

Irma Karila

Lapsivuodeajan psyykkisten  
vaikeuksien ennakointi

Kognitiivinen malli

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1991

Irma Karila

Lapsivuodeajan psyykkisten  
vaikeuksien ennakointi

Kognitiivinen malli

Esitetään Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa (S212)  
joulukuun 13. päivänä 1991 kello 12.

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO, JYVÄSKYLÄ 1991

# Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi

Kognitiivinen malli

Irma Karila

Lapsivuodeajan psyykkisten  
vaikeuksien ennakointi

Kognitiivinen malli

URN:ISBN:978-951-39-8012-2  
ISBN 978-951-39-8012-2  
ISSN 0075-4625

ISBN 951-680-623-6  
ISSN 0075-4625

Copyright © 1991, by Irma Karila and  
University of Jyväskylä

Jyväskylän yliopiston monistuskeskus ja  
Sisäsuomi Oy, Jyväskylä 1991

## ABSTRACT

Karila, Irma

Prediction of mental distress during puerperium.

A cognitive model

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 1991, 248p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research,

ISSN 0075-4625; 83).

ISBN 951-680-623-6

Summary

Diss.

The aim of this study was to predict mental distress during puerperium based on self-schema characteristics. The research problem was to establish whether Beck's cognitive vulnerability hypothesis could apply to the non-clinical, unselected population as a whole. The transition to parenthood was portrayed within the reference framework of information processing.

The study participants comprised 65 primiparous women (median age 26.6 years) and 60 men (median age 29.3 years) in Helsinki. Of these, 57.6% were married, 36.8% were living in a non-marital committed relationship and 5.6% were singles. The participants completed the Dysfunctional Attitude Scale (DAS), the Self-Construct Scale (Grid), the Parenting Self-Efficacy Scale, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Mood Scale. The data were collected in a longitudinal study during the pregnancy at four separate time points (2,5,7 and 9,5 months) and once more about at 2 months after the birth of the child.

According to the results of the regression analysis, moderate psychiatric symptoms among the women during puerperium were best predicted by DAS (24%) and dissatisfaction with the couple's mutual well-being (11%); depression (BDI) was best predicted by DAS (9%). Moderate psychiatric symptoms among the men were best forecast by dissatisfaction with the couple's mutual well-being (12%) and DAS (8%); depression was best predicted by the rigid self-construct (11%). Low parenting self-efficacy was related to dysfunctionality of the self-schema among women and to rigidity of self-construct among the men.

The results indicated that the models for normal and moderate psychiatric symptoms differ to some extent. The normal symptoms were slighter and were linked to stress caused by a lack of social support. Moderate psychiatric symptoms and depression were more profound and were related to the cognitive structures of the self.

Keywords: self-schema, information processing, transition to parenthood, puerperium, mental distress, depression.

## SISÄLLYS

### ESIPUHE

1.	TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT . . . . .	11
2.	LAPSEN SYNTYMÄN JÄLKEISET PSYYKKISET VAIKEUDET . . . . .	13
	2.1. Naisten oireilu . . . . .	13
	2.2. Miesten oireilu . . . . .	23
3.	VANHEMMAKSI TULO SIIRTYMÄNÄ . . . . .	26
4.	SIIRTYMÄ KOGNITIIVISENA MUUTOKSENA . . . . .	32
	4.1. Orientaatioperusta . . . . .	32
	4.2. Minätietoisuuden kehittyminen . . . . .	34
	4.3. Kognitiiviset rakenteet . . . . .	42
	4.3.1. Rakennekäsitteet . . . . .	42
	4.3.2. Kellyn henkilökohtaisten konstruktioiden teoria . . . . .	45
	4.3.3. Minäskeema . . . . .	46
	4.3.4. Minäpystyvyys . . . . .	48
	4.4. Informaation prosessointi . . . . .	53
	4.4.1. Informaation prosessoinnin malli . . . . .	53
	4.4.2. Valikoiva havaitseminen . . . . .	56
	4.4.3. Kognitiiviset virheet . . . . .	57
	4.5. Emotionaaliset häiriöt . . . . .	61
	4.5.1. Emootioiden ja kognitioiden keskinäiset suhteet . . . . .	61
	4.5.2. Emotionaaliset häiriöt . . . . .	66
5.	TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS . . . . .	76
6.	TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA OLETUKSET . . . . .	80
7.	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT . . . . .	84
	7.1. Aineisto ja sen kokoaminen . . . . .	84
	7.1.1. Tutkimuksen toteutus . . . . .	84
	7.1.2. Tutkimusryhmä . . . . .	86
	7.1.3. Katoryhmä . . . . .	88
	7.1.4. Tietojen keruu . . . . .	89
	7.2. Tutkimusmenetelmät ja niiden luotettavuus . . . . .	90
	7.2.1. Grid . . . . .	90
	7.2.2. DAS . . . . .	93
	7.2.3. Lapsenhoito . . . . .	95
	7.2.4. Tuntemukset . . . . .	96
	7.2.5. BDI . . . . .	99
	7.2.6. Taustatiedot . . . . .	100
	7.3. Aineiston tilastolliset analyysit . . . . .	101
8.	TULOKSET . . . . .	104
	8.1. Selittävät muuttujat . . . . .	104
	8.1.1. Minäskeeman rakenne . . . . .	104
	8.1.2. Minäskeeman sisältö . . . . .	106
	8.2. Välittävät muuttujat . . . . .	107
	8.2.1. Hoitopystyvyys . . . . .	107
	8.2.2. Hoitopystyvyytaso . . . . .	109

8.3.	Selitettävät muuttujat . . . . .	110
8.3.1.	Tuntemukset . . . . .	110
8.3.2.	Masennus . . . . .	115
8.4.	Minäskeeman rakenne ja psyykkiset tuntemukset . . . . .	116
8.4.1.	Normaalioireilu . . . . .	117
8.4.2.	Häiriöoireilu . . . . .	120
8.4.3.	Vanhemmuuden onni . . . . .	122
8.4.4.	Masennus . . . . .	125
8.4.5.	Tulosten tarkastelu . . . . .	125
8.5.	Minäskeeman sisältö ja psyykkiset vaikeudet . . . . .	128
8.5.1.	Normaalioireilu . . . . .	128
8.5.2.	Häiriöoireilu . . . . .	131
8.5.3.	Masennus . . . . .	135
8.5.4.	Tulosten tarkastelu . . . . .	135
8.6.	Minäskeeman rakenne ja hoitopystyvyys . . . . .	136
8.7.	Minäskeeman sisältö ja hoitopystyvyys . . . . .	139
8.8.	Hoitopystyvyytaso ja psyykkiset tuntemukset . . . . .	142
8.8.1.	Normaalioireilu . . . . .	142
8.8.2.	Häiriöoireilu . . . . .	145
8.8.3.	Vanhemmuuden onni . . . . .	145
8.8.4.	Masennus . . . . .	147
8.8.5.	Tulosten tarkastelu . . . . .	147
8.9.	Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi . . . . .	149
9.	POHDINTA . . . . .	153
9.1.	Tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät . . . . .	153
9.2.	Psyykkisten tuntemusten yleisyys . . . . .	158
9.3.	Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi . . . . .	160
9.4.	Käytännön päätelmät . . . . .	167
9.5.	Jatkotutkimustarpeet . . . . .	168
SUMMARY: PREDICTION OF MENTAL DISTRESS DURING PUERPERIUM. A Cognitive model . . . . .		171
LÄHTEET . . . . .		178
LIITTEET . . . . .		203



"Men are disturbed not by things,  
but by the views which they take  
of things"

Epictetus

#### ESIPUHE

Kongressi oli päättynyt. Paluumatkalla poikkesimme läheiseen publiin jatkamaan keskustelua kongressin annista. Vastapäätäni istui vanhahko professori, puhelimme innostuneesti. Hän halusi jatkaa keskustelua ja pyysi minut kotiinsa. Menimme kirjastoon. Huone oli soikion muotoinen ylhäältä alas kirjoja. Huoneesta avautui ovi seuraavaan huoneeseen ja sitä seuraavaan huoneeseen - molemmat soikion muotoisia ja kirjahyllyjen reunustamia lattiasta kattoon. Keskustelimme läpi yön, välillä professori poistui huoneesta ja kuin varkain ryntäsin tutkimaan kirjojen selkämkyksiä. Kaikissa luki Kuhn. Olin mykistynyt. Tässä kohden heräsin.

