kohderyhmille annettiin tilaa esittää eriäviä perspektiivejä tullen kuuluksi samalla kun edistettiin tuen tarpeiden tunnistamista ja	Haastatte- luissa nousi esiin viisi teemaa: epärealistiset odotukset äitiyttä ja synnytystä kohtaan, stigma, ver- taistuen merkitys, epävarmuus ja huono itsevarmuus liittyen äitiyteen, ja huono tietämys liittyen mielenterveyteen ja sen tukiin. Äideistä tunnettiin ettei	8/10

				<p>niiden tunnistamisen ja ratkaisemisen tärkeyttä. Haastatellut kirjoitettiin aukia ja temaattisesti analysoitiin.</p>	<p>tuettu ja valmisteltu äitiyteen. Odotukset ja todellisuus äitiydestä eivät korreloineet keskenään ja täydellisen äitinä olemisen paine oli pääsyy ahdistukselle. Stigma esti hoitoon hakeutumisen. Naisista tuntui että tätä ongelmaa voisi ratkoa nettivälitteisellä tuella sekä välittämällä sitä kautta realistista tietoa ja</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					psy-koedukatiota perinataalisen ahdistuneisuuden oireista ja hallitsemisesta. Vertaistuki nousi tärkeään rooliin.	
7	Domínguez-Solís, E., Lima-Serrano, M., Lima-Rodríguez, J. S. 2021. Espanja.	Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review	Määrittää julkaistuja ei-lääkinnällisiä interventioita raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan aikana.	Systemaattinen vertaisarviointi kokeellisista ja puolikokeellisista tutkimuksista tehtiin käyttäen PubMed-, Scopus-, Web of Science- ja CINAHL-tietokantoja. Tutkimusten laatua	Raskausaikana tehokkaimmat interventiot olivat käyttäytymisen aktiivointi, kognitiivinen käyttäytymisterapia, jooga, musiikkiterapia ja rentoutuminen. Synnytyksen aikana:	11/11

				<p>arvioitiin käyttäen espanjan-kielistä PEDro-as-teikkaa. Kaksi tutkijaa osallistui itsenäisesti tietojen valintaan ja erotteluun. 587 artikkelia tunnistettiin, joista 21 täytti kelpoisuuskriteerit. 11 tutkimusta interventio suoritettiin raskausaikana, kolme synnytyksen aikana, neljä synnytyksen jälkeisenä aikana ja</p>	<p>aromaterapia. Raskauden ja synnytyksen jälkeen: synnytyksen valmennus, hieronta ja itseohjattu kirjan lukeminen ammattilais-ten puhelinavulla. Tehokkaimmat interventiot suoritettiin raskauden aikana tai synnytyksen jälkeen, ei synnytyksen aikana.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				kolme raskauden ja synnytyksen jälkeen.		
8	Howat, A., Masterson, C., Darwin, Z. 2023.	Non-birthing mothers' experiences of perinatal anxiety and depression: Understanding the perspectives of the non-birthing mothers in female same-sex parented families	Tutkia ei-synnyttävien äitien kokemuksia perinataalisesstä mäsennuksesta ja ahdistuneisuudesta perheissä, joissa molemmat vanhemmat ovat naisia.	Tutkimuksessa käytettiin tulokinnallista fenomenologista analyysia. Osallistujarekrytoitiin verkossa ja paikallisista vapaaehtois- ja tukiverkostoista LGBTQIA+ -yhteisöistä sekä perinataalisen mielenterveuden pe- rissa. Haastattelut suoritettiin henkilökohtaisesti, verkossa tai	Jotkin havainnot voitiin yhdistää isien mielenterveyteen liittyvään kirjallisuuteen esim. Vanhempien halu suojella perhettä ja palveluiden kokemisen keskittyvän synnyttävään vanhempaan. Toiset näyttävät olevan erilaisia tai voimistuneita LGBTQIA+ -vanhemmille,	8/10

				puheli- mitse.	mukaan lu- kien määri- tellyn ja so- siaalisen tunnuste- tun roolin puuttumi- nen; stigma sekä mie- lentervey- destä, että homofobi- asta; sulke- minen pois heteronor- matiivisista terveyden- huoltojär- jestelmistä; ja biologi- sen yhtey- den merki- tys.	
--	--	--	--	-------------------	--	--