

Äidin raskausspesifi ahdistus ja siihen liittyvät tekijät

Sosioekonomisten tekijöiden, ensisynnyttäjäyden, elintapoihin liittyvien tekijöiden, äidin temperamentin, masennus- ja ahdistusoireilun, coping-keinojen ja parisuhdetyytyväisyyden yhteys äidin raskausspesifiin ahdistukseen

Psykologian oppiaineen
pro gradu -tutkielma

Laatija:

Dora Lammassaari

Ohjaajat:

Eeva-Leena Kataja

Hasse Karlsson

Toukokuu 2022

Turku

TURUN YLIOPISTO

Psykologian ja logopedian laitos / Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

LAMMASSAARI, DORA: Äidin raskausspesifi ahdistus ja siihen liittyvät tekijät - Sosioekonomisten tekijöiden, ensisynnyttäjäyden, elintapoihin liittyvien tekijöiden, äidin temperamentin, masennus- ja ahdistusoireilun, coping-keinojen ja parisuhdetyytyväisyyden yhteys äidin raskausspesifiin ahdistukseen

Pro gradu -tutkielma, 51 s.

Psykologia

Toukokuu 2022

Tutkimus äidin raskausspesifiin ahdistukseen yhteydessä olevista tekijöistä on vähäistä. Raskausspesifi ahdistus on yksi raskaustajan stressin muoto, joka voi näyttäytyä äideillä esimerkiksi synnytykseen liittyvinä pelkoina, pelkoina lapsen psyykkisestä ja fyysisestä terveydestä sekä huolina oman ulkonäön muutoksista. Raskausspesifin ahdistuksen on todettu olevan jossain määrin negatiivisella tavalla yhteyksissä muun muassa raskauden kulkuun ja synnytykseen, sikiön ja lapsen kehitykseen, äidin ja lapsen väliseen suhteeseen sekä äidin kokemukseen vanhempana olemisesta. Aikaisempi tutkimus äidin raskausspesifiin ahdistukseen liittyvistä tekijöistä on keskittynyt pääosin tyypillisimpien taustamuuttujien, kuten sosioekonomisen statuksen, äidin iän, synnytysten lukumäärä sekä elintapojen huomioimiseen. Tässä tutkielmassa tarkoituksena on näiden muuttujien lisäksi selvittää monimutkaisten psykologisten ilmiöiden ja ominaisuuksien yhteyksiä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Tässä tutkielmassa selittävinä tekijöinä tarkastellaan äidin ikää, ensisynnyttäjäyttä, koulutustasoa, kuukausituloja, tupakointia, mielialalääkkeiden käyttöä, äidin temperamenttia sekä ahdistus- ja masennusoireita, äidin suotuisien coping-keinojen käyttöä sekä parisuhdetyytyväisyyttä. Tutkielman aineisto on osa FinnBrain-syntymäkohorttitutkimusta (N = 2774). Tieto äidin psyykkisistä oireista ja muista ominaisuuksista kerättiin itseraportointikyselyillä, raskausspesifi ahdistus: PRAQ-R2 (The Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire Revised 2), ahdistus: SCL-90 (The Symptom Checklist 90), ahdistuneisuusosio, masennus: EPDS (The Edinburgh Postnatal Depression Scale), temperamentti: ATQ-SF (The Adult Temperament Questionnaire Short Form), coping-keinot: CD-RISC-10 (The Connor-Davidson resilience scale), parisuhdetyytyväisyys: RDAS (The Revised Dyadic Adjustment Scale). Äidit täyttivät psyykkisiä oireita mittaavat kyselyt kolmessa raskaustajan mittauspisteessä (raskaustajavikoilla 14, 24 ja 34). Temperamenttia kartoitettiin vuosi lapsen syntymän jälkeen ja coping-keinoja ensimmäisessä raskaustajan mittauspisteessä. Parisuhdetyytyväisyyttä kartoitettiin raskaustajavikolla 34. Taustamuuttujien tiedot saatiin osittain kansallisesta syntymärekisteristä. Tämän tutkielman mukaan raskausspesifiin ahdistuksen ilmenemiseen oli yhteyksissä erityisesti ensisynnyttäjäyys, äidin temperamentin alaluokka negatiivinen affektiivisuus sekä ahdistus- ja masennusoireilu. Suotuisien coping-keinojen ja mielialalääkkeiden käyttö näyttävät suojaavina tekijöinä. Tupakointi oli yhteydessä raskausspesifiin ahdistukseen mallissa, jossa oli mukana ahdistuneisuus muttei masennusta. Tulokset tuovat vahvistusta aiemmalle tutkimukselle ja antavat uutta tietoa äidin temperamentin yhteydestä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Tulokset auttavat ymmärtämään raskausspesifin ahdistukseen liittyviä tekijöitä. Tämä voi auttaa tunnistamaan raskausspesifin ahdistuksen riskissä tai yleisesti erityisen haavoittuvassa asemassa olevia äitejä yhä varhaisemmassa vaiheessa, jolloin raskausspesifin ahdistuksen taustalla vaikuttaviin tekijöihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan äidin raskaustajan hyvinvointia tukevien interventioiden avulla.

Avainsanat: raskausaika, raskausspesifi ahdistus, raskaustajan stressi, temperamentti, coping-keinot, resilienssi, parisuhdetyytyväisyys, raskaustajan ahdistuneisuus, raskaustajan masennus, sosioekonomiset tekijät, elintavat, äidin ikä, ensisynnyttäjäyys, varhaiset suhteet

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
1.1	Äidin raskausspesifi ahdistus	5
1.2	Raskausspesifiin ahdistukseen liittyviä tekijöitä	8
1.2.1	Temperamentti	11
1.2.2	Coping-keinot	13
1.2.3	Parisuhdetyytyväisyys	15
1.3	Tutkimuskysymykset	17
2	Menetelmät	19
2.1	Tutkittavat	19
2.2	Tutkimuksen kulku ja käytetyt mittarit	19
2.2.1	Taustamuuttajat	19
2.2.2	Äidin raskauden aikaisia psyykkisiä oireita kartoittavat kyselyt	20
2.2.3	Temperamenttia kartoittavat kyselyt	21
2.2.4	Coping-keinoja kartoittavat kyselyt	22
2.2.5	Parisuhdetyytyväisyyttä kartoittavat kyselyt	22
2.3	Tilastolliset analyysit	23
3	Tulokset	25
3.1	Taustamuuttujien yhteydet äidin raskausspesifiin ahdistukseen	25
3.2	Äidin masennus- ja ahdistusoireiden, temperamentin ja coping-keinojen sekä parisuhdetyytyväisyyden yhteydet äidin raskausspesifiin ahdistukseen	27
3.3	Monimuuttujaregressiot	29
4	Pohdinta	32
4.1	Rajoitukset ja vahvuudet	37
4.2	Jatkotutkimusehdotukset	38
4.3	Johtopäätökset	39
	Lähteet	41

1 Johdanto

Raskaustajan ja synnytyksen stressitekijöistä on oltu kiinnostuneita jo useita vuosikymmeniä, mutta erityisesti viime vuosikymmeninä tutkimusta aiheesta on tehty yhä enemmän. Noin 90% kaikista naisista on raskaana vähintään kerran elämässään (Huizink., Mulder, & Buitelaar, 2004). Raskaus on usein suuri muutos yksilön elämässä ja saattaaakin herättää ristiriitaisia ajatuksia ja tunteita. Raskausaikaa varjostaa usein jollain tapaa epävarmuus ja epätietoisuus, mikä altistaa herkästi stressille jopa täysin hyvinvoivat äidit. Raskausaika on elämänvaihe, joka voi muuttaa merkittävästi tulevan äidin elämää monesta eri näkökulmasta, ja joka voi vaikuttaa myös keskeisesti äidin terveyteen, hyvinvointiin ja rooleihin sosiaalisissa suhteissa (Yali & Lobel, 2002). Raskaana oleva äiti toimii elinympäristönä sikiölle, minkä takia äidin psyykkiset haasteet tai mielenterveyden häiriöt voivat merkittävästi olla yhteydessä sikiöön suoraan tai välillisesti (Dunkel-Schetter, 1998, 2011). Koska raskaus koskettaa useita ihmisiä ja sillä voi olla merkittävää vaikutusta niin äitiin kuin lapseen sekä heidän väliseensä vuorovaikutukseen, on tärkeää kiinnittää huomiota, mitkä tekijät ovat yhteydessä äitien raskaudenaikaiseen stressiin.

Tutkimusten mukaan yksi raskauden aikaisen stressin ilmentymä on raskausspesifi ahdistus (Bayrampour ym., 2016; Huizink., Mulder & Robles de Medina, 2004). Raskausspesifi ahdistus on vähemmän tutkittu ilmiö, vaikka sitä onkin ensi kertaa alettu tutkia jo 1970-luvulla, jolloin Burstein ym. (1974) kehittivät raskauteen liittyvän ahdistuksen mittarin, *the Pregnancy Anxiety Scale* (PAS). Tämä mittari jakautui kolmeen pääulottuvuuteen, jotka olivat ahdistuneisuus raskaana olemisesta, ahdistus synnytyksestä ja ahdistus sairaalahoitoon joutumisesta (Burstein ym., 1974; Levin, 1991). Myöhemmin Standley ym. (1979) puolestaan jakoivat raskausspesifin ahdistuksen yksinkertaisemmin kahteen ulottuvuuteen, jotka olivat raskauteen ja synnytykseen liittyvä ahdistus sekä vanhemmuuteen liittyvä ahdistus. Viimeaikaisimman tutkimuksen mukaan raskausspesifin ahdistuksen kohteena ovat kuitenkin erityisesti raskausaikaan ja sen tuomiin muutoksiin, synnytykseen ja lapsen terveyteen liittyvät asiat ja huolet (Huizink., Mulder, & Buitelaar, 2004).

Raskaustajan, synnytyksen ja siirtymän vanhemmuuteen on yleisesti havaittu olevan ajanjaksoja, jolloin herkkyys stressille kasvaa (Dunkel-Schetter, 2011; Mangialavori, 2021). Jossain määrin lievä ahdistuneisuus tai stressi voi toimia myös motivaattorina äideille, jotta he pitäisivät hyvinvoinnistaan huolta, jolloin myös sikiön terveys ja turvallisuus on todennäköisemmin taattu. Ahdistus ja stressi voi kuitenkin voimistuessaan olla haitallista niin

äidin kuin sikiön hyvinvoinnille (Huizink ym., 2003; Nicholson ym., 2006; Woods ym., 2010). Äidin raskauden aikana kokemalla stressi, erityisesti raskausspesifi ahdistuneisuus, voi tutkimusten mukaan olla yhteydessä niin lapsen fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseen kehitykseen (Fishell, 2010; Talge ym. 2007). Raskaustajan stressin mahdollisista seurauksista löytyykin aiempaa tutkimusta melko paljon. Sen sijaan raskaustajan stressiin yhteydessä ja taustalla olevia tekijöitä on tutkittu selkeästi vähemmän. Tämän lisäksi tutkimus vaikuttaa painottuvan ensisijaisesti äidin yleisen ahdistuneisuuden tai raskaudenaikaisen masennuksen yhteyksiin raskauden aikaisesta stressistä (Deklava ym., 2015; Heron ym., 2004). Tutkimus raskausspesifiin ahdistukseen liittyvistä tekijöistä on puolestaan selkeästi vähäisempää.

Tämä tutkielma on osa Turun yliopiston FinnBrain-tutkimusta, jonka tavoitteena on tutkia ympäristön ja perimän vaikutuksia lapsen kehitykseen ja terveyteen. Tämän tutkielman tavoitteena puolestaan on pyrkiä selvittämään, mitkä tekijät ovat yhteydessä äidin raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Tarkastelun kohteena ovat tyypilliset taustamuuttajat, kuten äidin ikä, sosioekonomiseen asemaan liittyvät tekijät, synnytykseen liittyvät tekijät sekä äidin elintapoihin liittyvät tekijät. Tämän lisäksi tarkastelun kohteena on myös monimutkaisia psykologisia ilmiöitä, kuten äidin temperamentti, coping-keinot ja parisuhdetyytyväisyys sekä ahdistus- ja masennusoireilu. Tämä tutkielma pyrkii siis kartoittamaan laajasti, millaisia tekijöitä raskausspesifiin ahdistukseen voisi liittyä. Edellä kuvattujen tutkimusten mukaan on kuitenkin selvää, että raskaustajan stressi voi olla merkittävästi yhteydessä lapsen kehitykseen sekä lapsen ja äidin suhteelle monella eri tasolla. Tästä syystä aihetta onkin tärkeä tutkia lisää, jolloin raskausspesifin ahdistuksen taustalla vaikuttaviin tekijöihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan äidin raskaustajan hyvinvointia tukevien interventioiden avulla.

1.1 Äidin raskausspesifi ahdistus

Ahdistuneisuuden tunteet raskauden aikana ovat verrattain yleistä (Dayan ym., 2006). Noin 10–15 % raskaana olevista kokee jonkintasoista stressiä tai ahdistuneisuutta tässä merkittävässä elämänvaiheessa. Yksi raskaustajan stressin ilmentymä voi olla raskausspesifi ahdistus (Huizink & De Rooij, 2018). Raskausspesifin ahdistuksen arviointi on ollut rajallista johtuen esimerkiksi siitä, että sen käsitteellistämässä on ollut haasteita vuosien varrella (Bayrampour, ym. 2016). Bayrampourin ym. (2016) kuitenkin perehtyivät aikojen saatossa tehtyihin tutkimuksiin ja määritelmien raskausspesifistä ahdistuksesta. Näiden tutkijoiden kokonaisvaltaisen

kirjallisuushaun mukaan raskausspesifi ahdistus näyttäytyy sitä kokevilla kolmella eri osa-alueella. Nämä osa-alueet ovat tunnetason kokemukset, kognitiot sekä somaattiset oireet.

Raskaustajan tunnetason kokemuksia ovat esimerkiksi tuntemattomaan, synnytykseen tai sikiön terveyteen liittyvät pelot (Harpel, 2008; Standley ym., 1979). Kognitioihin liittyvät pääpiirteet ovat esimerkiksi hallitsemattomalta tuntuva huoli raskaudesta ja synnytyksestä (Schneider, 2002) sekä jumiutumisen huoliajatuksiin ja sitkeästi mielessä pyörivät ajatukset (Standley ym., 1979; Sjörgen, 1997). Raskausspesifin ahdistuneisuuden somaattisiin oireisiin puolestaan liittyvät monenlaiset uniongelmät (Harpel, 2008; Standley ym., 1979), kehollinen ylivirittyneisyys (Brockington ym., 2006) sekä erilaiset kipukokemukset (Kelly ym., 2001). Bayrampourin ym. (2016) mukaan viimeaikaisimman tutkimustiedon valossa raskausspesifin ahdistuksen ulottuvuuksiin lukeutuu selkeimmin ahdistuneisuus sikiön terveydestä ja menetyksestä sekä synnytykseen, vanhemmuuteen ja vastasyntyneen hoitamiseen liittyvä ahdistuneisuus. Näiden lisäksi raskausspesifiin ahdistukseen on myös liitetty ahdistuneisuus omasta hyvinvoinnista, kehonkuvasta, terveydenhuollosta, taloudellisista ongelmista ja sosiaalisen tuen riittävyydestä. Bayrampourin ym. (2016) mukaan nämä ahdistuksen kohteet eivät kuitenkaan ole nousseet niin merkittävään rooliin kuin ensimmäiseksi luetellut.

Yksiselitteisesti raskausspesifissä ahdistuksessa äidit kokevat siis laaja-alaisesti huolta ja pelkoa liittyen niin omaan kuin sikiön ja lapsen hyvinvointiin sekä lapsen kasvuympäristöön ja -olosuhteisiin. Tässä tutkielmassa käytetään raskausspesifin ahdistuksen määrittelyyn Huizinkin ym. (2004, 2016) jäsennystä ilmiöstä. Huizinkin ym. (2004, 2016) mukaan raskausspesifi ahdistus voidaan jakaa kolmeen ulottuvuuteen oireiden mukaan, jotka ovat synnytykseen liittyvät pelot, pelko lapsen fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä sekä huoli oman ulkonäön muutoksista. Kun äidit kokevat synnytykseen liittyvää pelkoa, he voivat esimerkiksi pelätä synnytyskipuja tai heillä voi olla huoli epätavallisesta synnytyksestä tai komplikaatioista. Lisäksi synnytysprosessi kokonaisuudessaan voi herättää huolta ja pelkoa. Pelko lapsen terveydestä liittyy äideillä usein esimerkiksi huoleen lapsen kehitysvammaisuudesta, mahdollisista sairasteluista tai jopa lapsen synnytyksen aikaisesta tai jälkeisestä kuolemasta. Huoli oman ulkonäön muutoksista puolestaan liittyy esimerkiksi painonnousuun tai raskauden aiheuttamiin muutoksiin kehossa niin raskauden aikana kuin sen jälkeen. Tämä raskausspesifin ahdistuksen määritelmä on todettu sopivaksi ensi- ja uudelleen synnyttäjillä (Huizink ym., 2016). Määrittely kattaa siis kokoavasti eri osa-alueita edellä

mainituista Bayrampourin ym. (2016) kokoamista tutkimushavainnoista raskausspesifin ahdistukseen liittyvistä oireista.