Edellisenä päivänä olin kuunnellut dosentti Veli Verrosen ajatuksia herättävää luentoa Kuhnista ja tieteellisen paradigman muutoksesta. Oli vuosi 1987. Unohdin uneni kunnes v. 1989 istuessani tri Albert Ellisin luennolla Oxfordissa yhtäkkiä muistin tuon unen. Ellis kritisoi Vittorio Guidanon relativistista ja interaktiivista käsitystä "rationaalisuudesta" mielestäni löyhin perustein, ja halusin väittää vastaan. Guidano oli arvostellut Ellisiä tämän tavasta painostaa potilasta omaksumaan ulkoisia kriteerejä sille, mikä on totta. Samalla mieleeni tuli professori Aaron Beckin edellisenä päivänä pitämän luennon tietty kohta, jossa odotin hänen teoretisoivan skeeman kehittymistä ja esittämänsä alttius-oletusta yksityiskohtaisesti. Sen sijaan hän sujautti esiin kalvon, jossa oli lueteltu 200 tutkimusta, jotka vahvistivat hänen alttius-oletustaan - petyin. Mieleeni tuli myös professoreiden Albert Banduran ja Isaac Marks'n taidokas mutta vähän antava väittely muutaman vuoden takaa siitä, miten pelkojen hoidon tuloksellisuus on selitettävissä. Siinä olivat nuo kolme huonetta täynnä omia kuhnejani.

Nämä jatko-opintovuoteni ovat olleet innostavia mutta työntäyteisiä. Aiempi eklektinen orientaationi on muotoutunut kognitiiviseksi. Tutkimustyön tekeminen on ollut hyvä syy perehtyä kognitiivisen terapiatyön teoreettisiin perusteisiin. Todennäköisesti olisin lukenut näistä asioista muutenkin mutta nyt tavoitteellisemmin. Ja kuta pidemmälle aika on kulunut, sitä enemmän

teoreettiset kysymykset ovat askarruttaneet mieltäni, mm. pohdin voiko psykoanalyttistä paradigmaa pitää kognitiivisen paradigman erityistapauksena.

Tämä tutkimus on syntynyt muun psykologin ammattityön ohessa. Pääosan tutkimuksen suunnittelusta ja toteutuksesta tein ollessani Helsingin kaupungin terveysviraston palveluksessa. Haluan lämpimästi kiittää entistä työnantajaani ja työtovereitani tutkimushankkeideni tukemisesta. Kiitokseni ansaitsevat myös tutkimukseni päähenkilöt - lasta odottaneet vanhemmat, jotka vapaaehtoisina tarkkailivat omia tuntemuksiaan ja mielenliikkeitään. Raportin kirjoittamisen olen tehnyt psykoterapeutin työn lomassa eräänlaisena sunnuntaityönä.

Erityisesti haluan kiittää dosentti Ritva Nupposta, joka rakentavin kommentein ja henkistä tukea antaen on paneutunut tutkimukseeni sen eri vaiheissa. Samoin dosentti Antero Toskala on lukenut käsikirjoitukseni ja rohkaissut eteenpäin. Suunnittelija Jukka-Pekka Kesonen on suorittanut aineiston atk-ajot ja kriittisillä huomautuksillaan ohjannut tilastollisten ongelmien ratkaisuja, mistä hänelle kiitokseni. Kiitän myös englannin opettajaani Malcolm Beddardia englanninkielisen tiivistelmän osuudesta. Väitöskirjani esitarkastajina ovat olleet vt. professori Tuula Tamminen ja apulaisprofessori Pirkko Niemelä. Heitä kiitän tärkeistä neuvoista, joiden avulla olen "korjannut kurssia" pysyäkseeni tieteen kurinalaisella väylällä.

Jyväskylän yliopistoa kiitän työni julkaisemisesta Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research -sarjassa, ja sarjan toimittajaa dosentti Paula Lyytistä kiitän toimituksellisesta ohjauksesta.

Alli Paasikivi-säätiö on toistamiseen tukenut työtäni apurahalla, josta kiitokseni. Sen turvin olen siirtynyt mikroaikaan tekniikan ylioppilas Kimmo Ahosen avustamana.

Lopuksi haluan kiittää miestäni Anttia, joka on jaksanut kuunnella ideoitteni kehittelyä ja kommentoinut kirjoittamaani. Samoin kiitän lapsiani Ilmoa ja Heliä kannustuksesta ja kärsivällisyydestä, jota he ovat osoittaneet usean vuoden ajan tutkimusharrastukseni yhä kestäessä.

Helsingissä, syyskuussa 1991

Irma Karila

## 1. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksessa kuvataan ensimmäistä lastaan odottavien naisten ja miesten kokemaa psyykkistä räsitusä vanhemmuuteen siirtymän aikana. Siirtymä vanhemmuuteen tarkoittaa tässä tutkimuksessa lapsen odotusaikaa ja lapsen syntymän jälkeistä noin 9 viikon aikaa. Terveystenhuollossa lapsen syntymää seuraavaa 8 - 12 viikon ajanjaksoa nimitetään lapsivuodeajaksi (puerperium). Alunperin tämä on tarkoittanut ajanjaksoa, jona naisen elimistö palautuu raskautta edeltävään tilaan maidoneritystä lukuunottamatta.

Tutkimuksen tarkoituksena on ennakoida lapsivuodeaikana koettuja psyykkisiä vaikeuksia naisten ja miesten itseään koskevien ajattelutapojen perusteella. Keskeisenä tutkimustehtävänä on, soveltuuko kognitiivinen emotionaalisten häiriöiden selitysmalli ei-kliiniseen, valikoimattomaan aineistoon. Kysyn: Voidaanko lasta odottavan naisen ja miehen itseä koskevien ajattelutapojen perusteella ennakoida heidän psyykkistä vointiaan lapsen syntymän jälkeen? Kyse on siitä, toimiiko kognitiivisten terapioiden psyykkisten häiriöiden selittämisessä käyttämä paradigma myös yleisemmällä tasolla eli voidaanko sitä soveltaa myös normatiivisten siirtymien kognitiiviseen kuvaukseen.

Siirtymä vanhemmuuteen on merkittävä ihmisen elämäntilun osa, se on myös tärkeä psykologinen muutos. Miten kuvata

tuota muutosta? Elämäkulun vaiheisiin liittyviä tehtäviä on 1950-luvulta lähtien kutsuttu psykoanalyttisen käsitteistön mukaisesti kehitystehtäviksi (Havighurst, 1955). Kognitiivisen käsitteistön mukaisesti ne ovat stereotyyppisiä sosiaalisten toimintojen skeemoja, skriptejä (Schank & Abelson, 1977). Ne ovat "toiminnallisia käsikirjoituksia", joita uuteen elämänvaiheeseen siirtyvän odotetaan omaksuvan kussakin kulttuurissa. Kehitystehtävä nimeää muutostarpeet, muttei kuvaa sitä, miten siirtyminen elämänvaiheesta toiseen tapahtuu (van Geert, 1987).

