

**Raskausajan lievän masennuksen, ahdistuksen sekä
kiintymyksen välinen yhteys ja niihin vaikuttavat
taustatekijät**

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta / Psykologian ja logopedian laitos

Psykologian
pro gradu -tutkielma

Laatija(t):

Katariina Välimaa

Ohjaaja(t):

Tutkijatohtori Sari Ahlqvist-Björkroth

Erikoistutkija Eeva-Leena Kataja

6.1.2023

Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Psykologia

Tekijä(t): Katariina Välimaa

Otsikko: Raskaudenajan lievän masennuksen, ahdistuksen sekä kiintymyksen välinen yhteys ja niihin vaikuttavat taustatekijät

Ohjaaja(t): Tutkijatohtori Sari Ahlqvist-Björkroth

Erikoistutkija Eeva-Leena Kataja

Sivumäärä: 39 sivua

Päivämäärä: 6.1.2023

Tiivistelmä

Raskausajan masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden oireet ovat on melko yleisiä, niitä on noin viidesosalla koko raskaaksi tulevasta väestöstä, ja ne saattavat vaikuttaa äidin ja tulevan vauvan välisen kiintymyssuhteen muodostumiseen myöhemmin vauvan synnyttyä. Raskausajan kiintymys kuvaa yksisuuntaista, äidin kokemaa kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan. Raskausajan masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden sekä kiintymyksen välillä on aikaisemmin todettu olevan yhteys. Yleisen ahdistuneisuuden lisäksi raskaana oleva voi tuntea myös erityisesti raskauteen liittyvää ahdistuneisuutta, joka on vähemmän tutkittu ilmiö. Erityisesti raskaudenaikaisen lievän masentuneisuuden, raskauteen liittyvän ahdistuneisuuden ja kiintymyksen välisestä yhteydestä on vielä verrattain vähän tutkimustietoa. Kyseessä olevan tutkielman tavoitteena on selvittää tämän yhteyden luonnetta sekä näiden ilmiöiden taustatekijöitä.

Tutkielma on osa *Vuorovaikutteinen ultraääni raskaana olevan naisen tukena* -tutkimushanketta, jonka tarkoituksena on kehittää hoitomalli raskaudenaikaisen lievän masennuksen hoitoon. Raskausajan masentuneisuutta mitattiin käyttämällä Edinburgh Postnatal Depression Scale -kyselyä. Raskauteen liittyvää ahdistuneisuutta tutkittiin Pregnancy Related Anxiety Questionnaire Revised 2 -kyselyllä. Äidin kokemaa kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan arvioitiin Maternal Antenatal Attachment Scale -kyselyllä. Näiden mittareiden lisäksi tulevien äitien taustatekijät selvitettiin taustatietolomakkeen avulla.

Raskaudenajan lievän masentuneisuuden ja raskauteen liittyvän ahdistuneisuuden välillä ei löydetty yhteyttä lievästi masentuneiden äitien joukossa. Kiintymyksen ja raskausajan masentuneisuuden välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys lievästi masentuneiden äitien joukossa. Lisäksi kiintymyksen laatu oli merkitsevässä yhteydessä äidin raportoimaan pelkoon synnytyksestä ja huoleen lapsesta. Taustatekijöistä ensisynnyttäjäisyys sekä äidin ikä olivat yhteydessä äidin kokemaan raskauteen liittyvään ahdistuneisuuteen raskausaikana. Lisäksi ensisynnyttäjäisyys oli positiivisesti yhteydessä äidin kokemaan kiintymykseen.

Tulosten perusteella näyttää, että raskaudenaikaiset lievät masennusoireet ja uudelleensynnyttäjäisyys heikentävät odottavan naisen kiintymyksen tunnetta syntymätöntä vauvaansa kohtaan, mutta raskaudenaikaiset ahdistuneisuusoireet eivät. Lisäksi masennusoireet ja raskauteen liittyvä ahdistuneisuus näyttävät olevan erillisiä ilmiöitä.

Avainsanat: raskausajan masennus, raskausajan lievä masennus, raskausajan ahdistus, raskausajan kiintymys, raskausajan masentuneisuuden taustatekijät, raskausajan ahdistuneisuuden taustatekijät, kiintymyksen taustatekijät

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
1.1	Raskausajan psykologinen prosessi	5
1.2	Raskausajan masennus	5
1.3	Raskaudenaikainen ahdistus	8
1.4	Äidin raskaudenaikainen kiintymys	10
1.5	Raskausajan masennuksen, ahdistuksen ja kiintymyksen välinen yhteys	11
1.6	Tutkielman tarkoitus, tutkimuskysymykset ja hypoteesit	13
2	Menetelmät	15
2.1	Tutkittavat	15
2.2	Kyselylomakkeet	16
2.2.1	Taustatiedot	16
2.2.2	Edinburgh Postnatal Depression Scale	16
2.2.3	Pregnancy Related Anxiety Questionnaire – Revised 2	17
2.2.4	Maternal Antenatal Attachment Scale	17
2.3	Tilastolliset menetelmät	18
3	Tulokset	21
3.1	Taustamuuttujien yhteys lievään masennukseen, ahdistukseen ja kiintymykseen	21
3.2	Masentuneisuus, ahdistuneisuus ja kiintymys	23
3.3	Lineaarinen regressiomalli	24
3.4	Masentuneisuuden, ahdistuneisuuden ja kiintymyksen faktorien väliset yhteydet	25
4	Pohdinta	27
4.1	Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet	30
4.2	Johtopäätökset sekä jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset	31
	Lähteet	34

1 Johdanto

Raskausaika on naisen elämässä siirtymävaihe, jossa hän käy läpi muutoksia sekä kehollisesti että psyykkisesti (Brodén, 2004). Keho valmistautuu synnytykseen ja lapsen tuloon lapsen kehittyessä kohdussa. Fyysisesti naisen keho muuttuu sen luodessa uutta ihmistä. Psyykkisesti nainen valmistautuu vanhemmaksi tuloon ja muutokseen perhesysteemissä. Muutokset vaikuttavat niin raskaudenaikaiseen kiintymykseen kuin ensimmäisiin vuosiin synnytyksen jälkeen (Cataudella ym., 2016). Raskausaikana alkaa uuden identiteetin rakentuminen, ja se on eräänlainen raja-alue kahden eri identiteetin välillä; nainen saattaa kokea itsensä vielä oman äitinsä lapsena ja valmistautuu samalla tulemaan äidiksi omalle lapselleen (Brodén, 2004). Identiteetin hakeminen ja muodostuminen tekevät odottavasta äidistä psykologisesti haavoittuvan (Brodén, 2004). Mielialan vaihtelu on normaali reaktio raskausaikana tapahtuviin muutoksiin, mutta liiallinen huoli tai jännittyneisyys saattavat kertoa vaikeudesta sopeutua elämänmuutokseen ja myös kehittyvästä mielenterveysongelmasta.

Raskauden aikana tulevan äidin tunteet herkistyvät (Brodén, 2004). Tämän herkistymisen on ajateltu edistävän äidin kiinnittymistä tulevaan vauvaan jo ennen vauvan syntymää. Vauvan antamat viestit ovat hienovaraisia, joten niiden havainnoimiseen ja tulkitsemiseen tarvitaan tämän herkistymisen mahdollistamaa sensitiivisyyttä. Tulevan äidin sensitiivisyys kohdussa olevaan vauvaan edeltää äidin tuntemaa kiintymystä vauvaa kohtaan. Raskausaikana koettu kiintymys on yhteydessä vauvan ja äidin välisen kiintymyssuhteen muodostumiseen vauvan syntymän jälkeen (Siddiqui, Hägglöf, 2000). Toisaalta raskaudenaikainen herkistyminen ja hormonitasapainon muutokset voivat myös altistaa äidin erilaisille mielenterveydellisille ongelmille. Masentuneisuus ja ahdistuneisuus ovat yleisimpiä raskausajan mielenterveyden ongelmia, jotka koskettavat noin joka viidettä raskaana olevaa naista (Cena, ym., 2021). Raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen yhteys äidin tuntemaan kiintymykseen tulevaan vauvaan onkin tärkeä tutkimuksen kohde, sillä kiintymyksen muodostumisen seuraukset saattavat olla hyvinkin kauaskantoisia ja vaikuttaa syntyvän lapsen elämään vielä aikuisiälläkin.

Tämän tutkielman tarkoitus on tarkastella äitien kokeman lievän masennuksen yhteyttä raskauteen liittyvään ahdistuneisuuteen ja kiintymykseen tulevaa vauvaa kohtaan raskauden aikana. Lisäksi se pyrkii selvittämään taustalla olevien tekijöiden yhteyttä näihin ilmiöihin. Tutkielma on osa *Vuorovaikutteinen ultraääni raskaana olevan naisen tukena* -tutkimusta (myöhemmin tekstissä käytetään lyhennettä *Vuorovaikutteinen ultraääni*, kun viitataan tähän

kyseiseen tutkimukseen), jonka tavoitteena on kehittää hoitomalli lievästä masennuksesta kärsiville raskaana oleville naisille.

1.1 Raskausajan psykologinen prosessi

Tavallisesti raskaus kestää yhteensä 40 viikkoa, jotka voidaan jakaa kolmeen eri osaan. Jokainen kolmannes on sikiön kehityksen kannalta tärkeä kehitysvaihe. Ensimmäisellä raskauskolmanneksella tapahtuu alkion kehitys, toisella raskauskolmanneksella sikiön elinjärjestelmät kypsyvät ja kolmannella kolmanneksella vauva valmistautuu syntymän jälkeiseen elämään (Sainio, 2014).

Raskaana olevien naisten raskaudenaikainen psykologinen prosessi on jaettu kolmeen vaiheeseen: sulautumis-, eriytymis- ja irrottautumisvaiheeseen (Brodén, 2004). Brodénin mukaan sulautumisvaiheessa odottavan äidin mieli kääntyy sisäänpäin. Hän herkistyy vauvan tarpeille ja kokee vauvan osana itseään. Hänen huomionsa on lähinnä raskausajan kehoon tuomissa fyysisissä muutoksissa. Eriytymisvaiheessa nainen kääntää huomionsa pois päin itsestä ja kohti vauvaa. Hän ymmärtää vauvan erillisenä olentona. Tässä vaiheessa mielikuvat vauvasta ja naisesta äitinä alkavat muodostua. Lisäksi hän alkaa työstää omia varhaisia kokemuksiaan ja suhdettaan omiin varhaisiin hoivanantajoihinsa. Irrottautumisvaiheessa tuleva äiti alkaa odottaa lapsen syntymää ja tapaamista, mutta toisaalta myös synnytykseen liittyvät pelot tulevat konkreettisemmiksi synnytyksen lähestyessä.

