

Elina Hahl ja Elisa Laitinen

**ENSIMMÄISEN LAPSEN SYNTYMÄN
TUOMAT MUUTOKSET VANHEMPIEN
MASENTUNEISUUTEEN, LUOTTAMUKSEN
TUNTEESEEN JA PERHEEN TOIMIVUUTEEN
SEKÄ ÄITIEN KOKEMUKSET
NEUVOLAPALVELUISTA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2022

TIIVISTELMÄ

Elina Hahl ja Elisa Laitinen: Ensimmäisen lapsen syntymän tuomat muutokset vanhempien masentuneisuuteen, luottamuksen tunteeseen ja perheen toimivuuteen sekä äitien kokemukset neuvolapalveluista

Pro gradu -tutkielma, 56 sivua

Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede

Ohjaajat: professori Eija Paavilainen, dosentti Jari Kylmä, TtM, väitöskirjatutkija Kirsi Lindfors Huhtikuu, 2022

Ensimmäisen lapsen syntymä tuo monia muutoksia vanhempien elämään. Parisuhde muuttuu vanhemmuudeksi ja vanhempien tulee omaksua uudenlaiset identiteetit ja roolit. Tämä voi vaikuttaa vanhempien itsearvioimaan masentuneisuuteen, vanhemmuuteen liittyvään luottamuksen tunteeseen sekä perheen toimivuuteen. Suomessa vauvaperheille tarjotaan lakisääteiset neuvolapalvelut. Neuvolassa seurataan äidin, vauvan ja koko perheen hyvinvointia ja terveyttä. Neuvolalla on iso rooli tuen ja tiedon antamisessa perheille uudessa tilanteessa.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata vanhemmaksi tuleminen aiheuttamia muutoksia vanhempien itsearvioimassa masentuneisuudessa, luottamuksessa omaan kykyyn olla vanhempi ja kokemuksessa perheen toimivuudesta. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata perheiden saamia neuvolapalveluita sekä äitien kokemusta neuvolapalveluiden riittävydestä. Tutkimuskysymyksinä oli: 1. Miten vanhempien itsearvioima masentuneisuus muuttuu odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana? 2. Miten vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi muuttuu odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana? 3. Miten vanhempien kokemus perheen toimivuudesta muuttuu odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana? 4. Millaisia kokemuksia äideillä on neuvolapalveluista odotusaikana ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana?

Tutkimus toteutettiin pitkittäistutkimuksena ja se oli osa Tampereen yliopiston ja Kyoto Tachibana Universityn yhteistä tutkimushanketta "Odottavien ja vauvan kanssa elävien perheiden seurantatutkimus Suomessa ja Japanissa". Pro gradu -tutkielmassa käytetty aineisto kerättiin ensimmäistä lastaan odottavilta vanhemmilta Suomessa (äidit n=59, puoliset n=43) ja heitä seurattiin vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden ajan. Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä.

Tutkimuksen tulosten perusteella vanhempien itsearvioimassa masentuneisuudessa tai vanhempien luottamuksessa omaan kykyyn olla vanhempi ei havaittu tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Perheen toimivuuden osa-alueista perheen sisäiset suhteet, roolit ja vastuut, perheen normit ja kommunikaatio heikkenivät molemmilla vanhemmilla tilastollisesti merkitsevästi. Lisäksi puolisoilla kokemus taloudellisen tuen saamisesta heikkeni tilastollisesti merkitsevästi. Tukiverkoston osalta muutoksia ei havaittu kummallakaan vanhemmista. Äidit käyttivät julkisia neuvolapalveluita aktiivisesti. Äidit kokivat saaneensa neuvolasta paljon tietoa, mutta kokemus ohjauksesta ja neuvonnasta ei ollut kaikilta osin riittävää. Erityisesti enemmän ohjausta toivottiin synnytyksestä palautumiseen sekä lapsen kasvuun ja kehitykseen. Lisäksi kaivattiin tietoa vertaistuen mahdollisuuksista.

Johtopäätöksenä voidaan todeta vanhempien itsearvioiman masentuneisuuden, vanhempien luottamuksen omaan kykyyn olla vanhempi sekä perheen toimivuuden olleen hyvällä tasolla kaikissa mittausajankohdissa. Äidit olivat pääasiassa hyvin tyytyväisiä saamiinsa neuvolapalveluihin, mutta myös kehittämiskohteita löydettiin.

Avainsanat: vauvaperhe, vanhemmat, itsearvioitu masentuneisuus, vanhemmuuteen liittyvä luottamuksen tunne, perheen toimivuus, neuvola

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Elina Hahl and Elisa Laitinen: Changes in parental depression, self-efficacy and family functioning caused by the birth of the first child of the family and mother's experiences of maternity and child welfare centers

Master thesis, 56 pages,

Tampere University, Faculty of Health Sciences, Nursing Science

Supervisors: professor Eija Paavilainen, docent Jari Kylmä, MNSc, doctoral student Kirsi Lindfors

April, 2022

Transform to parents brings many changes into the lives of the parents. The relationship between partners turns into parenting and parents need to embrace new kinds of identities and roles. This can affect on parents' self-assessed depression, parenting self-efficacy and family functioning. In Finland, families are offered statutory maternity and child welfare services. The centers monitor the well-being and health of the mother, the baby and the whole family. Maternity and child welfare centers play a big role in providing support and information to families in the new situation.

The purpose of this Master thesis was to describe the changes caused by parenthood in self-assessed depression, parenting self-efficacy and experience of family functioning. In addition, the purpose was to describe the maternity and child welfare services and the mothers' experience of the adequacy of these services. The research questions were: 1. How does parents' self-assessed depression change during the pregnancy and the first eight months of the baby's life? 2. How does parenting self-efficacy change during the pregnancy and the first eight months of the baby's life? 3. How do parents' experiences of family functioning change during the pregnancy and the baby's first eight months of life? 4. What experiences do mothers have with maternity and child welfare centers during the pregnancy and during the first eight months of the baby's life?

The study was conducted as a longitudinal study and was part of the joint research project of the Tampere University and Kyoto Tachibana University called "Follow-up study of expectant and baby families in Finland and Japan". The data of Master thesis were collected from families expecting their first child in Finland (the mothers $n = 59$, the other parents $n = 43$). They were followed during the first eight months of the baby's life. The data was analysed by statistical methods.

Based on the results of the study, no statistically significant changes were observed in parents' self-assessed depression nor in parenting self-efficacy. In the Family Function Scale, Affective Bonding, Role and Responsibility, Family Norms and Communication deteriorated statistically significantly in both parents. Financial Resources deteriorated statistically significantly in other parents. No changes were observed for the External Relationship. Mothers actively used public maternity and child welfare services. Mothers felt that they received a lot of information from the maternity and child welfare centers, but the experience of guidance and counselling was not sufficient in all respects. More guidance was desired for the recovery in the postpartum period and for the child's growth and development. In addition, information was needed also on the possibilities of peer support.

The conclusion is that parental self-assessed depression, parenting self-efficacy and family functioning were on a good level at all research points. The mothers were mainly very satisfied with the maternity and child welfare services they received, but areas for development were also found.

Keywords: family, parents, self-assessed depression, parenting self-efficacy, family functioning, child and maternity welfare center

The authenticity of this publication has been verified using Turnit's OriginalityCheck.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	5
2. TUTKIMUKSEN TAUSTA.....	7
2.1 Vanhemmaksi kasvu	7
2.2 Vanhempien psyykinen hyvinvointi	8
2.3 Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi	10
2.4 Perheen toimivuus.....	12
2.5 Vanhempien kokemukset neuvolapalveluista	15
2.6 COVID-19-pandemian vaikutukset vanhemmuuteen	17
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
4. AINEISTON KERUU JA ANALYYSI	20
4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu.....	20
4.2 Kyselylomake	21
4.3 Aineiston analyysi	23
5. TULOKSET	25
5.1 Vanhempien itsearvioima masentuneisuus	26
5.2 Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi	27
5.3 Perheen toimivuus.....	28
5.3.1 Perheen sisäiset suhteet	31
5.3.2 Roolit ja vastuut.....	31
5.3.3 Perheen normit.....	32
5.3.4 Taloudellinen tuki	32
5.3.5 Kommunikaatio	33
5.3.6 Tukiverkosto.....	33
5.4 Äitien kokemukset neuvolapalveluista	34
5.4.1 Äitiysneuvolapalvelut.....	34
5.4.2 Lastenneuvolapalvelut.....	35
5.4.3 Äitien toiveet neuvolapalveluille.....	35
5.5. Yhteenveto tuloksista	36
6. POHDINTA.....	38
6.1 Tulosten tarkastelu	38
6.1.1 Masentuneisuus, luottamuksen tunne ja perheen toimivuus.....	38
6.1.2 Neuvolapalvelut.....	42
6.2 Tutkimuksen eettisyys	45
6.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	47
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	49
LÄHTEET	51

1. JOHDANTO

Vauvan syntymän jälkeen parisuhde muuttuu vanhemmuudeksi ja vanhempien tulee itsensä lisäksi huolehtia myös vauvan tarpeista. Arjen sujuvuus vaatii aiempaa tarkempaa suunnittelua. (Lévesque ym. 2020.) Vauvan syntymä voi vaikuttaa myös vanhempien psyykkiseen hyvinvointiin (Klemetti ym. 2018). Omien tarpeiden sivuuttaminen on luonnollista pienen lapsen vanhemmille. Vanhempien hyvinvoinnin edistäminen on kuitenkin tärkeää, sillä vanhempien hyvinvointi vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2018.) Hyvinvoiva vanhempi kykenee myös vastaamaan paremmin vauvan vuorovaikutuksen ja hoivan tarpeeseen. Tämä on tärkeää lapsen tunne-elämän kehittymisen sekä fyysisen terveyden kannalta. (Kalland & Salo 2020.)

Vuonna 2020 Suomen syntyvyys lähti nousuun kymmenen vuoden yhtäjaksoisen laskun jälkeen. Lapsia syntyi 46 653, joka oli 1,7 % enemmän kuin edellisellä vuonna. Nousu synnyttävyydessä oli suhteellisesti suurinta (4 %) 30–39-vuotiailla naisilla. Tämän ikäryhmän osuus kaikista synnyttäneistä oli myös suurin, 35 % vuonna 2020. Ensisynnyttäjien keski-ikä oli 29,6 vuotta. Kaikista yli 35-vuotiaista synnyttäjistä 23 % päätyi keisarileikkaukseen. Yli 35-vuotiailla ensisynnyttäjillä riski oli vielä muita synnyttäjiä suurempi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b.) Ensimmäistä kertaa isäksi tulleiden keski-ikä oli 31,6 vuotta, mikä on kaksi vuotta enemmän äiteihin verrattuna. Lapsista 54 % syntyi avioliitossa oleville vanhemmille. Avioliiton ulkopuolella syntyneistä lapsista yhdeksän kymmenestä syntyi avioliitossa oleville vanhemmille. (Tilastokeskus 2021.)

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326) ja yhteneväinen laatu- ja palvelutaso on määritetty valtioneuvoston asetuksessa (6.4.2011/338) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Äitiys- ja lastenneuvolan palvelut tarjotaan kaikille kohderyhmään kuuluville. Lapsen ensimmäinen kontakti hyvinvointipalveluihin onkin lähes aina äitiys- ja lastenneuvolassa. Raskaana olevista äideistä vain 0,2–0,3 % käyttää muita kuin julkisia äitiysneuvolapalveluita. (Heinonen ym. 2018.) Neuvolan tehtävänä on muun muassa vahvistaa perheen toimivuutta

tukemalla vanhempia vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyvissä asioissa. Neuvola antaa vanhemmille ajantasaista ja tutkimuksiin perustuvaa tietoa lapseen, perheeseen ja näiden terveyden edistämiseen liittyen. Yhteiskunnallisella tasolla neuvola toimii asiantuntijatahona kunnan lapsiperheiden palveluissa sekä perheitä koskevassa suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004.) Neuvolatoiminnan tehtävänä on tasoittaa eri väestöryhmien välillä perhetaustasta juontuvia hyvinvointieroja ja edistää yhdenvertaisuutta (Valtioneuvoston asetus 2011/338). Neuvolan toiminta on ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävää ja sillä parannetaan uusien sukupolvien mahdollisuuksia antoisaan ja terveeseen elämään (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004).

Suomessa suurin osa vanhemmista on melko tyytyväisiä neuvolan tarjoamiin palveluihin sekä odotusaikana että vauvan syntymän jälkeen (Klemetti ym. 2018; Raunima ym. 2020). Vanhemmat kokevat raskauden seurannan äitiysneuvolassa asiakaslähtöiseksi. Odotusaikana enemmän tukea kaivattaisiin parisuhteeseen, synnytykseen valmistautumiseen ja synnytyspelkoon liittyvissä asioissa. Lastenneuvolassa osa vauvaperheistä kokee riittämättömäksi tiedon saamisen saatavilla olevista palveluista. Tietoa kaivattaisiin esimerkiksi perhetyöstä, kotipalvelusta ja parisuhdepalveluista. Vanhemmat kaipaisivat myös enemmän tukea omaan ja kumppanin jaksamiseen liittyen sekä vauvan tarpeisiin vastaamiseen, kuten vauvan nukkumiseen ja itkuisuuteen. (Klemetti ym. 2018.)

Pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata vanhemmaksi tulemisen aiheuttamia muutoksia vanhempien itsearvioimassa masentuneisuudessa, luottamuksessa omaan kykyyn olla vanhempi ja kokemuksessa perheen toimivuudesta. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata perheiden saamia neuvolapalveluita sekä äitien kokemuksia neuvolapalveluiden riittävydestä. Tutkimus on osa Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikön professorin Eija Paavilaisen ja Kyoto Tachibana Universityn professorin Mitsuko Kanzakin yhteistä tutkimushanketta "Odottavien ja vauvan kanssa elävien perheiden seurantatutkimus Suomessa ja Japanissa". Pro gradu -tutkielmassa käytetty aineisto kerättiin ensimmäistä lastaan odottavilta perheiltä Suomessa ja heitä seurattiin vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden ajan. Tutkimuksen aineiston keruun aikana alkoi maailmanlaajuinen COVID-19-pandemia, joka on voinut vaikuttaa tutkimuksessa kerättyyn aineistoon.

2. TUTKIMUKSEN TAUSTA

Vauvan syntymä aiheuttaa muutoksia niin perheen arkeen, vanhempien parisuhteeseen kuin myös heidän psyykkiseen hyvinvointiinsa. Vanhemmaksi kasvu aiheuttaa tyypillisesti sekä haasteita että positiivisia muutoksia. Vanhemmaksi tuleminen vaikuttaa laajasti vanhempien hyvinvointiin ja sitä kautta koko perheen hyvinvointiin. Tämän tutkimuksen taustassa on hyödynnetty pro gradun tekijöiden aiemmin julkaiseman systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksia vauvaperheiden hyvinvoinnista. Lisäksi aihetta on laajennettu uusilla kirjallisuushauilla.

2.1 Vanhemmaksi kasvu

Vanhemmaksi tuleminen koetaan positiivisena muutoksena. Se kuvataan osana vanhempien henkilökohtaista kasvua ja vanhemmuuden koetaan lisäävän elämän tarkoituksenmukaisuutta. (Buehler ym. 2011; Garvan 2016.) Vanhempien kokeman hallinnan tunteen on havaittu lisääntyvän vauvan ensimmäisten elinkuukausien aikana (Buehler ym. 2011). Vanhemmuuteen liittyvää hyvinvointia lisää vanhemman hyvä itsetunto, ihmissuhdetaidot ja omien tunteiden hallinta (Ketner ym. 2019). Haasteena vanhemmat kokevat oman ajan vähyyden vauvan syntymän jälkeen (Bäckström ym. 2018; Grylka-Baeschlin ym. 2019). Haastavaksi koetaan myös tasapainoilu erilaisten roolien välillä sekä vauvan hoitamisen vaatima epäitsekkyys (Lévesque ym. 2020).

Vauvan tarpeet menevät molemmilla vanhemmilla omien tarpeiden edelle (Garvan 2016; Bäckström ym. 2018). Luonnollisesti äitiyteen suhtautuvilla äideillä vanhemmuuteen sopeutuminen on helpompaa kuin niillä äideillä, joilla on paljon odotuksia (Henshaw ym. 2014). Äitiyteen liittyvä turhautuminen on yhteydessä äidin hyvinvointiin ja tunteeseen äitiydestä selviytymiseen (Russell & Lincoln 2016). Lisäksi imetyks voi vaikuttaa aluksi joko positiivisesti tai negatiivisesti äidin hyvinvointiin (Grylka-Baeschlin ym. 2019). Vanhemmuuteen liittyvä kontrolloimattomuuden tunne ja ei-toivotut tunteet ovat yleisempiä äideillä. Äideillä on suurempi taipumus yli- tai aliarvioida asioita ja heillä on enemmän sekavia ajatuksia sekä tunteita vanhemmuuteen liittyen kuin puolisoilla. (Ahlborg ym. 2013.) Puolisoilla vanhemmaksi

tulemisen aiheuttamia haasteita ovat tarve selviytyä yksin ja aluksi yhteyden puuttuminen vauvaan. Lisäksi puolisoiden voi olla haastavaa puhua vanhemmuuteen liittyvistä negatiivisista kokemuksista ja vaikeuksista. Puolisot kokevat nautinnolliseksi vuorovaikutuksen lapsen kanssa sekä lapsen kasvun seuraamisen ja he haluavat viettää aikaa perheensä kanssa. (Bäckström ym. 2018.)