Tämän tutkimuksen suunnitelma on tehty vv. 1985-86. Sen jälkeen aihepiiristä on julkaistu lukuisia sekä teoreettisia että empiirisiä selvityksiä, joista tämän tutkimuksen suunnittelussa olisi ollut verrattomasti hyötyä, kuten kognitiiviset minän rakennetta, kehittymistä ja muutosta koskevat tutkimukset (Guidano, 1987; Greenberg & Safran, 1987; Mahoney, 1990) tai psyykkisten vaikeuksien esiintyvyyttä käsittelevät tutkimukset.

Etenkin länsimaissa väestön reproduktio on ollut matala, mistä syystä syntyvät lapset ovat monella tavoin yhteiskunnallisesti arvokkaita. Suurin osa lapsista syntyy toivotuina ja suunniteltuina, naisten ja miesten tietoisten päätösten tuloksena. Siirtymä vanhemmuuteen on haluttu muutos eikä siihen ole jouduttu "vahingossa". On todennäköistä, että tämä heijastuu myös vanhemmuuteen sopeutumisenä.

Tämä raportti on jatko aiemmalle vanhemmuuteen siirtymistä käsitelleelle tutkimukselleni (Karila, 1988; 1989a). Siinä pyrin selvittämään, voidaanko siirtymässä erottaa psykologisesti toisistaan erottuvia osavaiheita. Tutkin ensimmäistä lasta odottaneiden vanhempien mielikuvia käyttäytymisestään lapsen vanhempana ja heidän psyykkisiä tunteuksiaan odotuksen kulun eri vaiheissa ja lapsen syntymän jälkeen. Tutkimus toteutettiin poikittaistutkimuksena. Tämä tutkimus on suoritettu pitkittäistutkimuksena, jonka mitauskerrat on ajoitettu siirtymän eri vaiheisiin aikaisemman poikittaistutkimuksen perusteella.

## 2. LAPSEN SYNTYMÄN JÄLKEISET PSYKKISET VAIKEUDET

### 2.1. Naisten oireilu

Luvun tarkoituksena on käsitellä sitä, mitä lapsen syntymän jälkeiset psyykkiset vaikeudet ovat, kuinka yleisiä ne ovat ja mihin taustatekijöihin vaikeuksien esiintyminen on yhteydessä. Lapsen syntymän jälkeisen psyykkisen oireilun esiintymistä on tutkittu varsin paljon (ks. Hamilton, 1982; Cutrona, 1982; Hopkins, Markus & Campbell, 1984).

Tutkijat ovat saaneet psyykkisen oireilun yleisyydestä ristiriitaisia tuloksia. Tulosten yleistettävyyttä haittaavat monet tutkimusten metodologiset puutteet, kuten oireilun arviointiin käytettyjen menetelmien kirjavuus, otosten pienuus ja vinoumat, toisistaan poikkeavat otosajankohdat, ts. miten pitkällä raskaus on tai miten paljon aikaa on kulunut lapsen syntymästä ja koko väestöä koskevien vertailutietojen puute (Goldberg & Michaels, 1988, 354-355). Otosten vinoumia aiheuttavat kato ja vapaaehtoisten houkuttelu tutkimushenkilöiksi jopa rahapalkkioita käyttäen. Jää epäselväksi, miten otos edustaa perusjoukkoa. Etenkin Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa tämä on ollut ongelmana. Sen sijaan maissa, joissa julkinen terveydenhuolto on atk-pohjaisessa tietojärjestelmässä, on voitu käyttää riittävän suuria satunnaisotantaan perustuvia otoksia, ja verrata tietoja koko väestöä koskeviin tietoihin (ks. Kendell, Chalmers & Platz, 1987;

Cooper, Campbell, Day, Kennerly & Bond, 1988). Epidemiologisissa selvityksissä em. seikat ovat olennaisia tulosten luotettavuuden ja pätevyyden kannalta.

Lapsen syntymän jälkeiset psyykkiset vaikeudet on tapana luokitella kolmeen ryhmään niiden vakavuusasteen mukaan: 1) synnytyksen jälkeiseen herkistymiseen, 2) synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja 3) synnytyksen jälkeiseen psykoosiin (Cox, 1983; O'Hara, 1987; Fedele, Golding, Grossman & Pollack, 1988).

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen. Synnytyksen jälkeisen herkistymisen (maternity blues) tyypillisiä oireita ovat mielialojen ailahtelu, itkuherkkyys, ahdistuneisuus, unettomuus, huono ruokahalu ja ärtyneisyys (Handley, Dunn, Waldron & Baker, 1980). Herkistymisoireet kestävät muutamasta tunnista useisiin päiviin. Yleensä oireet häviävät viikon - puolentoista viikon kuluttua synnytyksestä. Herkistymisen prevalenssi, esiintyvyys, vaihtelee 26 %:sta 85 %:iin riippuen sen määrittelystä (O'Hara, Zekoski, Phillips & Wright, 1990).

On huomattava, että samanlaista oireilua esiintyy myös muilla naisilla, ei pelkästään vastikään synnyttäneillä. Joka kymmenes nainen kärsii samoista oireista (O'Hara ym., 1990). Lisäksi on todettu, että naiset kokevat samanlaisia oireita paitsi synnytyksen, myös erilaisten isojen leikkausten jälkeen (Levy, 1987). Kuitenkin erona on, että kirurgisen operaation jälkeen oireet ilmaantuvat heti ja voimakkaana. Sen sijaan synnytyksen jälkeinen herkistyminen alkaa myöhemmin ja hitaammin, yleensä vasta kolmantena päivänä synnytyksestä. Synnytyksen jälkeisinä kahtena päivänä naisten mieliala on euforian tapaisesti onnellinen. Kolmantena päivänä se laskee ja kohoaa jälleen noin viikon kuluttua synnytyksestä (O'Hara ym., 1990).

Mikä synnytyksen jälkeinen herkistyminen itseasiassa on? Onko se normaali sopeutumisreaktio rasitukseen (Hopkins ym., 1984) vai kliinisen masentuneisuuden esiaste (Kendell, McGuire, Connor & Cox (1981)? Condonin ja Watsonin

(1987) pitkittäistutkimuksen mukaan synnytyksen jälkeinen herkistyminen oli ennakoitavissa pystyvyysodotusten perusteella. Mikäli nainen ennen synnytystä aliarvioi omaa pystyvyyttään - ettei selviydy vastasyntyneen hoidosta, ettei erota omaa lasta muista vauvoista yms. - hänellä todennäköisesti oli myös herkistymisoireita lapsen ensimmäisen elinviikon aikana. Tulos on yhdenmukainen Cutronan (1983) aiemmin tekemän havainnon kanssa. Lisäksi Condon ja Watson (1987) totesivat, että herkistymiseen taipuvat naiset olivat olleet kuukautisten edellä kireitä, asennoituivat lapsen hankkimiseen vastahakoisesti ja harkitsivat abortin tekemistä sekä kokivat raskausajan stressaavana. Sen sijaan herkistymisen pitkäaikaisvaikutuksista ei ole näyttöä (Kumar & Robson, 1984; O'Hara, 1987). Synnytyksen jälkeinen herkistyminen on lähinnä usean tekijän aiheuttama sopeutumisreaktio muutokseen, ja se ohittuu lyhyen ajan kuluessa.

Synnytyksen jälkeinen masennus. Synnytyksen jälkeistä masennusta on tutkittu varsin paljon 1960-luvulta alkaen (taulukko 1). Tähän on useita syitä. Pitt (1968) havaitsi mm., että synnytyksen jälkeinen masennus kesti pidempään kuin depressiojaksot yleensä, ja että useat tutkijat raportoivat varsin korkeita masennuksen esiintyvyyksilukuja.