Raskausspesifi ahdistus on läheisesti yhteydessä yleiseen ahdistuneisuuteen ja masennukseen, mutta on kuitenkin niistä erillinen ilmiö (Bayrampur ym., 2016). Huizink., Mulder ja Robles de Medina (2004) ja Huizink ym. (2014) tutkivat raskausspesifin ahdistuksen ja yleisen ahdistuneisuuden sekä masennuksen välisiä yhteyksiä. Tutkimusten mukaan yleinen ahdistuneisuus ja masennus selittävät vain 8–27 % sikiön terveyteen ja synnytykseen liittyvistä huolista raskauden alku- ja keskivaiheessa, mikä puoltaa erillisen raskausspesifin ahdistuksen olemassaoloa. Myös masennuksen sekä raskausspesifin ahdistuksen huomioivassa faktorianalyysissa todennettiin, että raskausspesifi ahdistus on itsenäinen ilmiö (Orr ym., 2007; Mudra ym., 2020).

Vaikka raskausspesifin ahdistuksen ja yleisen ahdistuneisuuden on todettu olevan toisistaan erillisiä ilmiöitä, niiden väliset erot ja yhteydet ovat kuitenkin jossain määrin vielä epäselviä (Blackmore ym., 2016; Mudra ym., 2020). Keskeisin ero vaikuttaisi olevan se, että raskausspesifissä ahdistuksessa ahdistuksen ja huolen kohteet ovat rajatumppia ja puhtaasti muuttuvaan elämäntilanteeseen liittyviä, kun taas yleistyneessä ahdistuneisuudessa näin ei välttämättä ole (McMahon ym., 2013). Lisäksi tutkimusten mukaan yleistynyt ahdistuneisuus on yhteydessä ainoastaan raskausspesifin ahdistuksen alaluokkaan huoleen lapsen psyykkisestä ja fyysisestä terveydestä (Blackmore ym., 2016; Mudra ym., 2020). Mudran ym. (2020) mukaan tämä selittyisi sillä, että lapsen psyykkisen ja fyysisen terveyden tila ei todennäköisesti selviä ennen kuin lapsi syntyy, kasvaa ja kehittyy. Tällaiset ajatukset ja pelot voivat olla tyypillisiä murehtimisen ja katastrofiajatusten kohteita, mitkä ovat keskeisiä yleistyneen ahdistuneisuuden oireita. Raskausspesifin ahdistuksen erillisyyttä puoltaa myös se, että tutkimusten mukaan raskauteen liittyvä ahdistus voi ennustaa voimakkaammin haitallisia raskauden lopputuloksia kuin yleinen ahdistuneisuus (Blackmore ym., 2016; Roesch ym., 2004; Wadhwa, ym., 1993) tai masennus (Accort ym., 2015; Kramer ym., 2009). Tutkimusta raskausspesifin ahdistuksen ja yleistyneen ahdistuneisuuden eroista käytännön tasolla tarvitaan kuitenkin lisää.

Kuten mainittu raskauden aikainen stressi voi olla merkittävä riskitekijä niin äidin hyvinvoinnille ja synnytykselle kuin lapsen kehitykselle. Äideillä voimakkaan raskausajan stressin on havaittu jossain määrin olevan yhteyksissä todennäköisempään sektioon ja pidempään synnytyksen toiseen vaiheeseen (Kuuri-Riutta ym., 2022) ja raskauspahoinvoinnin

lisääntymiseen (Qiao ym., 2012). Tutkimusten mukaan raskauden aikainen stressi- ja ahdistusoireilu saattaa olla yhteydessä myös synnytyksen jälkeiseen mielialaoireiluun (Milgrom ym., 2008). Joissain tutkimuksissa on myös havaittu, että voimakkaasta raskaudenaikaisesta stressistä kärsivillä äideillä voi olla haastavaa muodostaa hyvää kiintymyssuhdetta lapsiinsa, jolloin läsnäolo ja lapsen tarpeiden kuuntelu on vähäisempää (Edhborg ym., 2011).

Yhteydet äidin raskauden aikaisen stressin ja erityisesti raskausspesifin ahdistuneisuuden sekä lapsen kehityksen välillä on liitetty muun muassa lapsen ennen aikaiseen syntymään ja alhaiseen syntymäpainoon (Dunkel Schetter & Tanner, 2012), erilaisiin haitallisiin lapsuuden ajan kehityksellisiin tekijöihin, kuten negatiiviseen affektiivisuuteen (Huizink ym., 2002), ADHD:n (van den Bergh ym., 2005), kehityksellisiin viivästymiin (Huizink ym., 2003) ja muutoksiin aivojen harmaan aineen määrässä (Buss ym., 2010). Raskauden aikaisen stressin on havaittu olevan jossain määrin yhteydessä myös lapsen myöhempään mielenterveysongelmiin, kuten masennuksen ja persoonallisuushäiriöiden kehittymiseen (Brannigan ym., 2019; Thompson ym. 2001).

1.2 Raskausspesifiin ahdistukseen liittyviä tekijöitä

Raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen yhteydessä olevia tekijöitä ei vielä tiedetä tarkasti (Westerneng ym., 2017). Tähän voi vaikuttaa esimerkiksi se, että suhteellisen luotettavasti raskausspesifiä ahdistusta kartoittavia mittareita on kehitetty vasta hiljattain (Evans ym., 2015). Muutamia tutkimuksia ja katsausartikkeleja raskausspesifin ahdistukseen liittyvistä tekijöistä kuitenkin löytyy. Tämän lisäksi toki raskauden aikaista stressiä selittäviä tutkimuksia on tehty enemmän, joskin tutkimus myös tähän liittyen on kokonaisuudessaan melko vähäistä (Gurung ym., 2005). Gurungin ym. (2005) mukaan ikä, korkea koulutus, suurituloisuus ja parisuhteessa eläminen liittyivät positiiviseen suhtautumiseen raskausaikaa ja synnytystä kohtaan. Samalla tavoin äidit, joiden puoliset olivat tukea antavia, eikä elämässä ollut samanaikaisesti useita stressaavia tapahtumia, kokivat raskaustajan keskimäärin positiivisempina.

Raskausspesifiin ahdistukseen liittyviä tekijöitä kartoittavien tutkimusten tulokset ovat samansuuntaisia kuin edellä mainitut. Tutkimusten mukaan sosioekonominen status, ikä ja sosiaalinen tuki ovat yhteydessä raskausspesifin ahdistuksen esiintymiseen (Dunkel Schetter, 2011; Madhavanprabhakaran ym., 2015; Wall ym., 2018). Arch (2013) puolestaan havaitsi tutkimuksessaan, että ensisynnyttäjäyys oli yhteydessä voimakkaaseen raskausspesifiin

ahdistukseen ja erityisesti synnytykseen liittyvään pelkoon. Samaisessa tutkimuksessa myös psykologiset tekijät, kuten yleinen ahdistuneisuus, olivat yhteyksissä voimakkaisiin raskausspesifin ahdistuksen oireisiin. Westerneng ym. (2017) tutkivat myös taustatekijöiden yhteyttä raskausspesifin ahdistukseen. Tulokset olivat samansuuntaiset Archin (2013) tutkimuksen kanssa. Westernengin ym. (2017) mukaan erityisesti ensisynnyttäjäys, yleinen ahdistuneisuus ja masennus olivat voimakkaimmin yhteyksissä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Arch (2013) ja Westerneng ym. (2017) eivät löytäneet tutkimuksissaan yhteyksiä raskausspesifin ahdistuksen ja koulutuksen ja kuukausitulojen välillä. Sen sijaan yhteyksiä näiden muuttujien välillä on havaittu laajasti raskausajan stressiä käsittelevissä tutkimuksissa. Korkeammalla koulutus- ja tulotasolla on havaittu olevan suojaava vaikutus raskauden ajan mielenterveyden haasteille (Gurung ym., 2005; Rezaee ym., 2014). Näin ollen olisikin tärkeää saada lisää tutkimusta koulutuksen ja tulojen yhteyksistä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen.

Äidin iän ja raskausspesifin ahdistuksen yhteyksiin liittyvien tutkimusten tulokset ovat ristiriitaisimpia. Useimmissa tutkimuksissa äidin iän ja raskausspesifin ahdistuksen ilmenemisen välillä ei ole löydetty selkeää yhteyttä (Arch, 2013; Goedhart ym., 2009; Westerneng ym., 2017). Westernengin ym. (2017) tutkimuksessa nuori ikä oli kuitenkin positiivisessa yhteydessä raskausspesifin ahdistuksen alakategorian synnytykseen liittyvään pelkoon. Madhavanprabhakaranin ym. (2015) tutkimuksessa nuori ikä taas oli positiivisessa yhteydessä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Kyseinen tutkimus oli kuitenkin toteutettu intialaisessa väestössä, joten tulokset eivät ole täysin verrattavissa länsimaissa toteutettuihin tutkimuksiin, sillä kulttuuriset erot ovat suuria. Kuitenkin raskausajan stressin ja äidin iän välisiä yhteyksiä selvittävässä tutkimuksessa nuoren iän ja korkean stressin yhteyksiä on löydetty (Gurung ym., 2005).

Vaikka yleisen ahdistuneisuuden ja masennuksen on todettu olevan osin erillisiä ilmiöitä raskausspesifistä ahdistuksesta, se ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteivätkö ne voisi liittyä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Westernengin ym. (2017) tutkimuksessa juuri ahdistuneisuus ja masennus olivat voimakkaimmin yhteyksissä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Ahdistus- ja masennus oireet siis lisäsivät herkästi raskausspesifin ahdistuksen oireita. Suoria kausaalipäätelmiä aiemmista tutkimuksista ei kuitenkaan voida tehdä sillä tutkimuksia, joissa äidin psyykkistä vointia olisi seurattu jo pidemmältä ajalta ennen raskautta ei ole.

Myös äidin elintapojen ja raskausspesifin ahdistuksen välillä on havaittu yhteyksiä. Muun muassa äidin alkoholin käyttö ja tupakointi olivat yhteyksissä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen (Arch, 2013; Goedhart ym., 2009). Goedhart ym. (2009) havaitsivat, että tupakoinnin ja raskausspesifin ahdistuksen välinen yhteys ei ollut kuitenkaan lineaarinen, vaan noudatti U-käyrää. Äidit, jotka eivät kärsineet raskausspesifin ahdistuksen oireista jatkoivat tupakointia raskausaikana, kuten myös ne äidit, joiden oireet olivat voimakkaimpia. Tämä tukee aikaisemmin todettua tietoa siitä, että jossain määrin koettu stressi voi olla myös hyvinvointia tukevaa.

Raskausspesifin ahdistuksen esiintymiseen voi liittyä edellä mainittujen mukaisesti erilaiset sosioekonomiseen asemaan, ikään, aiempiin synnytyksiin tai elintapoihin liittyvät tekijät. Tämän lisäksi on kuitenkin myös perusteltua tutkia, voisivatko monimutkaisemmat yksilön psykologiset ominaisuudet tai sosiaalisen tuen laatu olla yhteyksissä raskausspesifin ahdistuksen syntyyn. Jotta raskausspesifiä ahdistusta voi ensinnäkin ilmetä, sitä usein edeltää joko todettu tai odotettu uhka synnytykselle tai sen lopputulemille, matalana koetut vaikutusmahdollisuudet sekä kognitiivinen aktiivisuus ja uhkakuvien ylenmääräinen ajattelu (Bayrampour ym. 2016; Walker & Avant, 2011). Bayrampourin ym. (2012a) mukaan havainto korkeariskisestä raskaudesta tai sen lopputulemista on keskeisesti yhteyksissä raskausspesifin ahdistuksen voimakkaisiin oireisiin.

Toisena raskausspesifiin ahdistuksen ilmenemiseen yhteydessä olevana tekijänä on ollut äidin kokemus epävarmuus omista kyvyistensä käsitellä ja selviytyä uhkista (Schnedeir, 2002). Schnedeirin (2002) mukaan jotkut raskaana olevat kokevat, että heidän tulisi hallita ja kontrolloida tilannetta täysin, jotta voisivat säädellä omia tunteita. Äitien epävarmuuden sietokyky nouseekin siis keskeiseksi suojaavaksi tekijäksi raskausspesifin ahdistuksen ilmenemisessä. Myös Sjögernin (1997) mukaan kokemus kontrollin puutteesta voi olla yhteydessä äitien kokemaan ahdistukseen. Synnytyksen komplikaatioiden ennakkoinnilla oli tutkimusten mukaan lieventävä vaikutus äidin ahdistukselle (Bayrampour ym., 2012b). Harpelin (2008) mukaan esimerkiksi ultraäänitutkimukset antavat tietoa sikiön terveydestä ja näin ollen niillä on ollut lieventävä yhteys äidin kokemaan ahdistuneisuuteen. Myös Barlowin (2000) mukaan ahdistuneisuuden keskeisiä ominaisuuksista ovat koetut avuttomuuden tunteet, mitkä kumpuavat kyvyttömyydestä ennakoida, kontrolloida tai saavuttaa toivottuja lopputulemia. Kolmantena raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen yhteydessä olevana tekijänä tutkijat ovat liittäneet sen, millaisia kognitiivisia arvioita äideillä aktivoituu

epävarmoissa tai ennalta-arvaamattomissa tilanteissa (Biehle & Mickelson, 2011; Purdon & Harrington, 2006). Kognitiot ja huoliajatukset sekä murehtiminen voidaan kaikki yhdistää raskausspesifiin ahdistukseen ja voivat toimia sekä sen laukaisijana että ominaisuutena (Bayrampour ym., 2016).

Edellä mainitun mukaisesti raskausspesifin ahdistuksen ilmenemisessä nousee taustatekijöiden lisäksi keskeisesti esiin äidin kyky sietää ja säädellä omaa ahdistuneisuutta epävarmuutta ja odottamattomia tilanteita sisältävässä elämäntapahtumassa. Taipumukseen kokea negatiivisia tunteita sekä kykyyn säädellä ja sietää ahdistusta vaikuttaa muun muassa yksilön temperamentti ja coping-keinot (Richardson, 2002; Rothbart & Derryberry, 1981). Yksilön psykologisten ominaisuuksien lisäksi myös raskausajan sosiaalisella tuella on yhteys raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen (Mangialavori 2021; Saisto ym., 2001). Seuraavaksi käsitellään tarkemmin monimutkaisten muuttujien yhteyttä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen.

1.2.1 Temperamentti

Temperamentti vaikuttaa perustavanlaatuisella tavalla yksilön tapaan toimia ja reagoida erilaisiin elämäntapahtumiin. Temperamentilla tarkoitetaan ihmisen tunne-elämään sekä käyttäytymiseen liittyviä taipumuksia, jotka määrittyvät vahvasti biologisessa perustassamme. Tarkemmin temperamentilla viitataan yksilöllisiin eroihin reaktiivisuudessa sekä itsesäätelyssä, jotka ovat pysyviä ja havaittavissa jo varhaislapsuudessa (Rothbart & Derryberry, 1981). Reaktiivisuudella tarkoitetaan sitä, kuinka helposti yksilö innostuu, kiihtyy ja reagoi positiivisiin tai negatiivisiin ärsykkeisiin ja mikä on reaktioiden kesto ja intensiteetti (Rothbart, 2004; Rothbart & Derryberry, 1981). Rothbartin (2004) mukaan itsesäätelyllä puolestaan tarkoitetaan hermostollisia tarkkaavaisuuteen ja käyttäytymiseen liittyviä prosesseja, jotka moderoivat edellä mainittua reaktiivisuutta. Lähestymisen, välttelyn ja tahdonalaisen kontrollin taipumukset liittyvät juuri itsesäätelyyn. Vaikka temperamentti on verrattain pysyvä ominaisuus, on havaittu, että geneettinen tausta, aikuistuminen ja kokemus vaikuttavat temperamentin kehittymiseen ajan mittaan. (Putnam ym., 2002; Rothbart & Derryberry, 1981; Rothbart & Rueda, 2005). Tutkimusten mukaan aikuisiän temperamentti on myös vahvasti yhteydessä yksilön persoonallisuuteen (Rothbart ym., 2000).

Yksi keskeisistä temperamentin määritelmistä on tässäkin tutkielmassa käytetty Rothbartin ym. (2000, 2007) määritelmää aikuisiän temperamentista. Tämän määritelmään mukaan aikuisiän temperamentti koostuu viidestä pääluokasta, jotka kaikki voidaan jakaa vielä useampiin

alaluokkiin. Pääluokat ovat negatiivinen affektiivisuus, tahdonalainen itsesäätely, ekstraversio, herkkyys aistimuksille ja yhteistyökyky. Yhteistyökyvyn pääluokka lisättiin määritelmään vasta myöhemmin (Evans & Rothbart, 2007). Pääluokkien alaluokat on esitetty tarkemmin taulukossa 1. Negatiivinen affektisuus sisältää niin kutsuttuja sisään- ja ulospäin suuntautuneita temperamenttipiirteitä. Sisäänpäin suuntautuneita piirteitä ovat muun muassa pelko ja surullisuus, kun taas ulospäin suuntautuneita piirteitä ovat esimerkiksi turhautuneisuus ja vihamielisyys muita kohtaan (Evans & Rothbart, 2007).