2.2 Vanhempien psyykkinen hyvinvointi

Tavallisimpia perheen tilanteeseen liittyviä huolia vanhemmilla ovat parisuhdeongelmat, työttömyys ja taloudelliset vaikeudet (Perälä ym. 2011). Äideille stressiä aiheuttavat lisäksi vähäinen nukkuminen, synnytykseen ja raskauteen liittyvät tekijät kuten pahoinvointi, hyvin nopea tai pitkä synnytys sekä erilaiset raskauteen tai synnytykseen liittyvät komplikaatiot (Hung ym. 2011; Matvienko-Sikar ym. 2018). Stressille altistavia tekijöitä ovat myös oman kehon muutokset, huoli vauvan hyvinvoinnista, imetys, korkeampi koulutus, ensimmäisen lapsen saaminen, voimakas kontrollin tarve, äitiyteen liittyvä turhautuminen ja toive vauvan sukupuolesta (Hung ym. 2011; Russell & Lincoln 2016; Rosen ym. 2017). Puolisolla stressille altistavia tekijöitä ovat halu olla kotona työssä käymisen sijasta sekä paine huolehtia perheen taloudellisesta pärjäämisestä (Bäckström ym. 2018). Vanhempien stressiä vähentäviä tekijöitä ovat hyvä henkilökohtainen terveydentila, vanhempien välinen sopeutuminen ja hyvän kiintymyssuhteen muodostuminen vauvaan (Matvienko-Sikar ym. 2018). Lisäksi puolisot, jotka jakavat vanhempainvapaan tasapuolisesti äidin kanssa, kokevat vähemmän vanhemmuuden aiheuttamaa stressiä (Lidbeck ym. 2018).

Vanhemmat kokevat vauvan kanssa vietetyn ajan merkitykselliseksi, vaikka vauvan hoitaminen aiheuttaa vanhemmille myös ahdistusta (Roeters & Gracia 2016). Vanhemmille ahdistusta aiheuttavat vauvan itkuisuus ja ärtyisyys sekä vanhemman heikko oma resilienssi (Giallo ym. 2013; Russell & Lincoln 2016; Baldwin ym. 2019). Synnytyksen jälkeinen ahdistus on todennäköisempää vanhemmilla äideillä, uudelleen synnyttäjillä, imettävillä sekä äideillä, jotka ovat tyytymättömiä kumppanin osallistumiseen raskausaikana (Baldwin ym. 2019). Puolisolle ahdistusta aiheuttavat vauvan unioingelmat, äidin psyykkinen ahdistuneisuus, parisuhteen huono laatu, huomattavat taloudelliset vaikeudet ja puolison alhaisempi ammatillinen asema äitiin

verrattuna (Giallo ym. 2013). Puolisot ovat huolissaan myös vauvan ja äidin terveydestä sekä hyvinvoinnista (Bäckström ym. 2018). Hoitovastuun jakaminen tasapuolisesti vanhempien kesken ja vuorovaikutteinen yhdessäolo puolestaan vähentävät vanhemmuuteen liittyvää ahdistuneisuutta (Roeters & Gracia 2016).

Synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuu Suomessa 10–20 % vanhemmista. Vaikeusaste voi vaihdella lievistä oireista keskivaikeaan ja vaikeaan masennustilaan. Synnytyksen jälkeiseen masennukseen voi sairastua myös vanhempi, joka ei ole synnyttänyt. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020.) Masentuneisuus on hieman yleisempää äideillä kuin puolisoilla (Klemetti ym. 2018). Äidin synnytyksen jälkeistä masentuneisuutta lisää voimakas kontrollin tarve, huonosti nukkuva vauva, äitiyteen liittyvät odotukset sekä korkeat masennuksen riskipisteet ennen synnytystä (Haga ym. 2012; Henshaw ym. 2014; Hughes ym. 2015). Masennuksen riskitesteissä on havaittu myös, että riskiä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen lisää äidin nuori ikä, osittaisimetys ja aiemmat mielenterveysongelmat. Aiemmat mielenterveysongelmat vaikuttavat masennusriskiin myös siten, että riskipisteet ovat korkeampia äideillä, jotka parhaillaan saavat hoitoa mielenterveysongelmiin. (Goyal ym. 2022.)

Puolisoilla synnytyksen jälkeinen masentuneisuus on yleisempää niillä, joilla on ollut masennusoireita jo odotusaikana. Muita puolison masennusriskiä lisääviä tekijöitä ovat univaikeudet, työttömyys, vähäinen sosiaalinen tuki ja korkeampi ikä. Synnytyksen jälkeinen masentuneisuus on yleisempää myös puolisoilla, jotka kokevat stressiä vanhemmuudesta tai perheen taloudellisesta tilanteesta. (Da Costa ym. 2019.) Puolison synnytyksen jälkeinen masentuneisuus on tyypillisempää perheissä, joissa myös äiti kärsii synnytyksen jälkeisestä masentuneisuudesta (Da Costa ym. 2019; Duan ym. 2020). Molemmilla vanhemmilla synnytyksen jälkeisen masennuksen todennäköisyyttä vähentää tyytyväisyys parisuhteeseen sekä hyvät välit appivanhempiin (Duan ym. 2020). Äideillä synnytyksen jälkeistä masentuneisuutta vähentää myös hyvä emotionaalinen sopeutuminen äitiyteen (Henshaw ym. 2014).

Äidit kokevat, että synnytyksen jälkeiseen masentuneisuuteen vaikuttavat useat erilaiset fysiologiset, psykologiset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Tällaisia ovat esimerkiksi stressi, terveyteen ja synnytykseen liittyvät komplikaatiot sekä vaihtelut hormonitasapainossa. (Tang ym. 2021; Heck ym. 2022.) Lisäksi synnytyksen jälkeistä

masentuneisuutta voi aiheuttaa tunne puolisolta tai läheisiltä saadun tuen puutteellisuudesta sekä taloudelliset haasteet. Osa äideistä kokee, että synnytyksen jälkeinen masennus johtuu heihin itseensä liittyvistä syistä, kuten esimerkiksi äidin omasta heikkoudesta tai kehon muutoksista. (Tang ym. 2021.) Synnytyksen jälkeisellä masennuksella on sekä fyysisiä että emotionaalisia vaikutuksia. Masentuneet äidit tuntevat olonsa tyypillisesti surullisiksi ja itkuisiksi, tunteet voivat olla vaihtelevia ja ajatukset tuntua oudoilta. Heillä voi olla nukkumiseen liittyviä ongelmia, haasteita ihmissuhteissa ja pelkoa leimautumisesta masennuksen vuoksi. Lisäksi äidit pelkäävät menettävänsä tärkeitä hetkiä vauvansa elämästä masentuneisuuden takia. (Heck ym. 2022.) Masentuneisuus ja ahdistuneisuus heikentävät vanhempien kykyä sensitiiviseen vanhemmuuteen. Nämä eivät kuitenkaan vaikuta vanhemman ankaruuteen lapsensa kasvatuksessa, vaikka sensitiivisyyden on havaittu olevan yhteydessä muun muassa empaattisuuteen. (Ojo ym. 2021.)

Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta selviytymisessä tärkeimmäksi koetaan keskusteluapu. Yleisimmin apua haetaan puolisolta tai läheisiltä ystäviltä. Osa äideistä hakee apua myös ammattilaisilta. Lisäksi selviytymiskeinona mainitaan positiivinen ajattelu ja osa vanhemmista hakee masentuneisuuteen apua myös alkoholista. (Tang ym. 2021; Heck ym. 2022.) Kaikki vanhemmat eivät koe tarvitsevansa mitään apua synnytyksen jälkeisestä masennuksesta toipumiseen. Nämä äidit kuvaavat synnytyksen jälkeistä masennusta ohimenevänä tilana, joka katoaa kiinnittämättä siihen erityistä huomiota. (Tang ym. 2021.)

2.3 Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi

Vanhemmuuteen liittyvällä luottamuksen tunteella tarkoitetaan vanhempien itseluottamusta ja uskoa omiin kykyihin selviytyä vanhemmuuteen liittyvistä velvollisuuksista (Vance & Brandon 2017). Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi muodostuu vanhemman aiemmista onnistumisen ja epäonnistumisen kokemuksista, sijaiskokemuksista eli vertailusta muihin vanhempiin sekä muilta ihmisiltä saadusta sanallisesta palautteesta. Luottamuksen tunteeseen vaikuttaa myös epämiellyttävät psykologiset tai fysiologiset tunteet kuten väsymys. (Bandura 1982; Chau & Giallo 2014.) Väsymyksen on todettu heikentävän vanhempien luottamusta

omaan kykyynsä olla vanhempi. Tällöin vanhempien käyttäytyminen vauvaa kohtaan on myös kylmempää ja vanhemmalla saattaa olla vihamielisiä tunteita. (Chau & Giallo 2014.)

Vanhempien luottamukseen omaan kykyyn olla vanhempi vaikuttaa vanhempien tiedot vauvan hoitamisesta sekä taidot tulkita vauvan viestejä. Lisäksi luottamuksen tunteeseen vaikuttaa vanhempien keinot selviytyä tilanteista, joissa vauva on levoton. Vanhempien omat havainnot vanhemmuudesta selviytymisestä vaikuttavat luottamuksen tunteen voimakkuuteen. Luottamuksen tunne on tyypillisesti voimakkaampaa vanhemmilla, joilla on useampia lapsia. Ensimmäisen lapsen saaneilla vanhemmilla luottamuksen tunnetta vahvistaa vanhemmuudesta saatu sosiaalinen ja sanallinen palaute sekä vanhempien onnistumisen kokemukset muilla elämän osa-alueilla. Tämä parantaa vanhempien yleistä varmuutta omasta onnistumisesta ja näin lisää myös vanhempien luottamusta omaan kykyyn olla vanhempi. (Vance & Brandon 2017.)

Vanhemmuuteen liittyvää luottamuksen tunnetta lisäävät onnistumisen kokemukset vanhemmuudessa, kuten esimerkiksi toivotunlainen lapsen kehitys ja lapsen hyvä terveys. Tällöin vanhempi tulkitsee omaa vanhemmuuttaan myönteisesti. (Vance & Brandon 2017.) Suomessa lähes puolet 3–4 kuukauden ikäisten vauvojen vanhemmista kokee vauvansa keskimääräistä helpommaksi. Keskimääräistä vaativammaksi vauvansa kokee äideistä kuusi prosenttia ja puolisoista seitsemän prosenttia. Noin viidesosa vanhemmista kokee olevansa erittäin tyytyväisiä itseensä vanhempana. Melko tai erittäin tyytyväisiä omaan vanhemmuuteensa on äideistä 93 % ja puolisoista 90 %. Äidit ovat useammin erittäin tyytyväisiä vanhemmuuteensa niissä perheissä, joissa on vain yksi alle 18-vuotias lapsi. Puolisoiden tai vanhemmuuteensa melko tyytyväisten äitien kohdalla vastaavaa eroa ei ole havaittu. Puolisoista 14 % koki riittämättömyyden tunnetta vanhempana. (Klemetti ym. 2018.)

Vanhemmuuteen liittyvä luottamuksen tunne on yhteydessä äitien masennusoireisiin ja masennusdiagnoosiin, ahdistusoireisiin sekä ahdistuneeseen ja välttelevään kiintymyssuhteeseen. Nämä kaikki voivat heikentää vanhemmuuteen liittyvää luottamuksen tunnetta. Tarkasteltaessa samanaikaisesti useita luottamuksen tunteeseen vaikuttavia tekijöitä, on havaittu, että vanhemmuuteen liittyvän

luottamuksen tunteen voimakkuuteen vaikuttavat vanhemman lapsuuskokemukset omien vanhempien epäasiallisesta käyttäytymisestä, välttelevä kiintymyssuhde omaan vauvaan, vauvan sukupuoli ja vanhemman masennusoireiden vakavuus. Äidit, joilla oli vahva luottamuksen tunne omaan vanhemmuuteensa, olivat tyypillisesti sellaisia, joilla ei ollut masennusoireilua eikä välttelevää kiintymyssuhdetta vauvaansa. (Kohlhoff & Barnett 2013.)

Vanhemmuuteen liittyvään luottamuksen tunteeseen vaikuttaa myös kohtaamiset terveydenhuollossa. Luottamuksen tunteelle on tärkeää, että vanhemmat kokevat tulevansa kuulluiksi ja heidän huolensa otetaan vakavasti. Terveydenhuollossa tulee olla aikaa kuunnella perheitä. Kommunikoinnin on oltava kunnioittavaa ja saadun tiedon ajantasaisista. Vanhemmilla on oltava aito mahdollisuus vaikuttaa omaan lapseensa liittyviin päätöksiin. (Daly ym. 2022.)

2.4 Perheen toimivuus

Vanhemmuus tuo muutoksia parisuhteeseen ja parisuhteen tila vaikuttaa myös vanhemman yksilölliseen hyvinvointiin. Vanhemmaksi tulemisesta alkaa parisuhteen uusi vaihe, jossa vanhemmat ovat tiimi ja huolehtivat yhdessä vauvan tarpeista sekä päivittäisistä kotitöistä. (Bäckström ym. 2018.) Suomessa äideistä 93 % ja puolisoista 92 % kokee vauvaperheen arjen toimivan hyvin (Klemetti ym. 2018). Parisuhteen laatu ja molempien vanhempien kokema tyytyväisyys parisuhteeseen voivat kuitenkin heikentyä vauvan syntymän jälkeen (Buehler ym. 2011). Vauvan syntymän jälkeen puoliset ovat keskimäärin äitejä tyytyväisempiä parisuhteen laatuun. Molemmat vanhemmat ovat useimmiten tyytyväisiä vanhempien keskinäiseen kunnioitukseen, mutta tyytymättömiä pariskunnan yhteisen ajan määrään. (Klemetti ym. 2018.) Pariskuntien välinen johdonmukaisuuden tunne lisääntyy vauvan syntymän jälkeen. Odotusaikana puolison positiiviset tunteet vanhemmuudesta, pariskunnan välinen johdonmukaisuus ja äidin saama sosiaalinen tuki vaikuttavat positiivisesti äidin kokemukseen parisuhteesta vauvan syntymän jälkeen. Sosiaalisella tuella odotusaikana sekä vauvan syntymän jälkeen on positiivinen vaikutus myös puolison kokemukseen parisuhteesta. (Buehler ym. 2011.)

Hyvä kommunikaatio on yksi onnellisen parisuhteen kulmakivistä. Erittäin tyytyväisiä parisuhteessa keskustelun avoimuuteen on alle 7-vuotiaiden lasten vanhemmista noin kolmannes. Ymmärretyksi tulemisen osalta erittäin tyytyväisiä on vain noin joka neljännes vanhemmista. (Lammi-Taskula & Salmi 2014.) Vanhemmille erimielisyyksiä aiheuttavat esimerkiksi ajankäyttö omiin harrastuksiin ja odotukset kotitöiden tekemisestä (Garvan 2016). Muutokset parisuhteessa koetaan väsymyksen ja vanhemmuuden vaatimusten aiheuttamiksi, sillä lapsen syntymän jälkeen parisuhteelle ei ole yhtä paljon aikaa kuin aiemmin (Bäckström ym. 2018).

Äidiksi tuleminen vaikuttaa merkittävästi äidin omaan identiteettiin ja äidin rooli voidaan kokea monin eri tavoin (Daly ym. 2022). Shloim ym. (2020) ovat määritelleet kolme erilaista äidin roolia. Nämä ovat ideaalinen äiti, riittävän hyvä äiti ja kuormittunut äiti. Äiti, joka pyrkii ideaaliseen äitiyteen, kokee, että hänen on oltava aina saatavilla. Äiti ajattelee, että hänen vartalonsa on vain vauvan tarpeita varten ja huolenpito vauvasta on kaikkein tärkeintä. Äitiyden tuoma ilo on hallitsevin tekijä ideaalisen äidin elämässä, jolloin hän ei välttämättä muista huomioida omia tarpeitaan. Riittävän hyvä äiti kuvataan äitinä, joka kokee olevansa vauvan tarpeita varten, mutta hyväksyy myös omat tarpeensa. Tällainen äiti saattaa kokea esimerkiksi tarvetta saada itse määrätä omasta vartalostaan, vaikka kokee tärkeänä myös kehonsa roolin vauvan ruokkimisessa. Kuormittunut äiti kokee vauvan tarpeet kuluttavina. Kuormittunut äiti saattaa olla tyytymätön raskauden ja äitiyden tuomiin muutoksiin omassa kehossaan ja hänellä on vaikeuksia kokea iloa ja tyytyväisyyttä äitiydestä. Uudessa elämäntilanteessa äidit kokevat puolisoiltaan saadun emotionaalisen ja käytännön asioiden hoitamiseen liittyvän tuen tärkeäksi omalle hyvinvoinnilleen (Haga ym. 2012). Puolisot kokevat, etteivät he halua kuormittaa äitejä omilla ongelmillaan ja priorisoivat heidän tarpeensa omien tarpeidensa edelle (Bäckström ym. 2018).

Puolisoista noin joka kymmenes kokee ansiotyön kuormittavan perhe-elämää. Kuitenkin 70 % puolisoista on sitä mieltä, että työssä käymisen ansiosta he jaksavat lasten kanssa paremmin. Suurin osa puolisoista ei ajattele työasioita enää kotiintulon jälkeen. (Klemetti ym. 2018.) Lepistön ym. (2022) tutkimuksessa yksi kuudesta tunnistetusta vanhempien huolenaiheesta on elintason liittyvät huolet. Nämä näkyvät haasteina perheen taloudellisessa tilanteessa, työtilanteessa sekä perheen asumisessa. Suomessa noin joka viides vauvaperhe on kertonut joutuneensa

säätelemään ruokaan, lääkkeisiin tai lääkärissä käymiseen käyttämiään rahoja (Klemetti ym. 2018). Myös vähimmäismääräistä vanhempainpäivärahaa saavien määrä kasvoi Suomessa vuonna 2020. Tähän on saattanut vaikuttaa COVID-19-pandemian aikana lisääntynyt työttömyys ja lomautukset. (Kela 2022.) Vanhemmuuteen liittyvät huolet voivat heikentää vanhempien osallisuutta. Vanhemmat arvioivat osallisuutensa sitä vahvemiksi mitä paremmiksi he arvioivat arkensa toimivuuden, lähipiiriltä saatavan tuen sekä työn ja perheen yhteensopivuuden. (Vuorenmaa 2016.)