Tässä tutkielmassa keskitytään erityisesti raskauden puoliväliin, joka sijoittuu toiseen psykologiseen siirtymävaiheeseen, eriytymisvaiheeseen. Eriytymisvaihe on tärkeä äitiyden identiteetin pohtimisen ja muodostumisen kannalta, mikä saattaa toisaalta tarkoittaa myös sitä, että nainen on herkkä erilaisille psykologisille riskeille. Identiteetin muodostumisen haasteet altistavat naisen psykologiselle stressille, joka puolestaan on riski myös kohdussa kehittyvän vauvan psyykkiselle voinnille myöhemmässä vaiheessa (Brodén, 2004).

1.2 Raskausajan masennus

Masennus on ICD-10 tautiluokituksessa jaettu masennustilaan (F32) sekä toistuvaan masennukseen (F33). Sen toteaminen edellyttää vähintään kahden viikon yhtäjaksoista

oireilua sekä vähintään yhtä seuraavista oireista: masentunut mieliala, kiinnostuksen menettäminen aikaisemmin mielekkääseen tekemiseen sekä voimattomuuden tai väsymyksen tunne. Näiden oireiden lisäksi henkilöllä tulee olla vähintään yksi seuraavista oireista: itseluottamuksen väheneminen ja itsesyytösten lisääntyminen, itsetuhoisuus, keskittymis-, ruokailu- tai univaikeudet sekä psykomotorinen hitaus. ICD-10 jakaa masennuksen kolmeen tasoon; lievä, keskivaikea ja vaikea masennus oireiden määrän ja intensiteetin mukaan. Lievässä masennuksessa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2021)

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) puolestaan jakaa masennuksen kahteen eri kategoriaan, masennukseen ja lievään masennukseen (major ja minor depression). Tutkimuskirjallisuudessa raskaudenaikaisen masennuksen määritelmänä käytetään useasti DSM-5 kriteerien mukaista määritelmää. Se määrittelee raskaudenaikaisen masennuksen masennusepisodin (MDD, major depressive disorder), joka alkaa raskauden aikana (American Psychiatric Association, 2013). Kummassakaan DSM-5 tai ICD-10 tautiluokituksessa ei siis ole erillistä kohtaa raskaudenaikaiselle masennukselle.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan äitien raportoimia lievän masennuksen oireita raskauden aikana Edinburgh Postnatal Depression Scale –masennuskyselyllä (Cox ym., 1987). Masennusdiagnoosia ei voida tämän kyselyn pohjalta tehdä, eikä tutkimuksen tarkoituksena ole ottaa kantaa äitien kliiniseen masennuksen asteeseen, ainoastaan masennusoireisiin. Kysely on käytössä Suomen neuvoloissa sekä raskauden aikana että synnytyksen jälkeen. Mahdollista masennusdiagnoosia varten jatkoselvitysten katkaisupistemääränä käytetään 10 pistettä. Maksimipistemäärä kyselyssä on 30 pistettä (Hakulinen ym., 2021).

Äidin synnytyksenjälkeistä masennusta on tutkittu laajasti, ja kiinnostus myös raskaudenaikaista masennusta kohtaan on viimeisen kymmenen vuoden aikana lisääntynyt. Sen on tutkimuksessa todettu vaikuttavan äidin ja vauvan välisen varhaisen suhteen muodostumiseen (Field, 2010). Raskaudenaikaisen masennuksen esiintyvyyden on Suomessa arvioitu olevan noin 10–20 % (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013). Kansainvälisessä kirjallisuudessa luku vaihtelee 10–25 % välillä (Cataudella ym., 2016; Lindgren, 2001). Näiden lukujen kuitenkin arvioidaan olevan alakanttiin, sillä raskaudenaikaisen masennuksen uskotaan olevan alidiagnosoitua siihen liittyvän stigman tai avun hakemiseen tarvittavien resurssien puutteen vuoksi (Woody ym., 2017). Lisäksi masennuksen erottaminen voi olla

haastavaa muusta somaattisesta oireilusta tai hormonaalisista mielialan muutoksista johtuen (Laaksonen ym., 2020).

Lievän masennusoireilun on todettu olevan yleisempää kuin keskivaikean tai vaikean masennuksen (Marchesi ym., 2009). Se jää kuitenkin usein huomaamatta, sillä sen oireita saatetaan pitää osana normaalia raskausajan oireilua. Lisäksi lievä masennusoireilu saattaa olla lyhytkestoista, jolloin sen huomaamiseen tarvittaisiin lyhyen aikavälin toistuvaa seulontaa (Marchesi ym., 2009). Tässä tutkielmassa käytetyissä lähdetutkimuksissakin on suurelta osin käytetty yleisen masennuksen määritelmää (major depression tai major depressive disorder). Lisää tutkimustietoa raskaudenaikaisesta lievästä masennuksesta tarvitaan, jotta siitä kärsivät raskaana olevat äidit saisivat tarvitsemansa avun ajankohtaisesti.

Masennuksen kesto vaihtelee yleensä kolmesta kuuteen kuukauteen (Penninx ym., 2011). Raskaudenaikaisen masennuksen kehityskulkujen tarkastelussa masennusoireiden ei ole havaittu lisääntyvän minkään tietyn raskauskolmanneksen aikana (Gavin ym., 2005). Myös lievien masennusoireiden esiintyvyys on suhteellisen pysyvää kaikilla raskauskolmanneksilla niillä henkilöillä, jotka raportoivat lieviä oireita raskauden alussa (Korja ym., 2018). Toisaalta on myös havaittu masennusoireiden väheneminen synnytyksen lähestyessä sekä 3 kuukautta synnytyksen jälkeen (Figueiredo & Conde, 2011). Tässä tutkielmassa masennusoireita mitattiin keskiraskauden aikana.

Raskaudenaikaisen masennuksen taustalla saattaa olla useampi tekijä. Riskitekijöihin kuuluvat aikaisempi masennus, ahdistus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä biologinen alttius masennukselle tai raskaudenaikaiselle masennukselle, äidin nuori ikä, useampi synnytys tai aikaisemmat traumaattiset synnytys- ja raskauskokemukset, vauvan terveyteen liittyvä ongelma tai huoli, puolison tuen puuttuminen, matala sosioekonominen asema, aikaisempi koettu seksuaalinen väkivalta ja päihteiden käyttö (Lancaster ym., 2010; van Niel & Payne, 2020). Lievässä raskaudenaikaisessa masennuksessa etenkin matalan sosioekonomisen statuksen on huomattu olevan yhteydessä masentuneisuuden kokemukseen (Gavin ym., 2005). Jotta taustatekijöiden vaikutusta äidin kokemaan masentuneisuuteen voitaisiin vähentää, niiden tunnistaminen on tärkeää. Tarkempi taustatekijöiden tunteminen auttaa ohjaamaan äidit, joilla on riski sairastua raskauden aikaiseen masennukseen, oikea-aikaisesti tarvitsemaansa hoitoon.

Raskausajan masennus ei kuormita yhteiskuntaa ainoastaan raskauden aikana vaan myös myöhemmin lapsen kasvaessa. Raskausajan masennuksesta kärsivillä äideillä on suurempi

todennäköisyys sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen kuin niillä äideillä, jotka eivät raportoi raskaudenaikaista masennusta (van Niel & Payne, 2020). Lisäksi äidin kokema masennus raskausaikana saattaa näkyä pitkäaikaisina vaikeuksina lapsen kognitiivisessa, sosioemotionaalisisessa ja fyysisessä kehityksessä (Cataudella ym., 2016; Madigan ym., 2018). Raskausajan masennus saattaa myös hankaloittaa syntymän jälkeen äidin ja vauvan välisen siteen muodostumista ja rintaruokinnan onnistumista (van Niel & Payne, 2020). Lisäksi on havaittu, että raskausaikana masentuneisuutta kokeneiden äitien lapset ovat riskissä sairastua masennukseen nuoruudessa ja aikuisuudessa (Tirumalaraju ym., 2020). Näiden ylisukupolvisten ongelmien takia onkin tärkeää, että myös lieviä masennusoireita kokevat äidit saisivat odotusaikana tukea.

1.3 Raskaudenaikainen ahdistus

ICD-10 määrittelee ahdistuksen joko sisäisesti tai ulkoisesti koettuna pelon tunteena tai vaaran ennakoimisena. Se vaikuttaa henkilön käytökseen tehden hänestä levottoman ja pelokkaan sekä vähentää henkilön kykyä keskittyä. Henkilöllä saattaa olla jatkuvaa ja liiallista huolta ja jännittyneisyyttä. Ahdistuneisuus ilmenee usein myös fyysisinä oireina, kuten sydämentykytyksenä, unihäiriöinä, pahoinvointina, hikoiluna ja vapinana. Henkilöllä saattaa myös olla tunne siitä, että hän ei saa henkeä. Ahdistuneisuutta esiintyy usein yhdessä muiden psykiatristen vaikeuksien, kuten masennuksen, yhteydessä. Pitkäkestoisena ja liiallisena se voidaan luokitella yleistyneeksi ahdistuneisuushäiriöksi (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2019).

Tutkimuksissa raskaudenajan ahdistuneisuutta on usein tutkailtu joko ahdistuneisuuspiirteenä tai ahdistuneisuushäiriönä (Madigan ym., 2018). Tutkimusten mukaan raskausaikana osa odottavista äideistä kärsii erityisesti itse raskauteen liittyvästä stressistä ja ahdistuneisuudesta, ja tätä oireilua voidaan pitää omana ahdistuneisuuden muotonaan. Siinä vanhemman ahdistuneisuuden oireet liittyvät erityisesti pelkoon synnytystä, raskautta sekä vanhemman ja vauvan hyvinvointia kohtaan (Huizink ym., 2004). Aina ahdistusoireilu raskausaikana ei kuitenkaan liity itse raskauteen, ja raskaana oleva äiti voikin kärsiä myös yleisestä ahdistuneisuudesta. Lisäksi on mahdollista, että tuleva äiti kokee raskausaikana näiden kahden ahdistuneisuuden yhdistelmää: sekä raskauteen liittyvää että raskauteen liittymätöntä ahdistusta (Huizink ym., 2004). Tässä tutkielmassa tutkaillaan äidin raportoimia raskauteen ja synnytykseen liittyviä ahdistuksen oireita raskauden aikana.

Raskaudenajan ahdistusta on tutkittu vähemmän kuin raskaudenajan masennusta (Andersson ym., 2006). Raskausajan ahdistus on kuitenkin suhteellisen yleinen ilmiö: kirjallisuudessa on esitetty ahdistuksen esiintyvyyden raskausaikana olevan 13–21 % (Fairbrother ym., 2015). Tutkimuksessa kuvataan useimmiten yleisen ahdistuneisuuden esiintyvyyttä raskausaikana. Onkin tärkeää saada lisää tutkimustietoa siitä, miten raskauteen ja synnytyksen liittyvä ahdistuneisuus ilmenee raskausaikana.