Tahdonalaisella itsesäätelyllä viitataan laajemmassa mittakaavassa kykyyn toimia vastoin voimakkainta toimintayllykettä, suunnitella omaa toimintaa ja käyttäytymistä sekä säädellä omaa tarkkaavaisuutta. Tahdonalaisella itsesäätelyllä on keskeinen yhteys muun muassa tunnesäätelytaitoihin ja ongelmanratkaisukykyyn (Rothbart ym. 2007). Ekstraversio puolestaan liittyy yksilön kokemaan positiiviseen tunne-elämään (Evans & Rothbart, 2007). Ekstraversion on tutkimusten mukaan havaittu olevan suojaava tekijä hyvinvointia haittaavalle stressille (Clements & Bailey, 2010; Turk, 1996). Herkkyys aistimuksille taas viittaa yksilön taipumukseen havaita, kiinnittää huomiota ja reagoida erilaisiin ulkoa tai sisältä päin tuleviin ärsykkeisiin (Evans & Rothbart, 2007, 2009). Herkkyys aistimuksille on tutkimusten mukaan yhteyksissä avoimuuden persoonallisuuspiirteeseen sekä havainnointiin (Evans & Rothbart, 2007; Rothbart ym., 2000). Viimeisimmäksi temperamenttipiirteisiin lisätty yhteistyökyky viittaa nimensä mukaisesti muun muassa yksilön kykyyn tulla ihmisten kanssa toimeen ja havaita heidän tunteitansa. Yhteistyökyky on yhteydessä sovinnollisuuteen (Evans & Rothbart, 2007).

Tutkimusten mukaan aikuisiän temperamentilla on vaikutuksia yksilön hyvinvointiin ja esimerkiksi ahdistuneisuuden kokemiseen (Clements & Bailey., 2010). Clementsin ja Baileyn (2010) mukaan temperamenttipiirteistä erityisesti korostunut negatiivinen affektiivisuus, vähäinen myönteisyys ja alhainen tahdonalainen itsesäätely ovat yhteyksissä ahdistuneisuuteen. Tutkimusta juuri äidin temperamentin ja raskausspesifin ahdistuksen yhteyksistä tai laajemmin raskauden aikaisesta stressistä ei kuitenkaan ole juuri lainkaan. Sen sijaan tutkimusta persoonallisuuspiirteiden ja raskausspesifin ahdistuksen yhteyksistä on jonkin verran. Kuten aiemmin mainittu aikuisiän temperamentti on vahvasti yhteyksissä persoonallisuuteen, josta erityisesti persoonallisuuspiirre neuroottisuus on vahvasti yhteyksissä temperamentin negatiivisen affektiivisuuteen sekä jossain määrin myös inhibitiokontrolliin (mm. Angleitner & Ostendorf., 1994; Rothbart ym. 2000). On siis mahdollista, että äidin temperamentin ja

raskausspesifin ahdistuksen yhteydet ovat hyvin samansuuntaisia persoonallisuuspiirteiden ja raskausspesifin ahdistuksen yhteyksien kanssa. Aiempien tutkimusten mukaan persoonallisuuspiirre neuroottisuus on vahvasti yhteyksissä voimakkaampaan raskausajan psykologiseen oireiluun, kuten raskausspesifiin ahdistukseen (Saisto ym., 2001; Pluess ym., 2010; Anderson ym., 2019). Aiemman temperamentin ja persoonallisuuden tutkimuksen valossa, olisikin siis perusteltua tutkia enemmän äidin raskausspesifin ahdistuksen ja temperamentin yhteyksiä. Raskausspesifin ahdistuksen syntymekanismien ja sille altistavien tekijöiden tunteminen olisi tärkeää ennaltaehkäisevän tuen ja hoidon kannalta.

Taulukko 1

Aikuisiän temperamentin osatekijät (Evans & Rothbart, 2007, 2009)

Temperamentin pääluokat	Pääluokkien piirteet
Negatiivinen affektisuus	Turhautuneisuus, vihamielisyys muita kohtaan, aggressiivisuuden hillitseminen, epämukavuus, pelko, suru
Tahdonalainen itsesääteily	Kyky aktivoida omaa toimintaa, tarkkaavaisuuden siirtokyky, inhibitiokyky
Ekstraversio	Positiivinen tunne-elämä, mielihyvähämmätykset, seurallisuus
Herkkyys aistimuksille	Herkkyys mielikuville ja miellelyhtymille, herkkyys ympäristön ärsykeille, affektiivinen aistiherkkyys
Yhteistyökyky	Empaattisuus, syyllisyys ja läheisyys muita kohtaan

1.2.2 Coping-keinot

Raskausajan arvaamattomuus sekä uudenlaiseen tilanteeseen sopeutuminen monella elämän eri osa-alueella vaativat äidiltä keinoja käsitellä tätä suurta muutosta. Yksilön kykyä sopeutua uuteen ja tuntemattomaan sekä selviytyä vastoinkäymisistä voidaan tutkia resilienssin käsitteen avulla (Connor & Davidson, 2003). Resilienssiä voidaan kuvata moniulotteisena ja elämän aikana muuttavana ominaisuutena, jossa yksilö sopeutuu onnistuneesti uusiin elämäntilanteisiin merkittävistä vastoinkäymisistä tai jopa traumaista huolimatta (Goldberg & Williams, 1988). Yksilön resilienssin taso voikin vaihdella ajan, iän, sukupuolen, kulttuuristen tekijöiden ja kontekstin mukaan eri elämänvaiheissa (Garmezy, 1985). Resilienssiä voidaan selittää positiivisena kasvuna ja sopeutumisena uuteen tilanteeseen, kun elämässä on esimerkiksi tapahtunut jokin suuri muutos, joka on heilauttanut hetkellisesti mielen tasapainoa (Richardson, 2002). Richardsonin (2002) mukaan sisäiset ja ulkoiset stressitekijät koettelevat jatkuvasti yksilön mielen tasapainotilaa ja kykyä selviytyä haastavista tilanteista. Tilanteista

selvitäkseen ja niitä käsitelläkseen yksilöillä on muodostunut erilaisia kognitiivisia ja käyttäytymisen tason strategioita. Näitä tapoja selviytyä yllättävistä tilanteista kutsutaan coping-keinoiksi (Lazarus & Folkman, 1984; Richardson, 2002).

Coping-keinot voivat olla pitkällä tähtäimellä hyvinvointia edistäviä eli suotuisia tai hyvinvointia heikentäviä eli epäsuotuisia käsittelykeinoja (Richardson, 2002). Keinojen suotuisuus ja epäsuotuisuus saattavat vaihdella tilanteen mukaan, mutta yleisesti ajatellen esimerkiksi tunteiden ilmaiseminen läheiselle tai kyky rentoutua voidaan nähdä suotuisina keinoina, kun taas murehtiminen ja päihteiden käyttö epäsuotuisina (Dunkel Schetter, 2011; Kinser ym., 2021). Coping-keinot voidaan karkeasti jakaa ongelma-, tunne- ja välttelykeskeisiin keinoihin (Lazarus & Folkman, 1984). Ongelmakeskeisissä keinoissa tarkoituksena on pyrkiä ratkaisemaan stressiä aiheuttava tilanne. Tunnekeskeisissä keinoissa puolestaan keskiössä on epämiellyttävien tunteiden säätely, jota stressaava tilanne herättää. Välttelykeskeisissä keinoissa puolestaan tyypillistä on stressaavan tilanteen tai sen herättämien tunteiden tai ajatusten välttely. Edellä mainitut keinot ovat päällekkäisiä, eivätkä siis poissulje automaattisesti muiden keinojen käyttöä (Huizink ym., 2002).

Suotuisten coping-keinojen käyttöä voidaan pitää resilienssin mittarina (Garmezy, 1985). Kyky valita ja käyttää suotuisia coping-keinoja voidaan siis nähdä korkeampana resilienssinä, joka esimerkiksi voisi suojata raskausajan stressin vaikutuksilta (Guardino & Dunkel Schetter, 2014). Joissain tilanteissa coping-keinot tai muut suojaavat tekijät eivät kuitenkaan ole tarpeeksi riittäviä, vaan yksilön mielen sisäinen tasapainotila kuitenkin järkkyy ja luo turvattomuutta. Se, kuinka yksilö selviää näistä tilanteista voi johtaa Richardsonin (2002) mukaan neljään eri lopputulemaan. Ensinnäkin vastoinkäyminen voi antaa mahdollisuuden psykologiselle kasvulle ja näin ollen se voi vahvistaa resilienssiä ja palauttaa tasapainoisen ja turvallisen mielentilan suotuisten coping-keinojen avulla. Toiseksi yksilö voi pyrkiä palauttamaan tasapainotilan vain keskittymään selviytymiseen ja sinnittelemään, kunnes vastoinkäyminen on ohi. Kolmanneksi yksilö saattaa vain jäädä suremaan tai murehtimaan kokemansa vastoinkäymisen seurauksena. Tällöin yksilön hyvinvointi voi näyttäytyä alentuneena ja mielen tasapainotila voidaan kokea heikentyneeksi. Neljänneksi yksilö voi selviytyä vastoinkäymisistä myös epäsuotuisia coping-keinoja käyttäen. Tällöin yksilön hyvinvointi voi näyttäytyä selkeästi alentuneelta ja yksilö voi olla jopa toimintakyvytön. Mielen tasapainotilaa ei siis tässä tilanteessa ole pystytty palauttamaan. Resilienssi ja coping-

keinot viittaavatkin siis yksilöllisiin kykyihin ja tapoihin selviytyä vastoinkäymisistä (Connor & Davidson, 2003).

Tutkimusten mukaan coping-keinot ovat keskeinen tekijä äideillä raskausajan stressin käsittelyssä, mutta vielä on epäselvää, millaiset yhteydet niillä tarkalleen ottaen on esimerkiksi raskausspesifin ahdistuksen esiintymiseen (Guardino & Dunkel Schetter, 2014). Aiemmissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että esimerkiksi tunne- ja ongelmakeskeiset coping-keinot ovat yhteyksissä vähäisempään raskausajan stressiin raskauden alku- ja keskivaiheilla (Huizink ym., 2002). Tunnekeskeiset coping-keinot, kuten keskustelu läheisten tai muiden raskaana olevien äitien kanssa sekä ongelmakeskeiset coping-keinot, kuten suunnitelmallinen ongelmanratkaisu, ovat siis suojaaneet äitejä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseltä (Huizink ym., 2002; Kinser ym., 2021). Toisin sanoen suotuisten coping-keinojen käyttö on yhdistetty vähäisempään raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Myös aikaisemmissa resilienssitutkimuksissa on todettu alhaisen resilienssin tason ja epäsuotuisten coping-keinojen olevan yhteyksissä useisiin psyykkisiin häiriöihin (Campbell-Sills ym., 2006).

Kaiken kaikkiaan resilienssin ja coping-keinojen käsitteet ovat melko moniulotteisia ja näin ollen niiden suoraviivainen tutkiminen on jossain määrin haasteellista. Myös resilienssin ja coping-keinojen määritelmiä on useita. Tutkimusten mukaan resilienssin aste on vahvasti yhteyksissä muun muassa yksilön temperamenttiin ja persoonallisuuteen sekä spesifimpiin taitoihin kuten ongelmanratkaisukykyyn (Campbell-Sills ym., 2006). Näin ollen on järkeenkäypää, että myös resilienssin yhteydet ja vaikutukset raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen ovat samansuuntaisia kuin esimerkiksi temperamentin ja persoonallisuuden. Onkin siis tärkeää, että tutkimusta coping-keinojen ja resilienssin merkityksestä raskausspesifiltä ahdistukselta suojaavana tekijänä tutkitaan vielä lisää.

1.2.3 Parisuhdetyytyväisyys

Sosiaalisella tuella ja parisuhdestatuksella on havaittu olevan yhteyksiä raskausspesifin ahdistuksen syntyyn (Saisto ym., 2001). Tähänastinen tutkimus on kuitenkin pääosin keskittynyt äidin psykologisten tekijöiden yhteyksiin raskausajan stressin kanssa, jolloin parisuhteen rooli on jäänyt vähemmälle tarkkailulle (Mangialavori, 2020). Raskaus ja siirtymä vanhemmuuteen ovat usein jonkinlaisen psykologisen tasapainotilan järkkymisen ja uudenlaiseen elämäntilanteeseen sopeutumisen aikaa. Raskausaika vaatiikin niin vanhemmilta kuin parisuhteelta kykyä selviytyä voimakkaiden tunteiden ja odottamattomien kokemusten

kanssa, jotka liittyvät vanhemmaksi kasvamiseen (Mazzeschi ym., 2015). Raskausaika muuttaa pariskunnan elämää oli kyse sitten ensimmäisestä tai myöhemmistä raskauksista, sillä vanhempien tulee muun muassa pohtia lapsen kasvatukseen liittyviä asioita, sovittaa elämäänsä vauvan tarpeita vastaavaksi ja sulautua uusiin rooleihin perheessä (Doss & Rhoades, 2017).

Parisuhdetyytyväisyyttä ei ole juurikaan tutkimuksissa tieteellisesti määritelty (Ward ym., 2009). Parisuhdetyytyväisyydellä viitataan useissa tutkimuksissa sellaiseen parisuhteeseen, jossa ei esiinny erityisesti kärsimystä (Bradbury ym., 2000). Ward ym. (2009) määrittelevät parisuhdetyytyväisyyden kahden osatekijän avulla, jotka ovat emotionaalinen ja vuorovaikutuksellinen tila. Parisuhteen emotionaalista tilaa arvioidaan yksilön kokemuksen kautta, jolloin tyytyväisyys parisuhteeseen näyttäytyy hyvinä koettuina kanssakäymisinä, kokemuksina ja odotuksina. Toisin sanoen, kun pariskunta kokee suhteesta enemmän myönteisiä kuin kielteisiä tunteita, voidaan todeta pariskunnan olevan tyytyväinen suhteeseen emotionaalisisella tasolla. Parisuhdetyytyväisyyden toisella osa-alueella vuorovaikutuksellisella tilalla viitataan siihen, millaista puolisoiden keskinäinen vuorovaikutus on. Vuorovaikutuksellista tilaa arvioidessa tarkastellaan, kuinka pari jakaa kokemuksia ja tunteita, sekä kuinka he vaikuttavat toisiinsa.

Tässä tutkielmassa käytetään Busbyn ym. (1995) määritelmää parisuhdetyytyväisyydestä. Busby ym. (1995) jakavat parisuhdetyytyväisyyden kolmeen ulottuvuuteen, jotka ovat yhteisymmärrys, tyytyväisyys ja yhtenäisyys. Yhteisymmärryksellä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon erimielisyyksiä pariskunnalla on esimerkiksi uskontoon, päätöksentekoon ja urasuunnitelmiin liittyvissä näkemyksissä. Tyytyväisyydellä viitataan siihen, kuinka paljon pariskunnalla on erimielisyyksiä, riitelyä tai katumusta parisuhteesta. Yhtenäisyydellä tarkoitetaan puolestaan sitä, kuinka usein pariskunta yhdessä tekee asioita tai keskustelee rauhallisesti ja vaihtaa ajatuksia. Tämä määritelmä parisuhdetyytyväisyydestä on saanut jonkin verran kritiikkiä, sillä tutkijoiden mukaan sillä viitataan pikemminkin pariskunnan sopuisuuteen, kuin itse parisuhdetyytyväisyyteen (Mangialavori, 2020). Kuitenkin tässä tutkielmassa tämä määritelmä on käytännöllinen, sillä aiempien tutkimusten mukaan juuri suhteen sopuisuus on tekijä, joka lisää koettua sosiaalisen tuen määrää, mikä vaikuttaa aiemman tutkimuksen valossa olevan yhteyksissä raskausaikana koettuun stressiin (Ward ym., 2009).

Siirtymä vanhemmuuteen tai useamman lapsen vanhemmaksi voi olla parisuhteelle ja sen toimivuudelle koettelemus (Dulude ym., 2002). Parisuhteen osapuolet voivat erota huomattavasti toisistaan sopeutuessaan uuteen elämäntilanteeseen. Tämä saattaa osaltaan

aiheuttaa kitkaa ja stressiä ennestään sopuisankin parin välille. Tutkimusten mukaan äidin kokema stressi raskausaikana voi olla yhteydessä parisuhdetyytyväisyyteen heikentävästi (Baldoni ym., 2020). Varmoja syy-seuraussuhteita on kuitenkin vaikea muodostaa. Toisaalta Mangialavori ym. (2020) eivät havainneet tutkimuksissaan välittävää yhteyttä parisuhdetyytyväisyyden ja raskaudenajan stressin välillä.

Tutkimusta juuri parisuhdetyytyväisyyden vaikutuksesta raskausajan stressiin ei juurikaan ole (Mangialavori ym., 2020). Salehi ja Shahhosseini (2017) ovat kuitenkin tutkineet parisuhdetyytyväisyyden yhteyttä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Tutkimuksen mukaan äitien alhainen parisuhdetyytyväisyys oli yhteydessä voimakkaampaan huoleen ja murehtimiseen raskausaikana. Tutkimusten mukaan heikko parisuhdetyytyväisyys on voimakkaasti yhteydessä äitien ahdistuneisuuteen ja mielenterveysongelmiin. Kuten aiemmin mainittu puolisoiden emotionaalinen tuki sekä turvallinen ja vakaa parisuhde takaavat paremmat mahdollisuudet äideille sopeutua psyykkisten paineiden edessä (Lee ym., 2021; Saisto ym., 2001).