Lähisuvulta ja ystäviltä saatu tuki on tärkeää vanhempien hyvinvoinnin kannalta (Haga ym. 2012; Bäckström ym. 2018). Suomessa vanhemmat kokevat, että he pystyvät puhumaan erittäin tai melko helposti lapseen liittyvistä huolistaan omalle puolisolleen, omille tai puolison vanhemmille sekä ystävilleen. Äideille asioista keskusteleminen lähipiirin kanssa on helpompaa kuin puolisoille. Molemmat vanhemmat kokevat myös neuvolan terveydenhoitajalle lapseen tai perheeseen liittyvistä huolista puhumisen helpoksi. (Perälä ym. 2011.) Äidiksi tulemisen ajanjaksona muodostetut ystävyysuhteet ovat tärkeitä äidin mielenterveydelle ja sosiaalisten tarpeiden täyttymiselle (Nolan ym. 2012). Äidit kokevat helpottavaksi mahdollisuuden puhua äitiyteen liittyvistä tunteistaan avoimesti muiden äitien kanssa (McLeish & Redshaw 2017). Toisaalta ensimmäisen lapsen saaneet vanhemmat kokevat myös sosiaalisia paineita. Muiden ihmisten odotukset ja arvostelu voivat aiheuttaa vanhemmille stressiä, ahdistusta ja epävarmuutta sekä vaikuttaa negatiivisesti vanhemmaksi kasvamiseen. (Lévesque ym. 2020.)

Erilaisten vertaistukiryhmien lisäksi vanhemmat etsivät vertaistukea myös virtuaalisesti. Äitien sosiaalisen median vertaistukiryhmissä korostuvat vauvaan liittyvät aiheet. Tyypillisesti vertaistukea etsitään vauvan nukkumiseen, terveyteen, syöttämiseen ja imetykseen liittyvistä aiheista. Vauvaan liittyvien aiheiden lisäksi ryhmissä keskustellaan äitien terveydestä ja hyvinvoinnista. Näissä keskusteluissa yleisimpiä aiheita ovat synnytyksestä palautuminen, imetysvaikeudet sekä rintoihin ja lantionpohjan terveyteen liittyvät aiheet. Vertaistukiryhmien keskusteluissa aktiivisia ovat tyypillisesti sekä ensisynnyttäjät että uudelleensynnyttäjät. Neuvojen lisäksi äidit etsivät vertaistukiforumeilta tukea ja varmistelua omille päätöksilleen. (Chivers ym. 2021.) Erityisesti äidit kokevat tärkeäksi mahdollisuuden varmistaa asioita ja heille on

tärkeää olla tietoinen, mistä apua on mahdollista saada. Puolison tuki on äideille tärkeää, mutta kotona vauvaa hoitavat äidit kokevat, ettei puoliso ole aina saatavilla silloin kun he tarvitsisivat tukea. Vertaistuen koetaan tällöin olevan helpommin saatavilla. (Daly ym. 2022.)

Vanhemmat hyödyntävät vertaistuen avulla saatavaa tietoa terveydenhuollon palveluiden lisänä. Useimmiten vertaistuella ei kuitenkaan korvata terveydenhuollosta saatavaa tietoa. Vertaistuen etuna pidetään sitä, että se on nopeammin saatavilla kuin ammattilaisten tarjoama tuki. Sen vuoksi vertaistukiryhmissä kysytään usein myös sellaisista asioista, joiden vuoksi perhe on myöhemmin menossa lääkärin vastaanotolle. Vertaisilta saatu tieto voi rauhoittaa vanhempien huolta ennen kuin he pääsevät terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle. (Chivers ym. 2021.)

2.5 Vanhempien kokemukset neuvolapalveluista

Äitien kokemukset neuvolasta saadun tuen riittävydestä ovat vaihtelevia (Laitinen ym. 2013). Odotusaikana äidit toivovat eniten tukea raskausajan yleiseen olotilaan, synnytykseen valmistautumiseen, vanhemmuuteen ja ravitsemukseen. Puolisot kaipaavat tukea erityisesti synnytykseen valmistautumiseen ja vanhemmuuteen. Vanhemmista suurin osa kokee ammattilaisilta saamaansa tuen riittäväksi odotusaikana. Vauvan syntymän jälkeen äidit kaipaavat tukea erityisesti vauvan syöttämiseen ja hoitamiseen sekä omaan jaksamiseensa. Puolisot toivovat tukea niin ikään vauvan hoitamiseen ja syöttämiseen sekä äidin jaksamisen tukemiseen. (Klemetti ym. 2018.) Lisäksi puolisot kaipaavat tietoa eri tukipalveluista ja mielenterveyteen liittyvistä asioista (Bäckström ym. 2018).

Vanhemmista 84 % kokee neuvolan palvelut kokonaisuutena hyväksi tai erinomaiseksi (Perälä ym. 2011). Ensisynnyttäjistä noin puolet kokee saaneensa neuvolasta paljon tietoa ja ohjausta vauvan hoitamiseen liittyvistä asioista (Laitinen ym. 2013). Osa äideistä puolestaan kokee, että he eivät ole saaneet riittävästi apua esimerkiksi vauvan kasvatukseen ja kehitykseen liittyen tai tarvittavan lisäavun hakemiseen (Laitinen ym. 2013; Raunima ym. 2020). Lähes kaikki vanhemmat ovat sitä mieltä, että vauvan kasvua ja terveyttä seurataan osaavasti ja asiantuntevasti lastenneuvolassa.

Huonoiten neuvolassa vanhemmat kokevat saavansa tukea vanhemmuuteen sekä koko perheen hyvinvoinnin selvittämiseen. (Klemetti 2018.) Vanhemmat kaipaavat enemmän terveysneuvontaa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden ja liikunnan harrastamisen osalta. Molemmista vanhemmista osa nostaa esille myös tarpeen paremmalle ohjaukselle lapsen tuoman henkisen rasituksen ymmärtämisessä. (Raunima ym. 2020.) Sosiaalista tukea kokevat saavansa vähemmän ne äidit, joiden vauvalla nukkuminen on ongelmallista. Myös äidin masennusoireet sekä kielteinen näkemys vauvasta tai perheen toimivuudesta vähentävät äidin kokemusta saamastaan sosiaalisesta tuesta. (Laitinen ym. 2013.) Osa äideistä kokee haastavaksi vaikeista asioista keskustelemisen neuvolassa (Raunima ym. 2020). Kuitenkin suurin osa vanhemmista kokee terveydenhoitajalle lapseen tai perheeseen liittyvistä huolista puhumisen helpoksi (Perälä ym. 2011).

Puolisoilla tiedon tarve on yhteydessä puolisoitten turvallisuuden tunteeseen. Turvallisuuden tunteelle keskeisiä tekijöitä ovat vauvan terveys ja hyvinvointi. Turvallisuuden tunnetta puolisoilla lisäävät valmistautuminen vauvan syntymään, äidin tukeminen, vauvasta ja äidistä huolehtiminen synnytyksen jälkeen sekä vastuun jakaminen vauvan hoidossa. (Persson ym. 2012.) Puolisot toivovat myös, että heidän rooliaan huomioitaisiin enemmän terveydenhuollossa (Bäckström ym. 2018). Neuvolasta saadun tuen kokemus kuitenkin kasvaa merkittävästi puolisoilla lapsen syntymän jälkeen (Raunima ym. 2020). Äitiys- ja lastenneuvola ovat puolisoille usein ensimmäinen kontakti lasten ja perheiden palveluihin. Neuvolasta saadut palvelukokemukset voivat vaikuttaa puolison motivaatioon osallistua lapsen asioiden hoitoon jatkossa joko myönteisesti tai kielteisesti. Kokemukset voivat jopa vaikuttaa muiden terveys-, opetus- ja sosiaalipalveluiden käyttöön vanhempien elämänkaaren aikana. (Perälä ym. 2011.)

Odottaville vanhemmille ja vauvaperheille tarjotut terveydenhuoltopalvelut koetaan myös kansainvälisesti melko hyviksi. Esimerkiksi Irlannissa suurin osa äideistä kokee terveyspalveluiden saatavuuden hyväksi raskausaikana ja vauvan syntymän jälkeen. Palvelut ovat laadukkaita ja äidit kokevat tullessa hyvin kohdelluksi terveydenhuollossa. Terveydenhuollosta saadun tiedon taso koetaan kuitenkin vaihtelevaksi ja esimerkiksi asuinpaikka saattaa vaikuttaa palveluiden saatavuuteen. Terveydenhuollon tarjoaman tuen kokevat erityisen tärkeäksi ne äidit, joilla on

saatavilla vain vähän muuta tukea raskauden aikana ja vauvan syntymän jälkeen. Mikäli terveydenhuollosta saatava tuki on puutteellista, voi se vaikuttaa negatiivisesti äidin itsevarmuuteen ja aiheuttaa ahdistusta raskauteen ja vauvan hoitoon liittyen. Kokemukset saaduista terveystalvuluista vaikuttavat myös äidin kykyyn sopeutua äitiyteen. (Daly ym. 2022.)

2.6 COVID-19-pandemian vaikutukset vanhemmuuteen

COVID-19-pandemian vaikutuksia vanhemmuuteen on tutkittu kansainvälisesti. Pandemiaan liittyvät rajoitukset ovat aiheuttaneet vanhemmille haasteita saada tarvitsemaansa tukea. Rajoitusten vuoksi perheet näkevät läheisiään tavallista vähemmän. Tämä on johtanut osalla vanhemmista yksinäisyyden kokemuksiin ja negatiivisiin tunteisiin äitiydestä. (Bin-Nun ym. 2021; Sweet ym. 2021; Goyal ym. 2022.) Rajoitusten vuoksi äidit kokevat, että etenkin pian vauvan syntymän jälkeen puoliso on ainoa henkilö, jolta heidän on mahdollista saada tukea. Puolison lisäksi äidit kaipaavat tukea esimerkiksi omalta äidiltään. Vanhemmuuteen liittyvän tuen lisäksi äidit kaipaavat myös muita vuorovaikutustilanteita toisten aikuisten kesken. Nämäkin ovat toteutuneet heikosti COVID-19-pandemiasta johtuvien rajoitusten vuoksi. (Goyal ym. 2022.) Toisaalta osa vanhemmista kokee, että rajoitukset ovat auttaneet kieltäytymään liiallisista vierailuista vauvan ollessa pieni. Vähäisten vierailujen hyvänä puolena koetaan oman perheen perhesiteiden ja läheisyyden vahvistuminen. (Sweet ym. 2021; Goyal ym. 2022.)

Rajoitusten jatkuvat muutokset aiheuttavat hankaluuksia vanhemmille. Äidit kokevat haastavaksi löytää luotettavaa tietoa COVID-19 viruksesta ja ovat epätietoisia viruksen vaikutuksista heidän omaan tai sikiön terveyteen odotusaikana. (Sweet ym. 2021.) Tämä aiheuttaa äideille huolta ja ahdistusta sairastumisesta (Bin-Nun ym. 2021; Goyal ym. 2022). Jatkuvat muutokset rajoituksissa pakottavat äidit mukautumaan vallitsevaan tilanteeseen. Sen vuoksi kokemus äitiydestä ei välttämättä ole vastannut äitien omia tai heidän läheistensä odotuksia. (Sweet ym. 2021.)

COVID-19-pandemia on myös aiheuttanut haasteita päästä terveydenhuollon palveluihin. Etäpalveluista saatavaa tietoa ei ole koettu riittäväksi, joten äidit etsivät

paljon tietoa itse. Osa äideistä kokee, että heidän pitää itse huolehtia siitä, että he saavat tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut, koska terveydenhuollossa tapahtuu jatkuvasti muutoksia. (Sweet ym. 2021.) Esimerkiksi käyntimääriä terveydenhuollon palveluissa on rajoitettu COVID-19-pandemian vuoksi. Tämä on johtanut äitien mukaan muun muassa puutteelliseen tukeen imetyksessä. Imetysvaikeuksien ja tuen puutteen seurauksena osa äideistä päätyy valitsemaan korvikeruokinnan imetyksen sijasta. (Goyal ym. 2022.) Käyntimäärien rajoitusten lisäksi äidit ovat kokeneet hankalaksi ohjeistuksen osallistua terveydenhuollon käynneille yksin. Äidit kokevat, etteivät tämän vuoksi pysty jakamaan raskauteen liittyviä kokemuksia puolisonsa kanssa. Osassa synnytyssairaaloista on rajoitettu synnytyksessä mukana olevien tukihenkilöiden määrä yhteen henkilöön. Tämän vuoksi osa äideistä on kokenut, etteivät he ole voineet jakaa synnytyskokemusta haluamiensa ihmisten kanssa. (Sweet ym. 2021.)

COVID-19-pandemia on vaikuttanut monin tavoin ensimmäisen lapsensa pandemia-aikana saaneiden vanhempien kokemuksiin vanhemmuudesta. Muutos parisuhteesta vanhemmuuteen vaikuttaa kuitenkin aina laajasti vanhempien elämään. Vanhemmuus koetaan positiivisena muutoksena. Suuret muutokset tuovat mukanaan kuitenkin myös haasteita. Vanhemmuus voi vaikuttaa vanhempien psyykkiseen hyvinvointiin ja osa vanhemmista kokee masennusoireita odotusaikana ja vauvan syntymän jälkeen. Luottamus omaan kykyyn olla vanhempi muodostuu vähitellen. Perheen toimivuutta tukee vanhempien selkeä kommunikaatio ja parisuhteen huomiointi vauvaperhearjessa. Vauvaperhearjen tuomat muutokset voivat olla yllättäviä eikä kaikkea pysty ennakoimaan odotusaikana. Tämä voi haastaa vanhemmuuteen sopeutumista. Lapsiperheiden palveluiden kehittämisen kannalta on tärkeää saada tietoa vauvaperheiden hyvinvoinnista. Nykyisten neuvolapalveluiden kartoittaminen mahdollistaa kehittämiskohteiden löytämisen. Kehitystyössä tulee huomioida vanhempien kokemukset neuvolan tarjoamasta tuesta, toiveet uusille palveluille sekä ohjauksen ja neuvonnan tarve.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vanhemmaksi tulemisen aiheuttamia muutoksia vanhempien itsearvioimassa masentuneisuudessa, luottamuksessa omaan kykyyn olla vanhempi ja kokemuksessa perheen toimivuudesta. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata perheiden saamia neuvolapalveluita sekä äitien kokemusta neuvolapalveluiden riittävydestä. Tavoitteena oli saada tietoa vanhempien psyykkisestä hyvinvoinnista ja vanhemmaksi tulemisen aiheuttamista muutoksista perheen arkeen. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten tämänhetkiset neuvolapalvelut vastaavat perheiden tarpeita. Tavoitteena on käyttää saatua tietoa neuvolapalveluiden kehittämiseen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten vanhempien itsearvioima masentuneisuus muuttuu odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana?
2. Miten vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi muuttuu odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana?
3. Miten vanhempien kokemus perheen toimivuudesta muuttuu odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana?
4. Millaisia kokemuksia äideillä on neuvolapalveluista odotusaikana ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana?

4. AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimus on osa kansainvälistä pitkittäistutkimusta, joka toteutetaan Suomessa ja Japanissa. Suomessa vanhempia pyydettiin osallistumaan tutkimukseen loppuraskauden neuvolakäynnin yhteydessä. Halukkaille jaettiin tutkimuksen saatekirje ja ensimmäinen kysely paperisina lomakkeina neuvolakäynnin yhteydessä. Kyselylomakkeita jaettiin vanhemmille yhdeksässä Tampereen alueen neuvolassa. Vanhemmat täyttivät lomakkeet kotona ja palauttivat ne seuraavan neuvolakäynnin yhteydessä. Tutkimuksen toinen ja kolmas kysely toteutettiin sähköisesti REDCap-järjestelmässä. Tutkimuksen saatekirjeessä oli ohjeet sähköiseen järjestelmään rekisteröitymistä varten. Järjestelmään rekisteröityneet vanhemmat saivat linkin kyselyyn vastaamiseksi tutkimuksen toisessa ja kolmannessa vaiheessa.

Pitkittäistutkimukseen valittiin ensimmäistä lastaan odottavia perheitä. Tutkimukseen osallistuneen naisen raskauden tuli tutkimuksen alkaessa olla viimeisellä kolmanneksella ja hänen oli asuttava avio- tai avopuolison kanssa. Monikkoraskaus oli poissulkukriteeri tutkimukseen osallistumiselle. Tutkittavat antoivat tietoon perustuvan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ja he sitoutuivat olemaan mukana pitkittäistutkimuksessa.

Aineiston keruu aloitettiin Suomessa syyskuussa 2019 ja sitä kerättiin kahden vuoden ajan. Tutkimuksessa oli kolme mittausajankohtaa. Kyselylomakkeet koodattiin siten, että tutkijoiden oli mahdollista yhdistää vastaukset samalle perheelle kuuluviksi. Ensimmäinen kysely toteutettiin raskauden loppuvaiheessa, toinen kysely 1–2 kuukautta synnytyksen jälkeen ja kolmas kysely 6–8 kuukautta synnytyksen jälkeen. Molemmille vanhemmille oli omat kyselylomakkeet jokaisessa mittausajankohdassa. Pitkittäistutkimukselle saatiin tutkimuslupa Tampereen kaupungilta ja eettisen toimikunnan puoltava lausunto Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Pro gradu -tutkielmalle ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa.