Kuten masennusoireiden, myös ahdistusoireiden on joissain tutkimuksissa havaittu vähenevän synnytyksen lähestyessä (Figueiredo & Conde, 2011). Oireiden vähenemisen on ehdotettu olevan osa psykologista prosessia, jonka ansiosta vanhempi on ehtinyt valmistautua synnytykseen ja vauvan tuloon (Korja ym., 2018). Toisaalta ahdistusoireiden on myös havaittu noudattavan U-muotoa, jossa raportoituja oireita on enemmän raskauden ensimmäisellä ja kolmannella kolmanneksella (Teixeira ym., 2009). Lisäksi on havaittu, että joillakin vanhemmilla ahdistuneisuuden oireet ovat koko raskauden ajan samalla tasolla tai jopa lisääntyvät (Korja ym., 2018). Voidaankin todeta, että tulevan vanhemman ahdistuneisuuden oireet eivät noudata homogeenista kaavaa vaan vaihtelevat yksilöstä toiseen.

Raskaudenaikaiselle ahdistukselle on tunnistettu useita riskitekijöitä. Ahdistuneisuuden kokemusta lisäävät aikaisempi keskenmeno, lääketieteelliset komplikaatiot, väkivalta parisuhteessa, puutteellinen sosiaalinen tuki, aikaisemmat mielenterveysongelmat, stressi sekä päihteiden käyttö (Bayrampour ym., 2018; Biaggi ym., 2016). Näiden riskitekijöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta riskissä olevia tulevia äitejä voidaan paremmin tukea raskaudenaikaisessa prosessissa ja vauvan syntymisessä. Näin voidaan mahdollisesti ehkäistä ahdistusoireiden syntymistä.

Raskausajan ahdistuneisuus on paitsi kuormittavaa tulevalle vanhemmalle, myös riskitekijä tulevalle vauvalle. Sen on havaittu olevan yhteydessä keskenmenoon tai ennenaikaiseen synnytykseen, vauvan pienikokoisuuteen ja pienempään pään ympärysmittaan sekä aivojen kokoon ja rakenteeseen (Bayrampour ym., 2018; Fairbrother ym., 2015; Huizink ym., 2004). Äidin raskausaikana kokemalla ahdistuksella on myös kauaskantoisia vaikutuksia lapsen myöhempään, syntymän jälkeiseen elämään. Sen on huomattu olevan yhteydessä käytös- ja tunnehäiriöihin sekä kognitiivisiin vaikeuksiin, joiden jatkuvuus on havaittu vielä aikuisiässä (Bayrampour ym., 2018; Glover & O'Connor, 2002).

1.4 Äidin raskaudenaikainen kiintymys

Äidin raskaudenaikaista kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan kutsutaan prenataaliksi kiintymykseksi. Se on prosessi, joka kuvaa raskaana olevan naisen emotionaalista sidettä ja yhteyttä syntymättömään lapseen (Condon & Corkindale, 1997). Raskaudenaikainen kiintymys sikiötä kohtaan on äidin sitoutuneisuutta tulevaa vauvaa kohtaan. Prenataali kiintymys eroaa perinteisestä kiintymyssuhdemallista. Nainen on yhteydessä ja vuorovaikutuksessa vielä syntymättömän lapsen kanssa (Cranley, 1981). Yhteys on yksisuuntainen, ja sitä ylläpitävät vanhemman kognitiiviset ja emotionaaliset vasteet raskautta ja kasvavaa lasta kohtaan (Cataudella ym., 2016). Vanhemman ja vastasyntyneen lapsen välinen suhde ei siis ala muodostua vasta lapsen syntymän jälkeen, vaan vanhemman toimesta jo raskauden aikana. Tämä raskaudenaikainen vanhemman ja sikiön välinen suhde on yhteydessä myös syntymänjälkeiseen vanhemman ja lapsen välisen suhteen laatuun ja siksi tärkeä tekijä lapsen myöhemmässä hyvinvoinnissa (Siddiqui & Hägglöf, 2000).

Condon ja Corkindale (1997) tunnistivat viisi eri tekijää, jotka säätelevät tulevan äidin kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan. Nämä tekijät ovat (1) äidin toive saada tietoa tulevasta vauvasta, (2) äidin todellinen ja mielikuvallinen vuorovaikutus lapsen kanssa ja sen tuottama ilo, (3) äidin tarve suojella lasta ja toteuttaa lapsen tarpeet, (4) pelko ja huoli siitä, että lapsi on fyysisesti sairas tai että äiti kokee keskenmenon, sekä (5) altruismi, jossa äiti laittaa tulevan lapsen tarpeet omien tarpeidensa edelle suojellakseen lastaan.

Nainen ilmentää raskaudenaikaista kiintymystään kiintymyskäyttäytymisen kautta (Eswi & Khalil, 2012). Kiintymyskäyttäytyminen on äidin osoittamaa hoivaa ja omistautumista tulevalle lapselle. Siihen kuuluu oikeasta ravinnosta huolehtiminen, päihteiden, tupakan ja alkoholin välttäminen, lohduttaminen, kuten vatsan silittely, sekä fyysinen valmistautuminen, kuten lastenvaatteiden ja tavaroiden hankinta. Kiintymyskäyttäytyminen on osoitus kiintymyksestä tulevaa vauvaa kohtaan, mutta se myös lisää kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan. Käyttäytyminen siis myös vahvistaa äidin kokeman kiintymyksen voimakkuutta (Eswi & Khalil, 2012).

Äidin kiintymyksen tulevaa vauvaa kohtaan on havaittu voimistuvan raskauden aikana synnytyksen lähestyessä. Tämän on ehdotettu johtuvan vauvan liikkeiden tuntemisen sekä niiden tiheyden lisääntyessä vauvan kehittyessä (Cataudella ym., 2016; Lindgren, 2001). Lisäksi äidin osoittama kiintymyskäyttäytyminen ja sen intensiteetti lisääntyvät etenkin raskausviikolla 18–22, minkä voidaan ajatella olevan seurausta lisääntyneestä kiintymyksestä

vauvaa kohtaan (Eswi & Khalil, 2012). Kiintymyskäyttäytymisen lisääntyminen on positiivisesti yhteydessä lapsen liikkeen lisääntymiseen. Sen lisäksi kiintymyskäyttäytymisen lisääntymiseen vaikuttaa äidin aikaisempi raskaushistoria sekä hänen hyvä suhteensa omaan äitiinsä.

Raskaudenaikaisen kiintymyksen hormonaaliseksi taustatekijäksi on ehdotettu oksitosiinia. Raskaudenaikaisen oksitosiinin lisääntyneen erityksen on havaittu olevan yhteydessä kiintymyksen voimakkuuteen äidin ja tulevan vauvan välillä. Niillä äideillä, joilla oksitosiinin erityks väheni tai pysyi samana, kiintymyksen ei havaittu olevan yhtä voimakasta kuin niillä äideillä, joilla sen erityks lisääntyi (Levine ym., 2007). Synnytyksen jälkeistä kiintymystä tarkasteltaessa oksitosiini vaikuttaa lieventävän äidin kokemaa stressiä. Lisäksi äidin kyky säädellä vauvan hoitamisesta aiheutuvaa stressiä on yhteydessä oksitosiinin määrään veressä (Rutherford ym., 2013).

Kiintymykseen vaikuttavat erilaiset yksilölliset taustatekijät vanhemman elämässä. Äidin iän on todettu olevan negatiivisesti yhteydessä äidin kiintymyksen; nuoremmat äidit raportoivat korkeampaa kiintymystä kuin vanhemmat äidit (Lindgren, 2001). Myös äidin päihteiden käyttö vähensi äidin kokemaa kiintymystä tulevaa lasta kohtaan (Cataudella ym., 2016). Äidin kiintymyksen positiivista kehitystä taas lisäsi hänen tuntemansa lapsuudenaikainen emotionaalinen lämpö omalta äidiltään (Siddiqui & Hägglöf, 2000). Lisäksi kiintymystä lisäsi äidin sosiaalisen verkoston antama tuki ja tunne turvallisesta perheestä (Cataudella ym., 2016).

1.5 Raskausajan masennuksen, ahdistuksen ja kiintymyksen välinen yhteys

Masennuksen ja ahdistuneisuuden komorbideetti on väestössä yleisesti korkea, ja lähes 60 % henkilöistä, jotka kärsivät masennuksesta, kärsivät myös ahdistuneisuudesta (Lancaster ym., 2010; Skouteris ym., 2009). Henkilöt, joilla esiintyy masennuksen lisäksi ahdistuneisuutta, raportoivat useimmiten voimakkaampaa ja pidempikestoista masennusoireilua, korkeampaa itsemurhariskiä sekä suurempia psykososiaalisia ongelmia (Pollack, 2005). Koska niistä henkilöistä, jotka kärsivät masennuksesta ja ahdistuksesta mutta eivät ole raskaana, yli puolet kärsii näiden kahden oireen yhdistelmästä, voidaan otaksua, että yhteys masennuksen ja ahdistuksen välillä voisi olla olemassa myös raskaana olevilla henkilöillä.

Raskausajan masennuksen ja ahdistuksen samanaikaisen esiintyvyyden on aikaisemmassa tutkimuksessa ehdotettu olevan noin 6–10 % (Falah-Hassani, ym., 2017). Premjin ym. (2020) mukaan lievästä vaikeaan luokiteltavan masennusoireilun sekä ahdistuneisuuden komorbiditeetti on kuitenkin korkeampi, 13,5 %. Kyseisessä tutkimuksessa mitattiin raskauteen liittyvää ahdistuneisuutta. Raskausajan masennuksen ja ahdistuksen oireiden välinen komorbiditeetti myös vaihtelee riippuen siitä, missä kohtaa raskautta kyseisiä oireita tarkastellaan. Samanaikaisuus raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen välillä laskee sekä ensimmäisen että kolmannen raskauskolmanneksen aikana (Falah-Hassani, ym., 2017). Raskausajan ahdistuksen on lisäksi ehdotettu olevan tärkein yksittäinen ennustaja raskausajan masennukselle (Lancaster ym., 2010). Raskausajan lievän masennuksen sekä raskauteen liittyvän ahdistuneisuuden välistä samanaikaisesiintyvyyttä ei kuitenkaan ole vielä kattavasti tutkittu.

Raskaudenaikainen masennus ja ahdistuneisuus ovat yhteydessä raskauden jälkeiseen masennukseen (Andersson ym., 2006). Lisäksi raskaudenajan ahdistuneisuuden on todettu ennustavan masennusta kaksi ensimmäistä vuotta synnytyksen jälkeen vielä senkin jälkeen, kun kontrolloitiin raskaudenaikainen masennus (Coelho ym., 2011; Fairbrother ym., 2015). Näiden oireiden yhteyttä synnytyksen jälkeiseen masennukseen on tutkittu lähinnä erikseen. Ottaen huomioon raskauden aikaisen masennuksen ja ahdistuneisuuden komorbiditeetin olisikin tärkeää selvittää, mikä niiden yhteisvaikutus on synnytyksenjälkeiselle masennukselle.