Synnytyksen jälkeinen masennus luokitetaan standardoitujen psykiatristen kriteerien perusteella. Aiemmin Pitt (1968) ehdotti, että synnytyksen jälkeinen masennus olisi erillinen oireyhtymä. Sen diagnosointiin ei ole omia kriteerejä (Fedele ym., 1988). Kliinisen masennuksen erottaminen raskaudenajan ja lapsen syntymän jälkeisen ajan normaaleista affektiivisistä muutoksista ei ole helppoa. Monet naisten kokemat oireet kuten väsymys, halu nukkua, psykomotorinen hitaus, lisääntyneet somaattiset vaivat, mielialan vaihtelu ja painon lasku/lisäys ovat samalla masennuksen kriteerejä. Ongelmana on, miten erottaa normaalioireilu "oikeasta" depressiosta (Kaplan, 1986).

Synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyvyys vaihtelee sen mukaan, miten oireilu on arvioitu. Mikäli arvointimene-

TAULUKKO 1. Synnytyksen jälkeinen masennus

Tekijä	Otos N	Arviointi- menetelmä	Seuruu	Kriteeri	Esiinty- vyys %
Ryle (1961)	137	lääkärin arvio	1 v	dg depressio	3
Tod (1964)	700	- " -	1 v	dg depressio	2.9
Jacobsen (1965)	404	oirelista	1 v	> 6 oiretta	25
Pitt (1968)	330	depressio- lomake haastattelu	6-8 vk	> 6p lisäys synnytyksestä oire 2 viikkoa	10.8
Dalton (1971)	189	lääkärin arvio	6 vk	psykiatrinen hoitotarve lievä masennus	7 34
Rees & Lutkin (1971)	67	BDI	1 v	> 13p 17 25	17 10 3
Oakley ym. (1980)	58	haastattelu	5 kk	vakavat masennusoireet	24
Paykel ym. (1980)	128	depressio- lomake	6 vk	> 7p	20
Cox ym. (1982)	103	SPI	3-5 kk	> 6p	13
Watson ym. (1984)	128	SPI kyselylomake	6 vk 1 v	> lisäys 2p	16 22
Kumar & Robson (1984)	119	SPI kyselylomake	12 vk 1 v	DSM-III	14 24
O'Hara ym. (1984)	99	haastattelu BDI	6 kk 9 vk 6 kk	DSM-III depressio > 9p	12 11.2 11.7
Cooper ym. (1988)	483	GHQ, PSE	3 kk 6 kk 1 v	PSE ID taso 5	8.7 8.8 5.2
O'Hara ym. (1990)	182	BDI	9 vk	> 9p	10.2
Tamminen (1990)	279	EPDS PSE	synnytys 2 kk 6 kk	> 13p	9.5 5.9 8.0

BDI= Beck Depression Inventory, Beck ym., 1961

SPI= Standardised Psychiatric Interview, Goldberg ym., 1970

PSE= Present State Examination, Wing ym., 1974

GHQ= General Health Questionnaire, Goldberg, 1972

EPDS=Edinburg Postnatal Depression Scale, Cox ym., 1987



telmänä on standardoimaton oirelista tai haastattelu, johon ei sisälly spesifejä diagnostisia kriteerejä, masennuksen esiintyvyydeksi on saatu 25 - 30 %. Jos taas arviointiin on käytetty standardoituja mittareita (esim. BDI, Beckin depressiolomake), esiintyvyydeksi on saatu noin 10 %. Silloin kun masentuneisuus on määritelty psykiatristen diagnoosikriteerien mukaisesti, esiintyvyys vaihtelee 8 - 15 % (Kumar & Robson, 1984; Cutrona, 1983).

Englantilainen tutkija Peter J. Cooper ja hänen tutkimusryhmänsä (1988) suorittivat Oxfordissa laajan epidemiologisen selvityksen synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyvyydestä. Satunnaisotanta suoritettiin alueen synnytyssairaalaan ilmoitetuista raskaana olevista naisista (N=630), joista tutkimukseen tuli 483 ensi- ja uudelleensynnyttäjää. Kato (23.4 %) johtui kieltäytymisistä, muuttamisesta, kielivaikeuksista, keskenmenoista yms. Ensimmäinen psyykkisen voinnin arviointi suoritettiin 6 viikkoa ennen laskettua synnytysaikaa ja muut 3, 6 ja 12 kuukautta synnytyksen jälkeen. Naisten keski-ikä oli 27.2 vuotta. Heistä oli naimisissa 94 % ja ensisynnyttäjiä oli 33 %. Raskauksista 71 % oli toivottuja. Arviointimenetelmänä tutkijat käyttivät yleistä terveydentilaa kartoittavaa kysymyssarjaa, psykiatrista diagnoosihaastattelua oireen voimakkuuden määrittämiseksi ja depressiolomaketta (ks. taulukko 1).

Tulosten mukaan 6 %:lla naisista esiintyi psykiatrisen diagnoosikriteeristön mukaisia, ei-psykoottisia häiriöitä 6 viikkoa ennen laskettua synnytysaikaa. Lapsen syntymän jälkeen psykiatristen häiriöiden esiintyvyys oli 8.7 % lapsen ollessa 3 kuukautta, 8.8 % lapsen ollessa 6 kuukautta ja 5.2 % lapsen ollessa 12 kuukautta. Cooper ym. (1988) vertasivat esiintyvyyttä myös koko naisväestöä kuvaaviin tietoihin eivätkä havainneet näissä merkitseviä eroja. Insidenssi, uusien psykiatristen tapausten alkaminen vuoden sisällä lapsen syntymästä oli 15.1 %, joka oli myös aiempien, koko naisväestöä kuvaavien tietojen mukainen. Lisäksi tutkijat osoittivat, että raskaudenaikaisen ja lapsen syntymän jälkeisen psykiatrisen oireiston kirjo vastasi yleensä

naisten oireilua. Useimmat naiset kärsivät oireilusta 3 kuukautta tai sitä lyhyemmän aikaa (vrt. Pitt, 1968; Uddenberg & Englesson, 1978).

Lastenpsykiatri Tuula Tammisen (1990) tamperelaisten ensisynnyttäjä-äitien masennusta koskeneen väitöskirjatutkimuksen tulokset olivat Cooperin ym. havaintojen mukaisia. Äideistä oli masentuneita loppuraskauden aikana 8.4 %, synnytyksen jälkeen 9.5 %, 2 kuukauden kuluttua 5.9 % ja 6 kuukauden kuluttua 8.0 %. Seuruaikana uusia masennustapauksia ilmeni 17.2 %. Äitien masennus arvioitiin Coxin ja hänen tutkimusryhmänsä (1987) kehittämällä EPDS-lomakkeella, joka on Beckin ym. (1961) lomakkeen kaltainen mutta jossa painottuvat masennukseen liittyvät affektiiviset oireet. Tamminen (1990, 61) totesi, että loppuraskauden aikana masentuneista äideistä puolet (52 %) oli masentuneita myös synnytyksen jälkeen ja 30 %:lla masennus loppui synnytykseen. Eri mitauskertojen interkorrelaatiot olivat noin .50, eli äitien mieliala vaihteli seuruaikana.

Yhdysvaltalaisen psykologin Michael O'Haran ja hänen tutkimusryhmänsä (1990) tutkimuksen mukaan raskaana olevien ja lapsen synnyttäneiden masennusoireilu ei poikennut merkittävästi kontrolliryhmän naisten oireilun määrästä. Kuitenkin joissakin erityisryhmissä, kuten hyvin nuorten äitien (14 - 18 v) keskuudessa, masennusta voi esiintyä muita enemmän. Troutman ja Cutrona (1990) saivat nuorten äitien masennuksen esiintyvyydeksi 26 %, kun vastaavan ikäisten tyttöjen masennuksen esiintyvyyks oli 15 %.