Pro gradu -tutkielmassa hyödynnettiin Suomessa kerättyä aineistoa. Ensimmäinen kyselylomake jaettiin 229 perheen molemmille vanhemmille. Tutkimuksen vastausprosentti oli 35,6 %. Ensimmäiseen kyselyyn vastasi 82 äitiä ja 81 puolisoa, toiseen kyselyyn 62 äitiä ja 53 puolisoa ja kolmanteen kyselyyn 59 äitiä ja 43 puolisoa. Tutkimuksessa ei vaadittu, että perheen molemmat vanhemmat olisivat osallistuneet tutkimukseen. Tähän osatutkimukseen otettiin mukaan vanhemmista ne, jotka olivat vastanneet kyselyyn kaikissa kolmessa mittausajankohdassa (äidit n=59 ja puoliset n=43).

4.2 Kyselylomake

Osallistujien taustamuuttujina selvitettiin ikä, ylin koulutusaste, perhemuoto, työtilanne raskauden aikana, laskettu aika, raskausviikot ensimmäisen kyselyn toteuttamisen aikaan ja vuositulot. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä hyödynnettiin vanhempien itsearvioimaa masentuneisuutta kuvaavaa Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) -mittaria. Toisessa tutkimuskysymyksessä hyödynnettiin vanhempien luottamusta omaan kykyyn olla vanhempi mittaavaa Parenting Self-Efficacy Scale (PSE) -mittaria. Kolmannessa tutkimuskysymyksessä hyödynnettiin vanhempien kokemusta perheen toimivuudesta kuvaavaa Family Function Scale (FFS) -mittaria. Mittareiden avulla kuvattiin erikseen äitien ja puolisoitten vastausten muutosta odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on kansainvälisesti käytetty mittari, jolla kuvataan vanhempien itsearvioimaa synnytyksen jälkeistä masentuneisuutta. EPDS on Coxin, Holdenin ja Sagovskyn vuonna 1987 Isossa-Britanniassa kehittämä mittari. Mittarin alkuperäisessä validointitutkimuksessa tunnistettiin oikein yhdeksän kymmenestä naisesta, joilla oli diagnosoitu synnytyksen jälkeinen masennus. Perusterveydenhuollossa mittarin herkkyudeksi tunnistaa oikeat tapaukset on todettu 86 %. (Shrestha ym. 2016.) Mittari sisältää kymmenen kysymystä, joissa jokaisessa on neljä vastausvaihtoehtoa. Vastausvaihtoehdot vaihtelevat kysymyskohtaisesti kysymyksen sisällön mukaan. Mittarissa kysytään esimerkiksi mielihyvän, pelkojen ja surun kokemuksista. Vastaukset pisteytetään asteikolla 0–3 ja maksimipistemäärä on

30. Suomessa mahdolliseen masennukseen viittaavana rajana pidetään pistemäärää 10 tai enemmän (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuskeskus 2021a). EPDS-mittarin avulla tarkasteltiin muutosta vanhempien itsearvioimassa masentuneisuudessa mittarin kokonaispistemäärän perusteella. Englanninkielisen EPDS-mittarin luotettavuutta on tarkasteltu tutkimuksessa, jossa äidit täyttivät EPDS-mittarin kahdesti noin kolmen päivän välein. Mittausten välillä oli korkea korrelaatio (ICC 0,92). Masennusriskiä viittaavat tulokset olivat johdonmukaisia molemmissa mittauksissa. (Kernot ym. 2015.)

Parenting Self-Efficacy Scale ja Family Function Scale ovat Japanissa käytettyjä mittareita, jotka suomennettiin pitkittäistutkimusta varten. Parenting Self-Efficacy Scale (PSE) kuvaa vanhempien luottamusta omaan kykyyn olla vanhempi. Mittari sisältää 13 Likert-asteikollista väittämää. Väittämässä on viisi vastausvaihtoehtoa (1. en ajattele niin, 2. en juuri ajattele niin, 3. en ole eri enkä samaa mieltä, 4. ajattelen aika lailla niin, 5. ajattelen niin). Mittarissa kysytään vanhemmuuteen liittyvistä tunteista, ihmissuhteista sekä ajatuksista lastenhoitoon ja kasvatukseen liittyen. PSE-mittarista muodostuu yksi summamuuttuja, jonka kokonaispistemäärän muutosta tarkastellaan. Mittarin pistemäärä vaihtelee 13–65 pisteen välillä. Korkeammat pisteet kuvaavat parempaa luottamusta omaan kykyyn olla vanhempi. Mittarin on kehittänyt japanilainen tohtori Kanaoka vuonna 2011. Mittarin validiteettia ja reliabiliteettia on arvioitu tutkimuksessa, johon osallistui 648 vastasyntyneen vauvan äitiä. Saatuja tuloksia verrattiin muihin vastaaviin mittareihin ja 13 väittämää sisältävä mittari muodostui tämän perusteella. Tutkimuksessa Cronbachin alfaksi saatiin 0,81, joka kuvaa PSE-mittarin hyvää sisäistä johdonmukaisuutta ja luotettavuutta. (Kanaoka 2011.)

Family Function Scale (FFS) kuvaa perheen toimivuutta. Mittari sisältää 24 kysymystä, joissa on neljä vastausvaihtoehtoa (1. ei pidä lainkaan paikkaansa, 2. ei pidä juurikaan paikkaansa, 3. pitää yleensä paikkansa, 4. pitää aina paikkansa). Väittämistä muodostuu kuusi summamuuttujaa, jotka kuvaavat eri osa-alueita perheen toimivuudesta. Väittämien määrä eri osa-alueissa vaihtelee. Osa-alueet ja niiden pistemäärät ovat: perheen sisäiset suhteet (*Affective Bonding*) 7–28, roolit ja vastuut (*Role and Responsibility*) 4–16, perheen normit (*Family Norm*) 4–16, taloudellinen tuki (*Financial resources*) 2–8, kommunikaatio (*Communication*) 3–12 ja tukiverkosto (*External relationship*) 4–16. Korkeammat pisteet kuvaavat parempaa perheen

toimivuutta. Mittari on alun perin kehitetty Etelä-Koreassa ja sen perusteella on muodostettu japanilainen versio FFS-mittarista. Mittarin soveltuvuutta Japanissa käytettäväksi on arvioitu vuonna 2012 tutkimuksessa, johon osallistui 501 äitiä eri terveydenhuollon toimipisteissä, joissa tehtiin alle 3-vuotiaiden lasten terveystarkastuksia. Tulosten perusteella todettiin alkuperäiset kuusi osa-aluetta toimiviksi. FFS-mittarin kaikille 24 väittämälle saatiin Cronbachin alfaksi 0,9. Yksittäisten väittämien Cronbachin alfat vaihtelivat 0,70–0,86 välillä. Mittaria voidaan siis pitää sisäisesti luotettavana ja johdonmukaisena. (Kanzaki ym. 2012.) Tässä tutkimuksessa käytettyä versiota japanilaisesta FFS mittarista on muokattu vuonna 2014 tehdyn tutkimuksen perusteella. Tutkimus toteutettiin kuukauden ikäisten lasten terveystarkastusten yhteydessä ja siihen osallistui 264 äitiä. Tulosten perusteella äidin ahdistuneisuus ja masentuneisuus sekä haastava vauva vaikuttivat negatiivisesti perheen sisäisiin suhteisiin, kommunikaatioon ja tukiverkoston. Perheen sisäisiä suhteita vahvistivat toimivat roolit ja vastuut, perheen normit ja kommunikaatio. (Kanzaki 2014.)

Neljännessä tutkimuskysymyksessä hyödynnettiin kyselylomakkeita, joissa äideiltä kerättiin tietoa neuvolapalveluista. Kyselylomakkeet sisälsivät sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Äideiltä kysyttiin raskauden aikaisista neuvolapalveluista 1–2 kuukautta synnytyksen jälkeen. Synnytyksen jälkeen saaduista neuvolapalveluista kysyttiin 6–8 kuukautta vauvan syntymän jälkeen. Kyselylomakkeissa kysyttiin esimerkiksi käyntien lukumäärästä neuvolassa ja muissa terveydenhuollon palveluissa, neuvolassa käsitellyistä aiheista ja tyytyväisyydestä neuvolan palveluihin sekä tietoa palveluista, joita olisi kaivannut. Kysymykset ovat erilaisia eri mittausajankohdissa, joten näistä ei voitu tarkastella ajallista muutosta.

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin tilastotieteen menetelmin SPSS 27 for Windows ohjelmalla. Osallistujien taustatietoja kuvattiin frekvenssien, keskiarvojen ja prosentiosuuksien avulla. Taustatiedoista hyödynnettiin osallistujien kuvailussa ikää, ylintä koulutusastetta, perhemuotoa, työtilannetta odotusaikana ja vuosituloja. Ikä luokiteltiin viiteen luokkaan. Vuosituloja uudelleenluokiteltiin siten, että luokkia muodostui viisi.

Työtilanteen osalta vastausvaihtoehdon muu vastaukset raportoitiin erikseen. Kysymyskohtaisesti raportoitiin myös vastaamatta jättäneiden määrä.

Ensimmäisessä, toisessa ja kolmannessa tutkimuskysymyksessä hyödynnettiin kolmea eri mittaria (EPDS, PSE ja FFS). EPDS- ja PSE-mittareissa tarkasteltiin yhden summamuuttujan kokonaispistemäärän muutosta. FFS-mittarista muodostui kuusi summamuuttujaa, joiden kokonaispistemäärien muutoksia tarkasteltiin osa-alueittain (perheen sisäiset suhteet, roolit ja vastuut, perheen normit, taloudellinen tuki, kommunikaatio ja tukiverkosto). Jokaisessa mittarissa summamuuttujien sisäistä yhteneväisyyttä tarkasteltiin Cronbachin alfan avulla. Fieldin (2013) mukaan hyväksyttävänä rajana voidaan pitää $>0,6$ ja hyvänä $>0,7$ arvoja. Tähän tutkimukseen otettiin mukaan summamuuttujia myös matalammilla arvoilla, koska tutkimuksessa hyödynnettiin aiemmin käytettyjä ja testattuja mittareita. Summamuuttujien jakaumien vinoutta tarkasteltiin histogrammeilla, keski- ja hajontaluvuilla, huipukkuus- ja vinousluvulla sekä Kolmogorov-Smirnovin testillä. Jokaisen mittarin tarkastelussa jakauma todettiin vinoksi vähintään yhdessä mittausajankohdassa. Tällä perusteella summamuuttujien eroa analysoitiin Friedmanin testillä. Tilastollisesti merkitsevänä erona pidettiin $<0,05$ p-arvoja. Ryhmien parittaisissa vertailuissa post hoc -testinä käytettiin Wilcoxonin testiä ja saadut p-arvot korjattiin kertomalla ne parivertailujen lukumäärällä. Wilcoxonin testiin päädyttiin Friedmanin testin automaattisesti tarjoaman Dunn-Bonnferronin testin sijaan, koska Dunn-Bonnferronin testiä pidetään konservatiivisena eikä se aina osoita tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välisissä vertailuissa (Marshall & Marquier päiväämätön).

Neljännän tutkimuskysymyksen aineiston analysoinnissa käytettiin frekvenssejä, keskiarvoja ja prosenttiosuuksia. Lisäksi käyntimäärästä raportoitiin vaihteluvälit. Avointen kysymysten vastaukset ryhmiteltiin ja niistä muodostettiin yhtenäisiä kokonaisuuksia. Vastauksista muodostui kolme kokonaisuutta, jotka olivat äiti, vauva ja tuen tarve. Äitiin liittyviä aiheita vastauksissa olivat synnytyksestä palautuminen, tarve äitiysfysioterapialle, seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset sekä masentuneisuus ja jaksaminen uudessa elämäntilanteessa. Vauvaan liittyviä aiheita olivat imetys, vauvan uneen liittyvät haasteet sekä tiedon tarve lapsen kehityksestä, kiinteiden ruokien aloittamisesta ja vauvan hoitamisesta. Tuen tarve kokonaisuus muodostui läheisiltä saatavan tuen tarpeesta ja vertaistuen tarpeesta.

5. TULOKSET

Kyselyyn vastasi kaikkina kolmena mittausajankohtana 102 vanhempaa. Vastaajista 59 oli äitejä ja 43 puolisoita. Näistä 41 tapausta oli sellaisia, joissa perheen molemmat vanhemmat vastasivat kyselyyn kaikissa kolmessa mittausajankohdassa. Kaikki vastaajat eivät kuitenkaan vastanneet kyselyn jokaiseen osa-alueeseen, joten vastaajamäärät kyselyn eri osioissa vaihtelevat. Kaikki vastaajat olivat ilmoittaneet perhemuodokseen ydinperheen. Tarkemmat taustatiedot löytyvät taulukosta 1.

Taulukko 1. Osallistujien taustatiedot

	Äidit (n=59)		Puolisot (n=43)	
	n	%	n	%
Ikä				
20–24	6	10,2	3	7,0
25–29	25	42,4	12	27,9
30–34	19	32,2	14	32,6
35–39	9	15,3	9	20,9
40 tai yli	0	0	5	11,6
Ylin koulutusaste				
peruskoulu	0	0	1	2,4
toisen asteen tutkinto	12	20,3	10	23,8
alempi korkeakoulututkinto	15	25,4	13	31,0
ylempi korkeakoulututkinto	31	52,5	18	42,9
tohtorin tutkinto	1	1,7	0	0
Työtilanne odotusaikana				
työtön	3	5,1	2	4,7
vakituinen kokopäivätyö	30	50,8	31	72,1
osa-aikatyö	4	6,8	3	7,0
töistä vapaalla	12	20,3	0	0
muu	9	15,3	6	14,0
jättänyt vastaamatta	1	1,7	1	2,3
Vuositulot				
20 000 tai alle	12	20,3	6	14,0
20 000–40 000	30	50,8	14	32,6
40 000–60 000	14	23,7	15	34,9
60 000–80 000	2	3,4	4	9,3
80 000 tai yli	0	0	2	4,7
jättänyt vastaamatta	1	1,7	2	4,7

Vastaajista hieman yli puolet oli äitejä. Äitien keski-ikä oli 29,6. Nuorin äideistä oli 21-vuotias ja vanhin 39-vuotias. Puolisoiden keski-ikä oli 31,8. Nuorin puolisoista oli 21-

vuotias ja vanhin 43-vuotias. Hieman yli puolella äideistä (53 %) ylin koulutusaste oli ylempi korkeakoulututkinto. Äideistä 25 % ylin koulutusaste oli alempi korkeakoulututkinto ja 20 % toisen asteen tutkinto. Myös puolisoilla yleisin koulutusaste oli ylempi korkeakoulututkinto (43 %). Puolisoista 31 % ylin koulutusaste oli alempi korkeakoulututkinto ja 24 % toisen asteen tutkinto.

Odotusaikana äideistä 51 % ja puolisoista 72 % oli vakituudessa kokopäivätyössä. Äideistä töistä vapaalla oli 20 %. Äideistä työtilanteeseen muun ilmoitti 15 % ja puolisoista 14 %. Muu kohtaan vastanneiden työtilanne oli opiskelija, määräaikainen työsuhte, yrittäjä tai sairausloma. Äideistä hieman yli puolella (51 %) vuositulot olivat 20 000–40 000 euroa. Puolisoista suurimmalla osalla (68 %) vuositulot olivat joko 20 000–40 000 euroa tai 40 000–60 000 euroa.

5.1 Vanhempien itsearvioima masentuneisuus

Äitien itse arvioima masentuneisuus (EPDS) lisääntyi hieman vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=5; min=0; max=19 ja 6–8kk Md=5; min=0; max=28, taulukko 2) verrattuna odotusaikaan (Md=4; min=0; max=18). Mahdolliseen masentuneisuuteen viittaavan pistemäärän sai raskauden aikana viisi (8,5 %) äitiä, vauvan ollessa 1–2 kuukautta vanha yhdeksän (15,3 %) äitiä ja vauvan ollessa 6–8 kuukautta vanha kuusi (10,3 %) äitiä. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,177$, taulukko 3).

Puolisoiden itsearvioima masentuneisuus (EPDS) ei juuri muuttunut odotusajan (Md=3; min=0; max=17) ja vauvan ensimmäisten kahdeksan elinkuukauden välillä (1–2kk Md=2; min=0; max=17 ja 6–8kk Md=2; min=0; max=16). Mahdolliseen masentuneisuuteen viittaavan pistemäärän sai vauvan odotusaikana kaksi (4,6 %) puolisoa, vauvan ollessa 1–2 kuukautta vanha neljä (9,2 %) puolisoa ja vauvan ollessa 6–8 kuukautta vanha kolme (6,8 %) puolisoa. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,620$)

Taulukko 2. Vanhempien itsearvioima masentuneisuus ja summamuuttujan luotettavuus eri mittausajankohdissa

Vanhempien itsearvioima masentuneisuus (EPDS)*							
	n	Min	Q₁	Md	Q₃	Max	Cronbach α^{**}
Äidit							
1. mittaus	58	0	2	4	6	18	0,792
2. mittaus	58	0	2	5	7	19	0,890
3. mittaus	58	0	3	5	7,25	28	0,876
Puolisot							
1. mittaus	43	0	2	3	5	17	0,726
2. mittaus	43	0	1	2	4	17	0,881
3. mittaus	43	0	1	2	5	16	0,822

*Asteikko 0–10. Pistemäärä 10 tai enemmän viittaa mahdolliseen masennukseen.