Raskaudenajan masennuksen ja ahdistuneisuuden on tutkimuksessa todettu heikentävän äidin tuntemaa kiintymystä sikiötä kohtaan (Alhusen, 2008). Etenkin vakava masennus heikentää äidin kokemaa kiintymystä (Lindgren, 2001). Äidit, joilla esiintyy raskaudenaikaista masennusta, suhtautuvat raskauteensa negatiivisemmin kuin ne äidit, joilla ei esiinny raskauden aikaista masennusta. Negatiivinen suhtautuminen raskauteen vähentää kiintymyksen tunnetta tulevaa vauvaa kohtaan (Lindgren, 2001). Toisaalta voimakas raskaudenaikainen kiintymys tulevaa vauvaa kohtaan suojaa äitiä masennukselta, sillä mitä voimakkaampaa kiintymys on, sitä todennäköisempää, että tulevalla äidillä ei esiinny masennusoireita (Goecke ym., 2012).

Raskaudenaikaisen lievän masennuksen, ahdistuneisuuden ja kiintymyksen välisestä yhteydestä on toistaiseksi vähän tutkimustietoa. Koska kiintymyksen on osoitettu lisääntyvän raskauden edetessä, olisi tärkeää selvittää, eroavatko lievästi masentuneet äidit kiintymyksen

kehityksessä äideistä, joilla ei ole masennusoireita. Lievän masennuksen ja ahdistuneisuuden yhteys on myös tärkeä tutkimuksen kohde, sillä tutkimustieto näiden kahden suhteellisen yleisen ilmiön välillä on vähäistä. Lisääntyneen tiedon ansiosta yhä useampi raskaana oleva nainen voisi saada oikein kohdennettua hoitoa.

1.6 Tutkielman tarkoitus, tutkimuskysymykset ja hypoteesit

Kyseinen tutkielma pyrkii selvittämään, miten äidin raskausaikana raportoimat lievän masennuksen oireet ovat yhteydessä raskaudenajan ahdistuneisuuteen sekä kiintymyksen kokemukseen tulevaa vauvaa kohtaan. Lisäksi tutkielman tarkoituksena on tarkastella, mitkä taustatekijät ovat yhteydessä äidin raskaudenaikaisen masentuneisuuteen, ahdistuneisuuteen sekä kiintymykseen sikiötä kohtaan.

Tutkielman tavoitteiden pohjalta muodostettiin seuraavanlaiset tutkimuskysymykset ja -hypoteesit:

1. Miten raskaudenaikainen lievä masennus on yhteydessä äidin kokemaan raskauteen liittyvään ahdistukseen?

Hypoteesi 1: Raskaudenaikaisen lievän masennuksen oletetaan olevan tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä äidin kokeman ahdistuksen kanssa niin, että masennusoireilun lisääntyessä myös ahdistuneisuusoireilu lisääntyy.

2. Miten raskaudenaikainen lievä masennus on yhteydessä äidin kiintymykseen tulevaan vauvaan?

Hypoteesi 2: Raskaudenaikaisen lievän masennuksen oletetaan olevan yhteydessä äidin kokemaan kiintymykseen tulevaa vauvaa kohtaan niin, että äidit, jotka raportoivat vähemmän lievää masennusta, raportoivat enemmän kiintymystä.

3. Miten vanhemman ikä, parisuhdetilanne, käytössä olevat tulot, koulutustausta, aikaisemmat mielenterveysongelmat ja ensisynnyttäjäisyys ovat yhteydessä äidin raskaudenaikaiseen masentuneisuuteen, ahdistuneisuuteen ja kiintymykseen sikiötä kohtaan lievästi masentuneiden äitien ryhmässä?

Hypoteesi 3: Taustatekijät ovat yhteydessä raskaudenaikaiseen masennukseen ja ahdistuneisuuteen siten, että nuoremmat äidit, jotka eivät koe parisuhdettaan tukevaksi ja

joilla on matalammat tulot sekä koulutustausta, raportoivat enemmän masennusta ja ahdistuneisuutta. Lisäksi aikaisemmat mielenterveysongelmat ja ensisynnyttäjäisyys lisäävät masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden kokemusta. Äidin iän, vakaan parisuhdetilanteen, korkeampien tulojen, korkean koulutuksen sekä aiemman mielenterveysoireilun ja synnytyshistorian puuttumisen oletetaan lisäävän kiintymystä sikiötä kohtaan.

2 Menetelmät

2.1 Tutkittavat

Aineisto on osa Turun yliopiston ja Turun yliopistollisen keskussairaalan yhdessä toteuttamaa *Vuorovaikutteinen ultraääni raskaana olevan naisen tukena* -tutkimukseen kerättyä aineistoa. Hanke on aloitettu 2018, ja sen tavoitteena on kehittää hoitomalli lieviä masennuksen oireita kokeville raskaana oleville naisille. Tutkimuksessa selvitetään 4D-ultraäänikuvantamisen vaikutusta masennus- ja ahdistusoireisiin sekä äidin varhaisiin mielikuviin tulevasta vauvasta.

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat raskaana olevia henkilöitä. Tutkimukseen osallistumisen sisäänottokriteerinä käytettiin lievää raskausajan masennusta, jonka rajana on tässä tutkimuksessa käytetty verkossa täytettyä Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) masennusseulan pistemäärää 10–15 (Murray & Cox, 1990). Tutkittavien tulee olla täysi-ikäisiä ja suomenkielisiä. Lisäksi raskauden tulee olla todettu yksisikiöiseksi ja tutkimukseen osallistuvan henkilön painoindeksi tulee olla alle 35. Mielenterveyslääkitys tai psykiatrinen hoitokontakti eivät estäneet tutkimukseen osallistumista. Kyseisen tutkielman data-analyysin kohdalla tutkimuksessa oli mukana ensimmäiset 64 henkilöä. *Vuorovaikutteinen ultraääni* -tutkimuksen tavoitteena on rekrytoida mukaan yhteensä 120 tutkittavaa.

Tutkittavat rekrytoitiin tutkimukseen TYKS:n Naistenklinikan Facebook-sivujen sekä neuvoloiden kautta. Halukkaat osallistujat täyttivät verkossa sähköisen suostumuslomakkeen sekä EPDS-masennusseulan. Tutkijalääkäri oli puhelimitse yhteydessä 10–15 pistettä EPDS-kyselyssä saaneisiin osallistujiin. Puhelun aikana varmistettiin osallistujien halukkuus osallistua tutkimukseen sekä varattiin aika tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen, joka oli strukturoitu *Working model of the Child* -haastattelu. Lisäksi tutkittaville lähetettiin sähköpostitse linkki kyselyihin (taustatiedot, masennus- ja ahdistuneisuuskysely sekä kiintymystä mittaava kyselylomake), jotka täytettiin erillisellä, Research Electronic Data Capture (REDCap) -nimisellä alustalla. Tutkittavat täyttivät kyselylomakkeet keskimäärin raskausviikolla 23 (vaihteluväli 21–28 raskausviikkoa).

Vuorovaikutteinen ultraääni -tutkimuksen nettisivulla oli luettavissa tutkimustiedote tutkimuksesta, ja sama tiedote lähetettiin sähköpostilla niille henkilöille, jotka olivat

täyttäneet sähköisen masennusseulan ja kutsuttu osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuvilta kerättiin lisäksi kirjallinen tietoinen suostumus ensimmäisen tapaamiskerran, haastattelun, yhteydessä. Tutkittavia tiedotettiin myös suullisesti tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus osallistujan niin halutessa.

2.2 Kyselylomakkeet

2.2.1 Taustatiedot

Taustatietoja kerättiin taustatietolomakkeella. Tutkimuksessa käytettyjä taustamuuttujia olivat osallistujan ikä, laskettu aika, siviilisääty (naimisissa/avoliitossa, parisuhteessa, eronnut/asumuserossa, leski, rekisteröidyssä parisuhteessa samaa sukupuolta olevan kanssa ja ei parisuhteessa), koulutus (peruskoulu, ammattikoulu, ylioppilas, alempi korkeakoulututkinto, ylempi korkeakoulututkinto), pääasiallinen toiminta (töissä, työtön/lomautettu, vanhempainvapaa, opiskelija, sairausloma tai eläke), kuukausitulot, perhetilanne, suunniteltu raskaus, mielialälääkitys ennen tai raskauden aikana (masennus tai muu), mahdollinen mielenterveysongelmien vuoksi saatu hoito, päihteiden käyttö (tupakka, alkoholi, huumeet) ja raskauden aikana koettu onnellisuus. Äidit olivat mittareiden täytön aikana keskimäärin raskausviikolla 23 (min. 21, max. 28, kh 1,85).

2.2.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale

Raskaudenaikaista masennusta mitattiin Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) -masennusseulalla (Cox ym., 1987). EPDS on itsearviokysely, jossa raskaana oleva arvioi mielialaoireitaan viimeisen viikon ajalta. Sillä pyritään tunnistamaan ja arvioimaan raskausajan ja synnytyksen jälkeisiä mielialaoireita. Kysymyksillä kartoitetaan muun muassa mielihyvän tunteita, itesyytöstä, onnettomuutta ja surullisuutta sekä itsensä vahingoittamista.

Seulassa on yhteensä 10 kysymystä, joista jokaisesta voi saada 0–3 pistettä. Kysymykset 3 sekä 5–10 ovat käänteisiä. Kysymysten pisteet muodostavat yhteenlasketun kokonaissumman. Enimmäispistemäärä on 30, ja korkeampi tulos tarkoittaa enemmän masennusoireilua. Tässä tutkimuksessa lievän masennuksen alueena käytettiin 10–15 pistettä, joka on Terveiden ja

hyvinvoinnin laitoksen suosittama pisteraja lievälle raskausajan masennukselle (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013).

EPDS-masennusseulan reliabiliteetin tarkastuksessa Cronbachin alfa sai arvon .84 eli mittarin sisäinen konsistenssi on hyvä. Alfa arvo laskettiin koko aineistosta, josta myöhemmin valikoitiin tutkimukseen lievää masennusta raportoivat koehenkilöt.

2.2.3 Pregnancy Related Anxiety Questionnaire – Revised 2

Raskaudenaikaisia ahdistusoireita mitattiin Pregnancy Related Anxiety Questionnaire Revised 2 (PRAQ-R2) -itsearviointilomakkeella (Huizink ym., 2016). PRAQ-R2:ssa raskaana oleva arvioi viimeisen kuukauden aikana tuntemiaan raskauteen liittyviä ahdistusoireita.

Kysymykset kartoittavat muun muassa huolta synnytyksestä, omasta ulkonäöstä ja vauvan voinnista.

Lomakkeessa on 10 kysymystä, joista jokainen saa arvon välillä 1–5. Lomakkeen vähimmäispistemäärä on 10 ja enimmäispistemäärä on 50. Suurempi pistemäärä tarkoittaa suurempaa ahdistusta. PRAQ-R2 koostuu kolmesta eri osiosta, joista voidaan laskea summapistemäärät: synnytykseen liittyvä pelko, huoli fyysisesti tai psyykkisesti sairaan lapsen synnyttämisestä sekä huoli omasta ulkonäöstä.

