



Lasta odottavien perheiden terveyden ja hyvinvoinnin alueelliset erot Turussa

Lasta odottavien perheiden terveyden ja hyvinvoinnin alueelliset erot Turussa

Eeva-Leena Kataja, Linnea Karlsson, Teemu Kemppainen ja Hasse Karlsson

Tästä on kyse

- Sekä äidin että isän raskausajan terveys ja hyvinvointi ovat tärkeitä tekijöitä syntyvän lapsen kehitykselle ja perheen hyvinvoinnille. Lasta odottavien perheiden kokonaisvaltainen, mahdollisimman tehokas hoitaminen on siten merkittävä investointi.
- Raskausajan terveydessä, hyvinvoinnissa ja elintavoissa on merkittäviä eroja Turussa eri neuvolapiirien välillä. Psykkiset ja fyysiset ongelmat näyttävät kasaantuvan alueellisesti, myös samoihin populaatioihin. Tämän vuoksi on tärkeää kehittää alueellisia toimenpiteitä näiden riskitekijöiden vähentämiseksi jo raskausaikana, jolloin elintapojen muutokseksi on vanhempien mielessä erityisen otollinen aika.
- Riskiryhmiin on hyvä kohdentaa resursointia sekä henkilökunnan määrän että täydennyskoulutuksen ja osaamisprofiilin osalta. Tutkitusti tehokkaat ennaltaehkäisevät työmenetelmät sekä varhaisen puuttumisen menetelmät ja ongelma-alueiden puheeksi ottaminen ovat hyödyllistä välineitä myös neuvolatyössä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella näitä kannattaa vahvistaa erityisesti niillä alueilla, joille näyttää kasaantuvat riskitekijöitä.

Johdanto

Suomalaisten terveys on parantunut viime vuosikymmenten aikana (Koskinen ym. 2012), mutta alueelliset terveyserot ovat edelleen huomattavan suuria ja ne ovat vuosien mittaan pysyneet samankaltaisena tai jopa kasvaneet (Mäki 2015). Alueellisia terveys- ja hyvinvointieroja voidaan tarkastella esimerkiksi vertailemalla elinajan odotetta eri asuma-alueiden välillä (mm. Mäki 2015; Vilkkama, Lönnqvist, Väliniemi-Laurson & Tuominen 2014). Alueelliset erot eivät kerro välttämättä suoraan asuinalueen vaikutuksista terveyteen tai elintapoihin, vaan ne voivat selittyä myös välillisesti sillä, minkälaista väestöä alueelle valikoituu esimerkiksi asuntokannan perusteella. Tällöin palveluiden tarpeen mukainen alueellinen kohdentaminen on oleellisempi kysymys kuin ”mikä tässä alueessa on vikana”. Paikallisten palvelujärjestelmien kehittämisen näkökulmasta on siis tärkeää tarkastella alueellisia eroja myös eri palveluyksiköiden näkökulmasta. Neuvolapalvelut ovat yksi tällainen järjestelmä, ja kun tiedetään minkälaisia eroja terveydessä ja hyvinvoinnissa voidaan havaita eri neuvolapiirien välillä, voidaan pohtia minkälaisia tukitoimia kannattaa suunnata millekin alueelle.

Aiemman tutkimuksen perusteella on jo pitkään tiedetty, miten äidin raskausajan elintavat (kuten tupakointi) tai äidin somaattinen terveys (esimerkiksi diabetes, epilepsia, tai jokin muu säännöllistä lääkehoitoa vaativa sairaus) ovat yhteydessä lapsen kehitykseen ja terveyteen, ja miten ne pitää huomioida jo raskausajasta alkaen (esim. Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Samoin tiedetään, että perheiden sosioekonominen asema on yhteydessä perheen hyvinvointiin monin eri tavoin (esim. American Psychological Association, <http://www.apa.org/pi/ses/>

resources/publications/children-families.aspx). Sen sijaan vähemmän on toistaiseksi tarkasteltu sitä, miten vanhempien psyykinen hyvinvointi on yhteydessä lapsen terveyteen, kasvuun ja kehitykseen, sekä toisaalta miten elintavat ja terveystottumukset ovat yhteydessä vanhempien psyykkisiin ja somaattisiin (fyysisiin) tekijöihin raskausaikana. Tässä raportissa esitellään terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä alueellisia eroja turkulaisissa neuvolapiireissä. Tavoitteena on tuottaa tietoa neuvolajärjestelmien kehittämisen pohjaksi: riskitekijöiden alueellisiin eroihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan paikallisessa kehittämistyössä.

Tutkimus on osa suurta Turun yliopistossa vuonna 2010 aloitettua *FinnBrain* -tutkimushanketta (www.finnbrain.fi), jonka tarkoituksena on selvittää ympäristön ja perimän vaikutusta lapsen kehitykseen. Tämä alueellisia eroja Turussa koskeva osahanke on rahoitettu Turun kaupunkitutkimusohjelmasta.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto käsittää FinnBrain -tutkimuksessa mukana olevat turkulaiset äidit (n = 1522) ja heidän tutkimuksessa mukana olevat puolisonsa (n = 981). Aineisto on kerätty vuosina 2012–2015. Tieto on kerätty raskausviikolla 14 toteutetuina lomakekyselyin. Tutkimuksen yhtenä vahvuutena voidaan pitää sen suurta kokonaisotoskokoa molemmille sukupuolille. Tietoa äitien raskausajan terveydestä ja hyvinvoinnista on olemassa enemmän, mutta tietoa isien raskausajan hyvinvoinnista on vähemmän. Kuitenkin neuvolatyön näkökulmasta on tärkeää huomioida molempien puolisojen hyvinvointi ja siihen vaikuttavat osatekijät. Tutkimusanalyysit perustuvat kyselylomakkeilla kerättyyn tietoon ja vastaajien itsensä raportoimiin seikkoihin. Tämä saattaa vinouttaa jakaumia joiden muuttujien suhteen (esimerkiksi itseraportoitujen pitkäaikaissairauksien osalta).

Tutkittavien äitien keski-ikä oli lapsen lasketun ajan hetkellä 31 vuotta ja isien keski-ikä 32 vuotta. Aineistossa oli 939 (62 %) ensisynnyttäjää ja 568 (37 %) uudelleen synnyttäjää. Ensisynnyttäjien osuus on turkulaisten osalta korkeahko (62 %), mikä tulee huomioida tuloksia arvioitaessa.

Tutkittavat asuivat 26 eri postipiirin alueella ja olivat 13 eri äitiysneuvolan palvelujen piirissä. Edustajia on siis Turun jokaisesta neuvolapiiristä, joskin edustusosuus vaihtelee huomattavasti eri neuvolapiirien välillä. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden alueellinen jakautuminen neuvolapiirien kesken on kuvattu Taulukossa 1.

Äitiysneuvola	Äidit, n (%)	Isät, n (%)
Brahe	275 (18)	188 (19)
Hirvensalo	88 (6)	52 (5)
Kirkkotie	133 (9)	86 (9)
Kustavintie	166 (11)	105 (11)
Maaria	49 (3)	28 (3)
Mäntymäki	370 (24)	244 (25)
Mullintie	103 (7)	68 (7)
Paattinen	36 (2)	22 (2)
Pansio	45 (3)	27 (3)
Runosmäki	48 (3)	23 (2)
Ruotsinkielinen	59 (4)	39 (4)
Varissuo	102 (7)	66 (7)
Vasaramäki	48 (3)	33 (3)
Yhteensä	1522 (100)	981 (100)

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden äitien ja isien määrä ja suhteellinen prosenttiosuus tutkimukseen osallistuneista eri neuvolapiireissä

Tutkimuksen rajoituksena voidaan pitää sitä, että otoksen edustavuutta ei pystytä arvioimaan suhteessa koko odotettavaan väestöön Turussa. Aiempien tutkimusten pohjalta tiedetään, että tutkimuksiin osallistuvat tyypillisimmin ne, jotka voivat hyvin/paremmin, kun taas ne henkilöt jotka voivat huonosti, jättävät osallistumatta/vastaamatta.

Tutkimukseen osallistuvat vanhemmat ovat keskimäärin melko korkeasti koulutettuja, mikä viittaa mahdollisesti siihen, että tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta ovat olleet alun perin kiinnostuneita henkilöt, joilla on koulustaustansa vuoksi muita suurempi mielenkiinto joko yleensä osallistua tutkimuksiin tai osallistua juuri terveyttä ja hyvinvointia käsittelevään tutkimukseen. Heistä kaksi kolmasosaa oli suorittanut joko ammattikorkeakoulututkinnon (AMK) (äidit 26 %, isät 27 %), alemman korkeakoulututkinnon (äidit 7 %, isät 3 %) tai ylemmän korkeakoulututkinnon (äidit 26 %, isät 23 %). Vajaa kolmannes oli suorittanut vain ammattikoulututkinnon (äidit 17 %, isät 21 %) tai ylioppilastutkinnon (äidit ja isät 14 %). Vain peruskoulun oli suorittanut 2 % äideistä ja 3% isistä.