**Summamuuttujan sisäinen yhteneväisyys: hyväksyttävä >0,6 hyvä >0,7.

Taulukko 3. Muutos vanhempien itsearvioimassa masentuneisuudessa kolmen mittausajankohdan välillä

Vanhempien itsearvioima masentuneisuus (EPDS)				
	n	va	χ^2^*	p
Äidit	58	2	3,465	0,177
Puolisot	43	2	0,995	0,620

* Friedmanin testi

5.2 Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi

Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi (PSE) ei juuri muuttunut odotusajan (äidit: Md=55; min=43; max=61, puoliset: Md=54; min=40; max=62, taulukko 4) ja vauvan ensimmäisten kahdeksan elinkuukauden välillä (äidit: 1–2kk Md=55; min=43; max=61 ja 6–8kk Md=55; min=44; max=61, puoliset: 1–2kk Md=54; min=37; max=63 ja 6–8kk Md=55; min=46; max=63). Ero ei ollut myöskään tilastollisesti merkitsevä (äidit: p=0,222, puoliset: p=0,921, taulukko 5). Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi oli melko korkea jo odotusaikana ja luottamus säilyi vauvan syntymän jälkeen. Äitien ja puolisoitten luottamus omaan kykyyn olla vanhempi oli keskenään hyvin samankaltainen.

Taulukko 4. Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi ja summamuuttujan luotettavuus eri mittausajankohdissa

Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi (PSE)*							
	n	Min	Q ₁	Md	Q ₃	Max	Cronbach α^{**}
Äidit							
1. mittaus	59	43	52	55	58	61	0,691
2. mittaus	59	43	51	55	58	61	0,649
3. mittaus	59	44	51	55	57	61	0,596
Puolisot							
1. mittaus	43	40	51	54	57	62	0,634
2. mittaus	43	37	52	54	58	63	0,690
3. mittaus	43	46	51	55	58	63	0,644

*Asteikko 13–65. Mitä korkeampi pistemäärä, sitä parempi luottamus omaan kykyyn olla vanhempi.

**Summamuuttujan sisäinen yhteneväisyys: hyväksyttävä >0,6 hyvä >0,7.

Taulukko 5. Muutos vanhempien luottamuksessa omaan kykyyn olla vanhempi kolmen mittausajankohdan välillä

Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi (PSE)				
	n	va	χ^2^*	p
Äidit	59	2	3,014	0,222
Puolisot	43	2	0,166	0,921

* Friedmanin testi

5.3 Perheen toimivuus

Perheen toimivuutta kuvaavassa mittarissa (FFS) tarkasteltiin toimivuutta kuudella eri osa-alueella. Osa-alueista muodostettiin summamuuttujat, joista tarkasteltiin kokonaispistemäärien muutosta. Osa-alueet olivat perheen sisäiset suhteet (*Affective Bonding*), roolit ja vastuut (*Role and Responsibility*), perheen normit (*Family Norm*), taloudellinen tuki (*Financial resources*), kommunikaatio (*Communication*) ja tukiverkosto (*External relationship*). Osa-alueiden sisäiset muutokset on kuvattu taulukoissa 6 ja 7.

Taulukko 6. Vanhempien kokemus perheen toimivuudesta ja summamuuttujan luotettavuus eri mittausajankohdissa

	n	Perheen toimivuus (FFS)					Cronbach α^{**}
		min	Q ₁	Md	Q ₃	max	
Perheen sisäiset suhteet							
Äidit							
1. mittaus	59	16	25	27	28	28	0,785
2. mittaus	59	17	24	25	27	28	0,862
3. mittaus	59	9	23	25	26	28	0,907
Puolisot							
1. mittaus	43	22	25	27	27	28	0,563
2. mittaus	43	15	24	26	27	28	0,852
3. mittaus	43	16	24	26	27	28	0,868
Roolit ja vastuut							
Äidit							
1. mittaus	56	11	13	14	15	16	0,510
2. mittaus	56	9	12,25	13	14	16	0,471
3. mittaus	56	7	12	13	14	16	0,709
Puolisot							
1. mittaus	43	11	13	14	15	16	0,551
2. mittaus	43	11	12	13	15	16	0,731
3. mittaus	43	11	12	13	14	16	0,487
Perheen normit							
Äidit							
1. mittaus	57	10	12,5	14	15	16	0,651
2. mittaus	57	9	12	13	14	16	0,652
3. mittaus	57	9	12	13	14	16	0,715
Puolisot							
1. mittaus	43	8	12	13	15	16	0,696
2. mittaus	43	8	11	13	14	16	0,682
3. mittaus	43	10	12	13	14	16	0,422
Taloudellinen tuki							
Äidit							
1. mittaus	57	2	6	6	8	8	0,867
2. mittaus	57	2	6	6	8	8	0,695
3. mittaus	57	2	5	7	8	8	0,716
Puolisot							
1. mittaus	43	2	6	8	8	8	0,888
2. mittaus	43	2	6	8	8	8	0,754
3. mittaus	43	2	6	6	8	8	0,698

Kommunikaatio**Äidit**

1. mittaus	58	9	11	11,5	12	12	0,570
2. mittaus	58	7	10	11	12	12	0,609
3. mittaus	58	3	10	11	12	12	0,870

Puolisot

1. mittaus	42	8	11	12	12	12	0,605
2. mittaus	42	7	10	12	12	12	0,814
3. mittaus	42	8	9,75	11	12	12	0,832

Tukiverkosto**Äidit**

1. mittaus	58	8	12,75	14	15	16	0,748
2. mittaus	58	10	12	14	15	16	0,688
3. mittaus	58	8	12	14	15	16	0,720

Puolisot

1. mittaus	43	8	12	13	15	16	0,715
2. mittaus	43	9	12	14	15	16	0,739
3. mittaus	43	7	12	14	15	16	0,733

*Asteikot: Perheen sisäiset suhteet (*Affective Bonding*) 7–28, roolit ja vastuut (*Role and Responsibility*) 4–16, perheen normit (*Family Norm*) 4–16, taloudelliset resurssit (*Financial resources*) 2–8, kommunikaatio (*Communication*) 3–12 ja tukiverkosto (*External relationship*) 4–16. Mitä korkeampi pistemäärä, sitä parempi perheen toimivuus.

**Summamuuttujan sisäinen yhteneväisyys: hyväksyttävä >0,6 hyvä >0,7.

Taulukko 7. Muutos vanhempien kokemuksessa perheen toimivuudesta kolmen mittausajankohdan välillä

	Perheen toimivuus (FFS)				
	vastaaja	n	va	χ^2 *	p**
Perheen sisäiset suhteet	äidit	59	2	34,462	<0,001
	puolisot	43	2	18,050	<0,001
Roolit ja vastuut	äidit	56	2	16,000	<0,001
	puolisot	43	2	10,516	0,005
Perheen normit	äidit	57	2	10,309	0,006
	puolisot	43	2	11,870	0,003
Taloudellinen tuki	äidit	57	2	0,226	0,893
	puolisot	43	2	10,029	0,007
Kommunikaatio	äidit	58	2	13,650	0,001
	puolisot	42	2	6,205	0,045
Tukiverkosto	äidit	58	2	0,311	0,856
	puolisot	43	2	2,343	0,310

* Friedmanin testi, ** tummennetut arvot ovat tilastollisesti merkitseviä (p<0,05)

5.3.1 Perheen sisäiset suhteet

Äitien kokemus perheen sisäisistä suhteista heikkeni vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=25; min=17; max=28 ja 6–8kk Md=25; min=9; max=28) verrattuna odotusaikaan (Md=27; min=16; max=28). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä odotusajan ja 1–2 kuukautta vauvan syntymän jälkeen ($p = 0,003$) sekä odotusajan ja 6–8kk vauvan syntymän jälkeen ($p = 0,003$) tehtyjen mittausten välillä. Ero oli tilastollisesti merkitsevä myös vauvan syntymän jälkeen tehtyjen mittausten välillä ($p = 0,015$).

Puolisoiden kokemus perheen sisäisistä suhteista heikkeni vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=26; min=15; max=28 ja 6–8kk Md=26; min=16; max=28) verrattuna vauvan odotusaikaan (Md=27; min=22; max=28). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä odotusajan ja 1–2 kuukautta vauvan syntymän jälkeen ($p = 0,003$) sekä odotusajan ja 6–8kk vauvan syntymän jälkeen ($p = 0,003$) tehtyjen mittausten välillä. Eroa ei havaittu vauvan syntymän jälkeen tehtyjen mittausten välillä ($p = 0,573$).

5.3.2 Roolit ja vastuut

Äitien ajatus rooleista ja vastuista perheen sisällä oli selkeämpi odotusaikana (Md=14; min=11; max=16) kuin vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=13; min=9; max=16 ja 6–8kk Md=13; min=7; max=16). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä odotusajan ja 1–2 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p = 0,003$) sekä odotusajan ja 6–8 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p = 0,003$). Eroa ei havaittu enää vauvan syntymän jälkeisten mittausajankohtien välillä ($p = 1$).

Puolisoiden ajatus rooleista ja vastuista perheen sisällä oli selkeämpi odotusaikana Md=14; min=11; max=16) kuin vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=13; min=11; max=16 ja 6–8kk Md=13; min=11; max=16). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,005$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä odotusajan ja 6–8kk vauvan syntymän

jälkeen tehtyjen mittauksien välillä ($p=0,003$). Eroa ei havaittu odotusajan ja 1–2 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välisenä aikana ($p=0,108$) eikä vauvan syntymän jälkeisten mittausajankohtien välillä ($p=0,468$).

5.3.3 Perheen normit

Äitien ajatus perheen normeista oli selkeämpi odotusaikana (Md=14; min=10; max=16) kuin vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=13; min=9; max=16 ja 6–8kk Md=13; min=9; max=16). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,006$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä odotusajan ja 1–2 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p=0,006$) sekä odotusajan ja 6–8 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p=0,006$). Eroa ei havaittu enää vauvan syntymän jälkeisten mittausajankohtien välillä ($p=1$).

Puolisoiden ajatus perheen normeista oli selkeämpi odotusaikana (Md=13; min=8; max=16) kuin vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=13; min=8; max=16 ja 6–8kk Md=13; min=10; max=16). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,003$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä odotusajan ja 1–2 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p=0,012$) sekä odotusajan ja 6–8 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p=0,003$). Eroa ei havaittu enää vauvan syntymän jälkeisten mittausajankohtien välillä ($p=1$).

5.3.4 Taloudellinen tuki

Äitien kokemus mahdollisuudesta saada taloudellista tukea perheen läheisiltä ei muuttunut odotusajan (Md=6; min=2; max=8) ja vauvan syntymän jälkeisen ajan välillä (1–2kk Md=6; min=2; max=8 ja 6–8kk Md=7; min=2; max=8). Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,893$).

Puolisoiden kokemus mahdollisuudesta saada taloudellista tukea perheen läheisiltä heikkeni vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=8; min=2; max=8 ja 6–8kk Md=6; min=2; max=8) verrattuna vauvan odotusaikaan (Md=8; min=2; max=8). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,007$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä vauvan syntymän

jälkeisten mittauksien välillä ($p=0,021$) sekä vauvan odotusajan ja 6–8kk vauvan syntymän jälkeen tehtyjen mittauksien välillä ($p=0,036$). Eroa ei havaittu vauvan odotusajan ja 1–2 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p=1$).

5.3.5 Kommunikaatio

Äitien kokemus vanhempien välisestä kommunikaatiosta heikkeni vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=11; min=7; max=12 ja 6–8kk Md=11; min=3; max=12) verrattuna odotusaikaan (Md=11,5; min=9; max=12). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,001$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä odotusajan ja 1–2 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p=0,003$) sekä odotusajan ja 6–8 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p=0,009$). Eroa ei havaittu enää vauvan syntymän jälkeisten mittausajankohtien välillä ($p=1$).

Puolisoiden kokemus vanhempien välisestä kommunikaatiosta heikkeni vauvan syntymän jälkeisenä aikana (1–2kk Md=12; min=7; max=12 ja 6–8kk Md=11; min=8; max=12) verrattuna odotusaikaan (Md=12; min=8; max=12). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,045$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä odotusajan ja 1–2 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p=0,033$) sekä odotusajan ja 6–8 kuukautta vauvan syntymän jälkeen välillä ($p=0,015$). Eroa ei havaittu enää vauvan syntymän jälkeisten mittausajankohtien välillä ($p=1$).

5.3.6 Tukiverkosto

Äitien kokemus perheen tukiverkostosta ei muuttunut odotusajan (Md=14; min=8; max=16) ja vauvan syntymän jälkeisen ajan välillä (1–2kk Md=14; min=10; max=16 ja 6–8kk Md=14; min=8; max=16). Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,856$).

Puolisoiden kokemus perheen tukiverkostosta ei muuttunut odotusajan (Md=13; min=8; max=16) ja vauvan syntymän jälkeisen ajan välillä (1–2kk Md=14; min=9; max=16 ja 6–8kk Md=14; min=7; max=16). Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,310$).

5.4 Äitien kokemukset neuvolapalveluista

5.4.1 Äitiysneuvolapalvelut

Äidit kävivät neuvolassa odotusaikana keskimäärin kahdeksan kertaa. Käyntien määrä vaihteli neljän ja 17 välillä. Äideistä 73 % oli käynyt odotusaikana neuvolan lisäksi myös muissa terveydenhuollon palveluissa raskauteen liittyen. Käyntien määrä vaihteli yhdestä seitsemään ja käyntejä oli keskimäärin kolme. Käynnit sijoittuivat äitiyspoliklinikalle, fysioterapiaan ja päivystykseen.

Neuvolassa henkilökohtaista neuvontaa äidit olivat saaneet eniten terveydenhoitajalta (66 %) tai lääkäriltä (34 %). Lisäksi osa äideistä oli saanut neuvontaa neuvolapsykologilta tai fysioterapeutilta. Lähes kaikki äidit (97 %) kokivat saaneensa selityksen neuvolassa tehdyistä kokeista ja mittauksista joka kerta tai melkein joka kerta. Äideistä 85 % koki saaneensa mittauksiin liittyvää terveyttä edistävää ohjausta joka kerta tai melkein joka kerta. Kaikki äidit kokivat joko erittäin helpoksi tai helpoksi keskustella mistä tahansa asiasta neuvolassa. Vastaajista 12 % joko äidillä tai sikiöllä oli ollut fyysisiä ongelmia raskauden- tai synnytyksen aikana. Raskauden aikaisia ongelmia olivat liitoskivut, raskausajan diabetes, hepatoosi, raskausmyrkytyksen oireet, jatkuva supistelu ja ennenaikaisen synnytyksen uhka. Synnytyksen aikaisia ongelmia olivat avautumisvaiheen pysähtyminen ja siitä johtunut keisarinleikkaus sekä istukan irrotus nukutuksessa.

Neuvolassa äidit saivat odotusaikana ohjausta ja neuvontaa eniten arkeen liittyvistä asioista (56 %) sekä painonhallinnasta ja ruokavaliosta (51 %). Äidit saivat ohjausta ja neuvontaa myös parisuhteesta (37 %), anemian ehkäisystä ja hoidosta (37 %), raskauspahoituksesta (31 %), seksuaalielämään liittyvistä asioista (29 %), kohonneesta verenpaineesta (15 %) ja ennenaikaisen synnytyksen ehkäisystä (15 %) sekä perinnöllisyysneuvontaa (5 %). Lisäksi äidit kertoivat saaneensa ohjausta ja neuvontaa raskauden aikaisista kivuista ja vaivoista, raskausdiabeteksestä, matalasta verenpaineesta, lapsiperheen sosiaalieluksista sekä synnytykseen liittyvistä asioista.

Äideistä perhevalmennukseen odotusaikana osallistui 73 %. Äidit osallistuivat eniten synnytystä (68 %) sekä lastenhoitoa ja imetystä (64 %) käsitteleviin

perhevalmennuksiin. Lisäksi perhevalmennuksissa käsiteltiin perheen sisäisiä suhteita ja oli mahdollista käydä tutustumassa synnytyssairaalaan ennen synnytystä.

5.4.2 Lastenneuvolapalvelut

Vastaajista 54 % kertoi, että terveydenhoitaja oli käynyt kotikäynnillä synnytyksen jälkeen. Äideistä 78 % oli saanut henkilökohtaista terveysneuvontaa kuukauden sisällä synnytyksen jälkeen. Jälkitarkastuksessa oli käynyt 98 % äideistä. Vauvan ollessa 1–8 kuukauden ikäinen, perheet olivat käyneet neuvolassa keskimäärin kuusi kertaa. Käyntien määrä vaihteli neljän ja 12 välillä.

Neuvolassa henkilökohtaista terveysneuvontaa äidit olivat saaneet eniten imetyksestä (73 %) ja raskauden ehkäisystä (65 %). Äidit olivat saaneet henkilökohtaista terveysneuvontaa myös jaksamisesta (42 %) vauvan suolentoiminnasta (41 %), vauvan ihon hoidosta (41 %), mielialasta (25 %), väsymyksestä (24 %) ja haavan hoidosta (24 %). Lisäksi äidit olivat saaneet ohjausta ja neuvontaa lantiopohjan lihasten kuntouttamisesta, lapsen hoitoon ja kasvuun liittyvistä asioista, liikunnasta, unettomuudesta, vauvan pulauttelusta, kiinteiden ruokien aloittamisesta, kodin turvallisuuteen liittyvistä asioista, ensiapuohjeista sekä eroon liittyvistä asioista.

Äideistä suurin osa (93 %) oli erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä lapsen syntymän jälkeen saamiinsa neuvolapalveluihin. Äideistä seitsemän prosenttia oli jokseenkin tyytymättömiä. Äideistä 68 % kertoi, että sama terveydenhoitaja oli hoitanut heitä äitiys- ja lastenneuvolassa. Syitä, miksi terveydenhoitaja oli vaihtunut, olivat sairaustapaukset, sijaisuudet, työnkierrot ja perheiden muutot.