Mittarin reliabiliteetin tarkastelussa Cronbachin alfa sai arvon .80 eli mittarin sisäinen konsistenssi on hyvä.

2.2.4 Maternal Antenatal Attachment Scale

Äidin raskaudenaikaista kiintymystä mitattiin Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) -kyselyllä (Condon & Corkindale, 1998; Navarro-Aresti ym., 2016). Kysely kartoittaa äidin tuntemaa kiintymystä syntymätöntä vauvaa kohtaan raskauden aikana. Kysymykset käsittelevät muun muassa äidin ajatuksia ja tunteita vauvaa kohtaan, kuten onko äidillä mielikuvia lapsen ulkonäöstä ja kuinka usein äiti vauvaa ajattelee.

Kyselyssä on 19 kysymystä, joissa jokainen kysymys saa arvon välillä 1–5. Kysymykset 1, 3, 5–7, 9, 10, 12, 15, 16 ja 18 ovat käänteisiä. Vähimmäispistemäärä on 19 ja enimmäispistemäärä 95. Suurempi pistemäärä tarkoittaa enemmän kiintymystä. Kysely mittaa kiintymystä kahdella eri osa-alueella: kiintymyksen laatu (Quality of involvement) ja voimakkuus (Intensity of preoccupation). Kysymykset kiintymyksen laadusta kartoittavat

muun muassa äidin tunteita vauvaa ajatellessa, äidin halusta saada tietoa vauvasta ja äidin toiminnasta vauvaan liittyen, esimerkiksi vauvalle juttelusta. Kiintymyksen voimakkuutta mittaavat kysymykset kartoittavat muun muassa äidin tunteiden valenssia tulevaa vauvaa kohtaan ja mielikuvien vahvuutta.

Mittarin reliabiliteetin tarkastuksessa Cronbachin alfa sai arvon .75 eli mittarin sisäinen konsistenssi on hyvä.

2.3 Tilastolliset menetelmät

Tutkimuksen aineisto on analysoitu käyttäen IBM SPSS Statistics 27 -ohjelmaa. Masennus-, ahdistuneisuus- ja kiintymyskyselyille (EPDS, PRAQ-R2 ja MAAS) luotiin kullekin summapistemäärä. Alusta, jolla kyselyt oli kerätty, oli laskenut tarvittavat käänteiset pisteet EPDS- ja MAAS-mittarissa, joten jokaisen mittarin yhteispistemäärä saatiin suoraan summaamalla jokaisen kysymyksen raakapistet. Lisäksi luotiin uudet muuttujat *ensisynnyttäjäisyys* ja *aikaisempi mielenterveyshoito*, sillä näitä muuttujia oli tarkasteltu useammalla kysymyksellä taustamuuttujien lomakkeessa. Ensisynnyttäjäisyys muodostui kysymyksistä, joissa kartoitettiin aikaisempaa synnytyshistoriaa ja lasten määrää. Aikaisempi mielenterveyshoito -muuttuja muodostettiin kysymyksistä, jotka käsittelivät erikseen masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen saatua lääkettä ja muuta hoitoa.

Datan analysoinnissa taustamuuttujina käytettiin äidin ikää, siviilisäätystä, käytössä olevia tuloja, koulutustaustaa, aikaisempaa mielenterveyshoitoa ja ensi-/uudelleensynnyttäjäisyyttä. Kyseiset taustamuuttujat valikoituivat tutkielmaan, sillä niiden uskotaan olevan yhteydessä äidin kokemiin masennuksen oireisiin raskauden aikana. Äidin ikää käsiteltiin jatkuvana muuttujana ja muita muuttujia kategorisina muuttujina. Taustamuuttujien kuvailevat tunnusluvut on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1.*Taustamuuttujat, n=64*

		n (%)
Ikä	Min (max)	20 (39)
	Keskiarvo (keskihajonta)	32 (4.02)
Parisuhdestatus	Naimisissa	58 (91)
	Parisuhteessa	5 (8)
	Ei parisuhteessa	1 (1)
Käytössä olevat tulot (kk)	Alle 2000	28 (44)
	2000–4000	36 (56)
Koulutustausta	Ammattikoulu	11 (17)
	Ylioppilas	4 (6)
	Alempi korkeakoulu	24 (38)
	Ylempi korkeakoulu	25 (39)
Saanut aikaisemmin hoitoa mielenterveysongelmiin	Ei ole saanut	42 (66)
	On saanut	22 (34)
Ensisynnyttäjä	Ensisynnyttäjä	29 (45)
	Uudelleensynnyttäjä	35 (55)

Tutkimuksessa jatkuvina muuttujina tarkasteltiin EPDS-, PRAQ-R2- ja MAAS-mittareiden summapistettä. Lisäksi taustamuuttujista ikää tarkasteltiin jatkuvana muuttujana. Kategorisia muuttujia olivat siviilisääty, käytettävissä olevat tulot, koulutus, aikaisemmin saatu mielenterveyshoito ja ensisynnyttäjä.

Mittarien jakaumien tarkastelussa PRAQ-R2- ja MAAS-pisteet olivat normaalisti jakautuneet. PRAQ-R2 mittarin Shapiro-Wilk on $p = .540$ ja MAAS $p = .207$. EPDS ei ollut Shapiro-Wilk -testin mukaan normaalisti jakautunut ($p < .001$). Silmämääräisellä tarkastelulla sekä vinoutta ja huipukkuutta tarkasteltaessa masennuspisteet ovat kuitenkin tarpeeksi normaalisti jakautuneet (> -1 ja < 1). Ikä oli Shapiro-Wilk -testin mukaan normaalisti jakautunut, $p = .057$.

Seuraavaksi tarkasteltiin taustatekijöiden yhteyttä tutkittaviin ilmiöihin. Iän yhteyttä masennukseen, ahdistukseen ja kiintymykseen tutkittiin korrelaatiokertoimella. Kategoristen taustamuuttujien yhteyttä EPDS-, PRAQ-R2- ja MAAS-pisteisiin tarkasteltiin varianssianalyysillä. Niiden muuttujien, joissa oli kaksi ryhmää (käytettävissä olevat tulot, aikaisempi mielenterveyshoito ja ensisynnyttäjäisyys), analyysiin käytettiin riippumattomien otosten t-testiä. Jatkovertailuille ei ollut tarvetta.

Masennuksen, ahdistuksen ja kiintymyksen mittareille laskettiin keskiarvot ja keskihajonnat. PRAQ-R2 -mittarille laskettiin kolme ja MAAS-mittarille kaksi summamuuttujaa, joille myös laskettiin keskiarvot ja keskihajonnat. Tämän jälkeen tarkasteltiin masennuksen, ahdistuksen ja kiintymyksen yhteyttä toisiinsa korrelaatiokertoimen avulla. Yhteyksiä tutkittiin Pearsonin korrelaatiokertoimella, sillä normaalijakaumaoletus oli voimassa.

Muuttujille muodostettiin lineaarinen regressiomalli, jonka avulla pyrittiin ennustamaan äidin kokema kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan. Analyysissä käytettiin kiintymykseen merkitsevästi yhteydessä olevia muuttujia, jotka oli todettu aikaisemmassa korrelaatioiden ja merkitsevien taustamuuttujien tarkastelussa. Ensimmäisessä mallissa ennustettiin kiintymystä ensisynnyttäjäyydellä. Toisessa mallissa kiintymystä ennustettiin masentuneisuudella. Kolmanteen malliin otettiin mukaan sekä ensisynnyttäjäisyys että masentuneisuus.

Lopuksi tarkasteltiin vielä mittareiden eri faktoreiden yhteyttä toisiinsa Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. Näiden alaskaalojen pohjalta ei kuitenkaan päädytty toteuttamaan regressioanalyysiä, sillä tutkimusaineiston osallistujamäärä oli suhteellisen pieni, mikä olisi vähentänyt analyysin luotettavuutta.

3 Tulokset

3.1 Taustamuuttujien yhteys lievään masennukseen, ahdistukseen ja kiintymykseen

Taustamuuttujista ainoastaan iällä ja ensisynnyttäjäjyydellä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys lievään masennukseen, ahdistukseen ja kiintymykseen. Tulokset ja jakaumat ovat raportoituneina taulukossa 2. Äidin ikä oli yhteydessä hänen raportoimaansa ahdistukseen ($r = .28, p = .028$) mutta ei masennukseen ($r = -.09, p = .466$) tai kiintymykseen ($r = -.04, p = .772$). Nuoremmat äidit raportoivat vähemmän ahdistusta. Aikaisempien synnytysten lukumäärällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys äidin raportoimaan ahdistuneisuuteen ($t(62) = -2.02, p = .048$) ja kiintymykseen ($t(62) = 2.62, p = .011$) niin, että ne äidit, joilla ei ollut lapsia ennestään, raportoivat enemmän ahdistusta sekä enemmän kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan. Aiemmin saadun psykiatrisen hoidon osalta oli havaittavissa trendi yhteydessä masennukseen, mutta yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($t(62) = -1.90, p = .062$). Ne äidit, jotka olivat aikaisemmin saaneet mielenterveyshoitoa, raportoivat vähemmän lievän masennuksen oireita.

Taulukko 2.

Taustamuuttujien väliset erot mittareilla sekä iän korrelaatio eri mittareihin.

	Masennusoireet ka (kh)	Ahdistusoireet ka (kh)	Kiintymys ka (kh)
Siviilisäät			
Naimisissa	12.41 (1.62)	37.67 (6.45)	68.79 (6.67)
Parisuhteessa	11.40 (1.58)	35.00 (12.67)	65.60 (4.62)
Käytössä olevat tulot			
Alle 2000	12.61 (1.60)	36.68 (7.32)	67.79 (6.53)
2000-4000	12.14 (1.62)	37.92 (6.78)	69.03 (6.55)
Koulutustausta			
Ammattikoulu	12.82 (1.89)	33.82 (7.33)	68.64 (4.30)
Ylioppilas	12.25 (1.71)	34.25 (2.22)	69.50 (9.85)
Alempi korkeakoulu	12.08 (1.38)	38.50 (6.37)	68.38 (6.25)
Ylempi korkeakoulu	12.40 (1.73)	38.36 (7.53)	68.36 (7.36)
Saanut aikaisemmin hoitoa mielenterveysongelmiin			
Ei ole saanut	12.07 (1.44)	38.31 (6.62)	68.93 (5.97)
On saanut	12.86 (1.83)	35.59 (7.48)	67.64 (7.544)
Ensisynnyttäjäisyys			
Ei lapsia	12.17 (1.51)	35.48 (4.84)*	70.72 (6.54)*
Lapsia	12.49 (1.70)	38.94 (8.10)*	66.63 (5.98)*

*ero on tilastollisesti merkitsevä $p < .05$

3.2 Masentuneisuus, ahdistuneisuus ja kiintymys

Äitien raportoimien masennus- ja ahdistusoireiden sekä kiintymyskyselyiden keskiarvot ja keskihajonnat ovat nähtävissä taulukossa 3. Lisäksi taulukossa on erikseen laskettuna ahdistuskyselyn ja kiintymysmittarin sisäisten faktoreiden keskiarvot ja keskihajonnat.