1.3 Tutkimuskysymykset

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli selvittää äitiin tai parisuhteeseen liittyvien tekijöiden yhteyttä äidin raskausspesifiin ahdistukseen. Tutkielmassa tarkasteltavia taustamuuttujia olivat äidin ikä lapsen syntymähetkellä, koulutus, kuukausitulot, mielialalääkkeiden käyttö, aiemmat synnytykset ja tupakointi. Äidin psykologisiin ominaisuuksiin, psyykkiseen vointiin ja sosiaalisuuteen liittyviä tarkasteltavia muuttujia olivat äidin temperamentti, coping-keinot, masennus- ja ahdistusoireet sekä parisuhdetyytyväisyys. Tutkimusta raskausspesifiin ahdistukseen yhteyksissä olevista tekijöistä ei juurikaan ole, joten tutkimuskysymykset ja hypoteesit perustuvat osittain raskaudenaikaista masennusta ja stressiä käsitteleviin tutkimuksiin.

Aiempiin tutkimuksiin nojaten muodostettiin seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Ovatko äidin ikä, sosioekonomiset tekijät sekä raskauteen ja äidin elintapoihin liittyvät tekijät yhteydessä raskausspesifiin ahdistukseen?
Hypoteesit: Äidin nuori ikä, ensisynnyttäjäisyys, alhainen koulutus- ja tulotaso sekä tupakointi ja mielialalääkkeiden käyttö ovat yhteyksissä voimakkaaseen raskausspesifin ahdistuksen oireiluun. Aikaisemmissa raskausspesifin ahdistuksen tai raskausajan

stressin tutkimuksissa yhteyksien on havaittu olevan pääosin tämän suuntaisia, vaikka äidin iän sekä koulutus- ja tulotason yhteyksiä raskausspesifiin ahdistukseen tai stressiin ei osassa tutkimuksista ole löydetty (Arch, 2013; Gurung ym., 2005; Madhavanprabhakaran, 2015; Westerneng ym., 2017).

2. Ovatko äidin temperamentti, coping-keinot sekä ahdistus- ja masennusoireet yhteyksissä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen?

Hypoteesit: Ensinnäkin äidin temperamentin alakategorioista taipumus negatiiviseen affektiivisuuteen sekä vähäinen tahdonalainen itsesääteily ovat yhteyksissä voimakkaaseen raskausspesifin ahdistuksen oireiluun ja ekstraversio puolestaan vähäiseen raskausspesifin ahdistuksen oireiluun. Aikaisempaa tutkimusta äidin temperamentin yhteyksistä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen ei juurikaan ole. Kuitenkin temperamenttipiirteistä negatiivinen affektiivisuus ja vähäinen tahdonalainen itsesääteily ovat voimakkaasti yhteyksissä persoonallisuuspiirre neuroottisuuteen. Tutkimusten mukaan neuroottisuus on yhteyksissä voimakkaaseen raskausspesifin ahdistuksen oireiluun (Saisto ym., 2001). Toiseksi suotuisten coping-keinojen käyttö, jota tässä tutkielmassa mitataan resilienssin avulla, on yhteydessä vähäiseen raskausspesifiin ahdistukseen. Aikaisemman tutkimustiedon valossa suotuisten coping-keinojen käyttö eli korkea resilienssin taso on yhteyksissä vähäisiin raskaustajan stressin oireisiin. Kolmanneksi ahdistus- ja masennusoireet ovat yhteydessä voimakkaina ilmeneviin raskausspesifin ahdistuksen oireisiin. Aikaisempi tutkimustieto tukee tätä hypoteesia (Westerneng ym., 2017).

3. Onko parisuhdetyytyväisyys yhteydessä raskausspesifiin ahdistukseen?

Hypoteesi: Tyytymättömyys parisuhteeseen on yhteydessä voimakkaisiin raskausspesifin ahdistuksen oireisiin. Aikaisempien tutkimusten mukaan muun muassa puolisoiden emotionaalinen tuki sekä turvallinen ja vakaa parisuhde vaikuttavat kokemukseen parisuhdetyytyväisyydestä ja saattavat lisätä sosiaalisen tuen riittävyyden kokemusta ja näin ollen suojata raskausspesifin ahdistuksen oireilta (Mangialavori ym., 2020; Saisto ym., 2001).

2 Menetelmät

2.1 Tutkittavat

Tutkielman otos on osa FinnBrain syntymäkohorttitutkimusta (www.finnbrain.fi). FinnBrain-tutkimuksessa selvitetään laaja-alaisesti ja monitieteisesti ympäristön ja perimän yhteyttä lapsen kehitykseen ja terveyteen. Tutkimukseen on alun perin lähtenyt mukaan kaiken kaikkiaan 3808 perhettä. FinnBrain-tutkimus on aloitettu vuonna 2010 Turun yliopistossa ja sen on suunniteltu jatkuvan vielä vuosikymmeniä. Tutkittavat on rekrytoitu äitiysklinikoilta perheiden ensimmäisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä Turusta tai sen lähikunnista ja Ahvenanmaalta. Osallistuminen on ollut vapaaehtoista, eikä palkkioita ole tarjottu vastineeksi. Tutkittavat rekrytoitiin raskausviikolla 12 aikavälillä joulukuu 2011 - huhtikuu 2015.

FinnBrain-tutkimuksessa on useita osatutkimuksia, mutta tässä pro gradu- tutkielmassa käytettävä aineisto kuuluu FinnBrainin koko kohorttia koskevaan tutkimukseen. Muissa tarkemmin vanhempia koskevissa osatutkimuksissa selvitetään muun muassa vanhempien psyykkistä hyvinvointia ja kognitiivista toimintakykyä sekä niiden yhteyksiä esimerkiksi lapsen kehitykseen. Tässä pro gradu -tutkielmassa kerättiin tietoa kyselylomakkeilla, jotka äidit ovat täyttäneet raskausviikoilla 14, 24 ja 34 sekä synnytyksen kahdentoista kuukauden kuluttua. Kyselyihin on vastattu oman valinnan mukaan sähköisesti tai postitse.

2.2 Tutkimuksen kulku ja käytetyt mittarit

2.2.1 Taustamuuttajat

Äitien taustamuuttajat kerättiin ensimmäisessä mittauspisteessä raskausviikolla 14. Äideiltä kerättiin tiedot sosioekonomisista tekijöistä, aiemmista mahdollisista synnytyksistä, lääkityksistä sekä äidin elintavoista. Tietoa saatiin siis laajasti muun muassa äidin koulutuksesta, tuloista, siviilisäädystä sekä tupakoinnista. Koulutus jaettiin tässä tutkimuksessa kolmeen luokkaan, jotka olivat toisen asteen koulutuksen käyneet (esim. lukio tai ammattikoulu), alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet (esim. ammattikorkeakoulututkinto tai kandidaatin tutkinto) sekä ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet (esim. maisterin tutkinto tai tätä korkeammat tutkinnot). Äidin kuukausitulot puolestaan jaettiin tässä tutkimuksessa kolmeen luokkaan: 1500€ tai alle ansaitsevat, 1501 – 3000€ ansaitsevat sekä yli 3000€ ansaitsevat. Alun perin kuukausituloja kysyttiin 9-portaisella nousevalla asteikolla, mutta luokkia päädyttiin yhdistämään, sillä muutoin osa tuloluokista olisi

jäänyt hyvin pieniksi. Tieto äidin iästä saatiin valtakunnallisesta syntymärekisteristä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (www.thl.fi). Äidin ikä on ilmoitettu kokonaisina vuosina lapsen syntymähetkellä.

2.2.2 Äidin raskauden aikaisia psyykkisiä oireita kartoittavat kyselyt

Äidin raskaudenaikaista ahdistusta kartoitettiin The Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire Revised 2 -mittarilla (PRAQ-R2) (Huizink ym., 2004, 2016). Kysely toteutettiin raskausviikoilla 14 (N = 536), 24 (N = 2666) ja 34 (N = 2517). PRAQ-R2 lisättiin kyselypatteriin vasta tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa, minkä takia kaikki äidit eivät täyttäneet kyselyä raskausviikolla 14. Käytetty kysely sopii ensi- ja uudelleen synnyttäjille ja on todettu validiteetiltaan hyväksi (Huizink ym., 2016). Kysely on 10-kohtainen ja vastaukset annetaan 5-portaisella Likertin asteikolla (1 = ”Ei pidä koskaan paikkansa; 5 = ”Pitää aina paikkansa”). Väittämiä ovat muun muassa ”Olen huolissani supistusten aiheuttamasta kivusta ja kivusta synnytyksen aikana”, ”Olen huolissani, että lapsemme kärsii huonosta terveydestä, tai on taipuvainen sairasteluun” ja ”Olen huolissani omasta epämiellyttävästä ulkonäöstäni”. Summapisteiden vaihteluväli on 10–50 pistettä ja kliinisenä rajana pidetään yli 34 pistettä. Kokonaissummapisteen lisäksi kysely jaetaan alaskaaloihin, joita ovat synnytyspelko (3 kysymystä), pelko lapsen kehitysvammaisuudesta (4 kysymystä) sekä huoli omasta ulkonäöstä (3 kysymystä). Tässä tutkielmassa käytetään ainoastaan toisen ja kolmannen mittauspisteen summapisteitä. Kyselyssä puuttuvia arvoja sai olla enintään yksi kussakin faktorissa. Tässä tutkielmassa mittari oli reliabiliteetiltään hyvä (vko 24: Chronbachin $\alpha = .83$; vko 34: Chronbachin $\alpha = .85$).

Raskaudenaikaisen masennuksen arvioinnissa käytettiin The Edinburgh Postnatal Depression Scale -mittaria (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). EPDS on 10-kohtainen kysely, jossa korkeammat summapisteet viittaavat voimakkaisiin masennusoireisiin. EPDS-kysely kartoittaa äidin mielialaa eli mielihyvän, ahdistuneisuuden, pelon, alakuloisuuden ja itsesyytösten kokemuksia, univaikeuksia sekä ajatuksia itsen vahingoittamisesta. Väittämiä ovat esimerkiksi ”Olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan” ja ”Olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt”. Tutkittavat raportoivat tuntemuksia ja kokemuksia 4-portaisella asteikolla (esim. ”Kyllä, useimmiten”, ”Kyllä, joskus”, ”En kovin usein” ja ”En koskaan”). EPDS-kyselyn on osoitettu olevan validiteetiltään hyvä mittaamaan raskaudenaikaista ja synnytyksen jälkeistä masennusoireilua (Bergink ym., 2011). Tässä tutkielmassa mittari oli reliabiliteetiltään hyvä (vko 24: Chronbachin $\alpha = .84$; vko 34: Chronbachin $\alpha = .84$).

Äitien yleisiä ahdistusoireita mitattiin puolestaan The Symptom Checklist 90 -kyselyn (SCL-90) (Derogatis, 1992) ahdistuneisuusosion (anxiety subscale) kysymyksillä. Ahdistuneisuusosioon kuuluu 20 kysymystä ahdistuneisuuteen liittyvistä tuntemuksista ja pakonomaisista ajatuksista ja toiminnoista. Oirekartoitukseen kuuluu esimerkiksi ”Jännittyneisyys tai kiihtyneisyys” ja ”Tarve tarkistaa kerran tai useammin se mitä tekee”. SCL-90 sisältää yhteensä yhdeksän alaskaalaa, jotka mittaavat laaja-alaisesti tyypillisiä psykologisia oireita (Derogatis, 1992). Kysymyksiin vastattiin 6-portaisella Likertin asteikolla (0 = koko ajan, 5 = ei lainkaan), jossa äidit arvioivat, kuinka paljon erilaiset oireet näkyvät heidän elämässään. Suomennettu versio SCL-90:tä on todettu validiteetiltaan hyväksi (Holi ym., 1998). Myös alaskaalojen validiteettiin keskittyvän tutkimuksen mukaan SCL-90:n ahdistuneisuusosioiden avulla on mahdollista tunnistaa luotettavasti ahdistuneisuusoireiden vakavuus (Bech ym., 2014). SCL-90-kyselyn reliabiliteetti oli tässä tutkielmassa hyvä (vko 24: Chronbachin $\alpha = .84$; vko 34: Chronbachin $\alpha = .84$).

2.2.3 Temperamenttia kartoittavat kyselyt

Temperamenttia kartoitettiin The Adult Temperament Questionnaire -mittarin (ATQ-SF) lyhyellä versiolla. ATQ-SF-kysely pohjaa Rothbartin ym. (2000) työhön. Tutkittavat täyttivät kyselyn, kun synnytyksestä oli kulunut vuosi. Kysely on 77-kohtainen itseraportointimenetelmä, jossa käytetään 7-portaista Likertin asteikkoa (1 = ”Kuvaa minua erittäin huonosti; 7 = ”Kuvaa minua erittäin hyvin”). Väittämiä on muun muassa ”Ärsynnyn tai turhaudun herkästi melko pienistäkin asioista”, ”Ollessani hermostunut minun on erittäin vaikea olla tarkkaavainen”, ”Haluan yleensä viettää vapaa-aikani muiden ihmisten seurassa” ja ”Voimakkaat äänet ovat mielestäni erittäin ärsyttäviä”. ATQ sisältää neljä temperamentin pääfaktoria ja 13 alafaktoria. Pääfaktoreita ovat negatiivinen affektiivisuus, tahdonalainen itsesääätely, extraversio ja herkkyys aistimuksille. Negatiivisen affektiivisuuden alafaktoreihin kuuluu pelko, surullisuus, epämukavuuden tunne ja turhautuminen. Tahdonalaisen itsesäätelyn alafaktoreita puolestaan ovat huomion suuntaaminen, inhibitiokontrolli ja aktivaatiokontrolli. Extraversion alafaktoreihin kuuluvat sosiaalisuus, positiivinen affektiivisuus ja viehtymys voimakkaisiin ärsykkeisiin. Alafaktoreita aistimusherkkyydelle ovat herkkyys mielikuville ja miellelyhtymille, havaintoherkkyys ja affektiivinen aistiherkkyys. Tässä tutkielmassa käytettiin vain pääfaktoreiden summapistettä. ATQ-SF:n on kääntänyt suomen kielelle Katri Räikkönen-Talvitie ja Helsingin yliopiston kehityspsykologinen tutkimusryhmä. Kyselyssä puuttuvia arvoja sai olla enintään yksi kussakin faktorissa. ATQ on todettu luotettavaksi ja validiksi

aikuisiän temperamentin mittariksi (Evans & Rothbart, 2007; Gaias ym., 2012). ATQ- kyselyn pääfaktorien summapistheet olivat reliabiliteetiltaan hyvät tässä tutkielmassa (Negatiivinen affektiivisuus: Chronbachin $\alpha = .82$; Tahdonalainen itsesäätely: Chronbachin $\alpha = .78$; Ekstraversio: Chronbachin $\alpha = .73$; Herkkyys aistimuksille: Chronbachin $\alpha = .76$).

2.2.4 Coping-keinoja kartoittavat kyselyt

Coping-keinoja kartoitettiin 10-kohtaisella versiolla The Connor-Davidson resilience scale -mittarilla (CD-RISC-10). Tässä aineistossa käytetty versio on lyhennelmä alkuperäisestä Connor-Davidson resilience scale -mittarista, jossa on 25 väittämää (Connor & Davidson, 2003). Menetelmä toteutettiin itseraportoituna raskausviikolla 14, jossa tutkittavat arvioivat eri väittämien sopivuutta omiin ajattelu- ja toimintamalleihin. CD-RISC käyttää 5-portaista Likertin asteikkoa (0 = ”Ei lainkaan totta” ja 4 = ”Lähes aina totta”) eli kokonaispisteet vaihtelevat välillä 0–40. Väittämiä ovat muun muassa ”kykenen sopeutumaan muutoksiin”, ”pystyn käsittelemään epämiellyttäviä tunteita” ja ”pystyn saavuttamaan tavoitteita esteistä huolimatta”. Korkeammat tulokset viittaavat parempaan kykyyn käsitellä vastoinkäymisiä ja muutoksia elämässä. Mittarin sisäistä yhteneväisyyttä mitattiin Cronbachin alfan avulla. Alfan arvo viittasi hyvään reliabiliteettiin $\alpha = .85$ (Campbell-Sills & Stein, 2007). CD-RISC:n rakennevaliditeettia on arvioitu tutkimalla sen yhteyksiä Childhood Trauma Questionnaire Short Form -mittariin sekä Brief Symptom Inventory 18 -mittariin. CD-RISC-10 on todettu olevan validi resilienssin mittari (Connor & Davidson, 2003). CD-RISC-10-kyselyn reliabiliteetti oli tässä tutkielmassa hyvä (vko 14: Chronbachin $\alpha = .85$).