Tutkimukseen osallistuvista äideistä runsas kolmannes (39 %) ilmoitti nettokuukausituloikseen enintään 1500€, kolmannes (32 %) 1500-2000€ ja noin viidennes (18 %) 2000-2500€. Noin 10 % nettotulot ylittivät 2500 euroa kuukaudessa. Isistä noin neljännes (26 %) ilmoitti nettokuukausituloikseen enintään 1500€, 25 % 1500-2000€, 26 % 2000-2500€ ja 22 % yli 2500€ kuukaudessa.

Isien koulutustaso oli siis samansuuntainen tai hieman äitejä matalampi, mutta nettotulotaso jonkin verran korkeampi. Pienituloisia näyttää olevan aineistossa maan yleistä väestötasoa enemmän, sillä Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2015 noin 16 % tulonsaajista ansaitsi bruttotuloina alle 20 000€ Suomessa (www.tilastokeskus.fi). Sekä koulutustasoa että nettotuloja arvioitaessa on huomioitava, että monella äidillä ja isällä opinnot saattavat olla vielä kesken. Lisäksi mahdolliset äitiyslomat ja/tai hoitovapaat vaikuttavat todennäköisesti joidenkin vastaajien ajankohittaiseen ansiotasoon.

Kyselyllä kerättiin tietoa useista eri raskausajan hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä. Tässä raportissa kuvataan tutkittavien (1.) psyykkisten oireiden, unihäiriöiden ja itse raportoidun päihdekäytön yleisyys; (2.) somaattisen sairastamisen yleisyys; (3.) koettu elämänlaatu; ja (4.) psyykkisten oireiden, unihäiriöiden ja päihdekäytön sekä somaattisen sairastamisen välisiä yhteyksiä. Raportissa käytetyt kyselyt on kuvattu Liitteessä 1. Kunkin teeman yhteydessä raportoidaan tulokset erikseen äideille ja isille, sekä käsitellään Turun kaupungin alueellisia, äitiysneuvolapiirien välisiä eroja edellä mainittujen tekijöiden suhteen. Jokaisen teeman yhteydessä esitellään myös keskeiset johtopäätökset tuloksista.

Psyykkisten oireiden, unihäiriöiden ja itse raportoidun päihdekäytön yleisyys

Masennusoireet

Tutkimuksessa mukana olevista **äideistä** 1482 täytti Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - masennusoirekyselyn. Tässä aineistossa masennusoirekyselyn pisteet vaihtelivat välillä 0-27, keskiarvo oli 5 pistettä. Itseraportoitujen masennusoireiden määrässä ei havaittu eroa eri neuvolapiirien välillä ($p > 0,05$).

Kliinisesti merkittävän masennusoireilun katkaisupistemäärän ($EPDS > 11$) ylitti vajaa kymmenesosa (8 %) tutkitavista, ja heitä oli kaikissa muissa neuvolapiireissä paitsi Paattisten neuvolassa (Taulukko 2). Näiden runsaammin oireita raportoivien joukossa havaittiin tilastollisesti merkitsevä ero masennusoireiden esiintyvyydessä eri neuvolapiirien välillä ($p < 0,05$) siten, että eniten korkeita pistemääriä oli raportoitu Ruotsinkielisessä neuvolapiirissä ja vähiten Paattisten ja Vasaramäen neuvolapiireissä.

Isistä 942 täytti masennusoirekyselyn. Masennusoirekyselyn pisteet vaihtelivat välillä 0-22, keskiarvo oli 4 pistettä.

Kliinisesti merkittävän määrän masennusoireita (EPDS > 11) raportoi 4 % tutkittavista isistä, ja heitä oli kaikissa muissa neuvolapiireissä paitsi Paattisten, Vasaramäen ja Ruotsinkielisessä neuvolassa (Taulukko 2). Isien aineistossa ei havaittu alueellisia eroja masennusoireiden määrässä ($p > 0,05$), mutta tähän on voinut vaikuttaa se, että aineistossa korkeita masennusoireita raportoivien isien lukumäärä oli monissa neuvolapiireissä hyvin alhainen.

Äitien ja isien vertailussa äidit raportoivat runsaammin masennusoireita raskausaikana molemmilla muuttujilla (oirekyselyn pistemäärän ka; kliinisesti merkittävä oireilu), mikä onkin linjassa muiden väestötutkimusten yleisyysmittausten kanssa: masennusoireilu on johdonmukaisesti väestötasolla yleisempää naisilla kuin miehillä. Aiempi tutkimus (mm. Shakeel ym., 2015) raportoi äidin raskaudenaikaisten merkittävien masennusoireiden (EPDS ≥ 10) esiintyvyydeksi Länsimaissa noin 9 %, mediaanipistemäärän ollessa keskimäärin 3, joten aineistomme vastaa äitien osalta kohtalaisen hyvin muissakin tutkimuksissa saatuja tuloksia. Tutkimuksia isien raskausajan masennusoireilusta on tehty vähemmän, mutta erään meta-analyysin mukaan jopa 10 % isistä kärsisi masennusoireista puolison raskausaikana ja/tai synnytyksen jälkeen (Ramchandani ym. 2008). Kiinalaistutkimuksessa (Koh, Chui, Tang, & Lee 2014) isät raportoivat alkuraskauden masennusoirekyselyssä keskimäärin 5 pistettä ja pieni osa (3 %) raportoi kliinisesti merkittäviä masennusoireita (EPDS ≥ 13). Aineistossamme esiintyy siis mahdollisesti hieman vähemmän masennusoireilua isien keskuudessa kuin aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu (vrt. Ramchandani ym. 2008) tai sitten isien oireilu lisääntyy vasta raskauden edetessä ja/tai synnytyksen jälkeen, ja aineistomme vastaa kohtalaisen hyvin isille tyypillistä alkuraskauden oireilua (vrt. Koh, Chui, Tang, & Lee 2014). Toisaalta eurooppalaista tai pohjoismaista tutkimusta, johon tätä aineistoa voisi verrata, on isien osalta niukasti.

Ahdistusoireet

Tutkimuksessa mukana olevista **äideistä** 1481 täytti Symptom Checklist-90/ahdistusoireet (SCL-90) -kyselyn, jossa arvioitiin yleisten ahdistusoireiden määrää alkuraskaudessa. Asteikolla 0-40 ahdistuneisuuskyselyn pisteiden keskiarvo oli 3, joka kuvaa matalaa oireilua aineistossa. Itseraportoitujen ahdistusoireiden määrässä havaittiin alueellisia eroja ($p < 0,01$). Korkeimpia ahdistusoireita raportoitiin Ruotsinkielisen neuvolan piirissä ja matalimpia Paattisten neuvolapiirissä.

FinnBrain -aineistossa määritellyn merkittävän ahdistuneisuusoireilun katkaisupistemäärän (SCL > 9) ylitti 7 % kyselyyn vastanneista äideistä, ja heitä oli kaikissa neuvolapiireissä (Taulukko 2). Myös merkittävien ahdistusoireiden määrässä havaittiin ero eri neuvolapiirien välillä ($p < 0,05$).

Isistä 939 täytti SCL-90/ahdistusoireet -kyselyn. Asteikolla 0-40 ahdistuneisuuskyselyn pisteiden keskiarvo oli 3, ollen myös isillä matalalla tasolla.

Merkittävän ahdistuneisuusoireilun katkaisupistemäärän (SCL > 9) ylitti 6 % tutkittavista ja heitä oli kaikissa muissa neuvolapiireissä paitsi Maarian ja Paattisten neuvolassa (Taulukko 2). Itseraportoitujen ahdistusoireiden määrässä ei havaittu isillä eroja neuvolapiirien kesken, ei myöskään korkeiden ahdistusoireiden osalta (p -arvot > 0,05).

Ahdistusoireiden esiintyvyydessä ei ole yhtä suuria eroja **äitien ja isien** välillä kuin masennusoireiden kohdalla todettiin. Tässä tutkimusväestössä oirekyselyn keskiarvo on ahdistusoireidenkin osalta matalalla tasolla. Merkittävän oiretason osuus vastasi kuitenkin aikaisempia tutkimuksia (esim. Meades & Ayers 2011), jossa äidin raskausajan merkittävien ahdistusoireiden esiintyvyydeksi on arvioitu noin 8 %. Taulukkoa 2 tarkastelemalla voidaan havaita, että joissain neuvolapiireissä äideillä esiintyy huomattavan runsaasti ahdistusoireilua, kun taas toisissa sitä ei esiinny lainkaan. Jälleen luokittelevan muuttujan (merkittävä oiretaso) osalta todetaan, että koska ilmiön yleisyys oli joissain neuvolapiireissä hyvin alhainen (vrt. Taulukko 1), alueellisia eroja esiintyvyydessä on vaikeampi tutkia.