Taulukko 3.

Masennus- ja ahdistusoirekyselyiden sekä kiintymystä mittaavan kyselyn keskiarvot ja keskihajonnat.

Mittari	Keskiarvo (keskihajonta)
Masennusoireet (n=64)	13.09 (6.05)
Ahdistusoireet (n=64)	37.38 (6.99)
Pelko synnytyksestä (max. 20)	14.73 (3.25)
Huoli sairaan lapsen synnyttämisestä (max. 20)	10.22 (2.80)
Huoli omasta ulkonäöstä (max. 15)	9.05 (2.81)
Kiintymys (n=64)	68.48 (6.52)
Laatu (max. 40)	22.47 (4.13)
Voimakkuus (max. 55)	46.02 (3.69)

Raskaudenaikaiset masennusoireet on mitattu EPDS-kyselylomakkeella, ahdistusoireet PRAQ-R2-kyselylomakkeella ja kiintymys MAAS-kyselylomakkeilla. Ahdistuneisuusoireiden alle on merkitty PRAQ-R2-alaskaalat ja kiintymyksen alle MAAS-mittarin alaskaalat.

Lievän masennuksen ja ahdistuksen sekä lievän masennuksen ja kiintymyksen välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimilla. Ainoastaan masennuksen ja kiintymyksen välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($r = -.385, p = .002$). Ne äidit, jotka raportoivat enemmän lieviä masennusoireita, raportoivat vähemmän kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan. Ahdistuneisuuden osalta vastaavaa yhteyttä ei löydetty masentuneisuuteen eikä kiintymykseen ($p > .05$).

3.3 Lineaarinen regressiomalli

Äitien lievän masennuksen yhteyttä raskaudenaikaiseen ahdistuneisuuteen ja kiintymykseen tarkasteltiin lopuksi lineaarisella regressiomallilla. Äidin kokemaa kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan pyrittiin ennustamaan äidin kokeman lievän masennuksen avulla. Ahdistuneisuutta ei otettu malliin mukaan, sillä sen ei aikaisemmassa tarkastelussa todettu olevan tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä masennukseen tai kiintymykseen. Aikaisemmin lievän masennuksen ja kiintymyksen kannalta merkitseviksi havaittu taustamuuttuja ensisynnyttäjäisyys otettiin malliin mukaan, sillä sen vaikutusta haluttiin kontrolloida. Muita taustamuuttujia ei otettu mukaan siitä syystä, että niiden ja lievän masennuksen tai kiintymyksen välillä ei tässä aineistossa havaittu yhteyttä.

Mallin ensimmäisellä askeleella malliin (malli 1) lisättiin ainoastaan ensisynnyttäjäisyys - taustamuuttuja ja toiseen malliin ainoastaan masentuneisuus (malli 2). Lopuksi tarkasteltiin vielä mallia, jossa olivat mukana sekä ensisynnyttäjäisyys että masentuneisuus (malli 3). Tulokset on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4.

Lineaariset regressiomallit lievän masennuksen ja ahdistuksen välisestä yhteydestä äidin kokemaan kiintymykseen.

	R2	Adj. R2	β	t (p)
Malli 1.	.315	.099		
Ensisynnyttäjäisyys			-4.096	.011*
Malli 2.	.385	.148		
Masentuneisuus			-1.555	.002*
Malli 3.	.476	.226		
Ensisynnyttäjäisyys			-3.643	.016*
Masentuneisuus			-1.445	.002*

Malli 1 ($F(1, 62) = 6.838, p = .011$) ja malli 2 ($F(1, 62) = 10.806, p = .002$) sopivat aineistoon hyvin. Parhaiten kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan ennustaa malli 3 ($F(2, 61) = 8.920, p = <.001$). Sekä ensisynnyttäjäyys että masentuneisuus ennustivat äidin kokemaa kiintymystä tulevaa lasta kohtaan. Molemmat yhteydet olivat negatiivisia. Mitä enemmän äiti raportoi lievän masennuksen oireita, sitä vähemmän hän kokee kiintymystä tulevaa lasta kohtaan. Lisäksi ne äidit, joilla ei ennestään ollut lapsia, raportoivat enemmän kiintymyksen kokemusta.

Mallissa, jossa kiintymystä selitetään masentuneisuudella ja otetaan huomioon taustamuuttujan vaikutus, korjattu selitysaste on .226. Tämä tarkoittaa, että 22,6 prosenttia äidin raportoimasta kiintymyksestä tulevaa vauvaa kohtaan voidaan selittää äidin kokemalla lieväällä masennuksella ja sillä, onko äidillä ennestään lapsia vai ei ($\beta = -1.445, p = .002$).

3.4 Masentuneisuuden, ahdistuneisuuden ja kiintymyksen faktorien väliset yhteydet

Lopuksi tarkasteltiin vielä masennuksen yhteyttä ahdistuneisuuden ja kiintymyksen eri faktoreihin sekä näiden faktoreiden yhteyttä toisiinsa. Tulokset on listattu taulukossa 5.

Taulukko 5.

Ahdistuneisuus- ja kiintymyskyselyn summamuuttujien ja masennuksen väliset korrelaatiot

	Masennusoireet	F1	F2	F3	Laatu
<i>Masennusoireet</i>	1				
<i>Ahdistusoireet</i>					
F1. Pelko synnytyksestä	$r = .172$ $p = .175$	1			
F2. Huoli lapsesta	$r = .060$ $p = .636$	$r = .324$ $p = .009^*$	1		
F3. Huoli omasta ulkonäöstä	$r = -.119$ $p = .349$	$r = .342$ $p = .006^*$	$r = .217$ $p = .085$	1	

Kiintymys

Laatu	$r = -.208$ $p = .099$	$r = -.435$ $p < .001^*$	$r = -.281$ $p = .024^*$	$r = -.183$ $p = .149$	1
Voimakkuus	$r = -.448$ $p < .001^*$	$r = -.033$ $p = .798$	$r = .109$ $p = .392$	$r = .145$ $p = .252$	$r = .388$ $p = .002^*$

Lievän masennuksen sekä ahdistuksen eri faktoreiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä. Lievät masennusoireet korreloivat kiintymyskyselyn *voimakkuus* -faktorin kanssa ($r = -.448, p < .001$). Suurempi masentuneisuus vähensi äidin kokeman kiintymyksen voimakkuutta. Lisäksi ahdistuneisuusoireiden *pelko synnytyksestä* -faktori korreloi kiintymyskyselyn *laatu* -faktorin kanssa ($r = -.435, p < .001$) niin, että lisääntynyt pelko synnytyksestä heikensi äidin raportoiman kiintymyksen laatua. *Huoli lapsesta* korreloi negatiivisesti kiintymyksen *laatu* -faktorin kanssa ($r = -.281, p = .024$) eli mikäli äiti koki lisääntyntä ahdistusta lapsen psyykkisestä tai fyysisestä sairaudesta, hänen kiintymyksensä laatu heikkeni.

4 Pohdinta

Tutkielman tavoitteena oli tarkastella raskaudenaikaisen masennuksen yhteyttä vanhemman kokemaan raskaudenaikaiseen ahdistuneisuuteen ja kiintymykseen. Lisäksi tutkielmassa tarkasteltiin taustatekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa äidin raskaudenaikaiseen masennukseen, ahdistuneisuuteen tai kiintymykseen tulevaa vauvaa kohtaan. Tutkielmassa muodostettiin kolme hypoteesia, joihin vastattiin tilastollisia menetelmiä käyttäen.

Raskaudenaikaisen masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Masennuksen ja yleistyneen ahdistuneisuuden yhteys on korkea väestössä, joka ei ole raskaana (Lancaster ym., 2010), ja siksi odotuksena oli, että raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuneisuuden välillä saattaisi myös olla yhteys. Aikaisemmassa tutkimuksessa raskaudenaikaisen masennuksen ja raskauteen liittyvän ahdistuksen komorbiditeetin todettiin olevan noin 14 % (Premji, ym., 2020).

Raskaudenaikaisen masennuksen ja raskauteen liittyvän ahdistuneisuuden yhteyden puutetta tässä tutkielmassa saattaa osaltaan selittää pisteiden vähäinen vaihtelu masentuneisuutta mittaavassa kysymyspatterissa. Toisaalta koska masentuneisuuden ja yleistyneen ahdistuneisuuden yhteys on korkea, voidaan olettaa, ettei näin merkittävän yhteyden puuttuminen voi kokonaan selittyä vähäisellä vaihtelulla masentuneisuuspisteissä. Tutkimuksessa käytetty mittari ei mittaa yleistynyttä vaan raskauteen liittyvää ahdistuneisuutta. Raskauteen liittyvä ahdistuneisuus saattaa olla yleistyneestä ahdistuneisuudesta erillinen mielenterveydellinen sopeutumisen haaste, joka poikkeaa oleellisesti oireiltaan ja ajoittuu selkeästi raskauteen. Aikaisempi tutkimus viittaa juuri tähän samaan ilmiöön ja pitääkin raskauteen liittyvää raskauden aikaista ahdistuneisuutta kokonaan omana oirekirjonaan (Huizink ym., 2004).

Äidin raskauden aikana kokema lievä masennus korreloi äidin tulevaa vauvaa kohtaan kokeman kiintymyksen kanssa. Äidit, jotka raportoivat enemmän masennusoireilua, raportoivat vähäisempää kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan. Enemmän masennusoireita kokevat äidit pisteyttivät kyselyssä matalammin erityisesti ne kysymykset, jotka mittasivat kiintymyksen voimakkuus -faktoria. Tämä on linjassa aikaisempiin tutkimustuloksiin, joiden mukaan äidin kokema kiintymys tulevaa vauvaa kohtaan heikkenee niillä äideillä, jotka kokevat olonsa masentuneeksi (Lindgren, 2001).

Tutkielman tuloksista voidaan tehdä johtopäätös, että vanhemman kokema lievä masentuneisuus on yhteydessä jo raskausaikana siihen, kuinka intensiivisesti hän pystyy kiintymään tulevaan vauvaansa. Aikaisemman tutkimuksen perusteella masentuneisuudella saattaa mahdollisesti olla yhteys vanhemman ja lapsen väliseen kiintymyssuhteen muodostumiseen myös myöhemmässä vaiheessa lapsen kehitystä (Alhusen, 2008).

Ahdistuneisuuden alakategoria *pelko synnytyksestä* oli voimakkaasti yhteydessä kiintymyksen laatuun ja voimakkuuteen. Lisäksi vanhemman huoli lapsen fyysisestä ja psyykkisestä voinnista vaikuttaa vanhemman kokeman kiintymyksen laatuun. Raskaudenaikainen ahdistus ja etenkin pelko synnytyksestä tai lapsen voinnista saattaa siis heikentää vanhemman kokemaa kiintymystä raskausaikana lievästi masentuneilla vanhemmilla.