Naisten masennusoireilu voi vaihdella odotus- ja lapsivuodeajan eri vaiheissa. O'Haran ym. (1990) pitkittäistutkimuksen mukaan äskettäin synnyttäneiden naisten masennusoireilu oli huipussaan, kun synnytyksestä oli kulunut 3 viikkoa (vrt. 2-3 kk, Kumar & Robson, 1984; Cox ym., 1982). Oireilu oli runsaampaa kuin ennen lapsen syntymää. Oireilu alkoi vähetä, kun synnytyksestä oli kulunut 6 viikkoa. Tällöin oireilu oli vähäisempää kuin raskauden keskivaiheilla. Tuloksen mukaan lapsen syntymän molemmin puolin esiintyi tavallista enemmän oireilua, mutta se ohittui noin kolmen

kuukauden kuluessa lapsen syntymästä.

Englantilaiset psykologit Kumar ja Robson (1984) seurasivat ensisynnyttäjiä raskauden alusta aina siihen saakka kunnes lapsi täytti neljä vuotta. Tulokset osoittivat, että 1) uusia masennustapauksia ilmeni raskauden alussa enemmän kuin keski- tai loppuraskauden aikana, 2) raskaudenaikaisesta masennuksesta kärsivät eri henkilöt kuin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, ja 3) joka viides ensisynnyttäjä haki apua psyykkisiin ongelmiinsa vuoden kuluessa synnytyksestä ja 7 % jatkoi säännöllisiä psykiatri/terapiakäyntejä seuraavat kolme vuotta.

Lapsivuodepsykoosit. Psykoosien esiintyvyys lapsen syntymän jälkeen on alhainen. Herzog ja Detre (1976) ilmoittivat lapsivuodepsykoosien esiintyvyydeksi 1 - 2 naista/1000 synnytystä. Skotlantilaisen psykiatrin R.E. Kendellin ja hänen tutkimusryhmänsä (1987) tulosten mukaan psykoosien esiintyvyys oli 2.2 naista/1000 synnytystä. Kendellin ym. (1987) aineisto kattoi kaikki 90 päivän aikana synnytyksestä psykiatriseen sairaalahoitoon otetut naiset Edinburghin alueella 12 vuoden ajalta, vv. 1970 - 1981. Kontrolliryhmän muodostivat muut em. ajanjaksona synnyttäneet naiset. Tulosten mukaan kolmella neljästä diagnoosina oli vakava mielialahäiriö, depressiivinen (55 %) tai maaninen (18 %). Skitsoaffektiivinen diagnoosi oli 7 %:lla. Skitsofreniadiagnoosi oli vain 3 %:lla. Lisäksi tutkijat antoivat 11 %:lle määrittymisen "epäspesifi funktionaalinen psykoosi". Joka toisen psykoosiin sairastuneen naisen oireet puhkesivat ensimmäisen viikon aikana synnytyksestä (Kendell ym., 1987).

Tulokset osoittivat, että psykoosiin sairastuneiden psykiatriset hoitokontaktit olivat merkittävästi runsaampia koko synnytyksen jälkeisen vuoden ajan kuin muulloin. Aiemmin psykiatrisessa sairaalahoidossa olleista vain vakavasta mielialahäiriöstä kärsineillä oli kasvanut uudelleensairastumisriski. Sen sijaan skitsofereniasta tai neuroottisesta depressiosta aiemmin kärsineiden sairastumisriski ei ollut tavallista suurempi. Tutkijat pitivät tätä havaintoa uutena,

aiemmista käsityksistä poikkeavana. Niinpä loppupäätelmänään Kendell ym. (1987) väittivät, että lapsivuodepsykoosit ovat vakavia mielialahäiriöitä eivätkä liity skitsofreniaan. Tulos vahvisti Meltzerin ja Kumarin (1985) aiemmin tekemän havainnon vakavien mielialahäiriöiden esiintyvyydestä synnytyksen jälkeen.

Kattavia tietoja suomalaisten naisten sairastuvuudesta synnytyksen jälkeen ei ole käytettävissä. Pakaslahden (1986, 62-73) tutkimuksesta ilmeni, että v. 1981 ensimmäistä kertaa psykiatriseen sairaalahoitoon (Hesperia ja HYKS) otetuista, yhdellä oli diagnoosina puerperaalipsykoosi. Tammisen (1990, 64-65) normaaliväestöä edustavassa aineistossa (N=279) kaksi äitiä sai ensisijaisesti ja viisi äitiä toissijaisesti psykoositasoisen diagnoosiehdotuksen.

Mitkä taustatekijät ovat yhteydessä psyykkisiin vaikeuksiin? Tutkimusten tulokset antavat yhteyksistä varsin kirjavan kuvan. Toistuvasti on todettu, että avio- tai avoparin keskinäiset erimielisyydet tai tyytymättömyys ovat yhteydessä psyykkisten vaikeuksien, erityisesti masentuneisuuden esiintymiseen (mm. Braverman & Roux, 1978; Paykel, Emms, Flecher & Rassaby, 1980; Cox, Connor & Kendell, 1982; Watson, Elliot, Rugg & Brough, 1984; Kumar & Robson, 1984; Feldman, 1987; Karila, 1989a; Tamminen, 1990). Kuitenkaan parisuhteen ja psyykkisen oireilun yhteys ei ole lineaarinen. O'Hara ym. (1990) osoitti, että raskauden keskivaiheilla naiset sekä kärsivät masennusoireilusta että kokivat parisuhteensa hyväksi. Lapsen syntymän edellä heidän masennusoireilunsa lisääntyi ja samalla tyytyväisyytensä parisuhteeseen heikkeni. Synnytyksen jälkeen (6 ja 9 viikkoa) naisten masennusoireilu väheni mutta tyytymättömyys parisuhteeseen säilyi samalla tasolla kuin lapsen syntymän aikoihin.

Sosiaaliryhmä ei ole yhteydessä psyykkisten oireiden esiintymiseen. Tämä on toinen tutkimuksissa toistuvasti saatu tulos (Pitt, 1968; Nilsson & Almgren, 1970; Paykel ym., 1980; Cox ym., 1982; Watson ym., 1984; Karila, 1989a). Tulos poikkeaa havainnosta, jonka mukaan masentuneisuus on yhteydessä alempaan sosiaaliryhmään (Raitasalo, 1977, 140;

Brown & Harris, 1989, 365-366). Nilsson ja Almgren (1970, 79) havaitsivat melkein merkitsevän yhteyden III-sosiaali-ryhmän ja psyykkisen oireilun välillä raskausaikana, sen sijaan synnytyksen jälkeen he eivät todenneet ko. yhteyttä.

Muiden tekijöiden kuten iän, sivilisäädyn, neuroottisuuden, raskaudenaikaisen ahdistuneisuuden, aiemman psykiatrisen historian, elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien, obstetristen komplikaatioiden ja hormonaalisten tekijöiden yhteyksistä psyykkiseen oireiluun on saatu vaihtelevia tuloksia. Viime vuosina tehdyt, edustaviin otoksiin perustuvat tutkimukset ovat kuitenkin tarkentaneet ristiriitaisia havaintoja, esimerkiksi vakavasta mielialahäiriöistä kärsivillä on muita suurempi riski sairastua uudelleen myös synnytyksen jälkeen (Watson ym., 1984; Kendell ym., 1987). Iän ja oireilun suhde näyttäisi olevan käyrämuotoinen siten, että hyvin nuoret ja ne vanhat ensisynnyttäjät, jotka ovat yrittäneet lasta pitkään, oireilevat muita todennäköisemmin (Troutman & Cutrona, 1990; Karila, 1988; Kumar & Robson, 1984). Erilaiset emotionaaliset menetykset tai niiden uhka kuten sikiön kuolema, synnytyksen päättyminen sektioon, läheisen ihmisen kuolema odotusaikana, lapsen syntyminen ennen aikaisena ja henkisen tuen puute ovat yhteydessä lisääntyneeseen psyykkiseen oireiluun (Kendell ym., 1987; Kumar & Robson, 1984).