2.2.5 Parisuhdetyytyväisyyttä kartoittavat kyselyt

Parisuhdetyytyväisyyttä kartoitettiin The Revised Dyadic Adjustment Scale -mittarilla (RDAS) raskausviikolla 34 sekä kuukausi ja vuosi synnytyksen jälkeen. Mittari on 14-kohtainen itseraportointimenetelmä ja vastaukset väittämiin annettiin 6-portaisella Likertin asteikolla lukuun ottamatta yhtä kysymystä, johon vastattiin 5-portaisella Likertin asteikolla (Busby ym., 1995). RDAS muodostuu kolmesta faktorista, joita ovat yhteisymmärrys, tyytyväisyys ja yhtenäisyys. Yhteisymmärryksen faktori sisältää väittämiä esimerkiksi urasuunnitelmista ja uskuntoon liittyvistä teemoista. Tyytyväisyyteen puolestaan lukeutuu väittämiä esimerkiksi siitä, kuinka usein parisuhteessa keskustellaan erosta tai riidellään. Yhtenäisyyden eli koheesion faktori puolestaan pitää sisällään väittämiä esimerkiksi siitä, työstäkö pariskunta yhteisiä projekteja tai keskustelevatko he rauhallisesti asioista. Kyselystä lasketaan

kokonaissumma, jossa pisteet vaihtelevat 14–84 välillä. Tässä tutkielmassa käytetään summapistettä sekä alaskaalojen pisteitä. Korkeat arvot viittaavat alhaisiin parisuhdetyytyväisyyden tasoihin. RDAS-kyselyn on todettu olevan validi parisuhdetyytyväisyyden mittari (Busby ym., 1995; Ward ym., 2009). Tässä tutkielmassa mittari oli myös reliabiliteetiltaan hyvä (vko 34: Chronbachin $\alpha = .83$).

2.3 Tilastolliset analyysit

Tämän tutkielman aineiston tilastollisessa analyysissä käytettiin IBM SPSS Statistics -ohjelman versiota 28. Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita siitä, mitkä tekijät ovat yhteyksissä äidin raskausspesifiin ahdistukseen. Äidin raskausspesifin ahdistuksen yhteyttä riippumattomiin muuttujiin tutkittiin korrelaatiokertoimen ja erilaisten ryhmävertailujen avulla. Yhteyksien löytyessä muodostettiin monimuuttujaregressiot ja katsottiin, säilyvätkö yhteydet, kun kaikki muuttujat laitettiin samaan malliin.

Riippuvana muuttujana oli äidin raskausspesifin ahdistuksen oireet, jota käytettiin jatkuvana muuttujana. Riippumattomia muuttujia olivat äidin ikä, koulutus, kuukausitulot, mielialalääkkeiden käyttö, aiemmat synnytykset, tupakointi sekä itseraportoituna äidin temperamentti, coping-keinot, parisuhdetyytyväisyys ja ahdistus- ja masennusoireilu. Äidin ikää, temperamenttia, coping-keinoja, parisuhdetyytyväisyyttä ja ahdistus- ja masennusoireita käytettiin jatkuvina muuttujina. Koulutusta, kuukausituloja, mielialalääkkeiden käyttöä, aiempia synnytyksiä sekä tupakointia käytettiin kategorisina muuttujina.

Ennen aineiston analysointia raskausspesifistä ahdistuksesta muodostettiin raskausviikkojen 24 ja 34 PRAQ-R2 summapistettä yksittäinen keskiarvosummamuuttuja. Keskiarvosummamuuttujan muodostamisessa otettiin huomioon ne äidit, joilta löytyi kyselyiden tiedot molemmista mittauspisteistä. Aineiston analysointiin ei otettu raskausviikon 14 tietoja, sillä vain pieni osa äideistä on täyttänyt PRAQ-R2-kyselyn tässä mittauspisteessä, koska kysely otettiin vasta myöhemmässä vaiheessa tutkimukseen mukaan. Myös SCL-90 ja EPDS-kyselyn kohdalla toimittiin samalla tavalla.

Aineiston analysointi aloitettiin tarkastelemalla muuttujien keskeisiä kuvailevia tunnuslukuja, jonka jälkeen jatkuvien muuttujien jakaumien normaalisuutta tarkasteltiin yksitellen. Raskausspesifin ahdistuksen kohdalla normaalijakauman edellytykset eivät täytyneet erillisissä mittauspisteissä eikä muodostetussa summamuuttujassa (Kolmogorov-Smirnov $p >$

.05; Shapiro-Wilk $p < .05$). Kuitenkin vinouden ja huipukkuuden arvot sijoituivat -2 ja 2 välille, jakaumat muistuttivat silmämääräisesti normaalijakaumaa ja aineistossa on riittävän suuri otoskoko ($N > 50$), joten parametrisia testejä oli perusteltua käyttää keskeisen raja-arvolauseen mukaan. Myöskään äidin ikä, pääosin temperamentti, coping-keinot sekä masentuneisuus eivät noudattaneet normaalijakaumaa (Kolmogorov-Smirnov $p > .05$; Shapiro-Wilk $p < .05$), mutta parametrisia testejä käytettiin samoin perustein kuin raskausspesifin ahdistuksen kohdalla. Yhteyksiä päätettiin siis tarkastella Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. Muuttujista raskausviikot, parisuhdetyytyväisyys ja ahdistuneisuus eivät noudattaneet normaalijakaumaa (Kolmogorov-Smirnov $p > .05$; Shapiro-Wilk $p < .05$). Näiden kohdalla myös vinouden ja huipukkuuden arvot sijoituivat -2 ja 2 ulkopuolelle, joko molemmissa tai jommassakummassa arvossa. Myös jakaumat silmämääräisesti näyttivät jompaankumpaan suuntaan vinoilta tai voimakkaasti huipukkailta. Näiden muuttujien yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimen epäparametrisella vastineella Spearmanin korrelaatiokertoimella.

Kategoristen muuttujien yhteyttä äidin raskausspesifiin ahdistukseen tutkittiin vertailemalla ryhmien jakaumia. Kahden ryhmän jakaumia verrattaessa käytettiin riippumattomien otosten Studentin t-testiä. Useampaa ryhmää verratessa käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysii (ANOVA). Raskausspesifi ahdistus ei täyttänyt normaalijakauman kriteerejä kategoristen muuttujien eri ryhmissä. Raskausspesifiä ahdistusta kohdeltiin kuitenkin kuin normaalisti jakautunutta muuttujaa samoin perustein kuin aiemmin on esitetty. Vertaillessa koulutusta ja raskausspesifiä ahdistusta varianssien yhtäsuuruusoletus ei kuitenkaan täytynyt (Levene $p < .05$). Eri ryhmien variansseja tarkastellessa suurin varianssi ei kuitenkaan ollut neljää kertaa suurempi kuin pienin varianssi ja vertailtavat ryhmät olivat melko samankokoisia. ANOVAn ollessa vahva, sitä päädyttiin kaikesta huolimatta käyttämään. Kuukausitulojen osalta varianssien yhtäsuuruusoletus täyttyi (Leven $p > .05$), joten ANOVAa voitiin käyttää. Synnytysten, ennenaikaisen syntymän, tupakoinnin ja mielialalääkkeiden käytön yhteyttä raskausspesifiin ahdistukseen tutkittiin riippumattomien otosten Studentin t-testin avulla. Kaikkien näiden muuttujien kohdalla varianssien yhtäsuuruusoletus oli myös voimassa (Levene $p > .05$).

3 Tulokset

3.1 Taustamuuttujien yhteydet äidin raskausspesifiin ahdistukseen

Ensin tarkasteltiin taustamuuttujien yhteyksiä muodostettuun raskausspesifin ahdistuksen keskiarvosummamuuttujaan. Äidin iän, synnyttäjäyden, koulutuksen, kuukausitulojen, tupakoinnin ja mielialalääkkeiden käytön kuvailevat tunnusluvut koko aineiston osalta on esitetty taulukossa 2 ja 3. Raskausspesifin ahdistuksen summamuuttujan kuvailevat tunnusluvut koko aineiston osalta laskettiin myös. PRAQ-R2-kyselyn pisteiden keskiarvo oli 23.03 ja keskihajonta 6.23 ($N = 2409$). Pisteiden vaihteluväli oli [10; 47.5].

Äidin iän ja raskausspesifin ahdistuksen yhteyksiä tarkastellessa havaittiin, että nuoremmat äidit kokivat enemmän raskausspesifiä ahdistusta kuin iäkkäämmät ($r = -.11, p < .001$). Yhteys oli kuitenkin heikko. Muiden taustamuuttujien yhteyksien osalta käytettiin keskiarvojen ryhmävertailuja. Taulukossa 3 on esitetty äidin raskausspesifin ahdistuksen kuvailevat tunnusluvut eri taustamuuttujaryhmien mukaan.

Koulutuksella ja äidin raskausspesifillä ahdistuksella havaittiin olevan yhteys, $F(2,2351) = 5.512, p = .004, \eta_p^2 = .005$. Bonferroni-menetelmällä tehdyt jatkovertailut osoittivat, että korkeintaan toisen asteen koulutuksen suorittaneilla oli keskimäärin lähes yhden pisteen (.86) korkeammat pisteet PRAQ-R2-kyselyissä kuin korkeintaan alemman korkeakoulututkinnon suorittaneilla äideillä 95% CI [.09; 1.63], $p = .02$. Samansuuntainen tulos havaittiin, kun vertailtiin korkeintaan toisen asteen suorittaneita ja ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita äitejä. Ryhmien keskiarvojen ero oli lähes yhden pisteen suuruinen (.92), 95% CI [1.88; 1.65], $p = .008$. Kuukausitulojen ja äidin raskausspesifin ahdistuksen välillä ei puolestaan löydetty yhteyttä, $F(2,2349) = 2.395, p = .09, \eta_p^2 = .002$.

Aiempien synnytysten ja raskausspesifin ahdistuksen välillä havaittiin yhteys, $t(2365) = 7.286, p < .001, d_{Cohen} = .3$. Ensisynnyttäjien kokema raskausspesifi ahdistus oli keskimäärin 1.85 pistettä korkeampi kuin aiemmin synnyttäneillä. Ennenaikaisen syntymän ja raskausspesifin ahdistuksen välillä yhteyttä ei havaittu, $t(2406) = 0.27, p = .98, d_{Cohen} = .003$. Tupakoinnin ja raskausspesifin ahdistuksen välillä yhteys löytyi, $t(2407) = -3.945, p < .001, d_{Cohen} = -.23$. Tupakoivilla äideillä PRAQ-R2-kyselyn summapisteesivät keskimäärin 1.42 pistettä korkeammat kuin ei-tupakoivilla äideillä. Myös mielialalääkkeiden käytön ja raskausspesifin ahdistuksen välillä löydettiin yhteys, $t(2371) = -3.74, p < .001, d_{Cohen} = -.44$. Mielialalääkkeitä

käyttävät äidit kokivat raskausspesifiä ahdistusta kyselyn mukaan keskimäärin 2.76 pistettä enemmän kuin äidit, joilla ei ollut mielialalääkitystä.

Taulukko 2

Äitien taustamuuttujat koko aineistossa

	Kaikki äidit N = 2774, n (%)
Ikä	
Äidin ikä vuosina lapsen syntymähetkellä Ka (Kh)	30.6 (4.5)
Vaihteluväli	[17; 46]
Synnytykset	
Ensisynnyttäjät	1398 (50.4%)
Aiemmin synnyttäneet	1324 (47.7%)
Yhteensä	2722 (98.1%)
Koulutus	
Toinen aste	965 (34.8%)
Alempi korkeakoulututkinto	803 (28.9%)
Ylempi korkeakoulututkinto	939 (33.9%)
Yhteensä	2707 (97.6%)
Kuukausitulot euroina	
≤ 1500	1041 (37.5%)
1501-3000	1555 (56.1%)
> 3000	109 (3.9%)
Yhteensä	2705 (97.5%)
Tupakointi	
Kyllä	409 (14.7%)
Ei	2365 (85.3%)
Yhteensä	2774 (100%)
Mielialalääkkäiden käyttö (SSRI/SNRI)	
Käytössä	77 (2.8%)
Ei käytössä	2491 (87%)
Yhteensä	2491 (89.8%)

Taulukko 3

Äidin raskausspesifin ahdistuksen kuvailevat tunnusluvut koulutuksen, kuukausitulojen, synnyttäjäjyyden, tupakoinnin ja mielialalääkkeiden käytön mukaan

	<i>n</i>	<i>ka (kh)</i>	<i>95% CI</i>	<i>Md</i>
Koulutus				
Toinen aste	814	23.62 (6.54)	[23.17; 24.07]	23
Alempi korkeakoulututkinto	697	22.76 (6.02)	[22.32; 23.21]	22.5
Ylempi korkeakoulututkinto	843	22.70 (6.04)	[22.3; 23.11]	22
Kuukausitulot				
≤ 1500	882	23.28 (6.41)	[22.86; 23.71]	23
1501-3000	1374	22.96 (6.2)	[22.64; 23.29]	22.5
> 3000	96	21.9 (5.9)	[20.71; 23.1]	21.5
Synnytykset				
Ensisynnyttäjät	1250	23.9 (6.23)	[23.55; 24.24]	23.5
Aiemmin synnyttäneet	1117	22.05 (6.04)	[21.7; 22.41]	21.5
Tupakointi				
Kyllä	346	24.83 (6.41)	[23.57; 24.92]	24
Ei	2063	22.83 (6.17)	[22.57; 23.09]	22.5
Mielialalääkkeiden käyttö (SSRI/ SNRI)				
Käytössä	73	25.73	[24.34; 27.07]	26
Ei käytössä	2300	22.94	[22.7; 23.2]	22.5

3.2 Äidin masennus- ja ahdistusoireiden, temperamentin ja coping-keinojen sekä parisuhdetyytyväisyyden yhteydet äidin raskausspesifiin ahdistukseen

Taustamuuttujien yhteyksien tutkimisen jälkeen tarkasteltiin monimutkaisempien muuttujien yhteyttä raskausspesifiin ahdistukseen. Ennen yhteyksien tutkimista, tarkasteltiin masennus- ja ahdistusoireiden, temperamentin ja coping-keinojen sekä parisuhdetyytyväisyyden kuvailevia tunnuslukuja, jotka on esitetty taulukossa 4. Äidin raskausspesifiä ahdistuksen yhteyttä monimutkaisiin muuttujiin tutkittiin korrelaatiokertoimien avulla. Yhteydet havaittiin useamman muuttujan kohdalla, vaikka yhteydet olivat heikkoja. Vain temperamentin alafaktorin aistiherkkyyden kohdalla yhteyttä ei havaittu. Yhteyksien korrelaatiot on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 4

Kuvailevat tunnusluvut äitien raskausspesifin ahdistuksen ja masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrästä sekä äidin temperamentista, coping-keinoista ja parisuhdetyytyväisyydestä koko aineistossa

	<i>ka (kh)</i>	<i>Vaihteluväli</i>	<i>n</i>
PRAQ-R2	23.03 (6.23)	[10; 47.5]	2409
EPDS	4.86 (3.64)	[0; 23.03]	2418
SCL-90	3.52 (3.75)	[0; 28]	2412
ATQ-SF			
Negatiivinen affektiivisuus	4 (.68)	[1.78; 6.2]	1580
Tahdonalainen itsesääätely	4.67 (.68)	[2.1; 7]	1579
Ekstraversio	4.7 (.66)	[2.2; 6.52]	1578
Herkkyyys aistimuksille	4.63 (.74)	[2.13; 6.8]	1574
CD-RISC-10	28 (1.7)	[4; 40]	2691
RDAS	30.9 (6.5)	[15; 78]	2477

Huom. PRAQ-R2 = The Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire Revised 2; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale; SCL-90 = The Symptom Checklist-90, ahdistuneisuusosio; ATQ-SF = The Adult Temperament Questionnaire -Short form; CD-RISC-10 = The Connor-Davidson Resilience Scale; RDAS Revised Dyadic Adjustment Scale

Taulukko 5

Masennus- ja ahdistusoireiden, temperamentin, coping-keinojen ja parisuhdetyytyväisyyden yhteys äidin raskausspesifiin ahdistukseen

	PRAQ-R2	
	<i>r_p</i>	<i>n</i>
EPDS	.42**	2404
SCL-90¹	.41**	2402
ATQ-SF		
Negatiivinen affektiivisuus	.29**	1492
Tahdonalainen itsesääätely	-.25**	1491
Ekstraversio	-.14**	1490
Herkkyyys aistimuksille	-.01	1486
CD-RISC-10	-.29**	2340
RDAS¹	.15**	2357

Huom. PRAQ-R2 = The Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire Revised 2; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale; SCL-90 = The Symptom Checklist-90, ahdistuneisuusosio; ATQ-SF The Adult Temperament Questionnaire -Short form; CD-RISC-10 = The Connor-Davidson Resilience Scale; RDAS Revised Dyadic Adjustment Scale

¹Yhteyttä tutkiessa on käytetty Spearmanin korrelaatiokerrointa

**p < .001

3.3 Monimuuttujaregressiot

Taustamuuttujien ja monimutkaisten muuttujien yhteyttä äidin raskausspesifiin ahdistukseen selvitettiin lineaarisen monimuuttujaregression avulla. Selittäjiksi valikoituivat ne tekijät, jotka alustavissa analyyseissä olivat tilastollisesti merkittävästi yhteydessä äidin raskausspesifiin ahdistukseen. Riippuvana muuttujana oli äidin raskausspesifiä ahdistusta mittaavan kyselyn keskiarvosummapistemäärä ja selittäjinä äidin ikä, ensisynnyttäjäisyys, koulutus, tupakointi, mielialalääkkeiden käyttö, ahdistuneisuus- ja masennuskyselyiden keskiarvosummapisteet, temperamenttikyselyn alafaktoreiden negatiivisen affektiivisuuden, tahdonalaisen itsesäätelyn sekä extraversion summapisteet, parisuhdekyselyn summapisteet sekä coping-keinoja kartoittavan kyselyn summapisteet. Ensisynnyttäjäisyys, koulutus, tupakointi ja mielialalääkkeiden käyttö olivat kategorisia muuttujia, joten näistä muodostettiin erikseen dummy-muuttujat, jotta ne voitaisiin lisätä regressioanalyysimalliin. Otoksen koko pieneni regressioanalyysiä tehdessä sillä kaikilta äideiltä ei ollut temperamenttikyselyn tietoja (N = 1350). Masennus- ja ahdistusoireita tarkasteltiin eri malleissa, sillä niiden välinen korrelaatio oli niin vahva. Multikolinearisuusanalyysin mukaan malli voitiin muodostaa, sillä kaikilla muuttujilla toleranssi oli $> .10$ ja VIF oli < 5 .