Keskeinen tulos psyykkisten oireiden esiintyvyydestä **äideillä ja isillä** raskausaikana on, että sekä masennus- että

ahdistusoireita esiintyy tietyissä neuvolapiireissä (kuten Pansio, Runosmäki, Varissuo) selvästi aineiston keskiarvoa enemmän sekä äitien että isien keskuudessa (Taulukko 2). Tämän perusteella kannattaa kiinnittää huomiota neuvola-kohtaisiin eroihin palveluiden resursoinnin ja toimenpiteiden kohdentamisen tarpeissa.

Unihäiriöt

Nukkumista ja unen laatua selvittävän kyselyn pohjalta muodostettiin seuraavat unihäiriöitä kuvaavat muuttujat, jotka olivat osa laajempaa Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ)-kyselyä: unettomuus (asteikko 3-15), päiväväsymys (asteikko 1-15), univaje (univaje oman arvion mukaan tunteina per yö).

Tutkittavista **äideistä** n=1469 vastasi unikyselyyn. Heistä vajaa kolmasosa (30 %) raportoi lieviä, alle kliinisen merkitsevyydestason jääviä unettomuuden oireita, ja 5 % raportoi kliinisesti merkittäviä unettomuuden oireita. Kliinisesti merkittäviä unettomuuden oireita esiintyi eniten Mullintien (10 %) ja Pansion (9 %) neuvolapiireissä ja vähiten Maarian, Runosmäen ja Vasaramäen neuvoloissa (2 % vastaajista) (Taulukko 2). Äideistä 12 % raportoi merkittäviä päiväväsymyksen oireita. 7 % raportoi nukkuvansa vähemmän per yö kuin mitä arvioi tarvitsevansa unta.

Unihäiriöiden osalta ei havaittu alueellisia eroja eri neuvolapiirien välillä (p-arvot > 0,05). Kuitenkin Taulukkoa 2 tarkastelemalla kliinisesti merkittävät unettomuusoireet vaihtelivat selvästi eri neuvolapiirien välillä, ja on mahdollista, että aineistokoko ei tämän mittarin kohdalla ollut riittävä tuomaan esiin tilastollisesti merkitseviä eroja usean ryhmän (neuvolapiirit) vertailussa.

Yhteensä 944 **isää** vastasi unen laatua (BNSQ) koskevaan kyselyyn. Heistä suuri enemmistö (80 %) raportoi, että ei kärsi unettomuuden oireista, viidennes (19 %) raportoi alle kliinisesti merkittävän tason jääviä oireita ja hyvin pieni osa (1 %) raportoi kärsivänsä merkittävistä unettomuuden oireista. Isistä 3 % raportoi merkittäviä päiväväsymyksen oireita. Unettomuuden tai päiväväsymyksen osalta ei havaittu alueellisia eroja (p-arvot > 0,05). 6 % vastaajista raportoi nukkuvansa vähemmän kuin arvioi tarvitsevansa unta.

Äitien ja isien uneen liittyvien häiriöiden osalta voidaan todeta, että äidit raportoivat enemmän unettomuuden ja päiväväsymyksen oireita kuin isät. Aiempien tutkimusten mukaan unettomuus ja unen puute ovat yleisiä uneen liittyviä oireita äideillä raskausaikana liittyen mm. raskausajan fyysisiin ja fysiologisiin muutoksiin (Reichner 2015), ja unen laadussa tapahtuu tavallisesti myös heikkenemistä huonompaan raskauden edetessä (Facco, Kramer, Ho, Zee & Grobman 2010; Polo-Kantola, Aukia, Karlsson, Karlsson & Paavonen 2016). Isien kohdalla vastaavia tutkimuksia on tehty puolison raskausaikana vain vähän, mutta niissä ei ole löydetty yhteyksiä raskausajan ja unen laadun välillä (mm. Elek, Hudson & Fleck 1997).

Taulukkoa 2 tarkastelemalla voidaan havaita, että uneen liittyvät häiriöt saattavat olla jonkin verran yleisempiä alueilla, joilla raportoidaan myös enemmän masennus- ja/tai ahdistusoireita. Yksilötasolla on tavallista, että mieliala- ja ahdistusoireisiin liittyy erityyppisiä unen muutoksia ja väsymyksen lisääntymistä. Huomionarvoista on, että Pansion neuvolapiirissä esiintyy tämän tutkimusaineiston tasolla erityisen runsaasti niin masennus-, ahdistus- kuin kliinisesti merkittäviä unettomuuden oireitakin, sekä äideillä että isillä. Neuvolatyössä onkin tärkeää kartoittaa uneen liittyviä tekijöitä, niiden yhteyttä muuhun hyvinvointiin ja arvioida myös niiden henkilökohtaista merkitystä raskaana oleville naisille ja heidän puolisoilleen. Unen määrän väheneminen ei välttämättä näy väsymyksen lisääntymisenä tai muun toimintakyvyn heikkenemisenä eli kaikki uneen liittyvät muutokset eivät merkitse ongelmatilannetta, joten erityisesti unihäiriö tai muu unen muuttumiseen liittyvä subjektiivinen haitta on tärkeä selvitettävä asia (Polo-Kantola, Aukia, Karlsson, Karlsson & Paavonen 2016).

Äitiysneuvola	EPDS > 11 Äidit %	EPDS > 11 Isät %	SCL > 9 Äidit %	SCL > 9 Isät %	BNSQ, Unettomuus Äidit %	BNSQ, Unettomuus Isät %
Brahe	6	4	6	5	7	2
Hirvensalo	6	2	9	2	5	2
Kirkkotie	13	5	11	9	6	1
Kustavintie	6	3	3	4	3	0
Maaria	7	4	7	0	2	0
Mäntymäki	7	3	5	5	5	1
Mullintie	6	4	8	3	10	0
Paattinen	0	0	3	0	9	0
Pansio	16	15	11	15	9	4
Runosmäki	13	9	13	14	2	4
Ruotsinkielinen	16	0	11	6	5	0
Varissuo	11	6	14	9	4	2
Vasaramäki	2	0	11	12	2	3
Koko aineisto	8	4	7	6	5	1

EPDS= Edinburgh Postnatal Depression Scale; SCL= Symptom Check-List; BNSQ= Basic Nordic Sleep Questionnaire

Taulukko 2. Merkittävien masennus (EPDS) - ja ahdistusoireiden (SCL) oireiden ja unettomuuden esiintyvyys äideillä ja isillä neuvolapiireittäin

Päihteidenkäyttö

Alkoholinkäyttötottumuksistaan raportoi 1476 äitiä. Heistä 22 % raportoi käyttäneensä alkoholia tämän raskauden aikana. Käyttötiheys oli ollut tyypillisesti 1-2 kertaa kuukaudessa (41 %) tai harvemmin (44 %). Viikoittain oli käyttänyt 14 % ja useita kertoja viikossa 2 %. Alkoholia käyttäneistä hieman yli puolet (53 %) oli käyttänyt mietoja alkoholeja, hieman alle puolet (41 %) keskivahvoja, 1 % väkeviä, ja 3 % hyvin mietoja.

Tutkittavilta kysyttiin myös, muuttuiko heidän alkoholinkäyttötottumuksensa raskauden myötä. Kaikista alkoholia raskauden aikana käyttäneestä 403 vastaajasta 97 % kertoi muuttaneensa tottumuksiaan. Enemmistö tottumuksiaan muuttaneista raportoi lopettaneensa kokonaan (79 %) tai vähentäneensä alkoholin käyttöönsä (21 %). Pieni ryhmä, 0,2 % vastaajista raportoi olevansa huolissaan omasta alkoholinkäytöstään ja 4 % ilmoitti olevansa huolissaan puolisonsa alkoholinkäytöstä.

Alkoholin käytössä alkuraskaudessa havaittiin merkitsevä ero eri neuvolapiirien välillä ($p < 0,05$). Eniten alkoholinkäyttöä oli alkuraskaudessa esiintynyt Mäntymäen (29 %), Hirvensalon (28 %) ja Brahen (27 %) neuvolapiireissä, vähiten Kustavintien (14 %) ja Maarian (15 %) neuvolapiireissä. Alkoholin käyttötiheyttä eri neuvolapiirien välillä vertailtaessa ei havaittu alueellisia eroja niiden kesken, jotka olivat raportoineet alkoholinkäyttöä viikoittain tai useammin ($p > 0,05$).