Masentuneisuuden ja taustatekijöiden yhteyttä vanhemman kokemaan kiintymykseen tulevaa vauvaa kohtaan pyrittiin tarkastelemaan regressioanalyysin avulla. Analyysissä tarkasteltiin masentuneisuuden ja ensisynnyttäjäyden yhteyttä kiintymykseen. Raskauteen liittyvää ahdistuneisuutta ei lisätty malliin, sillä sen ei tässä aineistossa havaittu korreloivan masentuneisuuden kanssa. Parhaiten kiintymystä selitti malli, jossa oli mukana sekä masentuneisuus että ensisynnyttäjäyys. Tämä malli selitti 22,6 prosenttia kiintymyksestä tulevaa vauvaa kohtaan.

Tutkimuksessa tarkasteltiin taustamuuttujien yhteyttä äidin raskausaikana kokemaan lievään masennukseen, ahdistuneisuuteen ja kiintymykseen tulevaa vauvaa kohtaan. Taustamuuttujia selvitetessä tulevan äidin ikä ja ensisynnyttäjäyys nousivat esiin vanhemman kokemaa ahdistusta ennustavina tekijöinä. Nuoremmat äidit raportoivat vähemmän ahdistusta kuin iäkkäämmät äidit. Äidit, joilla ei ollut lapsia entuudestaan, raportoivat lisäksi enemmän ahdistuneisuutta kuin ne äidit, jotka olivat jo synnyttäneet. Tässä tutkimuksessa saatu tulos on linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan äidin ahdistuneisuuden kokemus raskauden aikana on yhteydessä äidin ikään ja siihen, onko hän aikaisemmin synnyttänyt (Standley ym., 1979).

Nuorempien äitien vähempi ahdistuneisuusoireilu on mielenkiintoinen löydös, jonka syitä olisi tärkeää selvittää enemmän. Nuorempien äitien alentunut ahdistuneisuus saattaa johtua siitä, että he eivät ole yhtä huolissaan raskauden sujumisesta ja synnytyksestä kuin vanhemmat äidit. On mahdollista, että elämäkokemuksen karttuessa nainen on ehtinyt altistua enemmän muiden negatiivisille kokemuksille ja ikäville tarinoille. Mielenkiintoista on myös se, että ne äidit, joilla oli lapsia entuudestaan, raportoivat vähemmän ahdistuneisuutta.

Tämä voisi mahdollisesti johtua siitä, että nämä äidit olivat jo oletettavasti kohdanneet onnistumisia lapsen kanssa ja raskauden aikana. Mielenkiintoista on myös se, että ne äidit, joilla oli lapsia entuudestaan, raportoivat vähemmän ahdistuneisuutta, sillä he olivat jo kokeneet vähintään yhden onnistuneen raskausajan. Ensisynnyttäjän keski-ikä on ollut Suomessa tasaisessa nousevassa trendissä jo viisikymmentä vuotta samalla, kun hankittavien lasten määrä on ollut laskevassa trendissä (Heino ym., 2022). Koska tämän tutkielman löydökset osoittavat, että nuoremmat ja jo useamman lapsen saaneet kokevat keskimäärin vähemmän raskaudenaikaista ahdistuneisuutta, olisi mielenkiintoista selvittää, ovatko viime vuosikymmenien trendit lapsien määrässä ja ensisynnyttäjän keski-ikässä lisänneet äitien keskimääräistä raskaudenaikaista ahdistuneisuutta.

Taustamuuttujista ainoastaan ensisynnyttäjäyys oli yhteydessä vanhemman kokemaan kiintymykseen. Äidit, joilla ei vielä ollut lapsia, raportoivat enemmän kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan. Aiemmassa kirjallisuudessa äidin lapsimäärän on todettu olevan yhteydessä hänen kokemaan kiintymykseen tulevaa lasta kohtaan (Darvishvand ym., 2018). Myös äidin iän sekä koetun sosiaalisen tuen vakauden on todettu merkitsevästi vaikuttavan kiintymyksen muodostumiseen (Cataudella ym., 2016). Tässä tutkimuksessa nämä taustamuuttujat eivät osoittautuneet olevan tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä kiintymyksen kanssa.

Ensimmäisen lapsen saaminen vaikuttaa kyseessä olevan tutkielman perusteella lisäävän äidin kokemaa kiintymystä tulevaa vauvaa kohtaan. Tulevalla äidillä, jolla ei vielä ole lapsia entuudestaan, voidaan mahdollisesti olettaa olevan enemmän aikaa pysähtyä kohdussa kasvavan lapsen äärelle, sillä hänellä ei vielä ole muita lapsia, joihin ajalliset ja voimavaralliset resurssit kohdistuisivat. Lievästi masentuneita raskaana olevia sekä heitä hoitavia ammattilaisia voisi hyödyttää tutkimustieto siitä, parantaako juuri tämä pysähtymisen mahdollisuus edellytyksiä muodostaa kiintymyssuhde lapsen kanssa.

Raskauden aikaisen masennuksen ja taustamuuttujien välillä ei tutkimuksessa löydetty yhteyttä. Tulos oli yllättävä aikaisemman kirjallisuuden valossa. Osittain yhteyden puutetta saattaa selittää se, että koehenkilöt valittiin tutkimukseen tiukkojen masennuspisterajojen puitteissa, joten masennuspisteissä ei ollut suurta vaihtelua. Aikaisemmin saadussa mielenterveyshoidossa voitiin havaita negatiivinen korrelaatio äitien kokemaan masennuksen kanssa, mutta tämä yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Merkitsevyyden puutteesta huolimatta tulokset antavat aihetta syvemmälle tarkastelulle. On mahdollista, että aikaisemmin koettu yleinen masennus- tai ahdistusjakso on yhteydessä myöhempään

raskaudenaikaiseen masennukseen vähentäen riskiä alentuneeseen mielialaan raskauden aikana. Tämä on mielenkiintoista, sillä aikaisemman tutkimuksen perusteella sen ajateltiin lisäävän äitien kokemaa masennusta raskauden aikana (van Niel & Payne, 2020). Tässä tutkimuksessa trendi on kuitenkin toiseen suuntaan ja antaa viitteitä siitä, että aikaisemmin saatu mielenterveydellinen hoito saattaa vähentää äidin kokemaa masentuneisuutta raskauden aikana. Olisi tärkeää selvittää, onko esimerkiksi sillä, kuinka kauan hoidosta on, merkitystä lievän masennuksen kokemukseen raskausaikana.

Äidin parisuhdetilanne tai sosioekonominen asema eivät olleet tässä tutkimuksessa merkitsevässä yhteydessä raskaudenaikaiseen masentuneisuuteen, ahdistuneisuuteen tai kiintymykseen, toisin kuin aikaisemmassa kirjallisuudessa on havaittu (Biaggi ym., 2016; Cataudella ym., 2016; Lancaster ym., 2010). Tämä saattaa johtua siitä, että näissä taustamuuttujissa ei ollut juurikaan vaihtelua tutkimukseen rekrytoitujen äitien välillä. Suurin osa tutkimuksen osallistujista oli parisuhteessa olevia, keskituloisia ja kouluttautuneita naisia.

4.1 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet

Raskausaika on tulevalle vanhemmalle kuormittavaa niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Tänä aikana vanhempi on erityisen altis erilaisille mielenterveydellisille ongelmille. Jotta kiintymys tulevaa vauvaa kohtaan pääsisi syvenemään, on erityisen tärkeää, että vanhempi ei koe liiallista psyykkistä kuormitusta, kuten masennusta tai ahdistuneisuutta. Tässä tutkielmassa havaittiin näiden kahden tekijän heikentävän kiintymyksen voimakkuutta ja laatua lievästi masentuneissa äideissä. Tutkielma onnistui identifioimaan kaksi taustamuuttujaa, jotka vaikuttavat äidin kokemaan raskausajan ahdistuneisuuteen sekä kiintymykseen lievästi masentuneissa äideissä. Lisäksi tutkielma löysi merkitsevän yhteyden raskausajan lievän masentuneisuuden ja kiintymyksen välillä.

Tutkielman voidaan nähdä lisäävän tietoa raskausajan ahdistuneisuudesta. Sellaiset ahdistuneisuudelle luonteenomaiset ajatukset ja tunteet, jotka liittyvät erityisesti raskaana olemiseen ja synnytykseen, voitaisiin tulevaisuudessa nähdä omana oireyhtymänään yleisen ahdistuneisuuden alakategorian sijaan. Tämän tutkielman tulokset tukevat tällaista näkökulmaa luokittelussa.

Tutkielman vahvuutena on sen keskittyminen lievästi masentuneisiin raskaana oleviin äiteihin, sillä tästä on toistaiseksi vain vähän tutkimustietoa. Aineisto on ainutlaatuinen, sillä

se tarkastelee ainoastaan lievästi masentuneita odottavia äitejä koko masennuksen kirjon sijaan. Tämän lisäksi tutkielman vahvuus on validoitujen ja laajasti käytettyjen tutkimusmenetelmien käyttö, mikä lisää tutkimustulosten luotettavuutta.

Osallistujien välinen hajonta eri muuttujissa oli tässä tutkimuksessa matala, mikä saattoi vaikuttaa tulosten tilastollisten testien tuloksiin. Tässä tutkielmassa esitettyihin tuloksiin on hyvä tästä syystä suhtautua varauksella. Koska osa löydöksistä oli ristiriidassa olemassa olevien tutkimuksien kanssa, jatkotutkimuksen on syytä selvittää muuttujien ja niiden yhteyksien todellinen luonne. Tutkielmassa tutkittiin vain tiettyjä ominaisuuksia ja ilmiöitä tietyillä mittareilla, joten eri tiedonkeruumenetelmiä käyttäen tulokset olisivat voineet olla erilaisia.

Tutkimuksen yhtenä rajoitteena voidaan pitää otoskoon pienuutta, mikä voi vaikuttaa tuloksiin. Koska tutkielman aineisto oli osa erillisen *Vuorovaikutteinen ultraääni* – tutkimuksen aineistoa, otoskokoon ei voitu tässä opinnäytetyössä vaikuttaa. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet naiset olivat lähes poikkeuksetta korkeasti kouluttautuneita ja parisuhteessa olevia naisia. Tämä aineisto valikoituminen rajoittaa tulosten yleistettävyyttä. Suuremmalla osallistujamäärällä tulokset olisivat saattaneet poiketa nyt havaitusta. Pieni otoskoko vaikutti myös siihen, että tutkielmassa ei päädytty toteuttamaan regressioanalyysia käyttäen mittareiden alaskaaloja.