Tulokset ovat yhdenmukaisia depression selitysmallien kanssa (ks. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Brown & Harris, 1978). Menetys laukaisee aiemman negatiivisen, vääristyneen käsityksen itsestä, ellei muiden ihmisten tuki "suojele" kriisin läpikäymistä. Myös erilaiset vääristävät ajattelutavat kuten ajattelun rigidisyys, pyrkimys asettaa itselle liiallisia tavoitteita, ylioptimistisuus, äitimyytti yms. lisäävät erilaista oireilua sekä raskausaikana että synnytyksen jälkeen (Nilsson & Almgren, 1970; Cutrona, 1983; Vartiainen, 1989; Niemelä, 1980; Tamminen, 1990). Mutta miten on selitettävissä, että psykiatrisen sairaalahoidon tarve kasvaa heti synnytyksen jälkeen? Vaikka hormonaalisten tekijöiden osuudesta lievempiin psyykkisiin oireisiin on

ristiriitaista näyttöä (Dalton, 1971; vrt. Nott, Franklin, Armitage & Gelder, 1976), naisen aineenvaihdunnassa tapahtuvat muutokset todennäköisesti altistavat affektiivisille vakaville häiriöille (Kendell ym., 1987).

Tutkimustulokset äidin masentuneisuuden seurauksista lapsen kehitykseen ovat tutkimusten metodisista puutteista huolimatta johdonmukaisia. Aikoinaan jo Kraepelin v. 1921 kiinnitti huomiota riskeihin, joita vanhemman masentuneisuus aiheutti lapselle. Masentuneet äidit ovat vähemmän aktiivisia, eivät imitoi lapsensa käyttäytymistä eivätkä leiki lapsensa kanssa, eivät ohjaa tai neuvo lastaan samassa määrin kuin ei-masentuneet äidit. Masentuneiden äitien vauvat ovat sekä uneliaampia että levottomampia. Ne väentelehtivät ja osoittavat tyytymättömyyttä. Imetystilanteissa ero masentuneiden ja ei-masentuneiden äitien välillä on selvin nk. keskusteluvaiheessa (Tamminen, 1990). Masentuneiden äitien vuorovaikutus vauvan kanssa ei ole vastavuoroista. Ainakin yhteiselämän alkutaipaleella äidin masennus vaikuttaa vuorovaikutuksen laatuun siten, että kontaktit vähenevät ja palvelevat pikemmin äidin kuin lapsen tarpeita (Livingood, Daen & Smith, 1983; Field, Sandberg, Garcia, Vega-Lahr, Goldstein & Gay, 1985; Mills, Puckering, Pound & Cox, 1985; Zekoski, O'Hara & Wills, 1987; Tamminen, 1990). Rutterin (1990) yhteenvedon mukaan äidin masentuneisuuden vaikutukset välittyvät monin tavoin: äidin negatiivisen mielialan, äidin madaltuneen sensitiivisyyden, depression liittävän huonon perhesovun tai puutteellisen vanhemmuuden kautta.

Lyhyenä yhteenvetona naisten psyykkisistä vaikeuksista lapsen syntymän jälkeen voi todeta, että herkistyminen on melko yleinen, mutta nopeasti ohittuva sopeutumisreaktio. Se ei yleensä syvene masennukseksi. Ikävintä tilanteessa on kuitenkin se, että oireet ovat pahimmillaan juuri silloin, kun äiti siirtyy synnytyssairaalaan kotiin vauvan kanssa. Masennuksen tunteita ja muita lievempiä psyykkisiä oireita esiintyy arviointitavasta riippuen noin joka viidennellä tai neljännellä naisella. Masennusta psykiatrisen diagnoosiluo-

kituksen mukaisena esiintyy vain runsaalla 10 %:lla. Masennuksen esiintyvyys ei ehkä poikkea koko väestöä kuvaavista luvuista. Masennus voi vaihdella sekä yksilöittäin että sen mukaan, kuinka kauan synnytyksestä on kulunut. Sairaalahoittoa vaativan vakavan psykiatrisen häiriön esiintyvyys on vähäinen, arvioiden mukaan noin 2/1000 synnytystä. Oireet puhkeavat yleensä melko pian synnytyksen jälkeen. Sekä lapsivuodepsykoosi että lievemmat psyykkiset oireet ovat lähes yksinomaan mielialahäiriöitä, joilla on korkea uusiutumisen todennäköisyys. Psyykkisten vaikeuksien kestosta on ristiriitaisia havaintoja. Toisten selvitysten mukaan naiset selviävät oireilusta 3 kuukauden kuluessa synnytyksestä ja toisten havaintojen mukaan naiset saattavat tarvita oireisiinsa vuosia kestävästä psykiatrisesta avohoidon tai terapian.

## 2.2. Miesten oireilu

Miesten psyykkisen oireilun esiintyvyydestä on varsin vähän yleistä tietoa. Vaikka isiä koskeva tutkimus on vilkastunut viime vuosina, julkaistut selvitykset ovat vielä harvalukuisia naisia koskeviin tutkimuksiin verrattuna. Lisäksi tulosten yleistettävyyttä haittaavat monet tekijät kuten se, että otokset ovat pieniä, tutkimushenkilöiksi suostuneet ovat pääasiassa koulutettuja ja vanhemmuudesta kiinnostuneita vapaaehtoisia miehiä, arviointimenetelmät ovat kirjavia ja standardoimattomia (ks. Berman & Pedersen, 1987, 218-221). Otosten pienuus johtuu osaltaan siitä, että tutkimukset ovat pitkäikäistutkimuksia ja isän lisäksi arvioinnin kohteena on ollut äiti sekä usein myös lapsi.

Ensimmäiset miehiä koskevat tutkimukset olivat kliinisiä tapausselostuksia isistä, jotka sairastuivat psyykkisesti heti lapsen synnyttyä (mm. Zilboorg, 1931; Freeman, 1951; Wainwright, 1966; Reitterstol, 1968). Kuitenkin tavallisten isien emotionaalisia reaktioita on tutkittu melko vähän. Miesten oireilua on pääasiassa kuvattu nk. couvade-oireyhtymänä, ruumiillisina oireina kuten pahoinvointina, hammas-

särkynä ja ruokahaluttomuutena. Oireiden alkuperä on psyko-geeninen, ja ne esiintyvät naisen raskauden kanssa samanaikaisesti (Curtis, 1955; Trethowan & Conlon, 1965; Lipkin & Lamb, 1982; Bogren, 1985; Teichman & Lahav, 1987). Tämän oireyhtymän esiintyvyydeksi on yleensä ilmoitettu 20 - 25 %.

Lasta odottavien miesten ahdistuneisuus on suurempaa kuin kontrolliryhmän miesten ahdistuneisuus (Gerzi & Berman, 1981). Sen sijaan tiedot miesten tunnetilojen muutoksista odotusvaiheesta lapsen syntymän jälkeiseen aikaan ovat vähäisiä. Scott-Heyesin (1982) mukaan ainoastaan lapsen syntymän edellä ensimmäistä lastaan odottavat miehet olivat kontrolliryhmän miehiä masentuneempia. Todennäköisesti miesten psyykkisessä oireilussa on jonkin verran vaihtelua siten, että odotusvaiheen alku ja synnytystä edeltävä ajanjakso ovat miehelle psyykkisesti vaikeampia kuin lapsen syntymän jälkeinen aika (Karila, 1988; 1989a).