Tupakointia koskevaan kysymykseen vastasi 1475 äitiä. Vastaajista 13 % raportoi tupakoineensa alkuraskauden aikana. Enemmistö tupakoitsijoista (66 %) tupakoi päivittäin, 8 % viikoittain, 10 % tupakoi 1-2 kertaa kuukaudessa ja 17 % harvemmin. Lähes kaikki tupakoitsijat (99 %) raportoivat muuttaneensa tottumuksiaan raskauden myötä. Muu-

toksen tehneistä 63 % lopetti kokonaan, 36 % vähensi ja 1 % lisäsi tupakointiaan. Vastaajista 2 % raportoi olevansa huolissaan omasta tupakoinnistaan ja 5 % puolisonsa tupakoinnista.

Myös alkuraskauden tupakoinnissa havaittiin eroja eri neuvolapiirien välillä ($p < 0,01$). Eniten tupakointia esiintyi Pansion (34 %), Runosmäen (21 %) ja Varissuon (20 %) neuvolapiireissä, vähiten Hirvensalon (8 %) ja Vasaramäen (9 %) neuvolapiireissä.

Huumeidenkäyttöä koskevaan kysymykseen vastasi 1468 äitiä, ja heistä 0,1 % raportoi käyttäneensä huumeita tämän raskauden aikana. Käytettyjä huumeita olivat hasis (0,1 %), buprenorfiini (0,1 %), amfetamiini (0,1 %), morfiini (0,1 %), lääkkeaineet (kuten bentosodiatsepiini ja opiaatit, 0,1 %). Tämä ryhmä myös raportoi olevansa huolissaan omasta huumeidenkäytöstään sekä puolisonsa huumeiden käytöstä ja/tai lääkkeiden väärinkäytöstä. Huumeidenkäytön osalta ei havaittu ero eri neuvolapiirien välillä ($p > 0,05$).

Alkoholinkäyttötottumuksistaan raportoi 937 isää. Heistä 90 % raportoi käyttäneensä alkoholia syntyvän lapsensa alkuraskauden aikana. Käyttötiheydeksi raportoitiin: keskimäärin viikoittain 39 %, 1-2 kertaa kuukaudessa 35 %, harvemmin 15 %, useita kertoja viikossa 10 % ja päivittäin 0,6 %. Enemmistö (88 %) oli käyttänyt mietoja alkoholeja, ja 3 % ilmoitti käyttäneensä väkeviä alkoholijuomia.

Kysyttäessä, muuttuivatko alkoholinkäyttötottumukset sen myötä, kun tieto raskaudesta tuli, 844 vastaajasta kolmasosa (32 %) kertoi muuttaneensa tottumuksiaan. Enemmistö (96 %) muutoksen tehneistä oli vähentänyt alkoholin käyttöönsä, 3 % raportoi lopettaneensa kokonaan ja 1 % raportoi lisänneensä alkoholin käyttöönsä. Vastaajista 2 % vastaajista raportoi olevansa huolissaan omasta alkoholinkäytöstään.

Eniten alkoholinkäyttöä esiintyi Maarian (96 %) ja Pansion (96 %) neuvolapiireissä, vähiten Kirkkotien (84 %) ja Vasaramäen (85 %) neuvolapiireissä. Alkoholinkäytössä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja eri neuvolapiirien välillä ($p > 0,05$). Kuitenkin alkoholin käyttötiheyttä eri neuvolapiirien välillä tarkasteltaessa havaittiin, että alkoholia päivittäin tai useammin käytäviä oli enemmän toisissa neuvolapiireissä ($p < 0,01$). Korkeimmat esiintyvyyksiluvut olivat Mäntymäen neuvolapiirissä (25 %) ja Brahen neuvolapiirissä (21 %), matalimmat Pansion ja Runosmäen neuvolapiireissä (2 %) ja Paattisten neuvolassa (2 %).

Tupakointia koskevaan kysymykseen vastasi 929 isää, joista 32 % tupakoi. Enemmistö tupakoitsijoista (43 %) tupakoi päivittäin. Yhteensä 38 % tupakoitsijoista raportoi muuttaneensa tottumuksiaan tulevan lapsensa raskauden myötä, ja heistä suurin osa (77 %) oli vähentänyt tupakointia tai lopettanut kokonaan (23 %). Isistä 4 % raportoi olevansa huolissaan omasta tupakoinnistaan.

Isien tupakoinnin osalta havaittiin alueellisia eroja ($p < 0,001$). Eniten tupakointia esiintyi Pansion (74 %) ja Runosmäen (44 %) neuvolapiireissä, vähiten Ruotsinkielisessä neuvolassa (12 %) ja Mullintien neuvolapiirissä (24 %).

Huumeidenkäyttöä koskevaan kysymykseen vastasi 930 isää, ja heistä 2 % raportoi käyttäneensä huumeita tulevan lapsensa alkuraskauden aikana. Käyttötiheys oli keskimäärin 1-2 kertaa kuukaudessa (33 %) tai harvemmin (57 %). Päivittäistä tai viikoittaista käyttöä oli 10 %:lla. Yleisimmin käytetyt huumeet olivat hasis (0,3 %), marijuana (2 %), amfetamiini (0,1 %) tai lääkkeaineet (kuten bentsodiatsepiinit, 0,1 %). Vastaajista 16 % raportoi muuttaneensa huumeidenkäyttötottumuksiaan, kun oli saanut tietää raskaudesta joko vähentäen tai lopettaen kokonaan. Vain 0,1 % vastaajista raportoi olevansa huolissaan omasta huumeidenkäytöstään.

Huumeidenkäytön osalta havaittiin merkitsevä ero eri neuvolapiirien välillä ($p < 0,05$). Eniten huumeidenkäyttöä raportoitiin Pansion (12 %) ja Ruotsinkielisen (8 %) neuvolan alueilla.

Äitien ja isien alkoholinkäytössä huomionarvoista on alkoholia raskausaikana käyttäneiden suhteellisen suuri osuus. Toisaalta raportti kuvaa alkuraskauden tilannetta ja on erittäin todennäköistä, että osa vastaajista on käyttänyt alkoholia ennen kuin he ovat tienneet olevansa raskaana. Neuvolatyön näkökulmasta on tärkeää huomata, että äideistä noin 20 % raportoi vähentäneensä alkoholinkäyttöään saatuaan tietää olevansa raskaana, mutta ei ole lopettanut sitä kokonaan. Koska aiempien tutkimusten avulla ei ole voitu määrittää ehdotonta turvarajaa raskaudenaikaiselle alkoholinkäytölle, käytön lopettaminen on ainoa suositeltava vaihtoehto (www.terveyskirjasto.fi, Raskaus ja alkoholi), ja tämä olisi hyvä huomioida myös neuvolatyössä selvittämällä äidin ja isän raskausajan alkoholinkäyttötottumuksia sekä suhtautumista suosituksiin. Terveyskirjaston tietojen mukaan Suomessa raskautta edeltävä keskimääräinen alkoholinkäyttö on naisilla noin neljä annosta viikossa, mutta suurin osa vähentää tai lopettaa alkoholin käytön jo raskautta yrittäessään tai saatuaan tiedon raskaudesta. Alkoholin käyttötottumuksissa havaitaan tässä aineistossa myös merkittäviä alueellisia eroja, mikä on tärkeää huomioida alueellisia palveluita kehitettäessä. Merkittävä osuus, 4 % tämän tutkimuksen äideistä raportoi olevansa huolissaan puolisonsa alkoholinkäytöstä, mikä voi olla yksi perheen sisäinen stressitekijä alkuraskaudessa. Myös tästä olisi tärkeää kysyä neivolakäynneillä ja herättää avointa keskustelua puolisoidenkin välillä. Päihdekäytön puheeksi ottamisen ja ennaltaehkäisevien menetelmien käyttöön kouluttautuminen on tärkeä osa peruspalveluita ja henkilökunnan osaamiseen näissä asioissa kannattaa kiinnittää erityistä huomiota alueilla, joissa perheiden huoli on yleinen.

Äitien ja isien tupakointia tutkittaessa havaitaan, että esiintyvyys vastaa äideillä tässä aineistossa yleistä väestötasoa. Tutkittavista äideistä pieni osa raportoi olevansa huolissaan sekä omasta että puolisonsa tupakoinnista. Tutkittavista isistä noin kolmasosa tupakoi, ja selvä enemmistö jatkaa tupakointia myös sen jälkeen, kun tietää raskaudesta. Noin 4 % isistä on huolissaan omasta tupakoinnistaan. Huomionarvioista on erityisen korkea tupakoinnin esiintyvyys Pansion neivolapiirin alueella niin äitien kuin isienkin keskuudessa.