4.2 Johtopäätökset sekä jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset

Tulosten mukaan raskaudenaikainen lievä masentuneisuus vähentää äidin kokeman kiintymyksen tunnetta tulevaa vauvaa kohtaan. Onkin tärkeää, että raskaana olevan naisen lievätkin masennusoireet tunnistetaan ajoissa, jotta kiintymys tulevaa vauvaa kohtaan pääsee kehittymään. Tunnistaminen on edellytyksenä minkä tahansa hoitomuodon kohdentamiselle ja ajoitukselle. Suhteessa mielenterveydenhuollon tyypilliseen reaktionopeuteen ja toiminnan tehokkuuteen raskausaika on suhteellisen lyhytkestoinen, joten oikea-aikainen tunnistus on avainasemassa onnistuneeseen hoitoon.

Äidin pelko synnytyksestä ja huoli tulevasta lapsesta vaikuttavat äidin kokeman kiintymyksen laatuun lievästi masentuneilla äideillä. Äidin kokemaa raskauteen liittyvää ahdistuneisuutta

tulisi kartoittaa etenkin lievästi masentuneilla äideillä, sillä se vaikuttaa olevan yleisestä ahdistuneisuudesta erillinen mielenterveydellinen ongelma (Huizink ym., 2004).

Tulevaisuudessa olisi tärkeä selvittää, miten raskaudenaikainen masentuneisuus ja mahdollisesti myös raskaudenaikainen ahdistuneisuus vaikuttavat kiintymyksen muodostumiseen, jotta mahdollinen hoito voitaisiin paremmin kohdistaa sitä tarvitseville. Mahdolliset ja kustannustehokkaat hoidot voisivat keskittyä esimerkiksi äitien kokeman kiintymyksen lisäämiseen lievästi masentuneilla ja ahdistuneilla äideillä erilaisten yksin tai ammattilaisen kanssa tehtävien harjoitteiden avulla. *Vuorovaikutteinen ultraääni raskaana olevan naisen tukena* -interventiota voitaisiin mahdollisesti käyttää tähän tarkoitukseen.

Taustamuuttujien tunnistaminen on tärkeää, jotta voidaan tunnistaa ne lievästi masentuneet äidit, jotka ovat kohonneessa riskissä raskaudenaikaisen ahdistuneisuuden lisääntymiselle. Tämän tutkielman tulokset osoittavat, että erityisesti äidin iällä sekä aikaisemmalla synnytyshistorialla on yhteys ahdistuneisuuteen. Lisäksi ensisynnyttäjäisyys ennustaa äidin kokemaan kiintymyksen tulevaa lasta kohtaan. Jatkossa olisi syytä tarkastella, kuinka muut taustamuuttajat äidin elämässä ovat yhteydessä raskaudenaikaiseen masentuneisuuteen, ahdistuneisuuteen sekä kiintymykseen tulevaa vauvaa kohtaan.

Tutkielman tulokset saattavat valottaa äidin masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden suhdetta kiintymykseen tavoilla, jotka mahdollisesti kiteytyvät vasta *Vuorovaikutteinen ultraääni* - tutkimushankkeen valmistuttua. Tämän tutkielman valmistumisen aikaan *Vuorovaikutteinen ultraääni* -tutkimus on vielä käynnissä.

COVID-19-pandemia on lisännyt yleisen ahdistuneisuuden oireilua maailmanlaajuisesti. Lisääntyminen on ollut suurinta nuorten, etenkin nuorten naisten, keskuudessa (The Lancet, 2021). On syytä olettaa, että pandemian kärjistävät mielenterveysongelmat heijastuvat tulevaisuudessa raskaudenaikaiseen masennukseen ja ahdistukseen. Eräs hedelmällinen lähitulevaisuuden tutkimussuuntaus voisi olla selvittää, näkyykö COVID-19-pandemian vaikutus raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen lisääntymisessä.

Masennuksen yleisyyden on raskaana olevassa väestössä havaittu olevan korkea, noin joka viides raskaana oleva henkilö on masentunut (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013). Lievä masentuneisuus saattaa olla vielä yleisempää, sillä sen oireiden tunnistus on yleensä vaikeaa. Raskaus ja synnytys ovat isoja muutoksia tulevan vanhemman elämässä, ja on luonnollista, että ne herättävät tulevissa vanhemmissa jonkin verran ahdistuneisuutta. On kuitenkin tärkeää

tunnistaa, milloin ahdistuneisuutta alkaa esiintyä niin paljon, että se voidaan määritellä epaadaptiiviseksi. Ymmärrys siitä, miten nämä häiriöt vaikuttavat raskaana olevaan vanhempaan ja mitkä ovat niiden keskinäiset vuorovaikutussuhteet ja taustamuuttajat, on tärkeää sekä vanhemman että tulevan vauvan hyvinvoinnin kannalta. Vanhemman saama oikea-aikainen hoito ja sille välttämätön täsmällinen oireiden tunnistus lisäävät molempien, vanhemman ja vauvan, hyvinvointia raskauden aikana ja sen jälkeen.

Lähteet

- Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. (2019). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, (viitattu 12.01.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(3), 315–328.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x>
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: A follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937–944.
<https://doi.org/10.1080/00016340600697652>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bayrampour, H., Vinturache, A., Hetherington, E., Lorenzetti, D. L., & Tough, S. (2018). Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5), 476–503. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1492097>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Brodén, M., & Kivirauma, M. (2004). *Raskausajan mahdollisuudet: kun suhteet syntyvät ja kehittyvät*. Therapie-säätiö.
- Cataudella, S., Lampis, J., Busonera, A., Marino, L., & Zavattini, G. C. (2016). From parental-fetal attachment to a parent-infant relationship: a systematic review about prenatal protective and risk factors. *Life Span and Disability XIX*(2), 185-219.
- Cena, L., Gigantesco, A., Mirabella, F., Palumbo, G., Camoni, L., Trainini, A., & Stefana, A. (2021). Prevalence of comorbid anxiety and depressive symptomatology in the third trimester of pregnancy: Analysing its association with sociodemographic, obstetric, and mental health

features. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1398-1406.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.015>

Coelho, H. F., Murray, L., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. J. (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 348–353. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.002>

Condon, J. T., & Corkindale, C. J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 57-76.

Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359–372. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x>

Cox, J. L., Holdenand, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.

Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.

Darvishvand, M., Rahebi, S., & Khalesi, Z. (2018). Factors Related to Maternal-Infant Attachment. *Shiraz E-Medical Journal*. In press. <https://doi.org/10.5812/semj.80369>

Depressio. Käypä hoito -suositus. (2021). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (viitattu 12.01.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

The Editors of the Lancet. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Eswi, A., & Khalil, A. (2012). Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. *World Applied Sciences Journal*, 18(4), 462–471. <https://doi.org/10.5829/idosi.wasj.2012.18.04.6491>

- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry, 15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal comorbid anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 47*, 2041–2053. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000617>.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development, 33*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders, 132*(1–2), 146–157. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2011.02.007>
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5), 1071–1083.
- Glover, V., & O'Connor, T. G. (2002). Effects of antenatal stress and anxiety. Implications for development and psychiatry. *British Journal of Psychiatry, 180*, 389–391. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.389>
- Goecke, T. W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. W., & Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 286*, 309–16.
- Hakulinen, T., Pakarinen, A., & Uotila-Laine, H. (2021). EPDS-mielialalomake raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonnassa. *Terveysportti, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00002?toc=1112236>
- Heino, A., Kiuru, S., & Gissler, M. (2022). *Ennakkotieto: Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2021*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitalasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>

- Huizink, A. C., Delforterie, M. J., Scheinin, N. M., 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*(1), 125–132. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0531-2>
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles De Medina, P. G., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development, 79*(2), 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). (2013) *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Opas 29/2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Korja, R., Nolvi, S., Kataja, E. L., Scheinin, N., Junttila, N., Lahtinen, H., Saarni, S., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2018). The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the prenatal period in the finnbrain birth cohort study. *PLoS ONE, 13*(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207856>
- Laaksonen, A., & Mettälä, T. (2020). *Koulutusmalli raskaudenaikaisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisesta, puheeksi ottamisesta ja hoitamisesta äitiysneuvolassa*. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Levine, A., Zagoory-Sharon, O., Feldman, R., & Weller, A. (2007). Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. *Peptides, 28*, 1162–9.
- Lindgren, K. (2001). Relationships Among Maternal Fetal Attachment, Prenatal Depression, and Health Practices in Pregnancy. *Research in Nursing & Health, 24*.
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Pasco Fearon, R. M., Schumacher, L., Akbari, E., Cooke, J. E., & Tarabulsky, G. M. (2018). A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and

Anxiety on Child Socioemotional Development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(9).

- Marchesi, C., Bertoni, S., & Maggini, C. (2009). Major and Minor Depression in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 113(6), 1292–1298.
- Navarro-Aresti, L., Iraurgi, I., Iriarte, L., & Martínez-Pampliega, A. (2016). Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS): adaptation to Spanish and proposal for a brief version of 12 items. *Archives of Women's Mental Health*, 19(1), 95–103. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0513-4>
- van Niel, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>
- Penninx, B. W. J. H., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H., Spinhoven, P., Cuijpers, P., de Jong, P. J., van Marwijk, H. W. J., der Meer, K. van, Verhaak, P., Laurant, M. G. H., de Graaf, R., Hoogendijk, W. J., der Wee, N. van, Ormel, J., van Dyck, R., & Beekman, A. T. F. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133(1–2), 76–85. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2011.03.027>
- Pollack, M. (2005). Comorbid anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 22–9.
- Premji, S. S., Lalani, S., Shaikh, K., Mian, A., Forchheh, N., Dosani, A., Letourneau, N., Yim, I. S., Bhamani, S. S., & Maternal-Infant Global Health Team-Collaborators In Research, M. (2020). Comorbid Anxiety and Depression among Pregnant Pakistani Women: Higher Rates, Different Vulnerability Characteristics, and the Role of Perceived Stress. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 7295. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197295>
- Rutherford, H., Potenza, M., & Mayes, L. (2013). The neurobiology of addiction and attachment. Kirjassa: Suchman, N., Pajulo, M., & Mayes, L., toim. *Parenting and substance abuse: developmental approaches to intervention*. New York: Oxford University Press, 3–23.
- Sainio, S. (2014). *Odottavan äidin käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim.

- Siddiqui, A., & Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction? *Early Human Development*, *59*(1), 13–25. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(00\)00076-1](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(00)00076-1)
- Skouteris, H., Wertheim, E. H., Rallis, S., Milgrom, J., & Paxton, S. J. (2009). Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships. *Journal of Affective Disorders*, *113*(3), 303–308. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2008.06.002>
- 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*, 22–6.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1–3), 142–148. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2009.03.005>
- Tirumalaraju, V., Suchting, R., Evans, J., Goetzl, L., Refuerzo, J., Neumann, A., Anand, D., Ravikumar, R., Green, C. E., Cowen, P. J., & Selvaraj, S. (2020). Risk of Depression in the Adolescent and Adult Offspring of Mothers with Perinatal Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, *3*(6), e208783. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8783>
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *219*, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>