Mitkä tekijät vaikuttavat miesten psyykkiseen oireiluun lapsen syntymän jälkeen, ja miten pitkään se kestää? Tuoreimpia näitä kysymyksiä sivuavia tutkimuksia ovat tehneet Feldman (1987), Cowan ja Cowan (1987), Belsky ja Volling (1987), Pedersen, Zaslow, Cain, Suwalsky ja Rabinovich (1987) sekä Fedele ym. (1988). Tuloksista yhteenvetona voi todeta, että miesten psyykkistä oireilua ennustavat osittain eri tekijät kuin naisten oireilua. Feldman (1987) määritteli miesten oireilun uupumuksena, jännityksenä ja miehen kokemana pakottavana ajatuksena siitä, että pitäisi selviytyä enemmästä kuin mihin pystyy. Tulosten mukaan miesten lapsen syntymän jälkeistä oireilua ennustivat parhaiten: työpaineet lapsen odotusvaiheessa, suunnittelematon raskaus, nuori ikä ja negatiiviseksi koettu odotusvaihe.

Eräiden selvitysten mukaan miesten vähäisempi oireilu on yhteydessä siihen, miten nainen tukee miestä tämän omak-suessa isän roolia. Mies oireilee vähemmän lapsen syntymän jälkeen, jos nainen huomioi miestä lapsen odotusvaiheessa (Fedele ym., 1988) tai tukee häntä isänä (Cowan & Cowan, 1987) tai puhelee miehelle lasta koskevista asioista (Belsky & Volling, 1987). Tulokset osoittavat, että miesten oireilu



on vähäisempää, jos vuorovaikutus puolisoitten välillä on kaksisuuntaista.

Miehen lapsen syntymän jälkeisen psyykkisen oireilun kestosta ja oireilun vaikutuksista esimerkiksi lapsen kehitykseen on niukalti tietoa. Viime vuosina on pyritty selvittämään, miten lapsen syntymän aikoihin psyykkisesti oireilleet isät toimivat lapsensa kanssa tämän jo jonkin verran kasvettua (Zaslow ym., 1985; Pedersen ym., 1987). Miesten psyykinen oireilu on näissä tutkimuksissa määritelty samalla tavalla kuin naisten herkistymisoireet.

Zaslow ja hänen tutkimusryhmänsä (1985) jakoivat isät oireilun perusteella tutkimus- ja vertailuryhmiin ja seurasivat isien vuorovaikutusta lapsensa kanssa, kun lapsi oli 4 kuukauden ikäinen. Tulosten mukaan isät, jotka olivat kärsineet oireilusta lapsen syntymän jälkeen, pysyttelivät pidempiä aikoja poissa lapsen luota ja koskettelivat lastaan harvemmin kuin vertailuryhmän isät. Sen sijaan oireilleiden miesten vaimot hääräsivät enemmän lapsen kanssa kuin vertailuryhmän miesten vaimot. Oireista kärsineet isät ilmoittivat syyksi vuorovaikutuksen niukkuuteen sen, että heillä oli avioliitossa ongelmia ja että lapsen syntymä oli lisännyt ongelmia ja ajanpuutetta. Samoja isiä seurattiin uudelleen kun lapsi oli vuoden ikäinen (Pedersen ym., 1987). Aiemmin todetut erot isien käyttäytymisessä lapsen kanssa olivat muuttuneet. Nyt lapsen syntymän jälkeen oireilleet isät puuhasivat aktiivisemmin lapsensa kanssa ja puhuivat lapselle enemmän kuin vertailuryhmän isät. Oireilleet isät kertoivat myös, että heidän parisuhteensa oli muuttunut tyydyttävämmäksi verrattuna lapsen syntymän jälkeiseen aikaan.

Yhteenvetona miesten psyykkisistä vaikeuksista lapsen syntymän jälkeen voi todeta, että niiden esiintyvyydestä tai kestosta on kovin niukalti tietoa. Miehet oireilevat todennäköisemmin, jos heillä on lapsen odotusvaiheessa työpaineita, jos he eivät halua tulla isäksi eivätkä saa henkistä tukea vaimoltaan. Parisuhteen laatu ja toimivuus vaikuttaa oireiden määrään ja rasittavuuteen välillisesti.

### 3. VANHEMMAKSI TULO SIIRTYMÄNÄ

Ensimmäistä kertaa vanhemmaksi tulo on tärkeä vaihe ihmisen elämänculussa. Vanhemmaksi tulo kattaa odotuksen ja synnytyksen lisäksi lapsivuodeajan tai laajemmin lapsen syntymän jälkeisen ajan (Karila, 1988, 1989a; Goldberg & Michaels, 1988). Elämänculun vaiheisiin liittyviä tehtäviä on kutsuttu kehitystehtäviksi (Havighurst, 1955) tai kognitiivisen käsitteistön mukaan niitä voitaisiin kutsua sosiaalisiin toimintoihin liittyviksi skeemoiksi, skripteiksi (Schank & Abelson, 1977). Kehitystehtävien tai skriptien sisällöt ilmaisevat sen, mitä yleensä yksilön odotetaan omaksuvan tai hallitsevan kussakin elämänculun vaiheessa. Vanhemmuuteen siirtymisen kehitystehtävien yleisiä sisältöalueita ovat: muuttuva suhde itseen ja omiin vanhempiin, suhde puolisoon ja tulevaan lapseen sekä suhtautuminen elämänculosuhteiden muuttumiseen (Nieminen & Nummenmaa, 1985; Karila, 1989a).

Ajanjaksona siirtymä vanhemmuuteen on pitkä, niin että sitä voi tarkastella vaiheena sinänsä. Terveystenhuollossa on ollut tapana jakaa sen alkuosa, raskausaika kolmeen osavaiheeseen sikiön biologisen kasvun perusteella. Saksalainen psykologi Gabrielle Gloger-Tippelt (1983) on kritisoinut kolmivaiheista jaottelua, koska sen perusteella ei voi riittävän hienosyisesti kuvata raskauden psykologisia osavaiheita. Hän laati kirjallisuuskatsauksen perusteella

raskauden 4-vaiheisen integraatiomallin ja nimesi raskauden osavaiheet seuraavasti: 1) havahtumisvaihe (0 - 12 raskausviikkoa), 2) sopeutumisvaihe (13 - 20 vk), 3) keskittymisvaihe (21 - 32 vk) sekä 4) ennakointi- ja valmistautumisvaihe (33 vk - synnytys).

Karila (1988; 1989a) pyrki selvittämään, esiintyykö naisten ja miesten psyykkisissä tuntemuksissa ja vanhempana toimimiseen liittyvissä mielikuvissa Gloger-Tippeltin luonnehtimia osavaihe-eroja. Tulosten mukaan vanhemmuuden onnen kasvu oli selvimmin yhteydessä siirtymän etenemiseen. Sen sijaan normaalioireilu ja häiriöoireilu olivat yhteydessä johonkin muuhun kuin raskauden etenemiseen. Naisten oireilu oli miesten oireilua runsaampaa kaikissa osavaiheissa. Naiset kokivat suhteellisesti raskaimpina lapsen syntymän jälkeisen ja raskauden keskittymisvaihetta vastaavan vaiheen. Miehet oireilivat eniten odotuksen alussa ja lapsen syntymän edellä.