Äitien ja isien huumeidenkäyttöä tarkasteltaessa havaitaan, että tässä aineistossa huumeiden käytön esiintyvyys oli hyvin pieni äitien osalta. Isien osalta käyttöä raportoitiin enemmän, käyttöiheyden ollessa pääasiassa noin 1-2 kertaa kuukaudessa tai harvemmin. Huumeiden käytössä esiintyi eroa eri neivolapiirien välillä isien keskuudessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan isän huumeidenkäytöllä ei tiedetä olevan suoria yhteyksiä sikiön kehitykseen (www.thl.fi, *Lapset, nuoret ja perheet*), mutta epäsuorat vaikutukset, kuten parisuhdeongelmat, alkoholinkäyttö, perheväkivalta ja infektiot ovat mahdollisia.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että erilaiset hyvinvoinnin riskitekijät (kuten psyykinen oireilu, unihäiriöt, päihteidenkäyttötottumukset) kasautuvat alueellisesti (Taulukko 2). Tämän vuoksi olisi tärkeää kehittää alueellisia toimenpiteitä näiden riskitekijöiden vähentämiseksi (esimerkiksi tupakoinnin lopettamista tukeva yksilö- ja/tai ryhmämuotoinen tuki) myös raskausaikana, jolloin elintapojen muutokselle on vanhempien mielessä erityisen otollinen aika. Alueilla, joille kasautuu runsaasti erilaisia riskitekijöitä, kannattaa kiinnittää erityistä huomiota sellaisten elintapamuutoksiin tähtäävien interventtioiden kehittämiseen, jotka huomioivat myös lasta odottavien perheiden aikuisten psyykkisen terveydentilan. Tiedetään, että hoitamaton psyykinen oireilu estää tai vaikeuttaa elämäntapamuutoksia ja että mahdollisuudet lopettaa tupakointi raskausaikana heikkenevät, mikäli odottavalle äidille kasaantuu runsaasti psykososiaalisia tai terveyteen liittyviä riskitekijöitä (Pickett, Wilkinson, & Wakschlag 2009).

Pitkäaikaissairastamisen yleisyys

Osana terveyteen liittyvää kyselyä tutkittavat raportoivat lääkärin heillä toteamia pitkäaikaissairauksia. Nämä kysymykset koskivat siis myös aikaa ennen nykyistä raskautta. Lisäksi äitiä pyydettiin raportoimaan jo syntyneiden lastensa sairauksista.

Prosentuaaliset osuudet eri sairauksista ovat nähtävissä Taulukossa 3.

Sairaus	Äidit %	Isät %	Lapsi %
Allergia, allerginen nuha, atooppinen ihottuma	42,2	34,3	10,9
Masennus	13,2	7,2	0,1
Astma	8,0	8,4	2,3
Ahdistuneisuushäiriö	6,9	3,1	0,1
Syömishäiriö	6,4	0,4	0,1
Pitkäaikainen virtsateiden tulehdus, munuaistulehdus	4,8	0,6	0,2
Autoimmuunisairaus	3,8	2,1	0,1
Korkea veren kolesterolipitoisuus	3,0	5,3	0,0
Migreeni	2,1	0,5	0,0
Kilpirauhasen vajaatoiminta	1,8	0,1	0,0
Kohonnut verenpaine, verenpainetauti	1,7	4,0	0,0
Epilepsia	1,0	0,6	0,2
Huumeriippuvuus	0,6	0,6	0,0
Keliakia	0,5	0,3	0,1
Diabetes, tyyppi I	0,3	0,3	0,1
Diabetes, tyyppi II	0,4	0,3	0,0
Psykoosi	0,4	0,4	0,0
Alkoholiriippuvuus	0,3	1,6	0,0
Tarkkaavaisuushäiriö	0,1	0,1	0,1

Taulukko 3. Pitkäaikaissairauksien yleisyys äideillä, isillä ja jo syntyneillä lapsilla

Alueelliset erot somaattisen sairastamisen yleisyyden suhteen

Alueellisia eroja tarkasteltiin yleisimmin raportoitujen sairauksien tai häiriöiden (esiintyvyys aineistossa > 5,0 %) osalta, joita olivat allergiat (sekä aikuisilla että lapsilla), astma (suhteellinen esiintyvyys korkea myös lapsilla), korkea kolesterolipitoisuus (isillä), masennus, ahdistuneisuushäiriö ja syömishäiriö.

Äitien aineistossa ei havaittu alueellisia eroja allergioiden tai astman esiintymisen suhteen (p-arvot > 0.05). Masennuksen esiintymisen suhteen havaittiin alueellisia eroja (p < 0,05). Eniten masennusta raportoitiin Runosmäen, Ruotsinkielisen ja Vasamäen neuvolan alueilla (19 %), vähiten Paattisten (3 %) ja Maarian neuvolapiireissä (4 %), mikä vastaa kohtalaisen hyvin oirekyselyidenkin tuloksia. Syömishäiriön tai ahdistuneisuushäiriön suhteen ei havaittu alueellisia eroja (p-arvot > 0.05).

Lasten osalta tarkasteltiin alueellisia eroja yleisimpien sairausryhmien eli allergian ja astman esiintymisen suhteen. Allergioiden esiintyvyydessä havaittiin alueellinen ero (p < 0,001) niin, että suurinta niiden esiintyvyys oli Paattisten (25 %) ja Hirvensalon (22 %) neuvolapiireissä ja matalinta Runosmäen neuvolapiirissä (1 %).

Isien osalta ei havaittu alueellisia eroja pitkäaikaissairauksien esiintyvyydessä (p-arvot > 0.05).

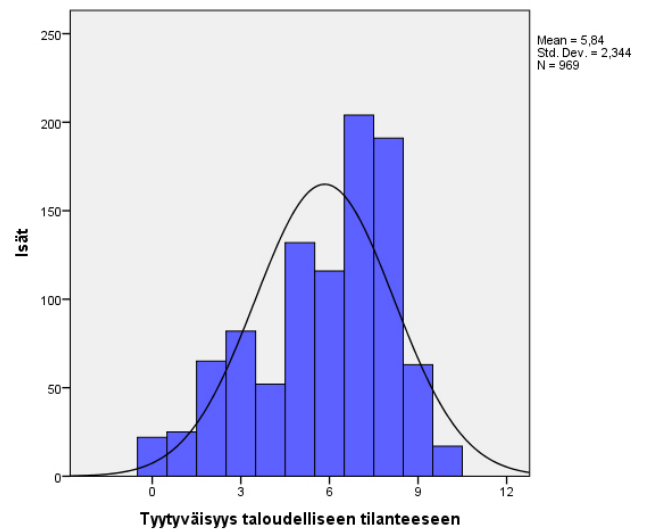
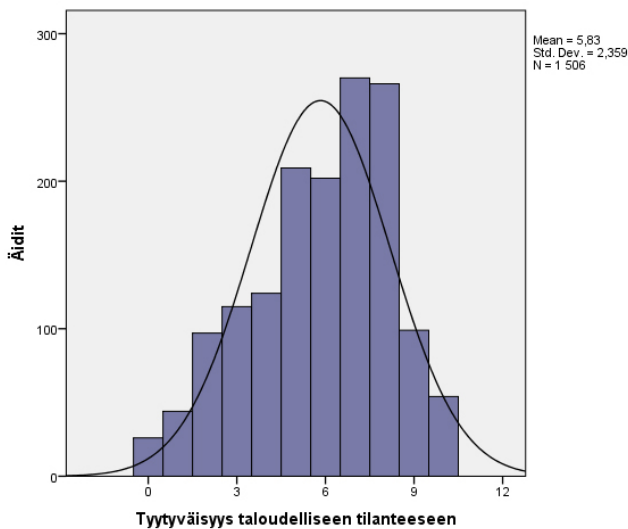
Keskeiset, alueellisen neuvolatyönkin näkökulmasta tärkeät tulokset, liittyvät psykiatristen pitkäaikaissairauksien

esiintymiseen. Äitien masennustilojen yleisyys ylittää hieman masennuksen tyypillisen esiintyvyyden (5-10 % väestöstä). Tähän lukuun sisältyvät kuitenkin kaikki elämänaikaiset häiriöjaksot, mikä taas vastaa aikaisempia väestötutkimuksia, joiden mukaan n. 15 % - 20 % nuorista aikuisista olisi kokenut masennusjakson jossain vaiheessa elämäänsä (www.thl.fi).