Malli, jossa huomioitiin kaikki muut selittävät muuttujat, paitsi yleinen ahdistuneisuusoireilu, sopi aineistoon, $F(12, 1341) = 35.37$, $p < .001$. Se selitti raskausspesifin ahdistuneisuuden varianssia kohtalaisesti, korjattu $R^2 = .234$. Mallissa raskausspesifiä ahdistusta lisäsi ensisynnyttäjäisyys, masennus, negatiivinen affektiivisuus sekä coping-keinot. Kun muiden tekijöiden vaikutus otettiin huomioon, mielialalääkkeiden käyttö puolestaan vähensi raskausspesifin ahdistuneisuuden riskiä vastoin alustavien analyysien tuloksia. Kun, kaikkia muuttujia tarkasteltiin samassa mallissa äidin ikä, koulutus, tupakointi, temperamenttipiirteet tahdonalainen itsesääntely ja ekstraversio sekä parisuhdetyytyväisyys kadottivat tilastollisesti merkitsevän yhteyden raskausspesifiin ahdistukseen. Malli on kuvattu tarkemmin taulukossa 6. Toinen malli, jossa masennusoireiden sijaan huomioitiin ahdistusoireet, sopi myös aineistoon, $F(12, 1339) = 34.16$, $p < .001$. Se selitti raskausspesifin ahdistuneisuuden varianssia myös kohtalaisesti, korjattu $R^2 = .227$. Tässä mallissa raskausspesifin ahdistuksen riskiä lisäsivät ensisynnyttäjäisyys, ahdistuneisuus, negatiivinen affektiivisuus ja coping-keinot. Lisäksi tässä mallissa myös tupakointi lisäsi riskiä raskausspesifille ahdistukselle. Tässäkin mallissa mielialalääkkeiden käyttö oli raskausspesifiltä ahdistukselta suojaava tekijä, kun muiden muuttujien vaikutukset otettiin huomioon. Tässäkin mallissa äidin ikä, koulutus,

temperamenttipiirteet tahdonalainen itsesääteily ja ekstrasversio sekä parisuhdetyytyväisyys kadottivat tilastollisesti merkitsevän yhteyden raskausspesifiin ahdistukseen, kun kaikki muuttujat laitettiin samaan malliin. Malli on kuvattu tarkemmin taulukossa 7.

Taulukko 6

Monimuuttujaregressio, jossa äidin raskausspesifin ahdistuksen selittävinä tekijöinä ovat taustamuuttujat sekä monimutkaisemmat ilmiöt (poissulkien SCL-90).

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>95% CI</i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Äidin ikä	-0.06	.04	[-.13; .02]	-.04	.12
Koulutus					
Toinen aste vs. ylempi korkeakoulututkinto ¹	-.21	.39	[-.97; .56]	-.02	.6
Alempi vs. ylempi korkeakoulututkinto ¹	-.31	.36	[-1.01; .39]	-.02	.39
Ensisynnyttäjäisyys²	1.74	.32	[1.13; 2.36]	.14	< .001
Tupakointi³	.82	.47	[-.10; 1.74]	.04	.08
Mielialalääkkeet (SSRI/SNRI)⁴	-1.9	.87	[-3.6; -.2]	-.05	.03
EPDS	.59	.05	[.50; .69]	.34	< .001
ATQ-SF					
Negatiivinen affektiivisuus	.96	.26	[.45; 1.48]	.11	< .001
Tahdonalainen itsesääteily	-.28	.26	[-.79; .23]	-.03	.28
Ekstrasversio	-.18	.24	[-.66; .29]	-.02	.45
CD-RISC-10	-.15	.04	[-.33; -.08]	-.12	< .001
RDAS	-.01	.03	[-.06; .04]	-.01	.68

Huom. EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale; ATQ-SF = The Adult Temperament Questionnaire -Short form; CD-RISC-10 = The Connor-Davidson Resilience Scale; RDAS = Revised Dyadic Adjustment Scale

¹Verrattuna ylempään korkeakoulututkintoon

²Verrattuna aiemmin synnyttäneisiin

³Verrattuna ei-tupakoiviin

⁴Verrattuna ei-mielialalääkkeitä käyttäviin

Taulukko 7

Monimuuttujaregressio, jossa äidin raskausspesifin ahdistuksen selittävinä tekijöinä ovat taustamuuttujat sekä monimutkaisemmat ilmiöt (poissulkien EPDS).

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>95% CI</i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Äidin ikä	-0.06	.04	[-.13; .02]	-.04	.14
Koulutus					
Toinen aste vs. ylempi korkeakoulututkinto ¹	-.14	.39	[-.91; .63]	-.01	.72
Alempi vs. ylempi korkeakoulututkinto ¹	-.22	.36	[-.93; .48]	-.02	.54
Ensisynnyttäjäyys²	1.38	.32	[.76; 2]	.11	< .001
Tupakointi³	.94	.47	[.02; 1.86]	.05	.045
Mielialalääkkeet (SSRI/SNRI)⁴	-3.0	.88	[-4.74; -1.29]	-.85	< .001
SCL-90	.53	.04	[.44; .61]	.33	< .001
ATQ-SF					
Negatiivinen affektiivisuus	.93	.27	[.41; 1.45]	.1	< .001
Tahdonalainen itsesääätely	-.27	.26	[-.78; .24]	-.03	.3
Ekstraversio	-.24	.24	[-.71; .24]	-.03	.33
CD-RISC-10	-.15	.04	[-.22; -.08]	-.12	< .001
RDAS	.03	.03	[-.03; .08]	.03	.32

Huom. SCL-90 = The Symptom Checklist, ahdistuneisuusosio; ATQ-SF = The Adult Temperament Questionnaire -Short form; CD-RISC-10 = The Connor-Davidson Resilience Scale; RDAS = Revised Dyadic Adjustment Scale

¹Verrattuna ylempään korkeakoulututkintoon

²Verrattuna aiemmin synnyttäneisiin

³Verrattuna ei-tupakoiviin

⁴Verrattuna ei-mielialalääkkeitä käyttäviin

4 Pohdinta

Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää laajasti äidin raskausspesifiin ahdistukseen yhteydessä olevia tausta- ja yksilötekijöitä. Tarkemmin tarkastelun kohteena olivat erilaisten taustamuuttujien ja monimutkaisten psykologisten ilmiöiden yhteydet raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Taustamuuttujina tässä tutkielmassa olivat äidin ikä, ensisynnyttäjäisyys, koulutus, kuukausitulot, tupakointi ja mielialalääkkeiden käyttö. Monimutkaisempina psykologisina ja sosiaalisina muuttujina olivat äidin temperamentti, coping-keinot, ahdistus- ja masennusoireilu sekä parisuhdetyytyväisyys. Tutkielmassa oltiin kiinnostuneita siitä, mitkä äitiin liittyvät tekijät saattavat lisätä raskausspesifiä ahdistusta, ja mitkä puolestaan voisivat suojata siltä. Hypoteesit muodostettiin aiempaan tutkimustietoon nojaten sekä raskaustajan stressin ja raskausspesifin ahdistuksen teoriapohjasta. Hypoteesien mukainen yhteys raskausspesifille ahdistukselle löytyi ensisynnyttäjäisyyden, tupakoinnin, yleisten ahdistus- ja masennusoireiden, coping-keinojen sekä temperamentin negatiivisen affektiivisuuden väliltä. Mielialalääkkeiden käytön ja raskausspesifin ahdistuksen väliltä yhteys löytyi, mutta se oli päinvastainen asetetun hypoteesin kanssa silloin kun mallissa huomioitiin ajankohtaiset masennus- ja ahdistusoireet. Sen sijaan hypoteesien vastaisesti äidin iän, koulutuksen, kuukausitulojen, temperamentin tahdonalaisen kontrollin ja ekstraversioon sekä parisuhdetyytyväisyyden väliltä yhteyksiä ei löytynyt.

Tässä tutkielmassa havaittiin, että erityisesti ensisynnyttäjäisyys ja temperamentin negatiivinen affektiivisuus lisäsivät äidin kokemaa raskausspesifiä ahdistusta molemmissa monimuuttujamalleissa. Yhteys ensisynnyttäjäisyyden ja raskausspesifin ahdistuksen kanssa on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa (Arch, 2013; Madhavanprabhakaran ym., 2015; Westerneng ym., 2017). Westernengin ym. (2017) mukaan tätä voisi selittää se, että ensi kertaa raskaana olevat eivät ole kokeneet raskauteen tai synnytykseen liittyviä asioita aiemmin, minkä takia he olisivat alttiimpia raskausspesifille ahdistukselle. Tätä näkökulmaa tukee myös puhtaasti raskausspesifin ahdistuksen ilmiöön keskittyvä tutkimus. Raskausspesifissä ahdistuksessa keskeistä on epävarmuus tulevasta esimerkiksi, kuinka sikiö voi tai kuinka synnytys tulee sujumaan (Barlow, 2000; Sjörgen, 1995). Tämän tiedon valossa onkin siis luonnollista, että ensisynnyttäjillä on suurempi alttius raskausspesifille ahdistuneisuudelle kuin aiemmin synnyttäneillä, jotka ovat jo ainakin kertaalleen kokeneet raskaustajan ja synnytyksen.

Temperamentin ja raskausspesifin ahdistuksen yhteyksistä ei puolestaan ole juuri aiempaa tutkimusta. Siitä syystä tämän tutkielman tulos tuokin uutta tietoa näiden kahden muuttujan

yhteyksistä. Kuten aiemmin esitelty temperamentin negatiivinen affektiivisuus on voimakkaasti yhteyksissä persoonallisuuspiirre neuroottisuuteen. Aiemmissä tutkimuksissa on puolestaan havaittu, että tämä persoonallisuuspiirre on yhteydessä voimakkaampaan raskausspesifiin ahdistukseen (Pluess ym., 2010; Saisto ym., 2001). Temperamentin negatiivisen affektiivisuuden pääluokassa keskeistä on juuri niin sanottujen negatiivisten tunteiden, kuten pelon, surun ja epävarmuuden, hallitsevuus elämässä. Näitä elementtejä sisältyy myös raskausspesifiin ahdistuksen, minkä takia on luonnollista, että äidit, joilla on jo temperamenttinsa puolesta taipumus negatiiviseen affektiivisuuteen altistuvat herkemmin raskausspesifille ahdistukselle kuin ne äidit, joilla negatiivinen affektiivisuus on vähäistä.

Lisäksi tämän tutkielman tulosten mukaan ahdistus- ja masennusoireet lisäsivät äidin raskausspesifiä ahdistusta. Nämä tulokset antavat vahvistusta myös aiemmalle tutkimukselle (Arch, 2013; Saisto ym., 2001; Westerneng ym., 2017). Archin (2013) mukaan tätä voisi selittää se, että yleistä ahdistusta tai masennusta kokevat saattavat raskausaikana suunnata huolensa voimakkaammin raskauteen ja synnytykseen, jolloin muut kohteet jäävät taka-alalle. Toisaalta jo valmiiksi ahdistusta tai masennusta kokevilla huolestunut ja alentunut mieliala itsessään voi altistaa raskausspesifin ahdistuksen kokemiselle.

Hypoteesien mukaisesti suotuisten coping-keinojen käyttö oli raskausspesifiä ahdistusta vähentävä tekijä. Yhteys jäi kuitenkin selkeästi heikommaksi kuin muilla muuttujilla. Tähän vaikuttanee ainakin se, että coping-keinojen ja resilienssin määritelmät ovat melko moniulotteisia. Kuten aiemmin mainittu keinojen suotuisuus saattaa olla myös kontekstisidonnaista, tarkoittaen sitä, että kaikki keinot eivät aina ole absoluuttisesti joko hyviä tai huonoja. Joka tapauksessa tulos kuitenkin tukee taustateoriaa ja aiempaa tutkimusta suotuisten coping-keinojen ja raskausajan stressin yhteyksistä (Guardino & Dunkel Schetter, 2014; Huizink ym., 2002; Kinsler ym., 2001). Tämän tutkielman tulosten vertaamisessa aikaisempien tutkimusten tuloksiin täytyy kuitenkin pitää tietynlainen kriittisyys, sillä tutkimus on vähäistä ja käytettyjen mittareiden välillä on ollut eroja. Mittarien erilaisuus korostuu coping-keinoihin liittyvissä tutkimuksissa, sillä kuten aiemmin mainittu ilmiön määrittely on monimutkaista, jolloin mittarit saattavat kartoittaa hieman eri asioita. Lisäksi coping-keinojen tiedetään olevan myös tilannesidonnaisia ja ne saattavat muuttua elämän aikana. Tästä syystä voi jossain määrin olla haastava määrittää syy-seuraussuhdetta coping-keinojen ja raskausspesifin ahdistuksen välille.

Tämän tutkielman tuloksista elintapoihin liittyvän muuttujan eli tupakoinnin yhteys raskausspesifiin ahdistukseen korostui selkeämmin mallissa, jossa ei ollut muuttujana masennusta. Eli toisin sanoen, kun selittävänä tekijänä huomioitiin ahdistus, myös tupakointi raskausspesifiä ahdistusta selittävänä tekijänä oli tilastollisesti merkitsevä. Kuitenkin molemmissa malleissa tulos oli lähellä tilastollisen merkitsevyyden rajaa ($p < .05$), jolloin tulkintaan täytyy suhtautua kriittisesti. Aikaisemmissa tutkimuksissa tupakoinnin yhteys äidin raskausspesifiin ahdistukseen ei ole aina ollut lineaarinen, vaan se on noudattanut U-käyrää (Goedhart ym. 2009; Westerneng ym., 2017). Voi siis olla, että tästä syystä tässä tutkielmassa tupakoinnin ja raskausspesifin ahdistuksen väliset yhteydet jäivät heikommiksi, jos yhteys ei olekaan todellisuudessa lineaarinen. Tupakoinnin ja raskausspesifin ahdistuksen välille on myös haastavaa vetää syy-seuraussuhteita, sillä joissain tapauksissa tupakointi voisi toimia myös epäsuotuisana coping-keinona raskausspesifin ahdistuksen sietämiseksi (Weaver ym., 2008).

Viimeisenä raskausspesifin ahdistuksen selittävän tekijän mielialalääkkeiden käytön yhteys oli myös voimakas molemmissa malleissa, mutta erityisesti mallissa, jossa ahdistuneisuus oli mukana. Vaikutuksen suunta oli kuitenkin päinvastainen hypoteesien kanssa. Alustavissa analyyseissa kuitenkin vaikutti siltä, että mielialalääkkeitä käyttävät saivat korkeammat pisteet raskausspesifiä ahdistusta kartoittavasta kyselystä. Kuitenkin, kun kaikkia muuttujia, joilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys raskausspesifin ahdistuksen kanssa, tarkasteltiin samassa mallissa, mielialalääkkeiden käyttö vähensikin raskausspesifiä ahdistusta. Tämä siis tarkoittaa, että kun muut raskausspesifiin ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät otetaan huomioon, mielialalääkkeiden käyttö voi olla raskausspesifin ahdistuksen voimakkailta oireilta suojaava tekijä. Mielialalääkkeitä käyttävillä äideillä on mitä todennäköisimmin todettu jokin mielenterveyden häiriö, jolloin esimerkiksi yleistä ahdistuneisuutta tai masennusta kartoittavien kyselyiden summapistheet voivat keskimäärin olla suuremmat. Kun mielialalääkkeiden käytön yhteyttä raskausspesifiin ahdistukseen tarkasteltiin yksinään, ei äidin psyykkistä oireilua kontrolloitu, jolloin tulos onkin ymmärrettävästi erisuuntainen. Kaiken kaikkiaan lopullinen tulos käy järkeen. On luonnollista, että mielialalääkkeet suojaavat voimakkaimmilla raskausspesifin ahdistuksen oireilta, muun muassa silloin kun huomioidaan äidin muu psyykinen vointi. Toisaalta tässä aineistossa mielialalääkkeitä käyttävien äitien määrä oli todella pieni verrattuna niihin äiteihin, jotka eivät käyttäneet mielialalääkkeitä.