5.4.3 Äitien toiveet neuvolapalveluille

Neuvolapalveluilta äidit kaipaivat enemmän tietoa synnytyksestä palautumisesta, lapsen kasvusta ja kehityksestä sekä saatavilla olevasta vertaistuesta. Selkeimmin esiin nousi tarve äitiysneuvolapalveluiden jatkumiselle lapsen syntymän jälkeen. Synnytyksen jälkeisillä neuvolakäynneillä äidit kokivat, että huomio kiinnittyi pääasiassa vauvaan.

Äidit olisivat kaivanneet neuvolasta enemmän tukea synnytyksestä palautumiseen. Terveystoimijoiden lisäksi ohjausta olisi kaivattu äitiysfysioterapeuteilta. Äidit olisivat toivoneet erityisesti tietoa vatsalihasten erkauman ja lantionpohjalihasten kuntoutuksesta sekä episiotomian ja sektiohaavan hoidosta. Lisäksi äidit olisivat kaivanneet enemmän tukea omaan jaksamiseensa ja mahdolliseen synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Äidit toivoivat myös tietoa seksuaaliterveydestä.

Vauvan hoitoon liittyvistä asioista äidit olisivat toivoneet enemmän tietoa imetyksestä ja vauvan nukkumisesta. Lisäksi äidit olisivat toivoneet aikaisemmassa vaiheessa tietoa vauvan eri kehitysvaiheista. Kiinteiden ruokien aloitukseen olisi myös kaivattu enemmän tietoa ja tukea.

Äidit olisivat toivoneet, että neuvolassa tuettaisiin mahdollisuutta tutustua toisiin äiteihin. Verkostoituminen ja yhteydenpito muiden äitien kanssa koettiin haastavaksi. Äidit toivoivat, että neuvolasta olisi saanut tietoa omalla asuinalueella vauvaperheille järjestettävistä palveluista, joissa olisi mahdollista saada vertaistukea muilta äideiltä. Useissa vastauksissa mainittiin COVID-19-pandemian vaikutukset vertaistuen saamiseen. Esimerkiksi vertaistukiryhmien lähitapaamisia oli peruttu paljon.

COVID-19-pandemia aiheutti äitien mukaan haasteita myös lastenhoitoavun saamiseen. Pandemian vuoksi perheet eivät nähneet muissa talouksissa asuvia läheisiään yhtä useasti kuin normaalisti, joten ulkopuolinen apu jäi vähäiseksi. Äideillä oli myös haasteita vauvan hoitamisessa synnytyksestä palautumisen ollessa vielä kesken. Esimerkiksi sopivien imetysasentojen löytäminen oli haastavaa. Äideillä oli myös vaikeuksia löytää sopivaa aikaa kotitöiden tekemiselle vauvaperheen arjessa.

5.5. Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksen tulosten perusteella vanhempien itsearvioimassa masentuneisuudessa (EPDS) ja vanhempien luottamuksessa omaan kykyyn olla vanhempi (PSE) ei havaittu tilastollisesti merkitseviä muutoksia odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana. Kokonaispisteet EPDS-mittarissa olivat suurimmalla osalla vanhemmista matalia kaikissa mittausajankohdissa. Mahdolliseen masentuneisuuteen

viittaavan tuloksen sai vain muutama vanhemmista. PSE-mittarissa kokonaispisteet olivat korkeita kaikissa mittausajankohdissa, joka viittaa vanhempien hyvään luottamukseen omasta kyvystä olla vanhempi. Luottamus omaan vanhemmuuteen oli vahvaa jo odotusaikana, eikä se muuttunut merkitsevästi vauvan syntymän jälkeen.

Perheen toimivuuden (FFS) osa-alueista odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana molemmilla vanhemmilla tilastollisesti merkitsevästi heikkeni perheen sisäiset suhteet, roolit ja vastuut, perheen normit sekä kommunikaatio. Lisäksi puolisoilla kokemus taloudellisen tuen saamisesta heikkeni tilastollisesti merkitsevästi. Ainoastaan tukiverkoston kohdalla kummallakaan vanhemmista ei ollut tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Kokonaispistemäärät olivat korkeat tai melko korkeat molemmilla vanhemmilla kaikissa perheen toimivuuden osa-alueissa jo odotusaikana ja ne säilyivät korkealla tasolla vauvan synnyttyä. Mitä korkeammat pisteet olivat, sitä paremmaksi perheen toimivuus koettiin.

Neuvolapalveluiden osalta tuloksissa havaittiin, että äidit käyttävät julkisia neuvolapalveluita aktiivisesti. Neuvolan lisäksi äidit kävivät odotusaikana myös erikoissairaanhoidon poliklinikoilla sekä hyödynsivät yksityisen terveydenhuollon palveluita. Äidit olivat pääasiassa hyvin tyytyväisiä saamiinsa neuvolapalveluihin, mutta myös kehittämiskohteita löydettiin. Äidit toivoivat neuvolalta enemmän ohjausta äitiyteen sekä lapsen kasvuun ja kehitykseen. Lisäksi toivottiin parempia mahdollisuuksia vertaistuen löytämiseen.

6. POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa vanhempien psyykkisestä hyvinvoinnista ja vanhemmaksi tulemisen aiheuttamista muutoksista perheen arkeen. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten tämänhetkiset neuvolapalvelut vastaavat perheiden tarpeita. Tavoitteena on käyttää saatua tietoa neuvolapalveluiden kehittämiseen. Tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen osallistui 163 vanhempaa, toiseen vaiheeseen 115 vanhempaa ja kolmanteen vaiheeseen 102 vanhempaa. Vanhemmista 61 jätti vastaamatta tutkimuksen toisessa tai kolmannessa vaiheessa. Pitkittäistutkimuksessa tapahtuu aina katoa ja voidaan olettaa, että useampi mittausajankohta lisää kadon määrää. Tutkimuksen ensimmäinen kyselylomake jaettiin osallistujille neuvolasta paperisena. Toista ja kolmatta kyselyä varten vanhempien tuli itse rekisteröityä sähköiseen järjestelmään. Tämä on osaltaan saattanut vaikuttaa vähentyneeseen vastaajamäärään. Tutkimuksen aineistonkeruun aikana alkoi COVID-19-pandemia, joka on myös voinut vaikuttaa vastaajamääriin sekä vastausten sisältöihin.

6.1.1 Masentuneisuus, luottamuksen tunne ja perheen toimivuus

Tutkimuksessa vanhempien itsearvioimaa masentuneisuutta mitattiin Edinburgh Postnatal Depression Scale -mittarilla. Vanhempien itsearvioimassa masentuneisuudessa äitien riskipisteet nousivat hieman ja puolisoitten riskipisteet eivät juuri muuttuneet odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana. Muutos ei kummankaan vanhemman kohdalla ollut tilastollisesti merkitsevä. Tästä on saatu tutkimuksissa eriäviä tuloksia. Esimerkiksi Goyal ym. (2022) ovat tutkineet äitien masennusoireita ja kokemuksia äitiydestä COVID-19-pandemian aikana Yhdysvalloissa. Heidän tutkimuksessaan 75 % äideistä sai Postpartum Depression Screening Scale - Short Form -mittarilla mitattuna synnytyksen jälkeiseen masennukseen viittaavat riskipisteet. Kansainvälisesti synnytyksen jälkeisen masentuneisuuden yleisyydeksi on arvioitu 10–20 prosenttia molemmilla vanhemmilla (Da Costa ym. 2019; Duan ym. 2020; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020).

Perheiden terveyttä koskeviin huoliin Lepistö ym. (2022) ovat kuvanneet muun muassa vanhempien huolia mielenterveydestä. Huolet liittyivät huonoon mielialaan tai masennukseen. Osa vanhemmista oli huolissaan myös siitä, että heidän matala mielialansa rasittaa heidän perhettään. Tässä tutkimuksessa vain muutamilla vanhemmilla kokonaispisteet olivat eri mittausajankohdissa 10 tai yli, jota pidetään Suomessa mahdollisen masentuneisuuden rajana. Suurin osa vanhemmista ei saanut pisteitä, jotka viittaisivat masennusriskiin. Tutkimuksessa vaadittiin, että osallistujat olivat vastanneet kaikkina kolmena mittausajankohtana. Tämä saattaa osaltaan vaikuttaa siihen, että tuloksista puuttui isoimmat riskipisteet saaneet vanhemmat. On todennäköistä, että masentunut vanhempi ei jaksaa vastata kyselyyn tai vastauksia muokataan yleisesti hyväksyttävämpään suuntaan.

Vanhempien luottamusta omaan kykyyn olla vanhempi mitattiin Parenting Self-Efficacy Scale -mittarilla. Vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi ei juurikaan muuttunut odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana. Muutos ei ollut merkitsevä kummankaan vanhemman kohdalla. Vuorenmaa (2016) on väitöskirjassaan tutkinut alle 9-vuotiaiden lasten vanhempia. Hänen mukaansa molemmat vanhemmat luottivat kykyynsä auttaa lastaan kasvamaan ja kehittymään. Äidit kokivat tietävänsä mitä tehdä, kun lapsen kanssa ilmenee ongelmia. Puolisot puolestaan pystyivät tekemään päätöksiä haastavissa tilanteissa ja pitämään niistä kiinni. Tässä tutkimuksessa Parenting Self-Efficacy Scale -mittarista saadut pistemäärät olivat korkeita molemmilla vanhemmilla. Voidaan siis tulkita, että vanhempien luottamus omaan kykyyn olla vanhempi oli korkea jo odotusaikana ja säilyi lapsen synnyttyä.

Perheen toimivuutta mitattiin Family Function Scale -mittarilla. Perheen toimivuutta tarkasteltiin perheen sisäisten suhteiden, roolien ja vastuiden, perheen normien, taloudellisen tuen, kommunikaation ja tukiverkoston kautta. Perheen toimivuuden osaluista perheen sisäiset suhteet, roolit ja vastuut, perheen normit ja kommunikaatio heikkenivät molemmilla vanhemmilla tilastollisesti merkitsevästi. Lisäksi puolisoilla kokemus taloudellisen tuen saamisesta heikkeni tilastollisesti merkitsevästi. Tukiverkoston osalta muutoksia ei havaittu kummallakaan vanhemmista. Korkeammat pisteet kuvaavat parempaa perheen toimivuutta.

Perheen sisäisissä suhteissa kokonaispistemäärät laskivat hieman vauvan syntymän jälkeen. Pistemäärät olivat kuitenkin korkeat kaikissa mittausajankohdissa molemmilla vanhemmilla. Vauvan ollessa 6–8 kuukautta vanha, yksittäisillä vanhemmilla kokonaispisteet laskivat selkeästi. Kokonaispisteet kuvasivat rakkauden, läheisyyden ja ymmärtämisen kokemusta perheessä, riitelyn määrää sekä perheen yhtenäisyyttä ja yhdessäoloa. Samoja aiheita ovat löytäneet Lepistö ym. (2022) tutkimuksessaan, jossa on tutkittu perheiden huolenaiheita odotusaikana ja vauvan ollessa 10 kuukauden ikäinen. Perhesuhteiden haasteissa korostui huoli parisuhteesta ja parisuhteen hyvinvoinnista. Erityisesti huoli näkyi tilanteissa, joissa vanhemmat kokivat suhteensa kireäksi. Lisäksi konfliktit, luottamuksen puute ja seksuaalisuuden vähäisyys aiheuttivat huolia.

Rooleissa ja vastuissa kokonaispistemäärät laskivat hieman vauvan syntymän jälkeen. Erityisesti äideillä oli matalampia pistemääriä vauvan ollessa 6–8 kuukautta vanha. Kokonaispisteet kuitenkin kuvasivat selkeitä rooleja perheessä ja tyytyväisyyttä niihin sekä vastuunkantoa omista tehtävistään. Daly ym. (2022) kuvaavat äidiksi tulemistä isona muutoksena naisen identiteettiin. Äideillä on kokemus, ettei tästä puhuta paljoa, vaan enemmän keskitytään äitiyden tuomiin fyysisiin näkökulmiin. Äitiyttä kuvataan prosessina, jonka voi ymmärtää vain, kun sen on itse kokenut. Tämän vuoksi äitiyteen valmistautuminen etukäteen koetaan haastavaksi. Tässä tutkimuksessa kokonaispisteet kuvasivat normien olevan selkeitä perheissä. Vanhemmat kokivat perheen normit kuitenkin selkeämmiksi odotusaikana kuin vauvan syntymän jälkeen. Perheen normit kuvasivat perheen yhdessä sopimia sääntöjä, niiden noudattamista ja joustavuutta eri tilanteissa sekä suvuissa kulkevia arvoja.

Arviot mahdollisuudesta saada taloudellista tukea läheisiltä heikkenivät selkeämmin puolisoilla lapsen syntymän jälkeen. Vanhempien kokonaispistemäärät vaihtelivat kaikissa mittausajankohdissa heikosta mahdollisuudesta hyvään mahdollisuuteen saada taloudellista tukea omilta tai puolison vanhemmilta. Klemetti ym. (2018) mukaan noin puolet suomalaisista vauvaperheistä arvioi taloudellisen tilanteensa kohtalaiseksi tai huonoksi. Taloudelliseen tilanteeseen liittyviä haasteita ovat huolet perheen toimeentulosta, taloudellisen tuen riittävydestä, vanhempien rahankulutuksesta omiin tarpeisiinsa sekä huoli isommista hankinnoista (Lepistö ym. 2022). Suomessa vanhempien yhteenlaskettu ansiosidonnainen vanhempainvapaakiintiö on noin 12,6

kuukautta lasta kohden. Äidit pitivät vuonna 2020 kaikista vanhempainpäivärahapäivistä 90 %. Isyysvapaita muita useammin käyttivät korkeasti koulutetut tai keski- ja suurituloiset puoliset. Vanhempainvapaakauden jälkeistä kotihoidontukea käyttävät enimmäkseen äidit. Äidin heikko työmarkkina-asema pidentää kotihoidontuen käyttöä. Perhevapaiden epätasaisen jakautumisen äitien ja puolisoitten kesken koetaan heikentävän välillisesti naisten työmarkkina-asemaa. (Kela 2022.) Israelissa ja Isossa-Britanniassa yli 80 % äideistä kävi töissä vauvan ollessa 6–12 kuukautta. Tähän vaikutti vanhempainvapaiden kesto ja niistä saatava rahallinen korvaus. (Shloim ym. 2020.) Tarve taloudelliselle tuella läheisiltä voi olla yleisempää maissa, joissa vanhempainvapaat ovat lyhyitä tai niistä saatava rahallinen korvaus heikko. Myös pidempään jatkuva vanhempainetuksien käyttö voi mahdollisesti lisätä tarvetta läheisiltä saatavalle taloudelliselle tuella. Tämä tutkimus on toteutettu Suomessa vanhemmille vanhempainrahakauden aikana. Tämän vuoksi tarve läheisiltä saadulle taloudelliselle tuella ei välttämättä ollut ajankohtaista vielä vanhempien osallistuessa tutkimukseen.

Kommunikaatiossa kokonaispisteet olivat molemmilla vanhemmilla pääasiassa hyvin korkeat kaikissa mittausajankohdissa. Korkeat pisteet kuvaavat sitä, että vanhemmat pystyvät sanomaan mielipiteensä asioihin ja ne huomioidaan. Lisäksi perheessä pystytään puhumaan myös ikävistä asioista ja ongelmat ratkaistaan yhdessä keskustelemalla. Puolisoilla kommunikaatio heikkeni hieman lapsen syntymän jälkeen. Muutamilla äideillä puolestaan kokonaispisteet laskivat selkeästi vauvan ollessa 6–8 kuukautta vanha.

Tukiverkostoa koskevissa väittämässä kokonaispisteet olivat molemmilla vanhemmilla pääasiassa korkeat. Molempien vanhempien mielestä heillä on sukulaisia ja ystäviä, joilta voi tarvittaessa pyytää apua ja he tapaavat läheisiään usein. Kokemukset tukiverkostosta eivät muuttuneet odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden aikana. Vastaavan tuloksen tuen saamisesta ovat saaneet MacMillan ym. (2021) tutkimuksessaan, jossa he tarkastelivat äitien kokemusta tuen saamisesta odotusaikana ja vauvan ollessa kuuden kuukauden ikäinen. Äideistä odotusaikana 64 % arvioi sukulaisilta saadun tuen ja 68 % ystäviltä saadun tuen määrän korkeaksi. Kokemus tuen saamisesta pysyi samana myös tässä tutkimuksessa vauvan syntymän jälkeen. Vanhemmilla on kuitenkin havaittu myös huolia tuen saamisessa. Lepistön

ym. (2022) mukaan perheet, joilla ei ollut tukiverkostoa jokapäiväisessä arjessaan, olivat huolissaan avun saamisesta vauvan hoitoon. Osa vanhemmista koki, etteivät isovanhemmat olleet kiinnostuneita auttamaan perhettä tai olleet tavoitettavissa. Kaikki nämä tutkimukset on julkaistu COVID-19-pandemian aikana. Koronaan liittyvät rajoitukset aineistonkeruun aikana ovat saattaneet vaikuttaa ristiriitaisiin tuloksiin tuen saamisesta. Rajoitukset ovat olleet erilaisia eri alueilla, joten esimerkiksi asuinpaikka on voinut vaikuttaa läheisiltä saatuun tukeen.