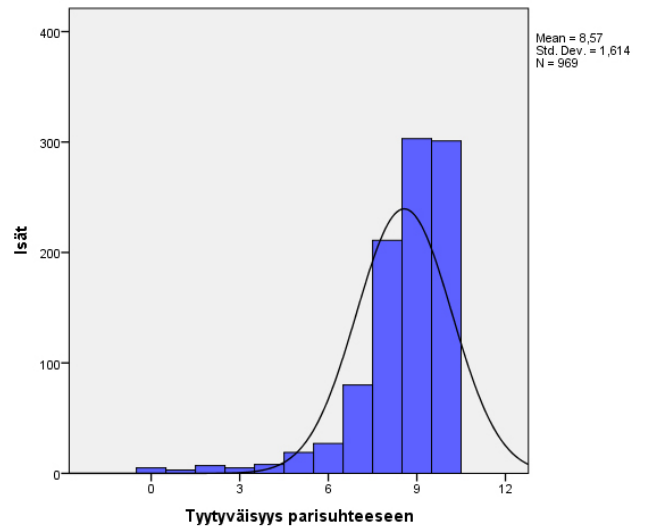
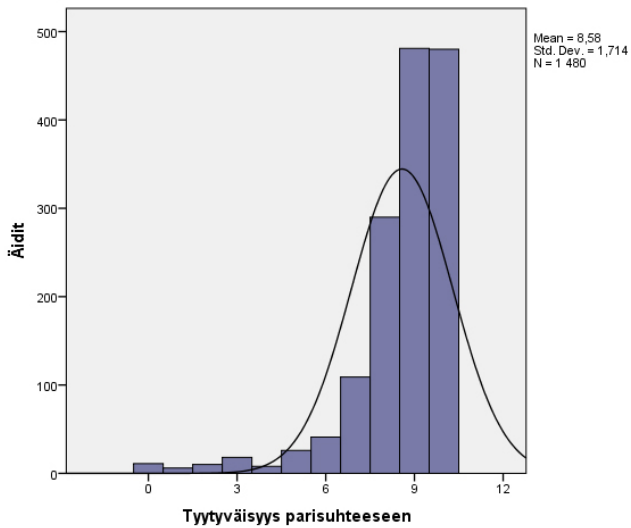
Äitien joukossa syömishäiriöiden yleisyys oli samaa suuruusluokkaa kuin mitä Suomessa arvellaan esiintyvän erityyppisiä syömishäiriöitä yhteensä. Tämänkin muuttujan kohdalla on huomioitava, että arvio koskee elinikäistä syömishäiriötä, eivätkä oireet välttämättä ole kaikilla ajankohtaisia. Silti erityyppisten syömishäiriöiden kartoittaminen ja niiden ajankohtaisuuden huomioon ottaminen olisi tärkeää myös raskausaikana, oireiden esiintyvyyden ollessa kohtalaisen korkea.

Koettu elämänlaatu ja selviytymisen tunne

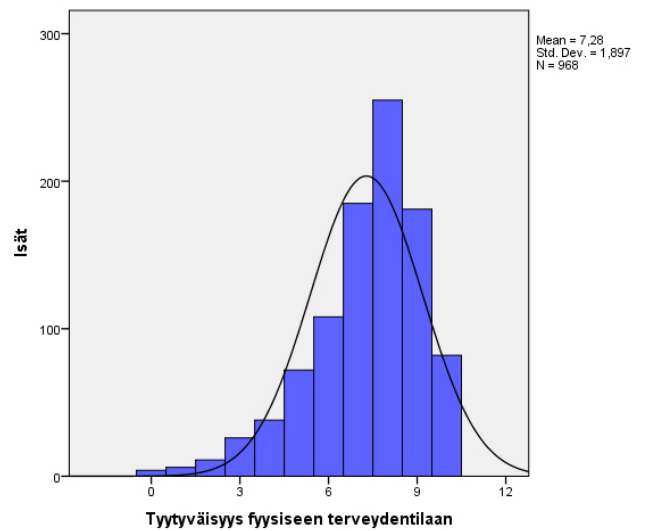
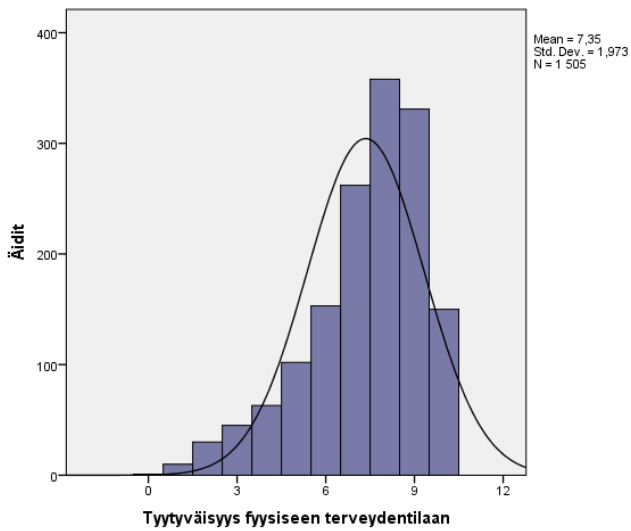
Tutkittavat arvioivat välillä 0-10 tyytyväisyyttään omaan taloudelliseen tilanteeseen (kuviot 1a ja 1b), parisuhteeseen (kuviot 2a ja 2b), fyysiseen terveydentilaan (kuviot 3a ja 3b) sekä psyykkiseen terveydentilaan (kuviot 4a ja 4b). Äitien ja isien arviot olivat hyvin samansuuntaisia. Tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen oli vain keskinkertaista (6), kun taas vastaajat olivat keskimäärin erittäin tyytyväisiä parisuhteeseensa (9) ja psyykkiseen terveydentilaansa (9), ja melko tyytyväisiä fyysiseen terveyteensä (8).



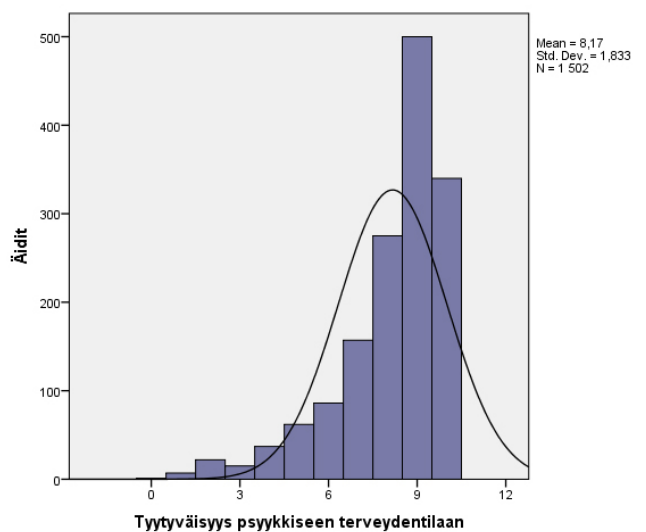
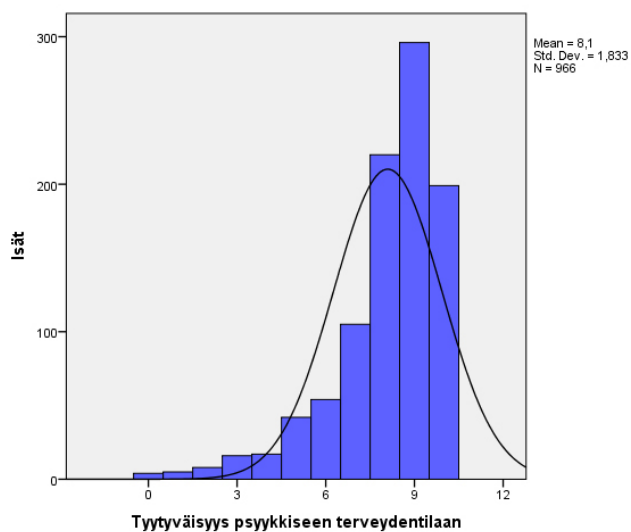
Kuviot 1a ja 1b. Tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen, äidit ja isät



Kuviot 2a ja 2b. Tytyväisyys parisuhteeseen, äidit ja isät



Kuviot 3a ja 3b. Tytyväisyys fyysiseen terveydentilaan, äidit ja isät



Kuviot 4a ja 4b. Tytyväisyys psyykkiseen terveydentilaan, äidit ja isät

Psyykkisten oireiden, unihäiriöiden ja päihteidenkäytön sekä somaattisen sairastamisen väliset yhteydet

Aineistossa tarkasteltiin, esiintyykö somaattisen sairauden (jos esiintyvyys > 5 % aineistossamme) yhteydessä enemmän psyykkisiä oireita.