Hypoteesien vastaisesti äidin nuori ikä, alhaisempi koulutustaso, temperamentin tahdonalainen itsesääntely ja ekstrasversio sekä parisuhdetyytyväisyys eivät olleet tässä tutkielmassa yhteyksissä äidin raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Näiden muuttujien yhteydet löytyivät alustavissa analyyseissä, mutta yhteydet katosivat, kun kaikkia muuttujia tarkasteltiin yhtä aikaa. Tämän tutkielman tulos äidin iän yhteyksistä raskausspesifiin ahdistukseen on kuitenkin linjassa aiemmin länsimaissa tehtyjen tutkimusten kanssa (Arch, 2013; Westerneng ym., 2017). Todennäköisesti niissä tutkimuksissa, joissa nuori ikä on ollut vahvasti yhteydessä raskausspesifiin ahdistukseen, tuloksiin vaikuttanevat suuresti kulttuuriset tekijät (Madhavanprabhakaran ym., 2015). Muissa kuin länsimaissa äidiksi tullaan keskimäärin nuorempina, mikä voi selittää sitä, että iän yhteys raskausspesifiin ahdistukseen on ilmeisempi kuin länsimaissa.

Tässä tutkielmassa alhainen koulutustaso oli alustavissa analyyseissa yhteyksissä voimakkaaseen raskausspesifiin ahdistukseen. Yhteys kuitenkin hävisi jatkotarkastelussa, kun kaikki muuttujat laitettiin samaan malliin. Tulos on samansuuntainen Archin (2013) ja Westernengin ym. (2017) tutkimusten tulosten kanssa. Kun eri koulutusasteiden raskausspesifin ahdistuksen keskiarvoja vertailtiin, huomattiin, että erot ovat hyvin pieniä eri asteiden välillä. Tuloksiin voikin vaikuttaa se, että tässä tutkielmassa on mukana keskimäärin melko korkeasti koulutettuja äitejä. Suurin osa äideistä onkin suorittanut joko alemman tai ylemmän korkeakoulututkinnon. Koulutuksen vaikutuksia olisikin kiinnostavaa tutkia koulutuksen kannalta heterogeenisemmässä aineistossa.

Temperamentin alaluokkien tahdonalaisen itsesääntelyn ja ekstrasersion yhteydet raskausspesifiin ahdistukseen hävisivät monimuuttujamalleja muodostettaessa. Alustavissa analyyseissä yhteydet löytyivät, mutta olivat heikkoja erityisesti ekstrasersion kohdalla. Tämä antaisi viitettä sille, että temperamenttipiirteistä ensisijaisesti negatiivinen affektiivisuus on merkittävin raskausspesifiä ahdistusta lisäävä tekijä. Tahdonalainen itsesääntely ja ekstrasversio voivatkin olla välillisesti yhteyksissä raskausspesifiin ahdistukseen, sillä tutkimusten mukaan ne ovat yhteyksissä muun muassa tunnesääntelytaitoihin ja myönteisyyteen (Rothbart ym., 2007). Joka tapauksessa tutkimusta temperamentin ja raskausspesifin ahdistuksen yhteyksistä tarvitaan vielä lisää, jotta voidaan muodostaa varmempia päätelmiä näiden kahden ilmiön yhteyksistä.

Parisuhdetyytyväisyyden ja raskausspesifin ahdistuksen väliset yhteydet olivat puolestaan jo alustavissa analyyseissä heikot, vaikkakin tilastollisesti merkitsevät. Yhteys oli myös

hypoteesin mukainen eli mitä tyytymätön äiti oli parisuhteeseen, sitä todennäköisemmin hän koki raskausspesifiä ahdistusta. Monimuuttujamallia muodostaessa yhteys kuitenkin katosi. Tulos siis jossain määrin on ristiriidassa aiemman tutkimuksen kanssa, sillä yhteys ei kuitenkaan ollut niin voimakas (Saisto, 2001; Salehi & Shahhosseini, 2017). Osaltaan tähän voi vaikuttaa muun muassa se, että parisuhdetyytyväisyyden määritelmä kaiken kaikkiaan on vielä hieman epäselvä, eikä tiedemaailma ole päässyt siitä vielä täysin yhteisymmärrykseen (Mangialavori ym., 2021). Lisäksi aikaisemmissa tutkimuksissa on käytetty laajaa kirjoa eri parisuhdetyytyväisyyden mittareita. Tässä tutkielmassa äidit olivat myös keskimäärin melko tyytyväisiä parisuhteisiinsa, mikä voi myös osaltaan vaikuttaa siihen, miksi yhteys raskausspesifiin ahdistukseen oli heikko.

Tässä tutkielmassa kuukausitulot eivät olleet missään vaiheessa tilastollisesti merkittävästi yhteyksissä äidin raskausspesifiin ahdistukseen, vaikka kuvailevien tunnuslukujen mukaan korkeamman tulotason omaavilla raskausspesifin ahdistuksen oireet olivat vähäisemmät. Tulos on samansuuntainen esimerkiksi Westernengin ym. (2017) tutkimuksen kanssa. Tähän voi vaikuttaa muun muassa se, että tuloluokkien ryhmät olivat erisuuruisia. Lisäksi keskimmäisen tuloryhmän haitari oli melko suuri. Toisaalta tässä tutkielmassa otettiin huomioon ainoastaan äidin kuukausitulot. Mikäli äiti elää parisuhteessa on hyvin todennäköistä, että puolison tulotaso myös vaikuttaa elintasoon ja saattaa jopa kompensoida äidin heikompaa tulotasoa. Jatkossa olisikin siis hyvä tarkastella koko perheen kuukausituloja pelkän äidin kuukausitulojen sijaan.

Kaiken kaikkiaan tämän tutkielman tulokset ovat pääosin linjassa aiemman tutkimuksen ja teorian tiedon kanssa ja näin ollen tuo vahvistusta aiemmin saaduille tuloksille raskausspesifiin ahdistukseen yhteyksissä olevista tekijöistä. Tutkielma antaa myös alustavaa tietoa äidin temperamentin ja coping-keinojen yhteyksistä raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Uutta tietoa saatiin myös mielialalääkkeiden käytön yhteydestä raskausspesifiin ahdistukseen. Muodostettujen mallien selitysasteet olivat kohtalaisen suuria, mikä tarkoittaa sitä, että tässä tutkielmassa tarkastellut tekijät selittäisivät noin 23% raskausspesifin ahdistuksen vaihtelusta. On kuitenkin syytä muistaa ja tutkia tulevaisuudessa, mitkä muut tekijät voisivat myös vaikuttaa raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen, tai löytyykö kenties muuttujia, jotka voisivat paremmin ja yksinkertaisemmin selittää sitä.

4.1 Rajoitukset ja vahvuudet

Tämän tutkielman suurin vahvuus on pitkittäistutkimuksen tutkimusasetelma, jossa otoskoko on suuri. Vahvuutena pitkittäistutkimuksessa on se, että tietoa esimerkiksi äidin psyykkisestä oireilusta on saatu useista mittauspisteistä, vaikka tässä tutkielma eri mittauspisteiden tiedot yhdistettiin. Aineiston suuri koko tuo toisaalta etujen lisäksi myös rajoituksia. Mitä suurempi aineisto, sitä herkemmin tulokset näyttäytyvät tilastollisesti merkitsevinä, vaikka todellisuudessa yhteys olisi heikko tai mitätön. Tämä onkin syytä pitää mielessä tämän tutkielman tulosten tulkinnessa. Yhteyksien löytymiselle ei siis voi antaa liian merkittävää painoarvoa. Lisäksi, vaikka otoskoko on suuri ja kattava, tuloksia ei välttämättä voi yleistää koko väestöä koskevaksi. Tämä johtuu siitä, että aineistoon kuuluu pääosin hyvin toimeentulevia ja korkeakoulutettuja äitejä. Lisäksi suurin osa äideistä oli joko avo- tai avioliitossa. Näin ollen aineisto ei todellisuudessa vastaa täysin normiväestöä. Tämä on kuitenkin yleinen haaste tutkimuksissa. Yleisesti hyvinvoivien koehenkilöiden motivaatio mukana pysymiseen ja tutkimukseen osallistumiseen on suurempaa, kuin riskiryhmässä olevien.

Tämän tutkielman vahvuuksiin lukeutuu myös se, että se toi uutta tietoa ja kartoitti laajassa mittakaavassa useita mahdollisia raskausspesifiin ahdistukseen yhteyksissä olevia tekijöitä. Tutkimuksia raskausspesifiin ahdistukseen yhteyksissä olevista tekijöistä on ennestään vain muutamia. Lisäksi tutkimukset näyttävät pääosin keskittyvän taustatekijöiden, kuten sosioekonomisten tekijöiden, elintapojen ja aikaisempiin synnytyksien, ja raskausspesifin ahdistuksen yhteyksiin. Tässä tutkielmassa onkin otettu myös huomioon monimutkaisia psykologisia ominaisuuksia, kuten temperamentti ja coping-keinot, joiden osalta tämä tutkielma toi täysin uutta tietoa. Yksi tutkielman vahvuus on myös se, että tietojen mittauspisteet ovat tarkoin harkitut. Lähes kaikkia tietoja on kartoitettu kaikissa tässä tutkielmassa käytetyistä mittauspisteissä. Ainoastaan temperamenttia on kartoitettu vuosi lapsen syntymän jälkeen, mutta aiempaan tutkimustietoon nojaten, temperamentti on suhteellisen pysyvä ominaisuus, jolloin tulosta voidaan tästä näkökulmasta pitää suhteellisen luotettavana (Rothbart & Derryberry, 1981). Mittauspisteisiin liittyvänä rajoituksena on kuitenkin se, että esimerkiksi äidin psyykkistä vointia kartoittavat kyselyt on täytetty samoissa mittauspisteissä raskausspesifiä ahdistusta kartoittavan mittarin kanssa. Esimerkiksi äidin psyykkisestä voinnista ja coping-keinoista ennen raskautta ei ole lainkaan tietoa. Tämä tarkoittaa siis sitä, että varsinaisia johtopäätöksiä siitä, mikä ennustaa raskausspesifiä

ahdistusta, ei voida tehdä sillä tässä tutkielmassa käytettyjä muuttujia on osittain mitattu vain samoissa mittauspisteissä raskausspesifin ahdistuksen kanssa.

Tutkielman rajoituksiin lukeutuu se, että kaikki käytetyt mittarit (PRAQ-R2, EPDS, SCL-90, ATQ-SF, CD-RISC ja RDAS) olivat itseraportointimenetelmällä toteutettuja. Kerätty tieto perustuu siis äidin subjektiiviseen kokemukseen omista oireistaan tai ominaisuuksistaan. Tästä syystä tieto saattaa jossain määrin olla vääristynyttä, jos äidit eivät ole vastanneet kyselyyn todenmukaisesti, vaan esimerkiksi hieman vääristellen. Lisäksi itseraportointimenetelmissä riskinä on väärinymmärrysten tapahtuminen. Toisena rajoituksena tässä tutkielmassa on se, että raskausspesifiä ahdistusta kartoittava kysely lisättiin tutkimukseen mukaan vasta myöhemmässä vaiheessa, minkä takia ensimmäisestä raskausajan mittauspisteestä ei ole saatavilla kattavaa tietoa ja näin ollen pistettä ei voitu ottaa mukaan analyyseihin.

4.2 Jatkotutkimusehdotukset

Kuten aiemmin mainittu, tässä tutkielmassa saatiin vahvistusta aiemmalle raskausspesifin ahdistuksen selittävien tekijöiden tutkimukselle. Lisäksi tutkielma toi uutta tietoa muun muassa temperamentin ja coping-keinojen yhteyksistä raskausspesifin ahdistuksen esiintymiseen. Tässä tutkielmassa käytettiin kuitenkin ainoastaan raskausspesifiä ahdistusta mittaavan kyselyn summapistettä yhteyksiä tarkastellessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että ilmiöiden tai taustamuuttujien yhteydet saattavat löytyä vain raskausspesifin ahdistuksen alaluokkiin eli synnytykseen liittyviin pelkoihin, pelkoon lapsen terveydestä ja henkisestä tai fyysisestä kehitysvammaisuudesta sekä huoleen oman ulkonäön muutoksista (Westerneng ym., 2017). Esimerkiksi Westerneng ym. (2017) havaitsivat tutkimuksessaan, että äidin nuori ikä ja alhainen koulutus olivat yhteyksissä synnytykseen liittyviin pelkoihin ja huoleen oman ulkonäön muutoksista, mutteivät raskausspesifin ahdistuksen summamuuttujaan. Tästä syystä jatkossa olisi vielä kiinnostavaa tarkastella lisää, miten eri muuttujat ovat yhteyksissä raskausspesifin ahdistuksen alaluokkiin.

Tämän lisäksi olisi tärkeää tutkia vielä, miten eri muuttujien yhteydet pysyvät, kun tarkastellaan raskausspesifin ahdistuksen pisteitä useammassa eri mittauspisteessä. Tällöin onkin mahdollisempaa pohtia luotettavammin syy-seuraussuhteita. Vaikka tässä tutkielmassa otettiin huomioon eri mittauspisteiden tulokset, tutkielman tarkastelun kohteena ei kuitenkaan ollut, kuinka ominaisuudet muuttuvat eri mittauspisteissä. Lisäksi tulevaisuudessa olisi kiinnostavaa tutkia raskausspesifin ahdistukseen liittyviä tekijöitä riskiaineistossa. Länsimaisessa

riskiaineistossa tehtyä tutkimusta ei juurikaan löydy, joten olisikin tärkeää, että tutkimusta myös tässä populaatiossa tehtäisiin. Todennäköisesti riskiryhmiin kuuluvat äidit olisivat kipeimmin tuen tai hoidon tarpeessa, minkä takia raskausspesifin ahdistuksen taustalla vaikuttavat tekijät olisi tärkeää tunnistaa, jotta hoito voitaisiin aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tällä hetkellä riskiryhmään liittyvää tutkimusta on tehty pääasiassa muissa kuin länsimaissa, joten tutkimustiedon soveltamisessa länsimaisessa kulttuurissa on pidettävä tietty kriittisyys.

Tässä tutkielmassa ei myöskään kontrolloitu aiempien tai nykyisen raskauden komplikaatioita. Jo pelkän raskausspesifin ahdistuksen määritelmässä mainitaan, että raskausspesifin ahdistuksen usein laukaisee todettu tai pelko raskauden tai synnytyksen komplikaatioista (Bayrampour ym., 2012a). Lisäksi myös tutkimusten mukaan todetulla raskauden tai synnytyksen uhalla on voimakas yhteys esimerkiksi raskausspesifin ahdistuksen alaluokkaan synnytykseen liittyvään pelkoon (Westerneng ym., 2017). Tästä syystä tulevaisuudessa olisikin mielenkiintoista ja tärkeää huomioida nämä tekijät vielä raskausspesifiin ahdistukseen liittyviä tekijöitä tutkiessa. Mahdollisia raskausspesifin ahdistuksen hoitamiseen kohdistettuja interventioita ajatellen olisi tärkeää tutkia tekijöitä, jotka voisivat suojata raskausspesifin ahdistuksen oireilta. Tämä tutkielma antoi alustavaa viitettä esimerkiksi coping-keinojen ja mielialalääkkeiden käytön suojaavista vaikutuksista, mutta kaiken kaikkiaan suojaaviin tekijöihin kohdistuva tutkimus on vielä todella vähäistä.

4.3 Johtopäätökset

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin äidin raskausspesifiin ahdistukseen yhteydessä olevia tekijöitä raskausaikana. Tulosten mukaan äidin raskausspesifiä ahdistusta selittäisivät voimakkaimmin tässä tutkielmassa ensisynnyttäjäisyys ja äidin temperamenttipiirre negatiivinen affektiivisuus. Lisäksi äidin masennus- ja ahdistusoireilu olivat yhteydessä äidin raskausspesifin ahdistuksen ilmenemiseen. Tupakoinnin ja mielialalääkkeiden käytön osalta yhteydet olivat vaihtelevia riippuen siitä, oliko tarkastelussa mukana äidin yleinen ahdistuneisuus- vai masennusoireilu. Yllättävänä havaintona mielialalääkkeet toimivat raskausspesifiltä ahdistukselta suojaavana tekijänä, kun muita muuttujia, kuten äidin psyykkistä vointia, tarkasteltiin samaan aikaan. Myös suotuisilla coping-keinoilla havaittiin olevan suojaava vaikutus äidin raskausspesifiltä ahdistukselta. Tässä tutkielmassa äidin raskausspesifiin ahdistukseen eivät olleet yhteydessä äidin nuori ikä, alhaiset kuukausitulot ja koulutustaso, temperamenttipiirteet tahdonalainen itsesäätely ja ekstraversio eikä parisuhdetyytyväisyys.