6.1.2 Neuvolapalvelut

Kokemuksia neuvolapalveluista kysyttiin vain äideiltä. Kokemuksia kerättiin sekä äitiys- että lastenneuvolapalveluista strukturoiduilla ja avoimilla kysymyksillä. Odotusaikana äidit kävivät neuvolassa keskimäärin kahdeksan kertaa. Kolme neljäsosaa äideistä oli käyttänyt odotusaikana neuvolan lisäksi muita terveydenhuollon palveluita raskauteen liittyen. Äideistä yli puolet koki saaneensa odotusaikana henkilökohtaista neuvontaa terveydenhoitajalta ja kolmasosa lääkäriltä. Lähes kaikille äideille oli selitetty neuvolassa tehtyjen kokeiden ja mittauksen tulokset sekä annettu ohjausta tuloksiin liittyen. Kaikki äidit kokivat helpoksi keskustella neuvolassa haluamistaan aiheista. Myös Klemetti ym. (2018) mukaan vanhemmilla on hyviä kokemuksia neuvolapalveluista ja vanhemmat kokevat neuvolan palvelut odotusaikana asiakaslähtöisiksi. Raskauden seuranta oli asiantuntevaa ja osaavaa. Vanhempia kuunneltiin ja heidän kanssaan keskusteltiin vanhemmille tärkeistä asioista. Neuvolassa tuettiin vanhemmuutta ja vanhemmat pystyivät puhumaan asioistaan rehellisesti.

Tämän tutkimuksen mukaan kolme neljäsosaa äideistä osallistui perhevalmennukseen. COVID-19-pandemia vaikutti perhevalmennukseen osallistumiseen, sillä rajoitusten vuoksi perhevalmennuksia oli peruttu. Tämä tulos ei sen takia ole yleistettävissä suomalaisvanhempien aktiivisuuteen osallistua perhevalmennukseen. Osa äideistä toi vastauksissaan esiin, että olisi osallistunut perhevalmennukseen, mikäli valmennus olisi järjestetty. Kaljadin ym. (2022) tutkimuksen mukaan vain reilu kolmasosa äideistä osallistui perhevalmennukseen. Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin ennen COVID-19-pandemian alkua.

Perhevalmennuksiin osallistumisaktiivisuus on siis ollut heikkoa jo ennen pandemian alkua. Kaljadin ym. (2022) tutkimuksessa oli mukana sekä ensisynnyttäjiä että uudelleen synnyttäjiä. Tämä on voinut vaikuttaa perhevalmennuksiin osallistuneiden vanhempien vähäiseen määrään kyseisessä tutkimuksessa, koska perhevalmennusta tarjotaan pääasiassa ensisynnyttäjille Suomessa. Tässä tutkimuksessa äidit osallistuivat yleisimmin perhevalmennuskerroille, joissa käsiteltiin synnytystä, lastenhoitoa ja imetystä. Puolisoilta ei tässä tutkimuksessa kysytty perhevalmennukseen osallistumisesta. Klemetti ym. (2018) mukaan puoliset kokivat perhevalmennuksen hyödyllisemmäksi kuin äidit. Kaljadin ym. (2022) mukaan myös äidit kokivat perhevalmennuksen hyödylliseksi synnytykseen ja vauvaperhe-elämään valmistautumisessa. Hyödyllisimmiksi aihealueiksi arvioitiin synnytykseen valmistautuminen, imetys, vauvan hoito ja vanhemmuus. Hieman yli puolet äideistä koki perhevalmennuksen hyödylliseksi synnytyspelon osalta. Loput äideistä koki, ettei tämä aihe koskettanut heitä (Klemetti ym. 2018; Kaljadin ym. 2022.)

Klemetti ym. (2018) mukaan joka kymmenes äideistä kertoi, ettei äitiysneuvolan käynneillä ollut aina sama terveydenhoitaja. Äidit olisivat toivoneet, ettei hoitaja vaihtuisi näin usein. Tässä tutkimuksessa kysyttiin terveydenhoitajan vaihtuvuudesta äitiys- ja lastenneuvolassa. Äideistä 68 % kertoi, että heillä oli ollut sama terveydenhoitaja sekä äitiys- että lastenneuvolakäynneillä. Neuvoloissa, joissa tämän tutkimuksen aineisto kerättiin, on käytössä yhdistetty äitiys- ja lastenneuvolapalvelu. Tämä mahdollistaa sen, ettei terveydenhoitaja vaihdu vauvan syntymän jälkeen. Tulokset osoittavat mallin toimivan hyvin, sillä terveydenhoitajien vaihtuvuus perheen neuvola-asiakkuuden aikana oli melko vähäistä. Syitä terveydenhoitajan vaihtumiselle olivat muun muassa sairastapaukset, sijaisuudet, työnkierrot ja perheiden muutot.

Vastaajista 54 % kertoi, että neuvolan terveydenhoitaja oli käynyt heillä kotikäynnillä vauvan syntymän jälkeen. Vastaava tulos on saatu myös laajemmassa suomalaistutkimuksessa, jonka mukaan kotikäynti tarjottiin 64 % vanhemmista. Yhdeksän prosenttia vanhemmista kertoi, ettei terveydenhoitaja käynyt kotikäynnillä, vaikka vanhemmat olisivat kokeneet sen tarpeelliseksi. (Klemetti ym. 2018.) Äideistä 78 % oli saanut henkilökohtaista terveysneuvontaa kuukauden sisällä synnytyksestä. Yleisimmin äidit saivat neuvontaa imetyksestä ja raskauden ehkäisystä. Lastenneuvolan lisäksi imetystä käsiteltiin myös perhevalmennuksissa. Tästä

huolimatta äidit kokivat tarvitsevansa enemmän tukea imetykseen. Suomessa alle neljän kuukauden ikäisten vauvojen äideistä suurin osa (87 %) imettää vauvaansa. Äidit kokivat imetyksen palkitsevana ja yli puolet äideistä koki imetyksen onnistuneen paremmin kuin he olivat etukäteen kuvitelleet. Imetyksen koki helpoksi 62 % äideistä, mutta noin neljäsosa koki imetyksen kivuliaaksi. (Klemetti 2018.) Suomessa pienten vauvojen imetys on yleistä ja äideillä on imetykseen liittyen sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Äitien kokemus riittämättömästä tuesta imetykseen on tärkeää huomioida, jotta imetyksen jatkuminen turvataan suositusten mukaisesti.

Äideistä suurin osa oli tyytyväisiä vauvan syntymän jälkeen saamiinsa neuvolapalveluihin. Vastaavan tuloksen on saanut myös Raunima ym. (2020) tutkimuksessaan, jossa tarkasteltiin vauvaperheiden kokemuksia neuvolasta saadusta tuesta. Perheiden kokonaisvaltainen hyvinvointi huomioitiin neuvolassa hyvin ja terveysneuvontaan liittyvä tuki koettiin kokonaisuudessaan hyväksi. Psyko-sosiaalisen tuen sekä vauvan kanssa elämiseen ja lapsen kasvatukseen liittyvissä asioissa kokemus tuen saamisesta oli osittain riittämätön.

Neuvolapalveluilta äidit kaipasivat erityisesti enemmän tietoa synnytyksestä palautumisesta. Äidit kokivat, että vauvan syntymän jälkeen neuvolassa keskityttiin lähes pelkästään vauvaan liittyviin asioihin. Samankaltaisia huomioita on tehty myös kansainvälisesti lapsiperheiden palveluissa. Irlantilaistutkimuksessa äidit toivat esiin saman ilmiön siitä, että terveydenhuollossa keskityttiin vauvan kasvun ja kehityksen seurantaan. Äidit kokivat vauvaan keskittymisen tarpeellisena, mutta he olisivat toivoneet, että myös äitiin liittyviin asioihin olisi kiinnitetty huomiota. Äidit toivoivat, että neuvolassa huomioitaisiin synnytyksen vaikutukset äidin omaan terveyteen sekä äitiyteen liittyvät tarpeet. Äidit toivat myös esiin, että he itsekin keskittyvät vain vauvaan ja sen vuoksi olisi tärkeää, että joku ulkopuolinen huomioisi äitien voinnin. (Daly ym. 2022.) Tampereella käytössä oleva yhdistetty äitiys- ja lastenneuvolapalvelu saattaa vähentää pelkkään vauvaan keskittymistä lastenneuvolassa. Terveystieteiden työntekijöiden sekä äitiys- että lastenneuvolassa turvaa ajantasaisen ammattitaidon sekä äidin että lapsen hoidosta. Yhdistetyn neuvolapalvelun ansiosta myös terveydenhoitajien vaihtuvuus on pienempää ja hoidon jatkuvuus voidaan turvata aiempaa paremmin. Saman terveydenhoitajan jatkaessa perheen seuranta vauvan

syntymän jälkeen terveydenhoitajalla on tietoa äidin raskaudesta ja hänen on mahdollista kiinnittää myös äitiin liittyviin asioihin paremmin huomiota.

Synnytyksestä palautumisen lisäksi äidit kaipasivat neuvolasta enemmän tietoa lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvistä asioista sekä saatavilla olevasta vertaistuesta. Äidit kokivat, että olisi hyödyllistä tietää lapsen kehitysvaiheista jo aikaisemmassa vaiheessa, jotta heidän olisi helpompi varautua mahdollisiin tuleviin haasteisiin ja heidän olisi helpompi ymmärtää vauvaansa. Lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvästä tuen saamisesta vanhemmilla on erilaisia kokemuksia. Rauniman ym. (2020) mukaan äideistä 43 % koki riittämättömäksi saamansa tiedon vauvan kanssa elämisestä. Hieman yli puolet äideistä koki riittämättömäksi saamansa tuen vauvan kasvatukseen liittyvistä asioista, kun taas 39 % oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen lapsen kasvatuksesta.

Äidit kokivat, että neuvolan tulisi edistää vertaistuen saamista. Vertaistuen järjestämisen lisäksi neuvolan toivottiin auttavan äitejä tutustumaan toisiin samassa elämäntilanteessa oleviin äiteihin. Lisäksi äidit kaipasivat enemmän tietoa omalla asuinalueellaan järjestettävistä lapsiperheiden palveluista. Vertaistuellalla on tärkeä merkitys äitien hyvinvoinnille. Vertaistuki mahdollistaa jopa reaaliaikaisen tuen saamisen toisilta äideiltä. Vertaistuen tärkeäksi ominaisuudeksi mainitaan mahdollisuus keskustella äitiydestä ja sen haasteista ilman pelkoa tuomitsemisesta. (Daly ym. 2022.) COVID-19-pandemia on tuonut haasteita vertaistuen saamiselle ja tämä nousi esiin myös äitien vastauksista. Haasteiden vuoksi neuvolassa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota siihen, että äidit löytäisivät mahdollisuuksia saada vertaistukea. Tätä voisi tukea esimerkiksi erilaisten etätapaamisten avulla. COVID-19-pandemian aikana on havaittu, että äidit etsivät aktiivisesti vertaistukea virtuaalisesti, koska perheeltä ja ystäviltä ei ole ollut mahdollista saada yhtä paljon tukea kuin aiemmin (Sweet ym. 2021).

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen oli perustana tutkimukselle kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Tässä

tutkimuksessa käytettiin osaa kansainväliseen pitkittäistutkimukseen kerätystä aineistosta. Pitkittäistutkimukselle on saatu tutkimuslupa Tampereen kaupungilta ja eettisen toimikunnan puoltava lausunto Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Pro gradu -tutkielmalle ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa. Aiheen valinta ja tutkimuskysymysten muodostaminen olivat keskeisiä tutkimuksen eettisiä tekijöitä. Tutkimusaiheen valinnassa ja tutkimusprosessissa huomioitiin myös aiheen mahdollinen sensitiivisyys. Sensitiivisyys voi liittyä tutkittavaan aiheeseen tai tutkimukseen osallistuvien haavoittuvuuteen. Sensitiivisyys on subjektiivista, minkä vuoksi tutkimukseen osallistuvalla ja tutkijalla eri asiat voivat olla sensitiivisiä. Sensitiivisiä aiheita voivat olla muun muassa muutosvaiheisiin ja vaikeisiin elämäntilanteisiin liittyvät kokemukset. (Aho & Kylmä 2012.) Pro gradu -tutkielmassa käytetyssä aineistossa aiheena oli vanhemmuus ja myös mahdolliset negatiiviset tunteet lasta kohtaan. Kyselyssä kysyttiin myös vanhempien omasta jaksamisesta ja mielenterveydestä. Nämä voidaan kokea hyvin sensitiivisinä aiheina. Tämä voi johtaa siihen, että osa vastaajista on vastannut kyselyihin sen mukaan minkä olettaa olevan hyväksyttävää tai toivottavaa. Pitkittäistutkimukseen osallistuneet vanhemmat antoivat tietoon perustuvan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Lisäksi heidän oli mahdollista keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa.

Tutkimuksessa tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa noudatettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tulosten julkaisussa huomioitiin myös vastuullisuus ja avoimuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Tulosten julkaisussa huomioitiin, ettei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Aineistoa säilytettiin ja käsiteltiin huolellisesti sekä luottamuksellisesti niin, että se oli vain tutkimuksen tekijöiden käytettävissä. Alkuperäisestä pitkittäistutkimuksen aineistosta pro gradu -tutkielman tekijät saivat käyttöönsä vain tälle tutkimukselle tarpeelliset vastaukset. Työn valmistuttua tutkijoilla oleva aineisto hävitetään asiaan kuuluvasti. Muiden tutkijoiden tekemää työtä ja saavutuksia kunnioitettiin ja annettiin niille kuluva arvo (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksessa huomioitiin asianmukaiset lähdemerkinnät ja viittaukset. Tutkimuksessa tuotiin myös selkeästi esille työhön liittyvä kansainvälinen pitkittäistutkimus, jonka kautta tutkimuksen aineisto kerättiin.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia (Hagan 2014). Pro gradu -tutkielman tekijät saivat tutkimusprosessin aikana apua kokeneemmilta tutkijoilta sekä tilastotieteen asiantuntijalta. Tätä apua hyödynnettiin teoreettisten käsitteiden operationalisoinnissa pro gradu -tutkielman validiteetin varmistamiseksi. Lisäksi huomioitiin tutkimuksen ulkoinen validiteetti eli tulosten yleistettävyyys tutkimuksen otoksen ulkopuoliseen perusjoukkoon (Farrelly 2013). Tutkimukseen osallistujat olivat ensimmäisen lapsensa saaneita vanhempia. Tämän katsottiin määrittelevän kohderyhmän riittävällä tarkkuudella, jotta tulokset ovat sovellettavissa kyseiseen kohderyhmään. Pro gradu -tutkielman aineisto kerättiin osana kansainvälistä pitkittäistutkimusta, joten tutkielman tekijät eivät voineet vaikuttaa käytettävien mittareiden valintaan. Käytetyt mittarit olivat Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Parenting Self-Efficacy Scale (PSE) ja Family Function Scale (FFS).

EPDS-mittari on kansainvälisesti käytetty mittari synnytyksen jälkeisen masennuksen arvioinnissa. Mittari on todettu luotettavaksi useissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Esimerkiksi Australiassa on tarkasteltu toistettujen mittausten yhteneväisyyttä ja näiden välinen korrelaatio on todettu korkeaksi (Kernot ym. 2015). PSE- ja FFS-mittarit ovat uudempia mittareita, joita on käytetty aiemmin japanilaisissa tutkimuksissa. Molempien mittareiden sisäinen luotettavuus ja johdonmukaisuus on todettu hyväksi (Cronbachin alfa PSE 0,81 ja FFS 0,9) (Kanaoka 2011; Kanzaki ym. 2012). FFS- ja PSE-mittarit suomennettiin kansainvälistä pitkittäistutkimusta varten. Mittareiden käyttäminen ensimmäistä kertaa suomalaisessa tutkimuksessa suomalaisten palveluiden arviointiin voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Neuvolapalveluita kartoittava kyselylomake on myös kehitetty osana kansainvälistä pitkittäistutkimusta ja suomennettu tutkimuksen Suomessa toteutettavaa osaa varten. Saman sisältöisiä lomakkeita käytetään sekä Suomessa että Japanissa, joten on mahdollista, että kulttuurien väliset eroavaisuudet näkyvät kysymysten asettelussa. Lomakkeessa kysytään esimerkiksi perhemuodosta ja kysymyksessä on vaihtoehdot ydinperhe ja suurperhe, jolla tarkoitetaan perhettä, jossa samassa taloudessa asuu vanhempien ja lasten lisäksi muita sukulaisia. Japanissa on tyypillistä, että uudet

vanhemmat asuvat aluksi vauvan kanssa omien vanhempiensa luona (Tang ym. 2021), mutta suomalaisista perheistä kukaan ei valinnut tätä vaihtoehtoa.

Riittävä otoskoko on tärkeä, jotta tutkimuksen avulla on mahdollista löytää eroja eri ryhmien välillä, mikäli eroja on olemassa perusjoukossa. Liian pieni otoskoko heikentää tutkimuksen tuloksista tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta. Luotettavuuden kannalta on myös tärkeää määritellä tarkasti tutkimukseen osallistujat, jotta tulosten soveltaminen on mahdollista. (Axelin ym. 2021.) Pro gradu -tutkielmaan osallistui 59 äitiä ja 43 puolisoa. Otokoko jäi siis melko pieneksi tilastolliseen tutkimukseen ja se voi vaikuttaa tutkielman tulosten luotettavuuteen. Pro gradu -tutkielma toteutettiin pitkittäistutkimuksena, joka mahdollisti muutoksen tarkastelun, mutta aiheutti kadon määrää vastaajissa. Tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen vastasi 82 äitiä ja 81 puolisoa eli 23 äitiä ja 38 puolisoa jätti tutkimukseen osallistumisen kesken. Lopullinen otos 59 äitiä ja 43 puolisoa muodostui niistä vanhemmista, jotka vastasivat kaikkiin kolmeen kyselyyn. Katoa siis tapahtui tässäkin tutkimuksessa. On myös mahdollista, että vastaajiksi valikoitui pääasiassa hyvinvoivia vanhempia, joilla oli riittävästi voimavaroja osallistua tutkimukseen. Tämä voi vääristää tutkimuksessa saatuja tuloksia ja heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Taustamuuttujia tarkasteltaessa havaittiin, että tutkimuksessa sekä äitien että puolisoitten keski-ikä vastaa ensimmäisen lapsen saaneiden vanhempien keski-ikää Suomessa. Tämän voidaan katsoa vahvistavan tulkintaa, että tutkimuksen otos vastaa kiinnostuksen kohteena ollutta kohderyhmää. Tutkimus toteutettiin yhdessä suomalaisessa kaupungissa yhteensä yhdeksässä neuvolassa. Tutkimuksen tulosten ei siis voida katsoa olevan yleistettävissä koko Suomen alueelle. Tutkimuksessa saatiin kuitenkin arvokasta tietoa, jota voidaan hyödyntää neuvolapalveluiden kehittämisessä erityisesti kyseisessä kaupungissa. Neuvolapalvelut ovat Suomessa lakisääteisiä, joten valtakunnallisesti tulisi olla tarjolla samanlaisia palveluita. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan siis verrata myös muiden kaupunkien neuvolapalveluihin.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa vanhempien psyykkisestä hyvinvoinnista ja vanhemmaksi tulemisen aiheuttamista muutoksista perheen arkeen. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten tämänhetkiset neuvolapalvelut vastaavat perheiden tarpeita. Tavoitteena on käyttää saatua tietoa neuvolapalveluiden kehittämiseen.