Äitien aineistossa astman tai allergian ei havaittu olevan yhteydessä merkitsevästi korkeampiin masennus- tai ahdistusoireisiin tai korkeampaan kliinisen masennuksen esiintyvyyteen (p -arvot > 0.05). Kuitenkin, kun tarkasteltiin vain niitä äitejä, jotka raportoivat kliinisesti merkittäviä masennus- tai ahdistusoireita löytyi merkitsevä yhteys ahdistusoireiden ja allergioiden esiintyvyyden välillä ($p < 0,05$). Aikaisempi tutkimustieto tukee tätä havaintoa, sillä väestötutkimuksissa stressi- ja /tai ahdistuneisuusoireet ja allergiat/atopiat esiintyvät usein yhdessä (Hashizume & Takigawa 2006; Park & Kim 2016).

Masennuksen havaittiin olevan merkitsevästi yhteydessä ahdistuneisuushäiriön ($p < 0,001$) ja syömishäiriön esiintyvyyteen ($p < 0,001$). Lisäksi masennus- ja ahdistusoireet korreloivat unihäiriöiden kanssa. Yhteyksiä tarkasteltaessa havaittiin, että masennus- ja ahdistusoireet olivat yleisempiä eriateisen unettomuuden (p -arvot < 0.001) sekä päiväväsyyksen yhteydessä ($p < 0,001$).

Kun tarkasteltiin masennus- ja ahdistusoireiden ja alkoholinkäytön välisiä yhteyksiä alkuraskaudessa havaittiin odotetusti, että sekä masennusoireiden ja päihteidenkäytön ($p < 0,01$) että ahdistusoireiden ja päihteidenkäytön välillä ($p < 0,001$) oli merkitsevä yhteys. Samansuuntaiset yhteydet toistuvat alkuraskauden masennus- ($p < 0.01$) ja ahdistusoireiden ($p < 0,001$) ja tupakoinnin välisiä yhteyksiä tarkasteltaessa.

Somaattisilla ja psyykkisillä sairauksilla on useita yhteisiä taustatekijöitä (esim. geneettiset tekijät), mikä pääosin selittää sen, että samoihin väestönosiin rikastuu erityyppisiä terveysongelmia. Alkuraskauden masennus- ja ahdistusoireet ovat yhteydessä myös unihäiriöihin, siis unettomuuteen, päiväväsyykseen ja univajeeseen. Lisäksi alkoholin ja tupakan käyttö on alkuraskaudessa yleisempää niillä äideillä ja isillä, joilla on runsaampaa psyykkistä oireilua.

Isien aineistossa tarkasteltiin korkean kolesterolin, allergioiden ja astman sekä kliinisen masennuksen tai itseraportoitujen masennus- ja ahdistusoireiden välisiä yhteyksiä.

Itseraportoitujen masennusoireiden ja astman välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p < 0,05$), mutta ei kolesterolin tai allergioiden esiintyvyyden kanssa (p -arvot > 0.05). Korkeita masennusoireita raportoivien aineistoa tarkasteltaessa ei kuitenkaan havaittu yhteyksiä masennusoireilun ja kolesterolin, allergioiden tai astman esiintymisen välillä (p -arvot > 0,05).

Itseraportoitujen ahdistusoireiden ja kolesterolin, allergioiden, astman tai masennuksen yhteyksiä tarkasteltaessa havaittiin, että ahdistusoireet olivat merkitsevässä yhteydessä korkeampaan allergian esiintyvyyteen ($p < 0,05$) sekä masennukseen ($p < 0.001$). Yhteys astman esiintyvyyteen oli lähes merkitsevä ($p < 0,10$). Ahdistusoireiden ja kolesterolin välillä ei havaittu yhteyttä ($p > 0,05$).

Unihäiriöitä tarkasteltaessa havaittiin masennus- ja ahdistusoireiden olevan yhteydessä unettomuuteen ja päiväväsyykseen ($p < 0,001$). Masennusoireet olivat yleisempiä unettomuuden oireita raportoivien keskuudessa ($p < 0,001$). Samankaltaiset yhteydet olivat nähtävissä myös ahdistusoireiden ja unettomuuden välillä ($p < 0,001$). Myös isien aineistossa päiväväsyydestä raportoivien kohdalla havaittiin merkitsevästi enemmän masennus- ($p < 0,001$) ja ahdistusoireita ($p < 0,01$).

Masennus- ja ahdistusoireiden ja alkoholinkäytön välisistä yhteyksistä tulevan lapsen alkuraskauden aikana havaittiin, että masennusoireet olivat yhteydessä alkoholin käyttöön ($p < 0,05$), mutta ahdistusoireet eivät ($p > 0,05$). Psykkisten oireiden ja tupakoinnin väliset yhteydet olivat päinvastaiset, ahdistusoireet olivat yhteydessä tupakointiin ($p < 0,01$), mutta masennusoireet eivät ($p > 0,05$).

Isien aineistossa löydetään siis samansuuntaisia yhteyksiä kuin äitien aineistossa. Ahdistusoireiden havaitaan olevan yhteydessä allergioihin ja hieman heikommin astmaan, masennusoireiden ollessa yhteydessä astman esiintyvyyteen. Unihäiriöiden eri muodot ovat isilläkin selvästi yhteydessä itsekoettuihin masennus- ja ahdistusoireisiin. Masennusoireiden havaitaan olevan yhteydessä korkeampaan alkoholinkäyttöön, ahdistusoireiden taas havaitaan olevan yhteydessä tupakointiin.

Äitiysneuvolassa kartoitetaan masennusoireiden esiintyvyyttä, mutta ahdistusoireiden tarkempi seulonta sekä tietoisuus oireiden samanaikaisesta esiintymisestä ovat tärkeitä tietoja neuvolatyön näkökulmasta. Tutkimusten mukaan yksittäisen riskitekijän merkitys esim. lapsen terveydentilan kannalta voi jäädä alhaiseksi, kun vastaavasti oireiden ja vaikeuksien kasaantuminen on yksi tärkeimmistä ennusteen heikkenemiseen liittyvistä tekijöistä (Hertzman 2013). Tutkimuksemme perusteella psyykkinen oireilu on yhteydessä myös unihäiriöihin, tupakointiin ja muuhun päihteidenkäyttöön, jolloin ongelmien monimuotoisuuden ymmärtäminen ja eri ongelmien yhtäaikaisten hoitaminen/huomioiminen on tärkeää. Molempien puolisoitten psyykkisen voimien ja siihen liittyvien terveystekijöiden huomioiminen ja merkitys perheelle olisi tärkeää huomioida myös neuvolatyössä.

Johtopäätökset

Tutkimuksessa mukana olevat henkilöt ovat FinnBrain-tutkimuksessa mukana olevia turkulaisia raskaana olevia äitejä ja heidän puolisoitaan. Äideistä liki kaksi kolmannelta odotti ensimmäistä lastaan. Tulokset perustuvat raskausviikolla 14 tehtyyn kyselyyn. Tarkoituksemme on ollut tutkia erityisesti raskausajan terveyden (etenkin psyykkisten tekijöiden) ja hyvinvoinnin alueellisia eroja turkulaisissa neuvolapiireissä. Tavoitteenamme on ollut tiedon tuottaminen riskitekijöiden alueellisista eroista, jotta niihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan paikallisessa kehittämistyössä.

Tutkimuksen pohjalta toteamme, että erilaiset hyvinvoinnin riskitekijät (kuten psyykkinen oireilu, unihäiriöt, päihteidenkäyttötottumukset) kasaantuvat alueellisesti, ja tietyillä alueilla esiintyy raskausajan hyvinvoinnin kannalta riskitekijöitä selvästi enemmän sekä äitien että isien keskuudessa. Tämän vuoksi olisi tärkeää kehittää alueellisia toimenpiteitä näiden riskitekijöiden vähentämiseksi myös raskausaikana, jolloin elintapojen muutokselle on vanhempien mielessä erityisen otollinen aika. Tällaisia toimenpiteitä voisivat olla esimerkiksi riskiryhmiin kohdennettu resurssointi sekä henkilökunnan määrän että täydennyskoulutuksen ja osaamisprofiilin osalta. Suositeltavaa on tutkitusti tehokkaiden ennaltaehkäisevän työn tai varhaisen puuttumisen menetelmien osaaminen ja aktiivinen käyttäminen riskiryhmiin kohdentaen. Karttuva tutkimustieto (esim. Glover 2015) osoittaa, että raskaudenaikaiset olosuhteet vaikuttavat osaltaan lapsen terveyteen ja kehitykseen, joten lasta odottavien perheiden mahdollisimman tehokas hoitaminen on merkittävä investointi.