Kliinisessä mielessä tämä tutkielma antaa tärkeää tietoa äitien raskausajan psyykkiseen vointiin liittyvistä tekijöistä. Tämä tieto on tärkeää, jotta raskausspesifille ahdistukselle alttiit äidit tunnistetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa esimerkiksi neuvolakäynnin yhteydessä. Raskausspesifin ahdistuksen seulonta ja tunnistaminen on tärkeää, jotta äidit voidaan ohjata hoidon tai tuen piiriin. Tämän avulla voidaan osaltaan ennaltaehkäistä raskausspesifin ahdistuksen vaikutuksia esimerkiksi synnytykseen ja lapsen kehitykselle sekä vanhemman ja lapsen välisen suhteen muodostumiselle. Tukemalla äitejä, jotka ovat ensi kertaa raskaana tai joilla temperamentin tai aiempien psyykkisten oireiden perusteella on suurempi riski kärsiä raskausspesifistä ahdistuksesta, voidaan ennaltaehkäistä myös myöhempiä vakavampia psyykkisiä oireita. Toisaalta myös tieto siitä, että suotuisien coping-keinojen käyttö voi suojata raskausspesifin ahdistuksen voimakkaammilta oireilta, voi antaa suuntaa tehokkaampien hoitomuotojen kehittämiseksi. Raskausspesifiä ahdistusta onkin tärkeä vielä tutkia lisää, jotta oikeinlaisia siihen kohdistettuja interventioita voidaan kehittää. Tulevaisuudessa onkin tärkeää panostaa yhä enemmän varhaisten suhteiden tukemiseen hoidollisesti ja tutkimuksen tasolla.

Lähteet

- Accortt, E. E., Cheadle, A. C., & Schetter, C. D. (2015). Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. *Maternal and Child Health Journal, 19*(6), 1306–1337. doi: 10.1007/s10995-014-1637-2
- Anderson, C. M., Brunton, R. J., & Dryer, R. (2019). Pregnancy-related anxiety: Re-examining its distinctiveness. *Australian Psychologist, 54*(2), 132–142. doi: 10.1111/ap.12365
- Angleitner, A., & Ostendorf, F. (1994). Temperament and the Big Five factors of personality. Teoksessa C. F. Halverson, Jr., G. A. Kohnstamm, & R. P. Martin (toim.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (s. 69–90). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks?. *Comprehensive Psychiatry, 54*(3), 217–228. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.010
- Baldoni, F., Giannotti, M., Casu, G., Luperini, V., & Spelzini, F. (2020). A dyadic study on perceived stress and couple adjustment during pregnancy: The mediating role of depressive symptoms. *Journal of Family Issues, 41*(11), 1935–1955. doi: 10.1177/0192513X20934834
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist, 55*(11), 1247–1263. doi: 10.1037//0003-066x.55.11.1247.
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D.A, Benzies, K., MacQueen, G. & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 55*, 115–130. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2013). Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 42*(4), 416–427. doi: 10.1111/1552-6909.12215
- Bech, P., Bille, J., Møller, S. B., Hellström, L. C., & Østergaard, S. D. (2014). Psychometric validation of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90) subscales for depression,

- anxiety, and interpersonal sensitivity. *Journal of Affective Disorders*, *160*, 98–103. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.005
- Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse, van den Berg, M. P., Wijnen, H., Bunevicius, R., van Baar, A., & Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, *70*(4), 385–389. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.07.008
- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2011). Worries in expectant parents: Its relation with perinatal well-being and relationship satisfaction. *Personal Relationships*, *18*(4), 697–713. doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01335.x
- Blackmore, E. M., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C., & O'Connor, T. G. (2016). Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorder*, *197*, 251–258. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.008
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, *62*(4), 964–980. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x
- Brannigan, R., Tanskanen, A., Huttunen, M. O., Cannon, M., Leacy, F. P., & Clarke, M. C. (2020). The role of prenatal stress as a pathway to personality disorder: longitudinal birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, *216*(2), 85–89. doi: 10.1192/bjp.2019.190
- Brockington, I. F., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 253–263. doi: 10.1007/s00737-006-0134-z
- Burstein, I., Kinch, R. A., & Stern, L. (1974). Anxiety, pregnancy, labor, and the neonate. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *118*(2), 195–199. doi: 10.1016/0002-9378(74)90549-3
- Busby, D. M., Crane, D. R., Larson, J. H., & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, *21*(3), 289–308. doi: 10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x

- Buss, C., Davis, E. P., Muftuler, L. T., Head, K., & Sandman, C. A. (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6–9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, *35*(1), 141–153. doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.07.010
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(4), 585–599. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(6), 1019–1028. doi: 10.1002/jts.20271
- Clements, A. D., & Bailey, B. A. (2010). The relationship between temperament and anxiety: Phase I in the development of a risk screening model to predict stress-related health problems. *Journal of Health Psychology*, *15*(4), 515–525. doi: 10.1177/1359105309355340
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782–786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76–82. doi: 10.1002/da.10113
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M. N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., & Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, *68*(6), 938–946. doi: 10.1097/01.psy.0000244025.20549.bd
- Deklava, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V., & Millere, I. (2015). Causes of anxiety during pregnancy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *205*, 623–626. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.09.097
- Derogatis, L.R. (1992) *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II, for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series* (Toinen painos). Towson: Clinical Psychometric Research Inc.

- Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, *13*, 25–28. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.04.003
- Dulude, D., Bélanger, C., Wright, J., & Sabourin, S. (2002). High-risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *20*(2), 101–124. doi: 10.1080/02646830220134612
- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, *62*, 531–558. doi: 10.1146/annurev.psych.031809.130727
- Dunkel-Schetter, C. (1998). Maternal stress and preterm delivery. *Prenatal and Neonatal Medicine*, *3*, 39–42.
- Fishell, A. (2010). Depression and anxiety in pregnancy. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, *17*(3), 363–369.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. Teoksessa J. E. Stevenson (toim.), *Recent Research in Developmental Psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book Supplement, No. 4*, (s. 213–233). Oxford: Pergamon.
- Gaias, L.M., Räikkönen, K., Komsu, N., Gartstein, M.A., Fisher, P.A. & Putman, S.P. (2012). Cross cultural temperamental differences in infants, children, and adults in the United States of America and Finland. *Scandinavian Journal of Psychology*, *52*(2), 119–128. doi:10.1111/j.1467-9450.2012.00937.x
- Goedhart, G., van der Wal, M. F., Cuijpers, P., & Bonsel, G. J. (2009). Psychosocial problems and continued smoking during pregnancy. *Addictive behaviors*, *34*(4), 403–406. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.11.006
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A users' guide to the Genral Health Questionnaire*. UK: NFER- NELSON.
- Guardino, C. M., & Dunkel Schetter, C. (2014). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*, *8*(1), 70–94. doi: 10.1080/17437199.2012.752659

- Gurung, R. A., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C., & Hobel, C. J. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(4), 497–519. doi: 10.1521/jscp.2005.24.4.497
- Edhborg, M., Nasreen, H. E., & Kabir, Z. N. (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Archives of Women's Mental Health, 14*(4), 307–316. doi: 10.1007/s00737-011-0221-7
- Evans, D.E. & Rothbart, M.K. (2009). A two-factor model of temperament. *Personality and Individual Differences, 47*(6), 565–570. doi:10.1016/j.paid.2009.05.010.
- Evans, D.E. & Rothbart, M.K. (2007). Developing a model for adult temperament. *Journal of Research in Personality, 41*, 868–888. doi:10.1016/j.jrp.2006.11.002
- Evans, K., Spiby, H., & Morrell, C. J. (2015). A psychometric systematic review of self-report instruments to identify anxiety in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing, 71*(9), 1986–2001. doi: 10.1111/jan.12649
- Harpel, T. S., 2008. Fear of the unknown: ultrasound and anxiety about fetal health. *Health, 12*(3), 295–312. doi: 10.1177/1363459308090050
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*(1), 65–73. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004
- Holi, M. M., Sammallahti, P. R., & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*(1), 42–46. doi: 10.1111/j.1600-0447.1998.tb09961.x
- Huizink, A., Delforterie, M., Scheinin, N., Tolvanen, M., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2016). Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Archives of Women's Mental Health, 19*, 125–132. doi:10.1007/s00737-015-0531-2.
- Huizink, A. C., De Medina, P. G. R., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant

temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1078–1085. doi: 10.1097/00004583-200209000-00008

- Huizink, A. C., & De Rooij, S. R. (2018). Prenatal stress and models explaining risk for psychopathology revisited: Generic vulnerability and divergent pathways. *Development and Psychopathology*, 30(3), 1041–1062. doi: 10.1017/S0954579418000354
- Huizink, A. C., Menting, B., Oosterman, M., Verhage, M. L., Kunseler, F. C., & Schuengel, C. (2014). The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 35(3), 92–100. doi: 10.3109/0167482X.2014.944498
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., & Buitelaar, J. K. (2004). Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility?. *Psychological Bulletin*, 130(1), 115–142. doi: 10.1037/0033-2909.130.1.115
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?. *Early Human Development*, 79(2), 81–91. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 810–818. doi: 10.1111/1469-7610.00166
- Kelly, R. H., Russo, J., & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited?. *General Hospital Psychiatry*, 23(3), 107–113. doi: 10.1016/s0163-8343(01)00129-3
- Kinsler, P. A., Jallo, N., Amstadter, A. B., Thacker, L. R., Jones, E., Moyer, S., Rider, A., Karjane, N., & Salisbury, A. L. (2021). Depression, anxiety, resilience, and coping: The experience of pregnant and new mothers during the first few months of the COVID-19 pandemic. *Journal of Women's Health*, 30(5), 654–664. doi: 10.1089/jwh.2020.8866

- Kramer, M. S., Lydon, J., Séguin, L., Goulet, L., Kahn, S. R., McNamara, H., Genest, J., Dassa, C., Chen, M. F., Sharma, S., Meaney, M. J., Thomson, S., van Uum, S., Koren, G., Dahhou, M., Lamoureux, J., & Platt, R. W. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *American Journal of Epidemiology*, *169*(11), 1319–1326. doi: 10.1093/aje/kwp061
- Kuuri-Riutta, S., Ekholm, E., Scheinin, M. N., Korhonen, L. S., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2022). The influence of maternal psychological distress on the mode of birth and duration of labor: findings from the FinnBrain Birth Cohort Study. *Archives of Women's Mental Health*, *25*(2), 463–472. doi: 10.1007/s00737-022-01212-0
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, M., Kim, Y. S., & Lee, M. K. (2021). The Mediating Effect of Marital Intimacy on the Relationship between Spouse-Related Stress and Prenatal Depression in Pregnant Couples: An Actor–Partner Interdependent Model Test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 487. doi: 10.3390/ijerph18020487
- Levin, J. S. (1991). The factor structure of the pregnancy anxiety scale. *Journal of Health and Social Behavior*, *32*(4) 368–381.
- Madhavanprabhakaran, G. K., D'Souza, M. S., & Nairy, K. S. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *3*, 1–7. doi: 10.1016/j.ijans.2015.06.002
- Mangialavori, S., Cacioppo, M., Terrone, G., & O'Hara, M. W. (2021). A dyadic approach to stress and prenatal depression in first-time parents: The mediating role of marital satisfaction. *Stress and Health*, *37*(4), 755–765. doi: 10.1002/smi.3036
- Mazzeschi, C., Pazzagli, C., Radi, G., Raspa, V., & Buratta, L. (2015). Antecedents of maternal parenting stress: the role of attachment style, prenatal attachment, and dyadic adjustment in first-time mothers. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1443. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01443
- McMahon, C.A., Boivin, J., Gibson, F.L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D., & Fisher, J. 2013. Pregnancy-specific anxiety ART conception and infant temperament at 4

- months post-partum. *Human Reproduction*, 28(4), 997–1005. doi: 10.1093/humrep/det029
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147–157. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.014
- Mudra, S., Göbel, A., Barkmann, C., Goletzke, J., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A., & Arck, P. (2020). The longitudinal course of pregnancy-related anxiety in parous and nulliparous women and its association with symptoms of social and generalized anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 260, 111–118. doi: 10.1016/j.jad.2019.08.033
- Nicholson, W. K., Setse, R., Hill-Briggs, F., Cooper, L. A., Strobino, D., & Powe, N. R. (2006). Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 107(4), 798–806. doi: 10.1097/01.aog.0000204190.96352.05
- Orr, S. T., Reiter, J. P., Blazer, D. G., & James, S. A. (2007). Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 566–570. doi: 10.1097/psy.0b013e3180cac25d
- Pluess, M., Bolten, M., Pirke, K. M., & Hellhammer, D. (2010). Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary cortisol in pregnancy. *Biological Psychology*, 83(3), 169–175. doi: 10.1016/j.biopsycho.2009.12.005
- Purdon, C., & Harrington, J. (2006). Worry in psychopathology. Teoksessa G. C. L. Davey & A. Wells (toim.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (s. 41–50). Wiley Publishing. doi: 10.1002/9780470713143.ch3
- Putnam, S. P., Ellis, L. K., & Rothbart, M. K. (2001). The structure of temperament from infancy through adolescence. Teoksessa A. Elias & A. Angleitner, *Advances in research on temperament*, (s. 165–182). Leengerich: Pabst Scientist Publisher.
- Qiao, Y., Wang, J., Li, J., & Wang, J. (2012). Effects of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetric and neonatal outcomes: a follow-up

- study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(3), 237–240. doi: 10.3109/01443615.2011.647736
- Rezaee, R., & Framarzi, M. (2014). Predictors of mental health during pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7), 45–50.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. doi:10.1002/jclp.10020
- Roesch, S. C., Schetter, C. D., Woo, G., & Hobel, C. J. (2004). Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Anxiety, Stress & Coping*, 17(1), 87–102. doi: 10.1080/1061580031000123667
- Rothbart, M. K. (2004). Temperament and the pursuit of an integrated developmental psychology. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(4), 492–505. doi: 10.1353/mpq.2004.0035
- Rothbart, M.K., Ahadi, S.A. & Evans, D.E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcome. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122–135. doi:10.1037/00223514.78.1.122
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Theoretical issues in temperament. Teoksessa M. Lewis & L. T. Taft (toim.), *Developmental disabilities* (s. 383–400). Dordrecht: Springer. doi: 10.1007/978-94-011-6314-9_23
- Rothbart, M. K., & Rueda, M. R (2005). The development of effortful control. Teoksessa U. Mayr, E. Awh, & S. W. Keele (toim.), *Developing individuality in the human brain: A tribute to Michael I. Posner* (s. 167–188). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rothbart, M., Sheese, B.E. & Posner, M.I. (2007). Executive attention and effortful control: Linking temperament, brain networks, and genes. *Child Development Perspectives*, 1(1), 2–7. doi:10.1111/j.1750-8606.2007.00002.x
- Salehi, F., & Shahhosseini, Z. (2017). Association between women's marital satisfaction and anxiety during pregnancy. *The Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(3), 7937. doi: 10.17795/ijpbs-7937
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British*

Journal of Obstetrics and Gynaecology, 108(5), 492–498. doi: 10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x

- Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141–148. doi: 10.1097/ycp.0b013e3283503680
- Schneider, Z. (2002). An Australian study of women's experiences of their first pregnancy. *Midwifery*, 18(3), 238–249. doi: 10.1054/midw.2002.0309
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(4), 266–272. doi: 10.3109/01674829709080698
- Standley, K., Soule, B., & Copans, S. A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135(1), 22–26. doi: 10.1016/S0002-9378(79)80011-3
- Talge, N. M., Neal, C., Glover, V., & Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245–261. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x
- Thompson, C., Syddall, H., Rodin, I. A. N., Osmond, C., & Barker, D. J. (2001). Birth weight and the risk of depressive disorder in late life. *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), 450–455. doi: 10.1192/bjp.179.5.450
- Turk, D. C. (1996). Psychological aspects of chronic pain and disability. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 4(4), 145–154. doi: 10.1300/J094v04n04_14
- Van den Bergh, B. R., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A., & Lagae, L. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14-and 15-year-olds. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(2), 259–269. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.10.010
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at

- birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169(4), 858–865. doi: 10.1016/0002-9378(93)90016-c
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (Neljäspainos). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
- Wall, V., Premji, S. S., Letourneau, N., McCaffrey, G., & Nyanza, E. C. (2018). Factors associated with pregnancy-related anxiety in Tanzanian women: a cross sectional study. *BMJ Open*, 8(6), 1–8. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020056
- Ward, P. J., Lundberg, N. R., Zabriskie, R. B., & Berrett, K. (2009). Measuring marital satisfaction: A comparison of the revised dyadic adjustment scale and the satisfaction with married life scale. *Marriage & Family Review*, 45(4), 412–429. doi: 10.1080/01494920902828219
- Weaver, K., Campbell, R., Mermelstein, R., & Wakschlag, L. (2008). Pregnancy smoking in context: The influence of multiple levels of stress. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(6), 1065–1073. doi: 10.1080/14622200802087564
- Westerneng, M., Witteveen, A. B., Warmelink, J. C., Spelten, E., Honig, A., & de Cock, P. (2017). Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. *Comprehensive Psychiatry*, 75, 6–13. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.02.002
- Woods, S. M., Melville, J. L., Guo, Y., Fan, M. Y., & Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 61–67. doi: 10.1016/j.ajog.2009.07.041
- Yali, A. M., & Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 15(3), 289–309. doi: 10.1080/1061580021000020743