Tutkimuksella saatiin tietoa vanhempien psyykkisestä hyvinvoinnista ja vanhemmaksi tulemisen aiheuttamista muutoksista perheen arkeen. Molemmilta vanhemmilta saatiin riittävä määrä vastauksia, joiden avulla pystyttiin muodostamaan selkeä kuva muutoksista odotusajan ja vauvan ensimmäisen kahdeksan elinkuukauden ajalta. Tutkimuksessa muutosta vanhempien itsearvioimassa masentuneisuudessa, luottamuksessa omaan kykyyn olla vanhempi sekä perheen toimivuudessa tarkasteltiin erillisinä kokonaisuuksina. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia näiden kokonaisuuksien yhteyttä toisiinsa vanhemmaksi tulemisen muutostilanteessa. Tämän tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta kaikkien kokonaisuuksien olleen yleisesti hyvällä tasolla kaikissa mittausajankohdissa. Osassa perheen toimivuuden osa-alueista tapahtui heikkenemistä vauvan synnyttyä, mutta kokemus perheen toimivuudesta pysyi siitä huolimatta korkealla tasolla.

Tässä tutkimuksessa vaadittiin, että esikoista odottavassa perheessä oli kaksi vanhempaa, joiden tuli asua samassa taloudessa. Tämä rajasi esimerkiksi yksinodottavat, uudelleen synnyttäjät sekä uusperheet pois tutkimuksesta. Jatkossa vanhemmuuden tutkimisessa voitaisiin huomioida laajemmin perheiden moninaisuus. Tämä antaisi kattavamman kuvan vauvaperheiden tilanteesta. Vanhemmuuteen liittyvää luottamuksen tunnetta on tutkittu paljon sairaiden lasten ja keskoslasten perheiden osalta. Jatkossa vanhemmuuteen liittyvää luottamuksen tunnetta voitaisiin tutkia enemmän myös perheissä, joissa ei ole erityisiä haasteita.

Neuvolapalveluiden vastaavuudesta perheiden tarpeisiin saatiin kokemuksia vain äitien osalta, joten tavoite toteutui osittain. Jatkossa olisi tärkeää selvittää puolisoiden kokemuksia ja heidän toiveitaan neuvolapalveluista. Puolisoiden osallisuus neuvolapalveluissa koetaan tärkeänä ja siihen tulisi kiinnittää huomiota jatkossakin.

Huomioimalla myös puolisoitten toiveet neuvolapalveluissa, pystytään perheille tarjoamaan paremmin heidän tarpeisiinsa vastaavia palveluita. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista tutkia miten raskauden aikana ilmenneet haasteet vaikuttavat vanhempien hyvinvointiin odotusaikana ja vauvan syntymän jälkeen. Siten voitaisiin löytää entistä parempia keinoja perheiden tukemiseen neuvolassa.

Johtopäätöksenä neuvolapalveluista voidaan todeta, että äidit käyttävät julkisia neuvolapalveluita aktiivisesti. Äidit olivat pääasiassa hyvin tyytyväisiä saamiinsa neuvolapalveluihin, mutta myös kehittämiskohteita löydettiin. Äidit toivoivat erityisesti neuvolalta parempaa huomiointia synnytyksestä palautumiseen, esimerkiksi tarve äitiysfysioterapialle mainittiin useissa vastauksissa. Tutkimuksessa saatua tietoa olisi hyvä peilata nykyisiin neuvolapalveluihin ja selvittää mahdollisuuksia hyödyntää saatua tietoa neuvolapalveluiden kehittämisessä tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Ahlborg T., Berg S. & Lindvig J. (2013) Sense of coherence in first-time parents: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health* 41(6), 623–629.

Aho AL. & Kylmä J. (2012) Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä -näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* 24(4), 271–280.

Axelin A., Pölkki T., Hätönen H. & Salanterä S. (2012) Kokeellinen tutkimus ja sen haasteet hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 24(4), 302–312.

Bäckström C., Kåreholt I., Thorstensson S., Golsäter M. & Mårtensson L. (2018) Quality of couple relationship among first-time mothers and partners, during pregnancy and the first six months of parenthood. *Sexual & Reproductive Healthcare* 17, 56–64.

Baldwin S., Malone M., Sandall J. & Bick D. (2019) A qualitative exploratory study of UK first-time fathers' experiences, mental health and wellbeing needs during their transition to fatherhood. *BMJ Open* 9(9).

Bandura A. (1982) Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist* 37(2), 122–147.

Bin-Nun A., Palmor-Haspal S., Mimouni F., Kasirer Y., Hammerman C. & Tuval-Moshiach R. (2021) Infant delivery and maternal stress during the COVID-19 pandemic: a comparison of the well-baby versus neonatal intensive care environments. *Journal of Perinatology* 41, 2614–2620.

Buehler C., O'Brien M., Buehler C. & O'Brien M. (2011) Mothers' part-time employment: associations with mother and family well-being. *Journal of Family Psychology* 25(6), 895–906.

Chau V. & Giallo R. (2014) The relationship between parental fatigue, parenting self-efficacy and behaviour: implications for supporting parents in the early parenting period. *Child: Care, Health & Development* 41(4), 626–633.

Chivers B., Garad R., Moran L., Lim S. & Harrison C. (2021) Support Seeking in the Postpartum Period: Content Analysis of Posts in Web-Based Parenting Discussion Groups. *Journal of Medical Internet Research* 23(7).

Da Costa D., Danieli C., Abrahamowicz M., Dasgupta K., Sewitch M., Lowensteyn I. & Zelkowitz P. (2019) A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *Journal of Affective Disorders* 249, 371–377.

Daly D., Moran P., Wuytack F., Hannon S., Hannon K., Martin Y., Peoples M., Begley C. & Newnham E. (2022) The maternal health-related issues that matter most to women in Ireland as they transition to motherhood - A qualitative study. *Women & Birth* 35(1), 10–18.

Duan Z., Wang Y., Jiang P., Wilson A., Guo Y., Lv Y., Yang X., Yu R., Wang S., Wu Z., Xia M., Wang G., Tao Y., Xiaohong L., Ma L., Shen L., Sun J., Deng W., Yang Y. & Chen R. (2020) Postpartum depression in mothers and fathers: a structural equation model. *Pregnancy Childbirth* 20(1), 1–6.

Farrelly P. (2013) Issues of trustworthiness, validity and reliability. *British Journal of School Nursing* 8(3), 149–151.

Field A. (2013) *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage.

Garvan J. (2016) At the crossroads: the health and welfare of new mothers. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 52(6), 753–770.

Giallo R., D'Esposito F., Cooklin A., Mensah F., Lucas N., Wade C. & Nicholson J.M. (2013) Psychosocial risk factors associated with fathers' mental health in the postnatal period: results from a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48(4), 563–573.

Goyal D., Beck CT., Webb R. & Ayers S. (2022) Postpartum Depressive Symptoms and Experiences During COVID-19. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 47(2), 77–84.

Grylka-Baeschlin S., Meyer T., Lengler L., van Teijlingen E., Pehlke-Milde J. & Gross M.M. (2019) Postnatal quality of life - A content analysis of qualitative results to the Mother-Generated Index. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 32(2), 229–237.

Haga SM., Lynne A., Slinning K. & Kraft P. (2012) A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(3), 458–466.

Hagan T. (2014) Measurements in Quantitative Research: How to Select and Report on Research Instruments. *Oncology Nursing Forum* 41(4), 431–433.

Heck J., Wilson J. & Parker J. (2022) "It Took Away the Joy:" First American Mothers' Experiences with Postpartum Depression. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 47(1), 13–18.

Heinonen O-P., Ikonen A-K., Kaivosoja M., Reina T. (2018) Yhdyspinnat yhteiseksi mahdollisuudeksi. Selvitys lapsi-, nuoriso- ja perhepalveluiden toteuttamiseen liittyvistä yhdyspinnoista muuttuvassa toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 8/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Henshaw EJ., Fried R., Teeters JB. & Siskind EE. (2014) Maternal expectations and postpartum emotional adjustment in first-time mothers: results of a questionnaire survey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 35(3), 69–75.

Hughes A., Gallagher S. & Hannigan A. (2015) A Cluster Analysis of Reported Sleeping Patterns of 9-Month-Old Infants and the Association with Maternal Health:

Results from a Population Based Cohort Study. *Maternal & Child Health Journal* 19(8), 1881–1889.

Hung C., Lin C., Stocker J. & Yu C. (2011) Predictors of postpartum stress. *Journal of Clinical Nursing* 20(5–6), 666–674.

Kaljadin J., Vuorenmaa M. & Kaunonen M. (2022) Perhevalmennuksen hyödyllisyyttä arvioivan mittarin luotettavuus ja äitien arvio perhevalmennuksen hyödyllisyydestä. *Hoitotiede* 34(1), 40–50.

Kalland M. & Salo S. (2020) Vanhemmuuden tukeminen vauva- ja lapsiperheissä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 136(8), 891–897.

Kanaoka M. (2011) Development of a Parenting Self-efficacy Scale and Its Reliability and Validity. *Pediatric Health Research (小児保健研究)* 70(1), 27–38.

Kanzaki M., Otaki C., Maeda K., Hori T., Take A., Otsuka H., Noguchi T. & Maehara S. (2012). Development of Japanese Version FFS (Family Functioning Scale): Reliability and Validity for Family on Child-Fostering Phase. *Journal of Japan Academy of Nursing Science* 32(1), 50–58.

Kanzaki M. (2014) The impacts of childrearing problems and family function for childrearing difficulty in mothers at onemonth postpartum. *Journal of Japanese Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 19(2), 176–188.

Kela (2022) Perhevapaiden tietopaketti. Verkkojulkaisu. <https://www.kela.fi/perhevapaat-tietopaketti> (Viitattu 10.4.2022).

Kernot J., Olds T. & Lewis L. (2015) Test-retest reliability of the English version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Archives of Women's Mental Health* 18(2), 255–257.

Ketner SL., Gravesteyn C. & Verschuur MJ. (2019) Transition to parenthood: it does not get easier the next time. Exploring ways to support well-being among parents with newborns. *Journal of Family Social Work* 22(3), 274–291.

Klemetti R., Vuorenmaa M., Ikonen R., Hedman L., Ruuska T., Kivijärvi H. & Rajala R. (2018) Mitä vauvaperheille kuuluu? LTH-tutkimuksen 3–4-kuukautisten vauvojen ja heidän perheidensä pilottitutkimuksen peruseräraportti. *Työpaperi* 18/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kohlhoff J. & Barnett B. (2013) Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early Human Development* 89(4), 249–256.

Laitinen M., Aho AL., Salonen A. & Kaunonen M. (2013) Äitien neuvolan terveydenhoitajilta saama sosiaalinen tuki lapsivuodeaikana. *Hoitotiede* 25(3), 171–182.

Lammi-Taskula J., & Salmi M. (2014) Työnjako ja tyytyväisyys parisuhteeseen lapsiperheessä. Teoksessa Lammi-Taskula J. & Karvonen S. (Toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Lepistö S., Raunima M. & Paavilainen E. (2022) Families Expecting and Living with a Baby: a Perspective on Parental Worries. *Childhood Vulnerability Journal*.

Lévesque S., Bisson V., Charton R. & Fernet M. (2020) Parenting and Relational Well-being During the Transition to Parenthood: Challenges for First-time Parents. *Journal of Child and Family Studies* 29, 1938–1956.

Lidbeck M., Bernhardsson S. & Tjus T. (2018) Division of parental leave and perceived parenting stress among mothers and fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 36(4), 406–420.

MacMillan K., Lewis A., Watson S., Bourke D. & Galbally M. (2021) Maternal social support, depression and emotional availability in early mother-infant interaction: Findings from a pregnancy cohort. *Journal of Affective Disorders* 292(1), 757–765.

Mannerheimin lastensuojeluliitto (2018) Vanhemman hyvinvointi. Verkkajulkaisu. <https://www.mll.fi/vanhemmille/tietoa-lapsiperheen-elamasta/vanhemman-hyvinvointi/> (Viitattu 31.3.2021).

Marshall E. & Marquier B. (päiväämätön) Friedman test in SPSS (Non-parametric equivalent to repeated measures ANOVA) Sheffield Hallam University and University of Sheffield. Verkkajulkaisu. https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.714575!/file/stcp-marshall-FriedmanS.pdf (Viitattu 31.3.2022).

Matvienko-Sikar K., Murphy G. & Murphy M. (2018) The role of prenatal, obstetric, and post-partum factors in the parenting stress of mothers and fathers of 9-month-old infants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 39(1), 47–55.

McLeish J. & Redshaw M. (2017) Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth* 17(1), 1–14.

Nolan ML., Mason V., Snow S., Messenger W., Catling J. & Upton P. (2012) Making Friends at Antenatal Classes: A Qualitative Exploration of Friendship Across the Transition to Motherhood. *Journal of Perinatal Education* 21(3), 178–185.

Ojo K., Snead R., Burrell L., Crowne S., O'Neill K. & Duggan A. (2021) Sensitive and Harsh Parenting of Infants: Associations with Maternal Depression, Generalized Anxiety, and Empathic Concern. *Journal of Child and Family Studies* 30(12), 2925–2937.

Persson EK., Fridlund B., Kvist LJ. & Dykes A. (2012) Fathers' sense of security during the first postnatal week--a qualitative interview study in Sweden. *Midwifery* 28(5), 697–704.

Perälä M-L., Salonen A., Halme N. & Nykänen S. (2011) Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Raportti 36/2011. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Raunima M., Lepistö S., Koivisto A-M., Kylmä J. & Paavilainen E. (2020) Vanhempien kokemukset neuvolasta saadusta tuesta vauva-aikana ja tuessa koetut muutokset odotusajan ja vauva-ajan välillä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 57(4), 303–320.

Roeters A. & Gracia P. (2016) Child Care Time, Parents' Well-Being, and Gender: Evidence from the American Time Use Survey. *Journal of Child and Family Studies* 25, 2469–2479.

Rosen NO., Mooney K. & Muise A. (2017) Dyadic Empathy Predicts Sexual and Relationship Well-Being in Couples Transitioning to Parenthood. *Journal of Sex & Marital Therapy* 43(6), 543–559.

Russell BS. & Lincoln CR. (2016) Distress Tolerance and Emotion Regulation: Promoting Maternal Well-Being Across the Transition to Parenthood. *Parenting: Science & Practice* 16(1), 22–35.

Shloim N., Lans O., Brown M., Mckelvie S., Cohen S. & Cahill J. (2020) “Motherhood is like a roller coaster. . . lots of ups, then downs, something chaotic. . .”; UK & Israeli women’s experiences of motherhood 6-12 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 38(5), 523–545.

Shrestha SM., Pradhan R., Tran TD, Gualano RC & Fisher JRW. (2016) Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 16(72).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja (2004) Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sweet L., Bradfield Z., Vasilevski V., Wynter K., Hauck Y., Kuliukas L., Homer C., Szabo R. & Wilson A. (2021) Becoming a mother in the ‘new’ social world in Australia during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Midwifery* 98(7).

Tang L., Zhang X. & Zhu R. (2021) What Causes Postpartum Depression and How to Cope with It: A Phenomenological Study of Mothers in China. *Health Communication* 36 (12), 1495–1504.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 15 § Verkkojulkaisu. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (Viitattu 11.5.2021).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2020) Synnytyksen jälkeinen masennus. Verkkojulkaisu. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja_ lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus (Viitattu 31.3.2021).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021a) Suositus EPDS-lomakkeen käytöstä. Verkkojulkaisu. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/neuvolatyon-sisallot-ja-menetelmat/synnytyksen-jalkeinen-masennus/suositus-epds-lomakkeen-kaytosta> (Viitattu 11.1.2022).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021b) Tilastoraportti 49/2021, Suomen virallinen tilasto, Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. Verkkojulkaisu. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitalasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet> (Viitattu 5.4.2022).

Tilastokeskus (2021) Syntyneet. Verkkojulkaisu. https://www.stat.fi/til/synt/2020/02/synt_2020_02_2021-12-03_tie_001_fi.html (Viitattu 5.4.2022).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkojulkaisu. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (Viitattu 11.5.2021).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Verkkojulkaisu. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf (Viitattu 6.4.2022).

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338. Verkkojulkaisu. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338> (Viitattu 11.5.2021).

Vance A. & Brandon D. (2017) Delineating Among Parenting Confidence, Parenting Self-Efficacy, and Competence. *Advances in Nursing Science* 40(4), 18–37.

Vuorenmaa M. (2016) Äitien ja isien osallisuus perheessä ja lasten palveluissa sekä osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.