Tutkittavien itsearvioima tyytyväisyys elämän eri osatekijöihin oli puolisoitten välillä hyvin samankaltaista niin, että vastaajat vaikuttivat olevan tyytyväisiä kaikkiin muihin osa-alueisiin paitsi taloudelliseen tilanteeseen. Lapsiperheiden taloudellisen aseman huomioiminen on tärkeää perheen stressitekijöitä arvioitaessa. Toisaalta perheen myönteisiksi kokemat asiat on tärkeää pitää esillä voimavarana ja tyytyväisyyttä tuottavina tekijöinä.

Tarkasteltaessa psyykkisten oireiden, unihäiriöiden ja päihteidenkäytön sekä somaattisen sairastamisen välisiä yh-

teyksiä havaittiin, että psyykkistä oireilua esiintyy enemmän allergioita ja/tai astmaa sairastavilla. Erityyppiset psyykkiset oireet ja unihäiriöt esiintyvät usein myös yhdessä. Myös päihteiden käyttö on alkuraskaudessa yleisempää enemmän psyykkisesti oirehtivilla. Somaattisilla ja psyykkisillä sairauksilla tiedetään olevan yhteisiä taustatekijöitä (esim. geneettiset tekijät), mikä selittää sen, että samoihin populaatioihin rikastuu monia erityyppisiä terveysongelmia. Perheenjäsenten terveystilannetta kannattaa tarkastellakin kokonaisuutena ja välttää jakamista nk. psyykkisiin ja fyysisiin sairauksiin.

Suomessa äitiysneuvolatyössä on jo pitkään kartoitettu masennusoireiden esiintyvyyttä, mutta ahdistusoireiden tarkempi seulonta sekä tietoisuus oireiden kasaantumisesta samoille yksilöille tai samoihin perheisiin ovat myös tärkeitä tietoja neuvolatyön näkökulmasta. Psykkinen oireilu on yhteydessä unihäiriöihin, tupakointiin ja muuhun päihteidenkäyttöön, jolloin ongelmien monimuotoisuuden ymmärtäminen ja eri ongelmien yhtäaikainen hoitaminen ja huomioiminen olisi ensiarvoisen tärkeää. Molempien puolisoiden psyykkisen voinnin ja siihen liittyvien terveys-tekijöiden huomioiminen ja niiden merkitys odottavalle perheelle on tärkeää huomioida neuvolatyössä. Puheeksi ottaminen sekä varhaisen vaiheen interventioiden aktiivinen käyttö ovat tässä keskeisiä työvälineitä.

Kiitokset

Haluamme kiittää VTT, dosentti, yliopisto-opettaja Arttu Saarista ja VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö Timo Kauppista asiantuntijakommenteista. Lisäksi kiitämme Turun kaupungin paikkatietokoordinaattori Katariina Hilleä merkittävää avusta aineiston valmistelussa.

Lähteet

- American Psychological Association. *Children, Youth, Families and Socioeconomic Status*. <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/children-families.aspx>.
- Elek SM, Hudson DB, Fleck MO (1997) Expectant parents' experience with fatigue and sleep during pregnancy. *Birth*, 24: 49–54
- Facco FL, Kramer J, et al., (2010). Sleep disturbances in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 115: 77–83.
- Glover, V. (2015). Prenatal Stress and Its Effects on the Fetus and the Child: Possible Underlying Biological Mechanisms, Perinatal Programming of Neurodevelopment, Springer, pp. 269–283.
- Hashizume H., & Takigawa M. (2006). Anxiety in allergy and atopic dermatitis. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 6:335–339.
- Hertzman, C. (2013). The significance of early childhood adversity. *Paediatrics & Child Health*, 18(3), 127–128.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (2013). *Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
- Koh, Y. W., Chui, C. Y., Tang, C. S. K., & Lee, A. M. (2014). The Prevalence and Risk Factors of Paternal Depression from the Antenatal to the Postpartum Period and the Relationships between Antenatal and Postpartum Depression among Fathers in Hong Kong. *Depression Research and Treatment*, 2014, 127632.
- Meades, R. & Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), pp. 1-15.
- Mäki, N., (2015). Elinajanodotteen kehitys Helsingissä alueittain 1996–2014, *Kvartti*, 2/2015.
- Park, H., & Kim, K. (2016). Association of Perceived Stress with Atopic Dermatitis in Adults: A Population-Based Study in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 760.
- Pickett, K.E., Wilkinson, R.G., & Wakschlag, L.S. (2009). The psychosocial context of pregnancy smoking and quitting in the Millennium Cohort Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63: 474–480. doi: 10.1136/jech.2008.082594
- Polo-Kantola, P., Aukia, L., Karlsson, H., Karlsson, L. & Paavonen, J. (2016). Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(2):198-206.
- Ramchandani, P.G., Stein, A., O'Connor, T.G., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(4):390–398.
- Reichner, C.A. (2015). Insomnia and sleep deficiency in pregnancy. *Obstetric Medicine*, 8(4): 168-171.
- Shakeel, N., Eberhard-Gran, M., Sletner, L., Slinning, K., Martinsen, E. W., Holme, I., & Jenum, A. K. (2015). A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 5.
- Vilkama, K., Lönnqvist, H., Väliniemi-Laurson, J., & Tuominen, M. (2014). Eri-laistuva pääkaupunkiseutu, Sosio-ekonomiset erot alueittain 2002-2012. *Helsingin kaupungin tilastokeskus, tutkimuksia 2014:1*.

Liite 1. Tutkimuksessa käytetyt lomakkeet

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) on masennusoirekysely, joka soveltuu sekä raskausajan että synnytyksen jälkeisen ajan masennusoireiden seulontaan. Lomake koostuu kymmenestä väittämästä, joissa vastaaja arvioi omaa hyvinvointiaan neliportaisella Likert –asteikolla (0 – 3). Lomakkeen pisteet voivat vaihdella välillä 0-30. EPDS -lomake on validoitu useassa maassa. Lähdeviite: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782–6.*

Symptom Checklist-90/ahdistusoireet (SCL-90, Derogatis, 2000) on itsearviointilomake, jonka avulla selvitetään vastaajan psyykkistä oireilua, tässä tutkimuksessa erityisesti ahdistuneisuusoireilua, viimeisen kuukauden ajalta. Lomakkeen kysymyksiin vastataan viisiportaisella Likert –asteikolla (0 – 4). Lomakkeen pisteet voivat vaihdella välillä 0 - 40. SCL- 90:n kysymykset on käännetty suomeksi ja kyselylomake on validoitu Suomen oloissa (Holi, Sammal-lahti, & Aalberg, 1998). Lähdeviite: Derogatis LR, Lipman RS, Covi L (1973) *SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. Psychopharmacol Bull 9:13–28.*

Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ, Partinen & Gislason, 1995) on unen laadun ja määrän arviointiin tarkoitettu kysely. Se kartoittaa uneen liittyviä ongelmia, kuten yöllisiä heräämisiä, päiväväsymystä, ja kuorsausta sekä itsekoettua unen tarvetta ja vuorokaudessa nukuttua aikaa. Lähdeviite: Partinen M, Gislason T. *Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ): a quantitated measure of subjective sleep complaints. J Sleep Res. 1995;4:150–5.*

Tutkimusraportteja on Turun kaupunkitutkimusohjelman julkaisusarja. Siinä julkaistaan täysimittaisia tutkimusraportteja kaupunkitutkimuksen ja -kehittämisen ajankohtaisista aiheista. Sarjaan kirjoittavat asiantuntijat eivät pääosin työskentele Turun kaupungin organisaatioissa. Esitetyt väitteet eivät välttämättä vastaa kaupungin virallista näkemystä.

FinnBrain on Turun yliopiston kliinisen laitoksen alaisuudessa toimiva, Turun seudulla ja Ahvenanmaalla käynnissä oleva laaja, monitieteinen syntymäkohorttitutkimus (www.finnbrain.fi). Hanke keskittyy erityisesti selvittämään perimän ja ympäristötekijöiden vaikutuksia lasten psykososiaaliseen kehitykseen. Professori, psykiatrian erikoislääkäri **Hasse Karlsson** toimii tutkimuksen johtajana. Dosentti, lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri **Linnea Karlsson** toimii FinnBrain-hankkeessa erikoistutkijana sekä lastenpsykiatrian kliinisenä opettajana Turun yliopistossa. Hänen tutkimusalueitaan ovat lapsen psyykkisen kehityksen riski- ja suojatekijät ja niihin liittyvät biologiset tunnusmerkit. Psykologi, perhepsykoterapeutti **Eeva-Leena Kataja** valmisteleekin tutkimuksessa väitöskirjaansa. Hänen tutkimuksensa käsittelee äidin raskausajan masennus- ja ahdistusoireiden yhteyttä hänen kognitiiviseen toimintakykyynsä sekä vauvan tarkkaavaisuuden kehitykseen. ATK-suunnittelija **Teemu Kemppainen** vastaa tutkimusaineiston hallinnasta.