Odotusajan alussa naisten oireilu oli pääasiassa nk. normaalioireilua - väsymystä, sukupuolista haluttomuutta, rintojen pingottuneisuutta, saamattomuutta yms. Miesten oireilu oli nk. kieltämistä - kiirettä tehdä ylitöitä ja tunnetta että kaikki on kuten tavallisesti. Seuraava vanhemmuuteen siirtymän vaihe oli eräänlainen suvantovaihe. Tällöin oireilu oli vähäisempää kuin odotuksen alussa. Tulos oli Gloger-Tippeltin (1983) kuvauksen mukainen. Keskittymisvaihetta vastaavana ajanjaksona oireilu oli melko runsasta. Yleisimmät naisten tunnistamat oireet olivat väsymys, huoli tulevaisuudesta ja mielialojen herkistyminen. Gloger-Tippelt oletti, että naisten ahdistuneisuus olisi tässä vaiheessa vähäistä. Saatu tulos ei vahvistanut oletusta. Toisaalta tänä ajanjaksona mielikuvat päivästä lapsen kanssa muuttuivat eloisiksi, ne sisälsivät aiempaa enemmän yksityiskohtia ja tunteita. Myös vanhemmuuden onnen tuntemukset voimistuivat. Vaihe oli tulkittavissa aktiiviksi vanhemmuuden, erityisesti äitiyden työstämisvaiheeksi. Lapsen syntymän edellä naisten oireilu oli jonkin verran vähäisempää kuin synnytyksen jälkeen. Sen sijaan miehet oireilivat suhteellisesti

enemmän kuin aiemmissa odotuksen vaiheissa. Karila (1989a, 67) päätyi nimeämään vanhemmuuteen siirtymisen osavaiheet seuraavasti: havahtumisvaihe, tekeytymisvaihe, työstämisvaihe, valmisteluvaihe ja lapsivuodevaihe.

Siirtymäprosessin kuvaaminen on varsin ongelmallista. Olennainen kysymys on, millaisen viitekehyksen avulla muutosta voisi kuvata. Belsky (1981) arvioi, että siirtymätutkimuksen pulmana on yhtenäisen käsitteellisen viitekehyksen puute. Psykologista vanhemmuuteen siirtymistä on kuvattu usean teoreettisen suuntauksen käsittein.

Psykoanalyttisesti orientoituneet tutkijat ovat painottaneet raskauden aikana syntyvien ristiriitaisten tunteiden työstämisen välttämättömyyttä ja sen vaikutuksia raskaudenaikaiseen oireiluun ja lapsen syntymän jälkeiseen sopeutumiseen. Lapsen syntymän jälkeen parhaiten selviävät ne naiset, jotka työskentelevät psykologisesti raskauden aikana, ilmaisevat epävarmuutensa ja haluavat läheisten tukea (Lagergrantz, 1979; Niemelä, 1985; Fedele ym., 1988).

Sosiaalipsykologit ovat kuvanneet siirtymiä ajoittumiskäsitteellä, ts. missä määrin siirtymän ajoitus on yhteisön odotusten mukainen (Neugarten, 1977; Tolkki-Nikkonen, 1985). Neugartenin oletus oli, että jos siirtymä käynnistyy ajallaan, siihen sopeutuminen on vaivattomampaa.

Perhetutkijat, erityisesti 1980-luvulla ovat hakeneet kuvaukseen soveltuvia käsitteitä kuten vanhempien resurssit, lapsen ominaispiirteet, stressin ja sosiaalisen tuen keskinäinen suhde, avioliiton laatu ja perhesysteemin osa-alueet (Belsky, 1984; Heinicke, 1984; Cowan & Cowan, 1987). Yhdysvaltalaiset tutkijat Cowan ja Cowan (1987) nimesivät viisi muutoksen kuvaamiseen soveltuvaa perhesysteemin osa-aluetta:

1. yksilö
2. aviomiehen ja vaimon suhde
3. vanhemman ja lapsen suhteet
4. kolmen sukupolven ulottuvuus
5. yhteisö (perheen ulkopuolinen stressi/sosiaalinen tuki)

He tiivistivät perhesysteemikuvauksen naisen ja miehen "piiriksi". He sovelsivat mallia pitkittäistutkimuksessaan "The Becoming a Family", johon osallistui 72 lasta odot-

tavaa paria San Franciscossa (Cowan & Cowan, 1987; 1988). Seuruu kesti loppuraskausajasta kunnes lapsi täytti 18 kk. Tulosten mukaan parin roolijako muuttui lapsen synnyttyä perinteisemmäksi ja useimpien parien aviolliset ristiriidat lisääntyivät. Parin yhteydenpito isovanhempiin lisääntyi, mutta se muuttui samalla rasittavammaksi. Synnytyksen jälkeen pari sai henkistä tukea ystäviltä, mutta näiden tuki väheni synnytyshumun laannuttua. Kiinnostava havainto oli, että nainen ja mies olivat tyytymättömiä parisuhteeseensa eri aikaan. Naisten tyytymättömyys ajoittui seuruuajan alkuun (loppuraskaus - 6 kk synnytyksestä) ja miesten seuruuajan loppuun (6 kk - 18 kk). Rublen, Flemingin, Stangorin, Brooks-Gunnin, Fitzmauricen ja Deutschin (1990) tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia.

Vaikka Cowanin ja Cowanin (1987; 1988) mukaan perhesysteemin monilla osa-alueilla tapahtui huomattavia muutoksia, yksilön itseään koskevat havainnot pysyivät huomattavan johdonmukaisina. Esimerkiksi masennusoireilu, kun lapsen syntymästä oli kulunut 18 kuukautta, oli ennustettavissa raskausajan tietojen perusteella. Odotusvaiheen tiedot ennustivat myöhempää oireilua paremmin kuin syntymän jälkeiset tiedot. Tulokset vahvistivat Belskyn (1984) havainnon, jonka mukaan yksilölliset erot ovat varsin pysyviä ja johdonmukaisia vanhemmuuteen siirtymisen aikana.

Kognitiiviset tutkijat ovat vasta hahmottelemassa siirtymien kuvausta kognitiivisin käsittein (Nurmi, 1989; Ryff, 1989; Renner, 1989). Vanhemmuuteen siirtymistä koskevat kognitiiviset tutkimukset ovat käsitelleet äitiyttä, vanhemmuutta ja lasta koskevien tietoisten representaatioiden, esittymisten kehittymistä (Gloger-Tippelt, 1989; Karila, 1988).

Psykologi Gloger-Tippelt (1989) tutki lasta koskevan skeeman rakentumista odotusvaiheen aikana. Tulokset osoittivat, että raskauden aikana naiset loivat mielikuvan lapsesta kolmessa vaiheessa: "lapsi päässä", "lapsi kohdussa" ja "lapsi käsivarsilla". Ensimmäisessä vaiheessa mielikuvan sisältönä olivat halu saada lapsi, toiveet terveestä lapses-

ta ja kuvat, joita naiset olivat nähneet sikiöstä ultraäänitutkimuksen TV-monitorissa. Toisessa vaiheessa naisten mielikuvissa lapsi oli jo erillinen olento. Lapsella oli useita ruumiinjäseniä. Kolmannessa vaiheessa, muutama viikko ennen synnytystä naiset ennakoivat konkreetteja tilanteita, joissa he hoitavat lastaan. He loivat kuvitelmia siitä, minkä näköinen lapsi on, mitkä piirteet ovat vallitsevia, millainen lapsen temperamentti on, kumpaa sukupuolta lapsi on ellei se ollut jo tiedossa jne. Kaikille naisille tehtiin ultraäänitutkimus. Se vaikutti naisten mielikuvan kehittymiseen varsin merkittävällä tavalla. Välittömästi ko. tutkimuksen jälkeen lasta koskevaan skeemaan ilmestyi fyysisiä piirteitä. Kuitenkin fyysisten piirteiden lisäys jäi hetkeliseksi. Pian sen jälkeen kun äiti tunnisti lapsen liikkeit vatsassa, hän kuvasi lapsen erilliseksi olennoiksi, johon hänellä oli jo kiintymyssuhde. Gloger-Tippelt tulkitsi tämän siten, että teknisesti välitetty kuva rikastutti kognitiivisen skeeman visuaalisempaa, mutta samalla kapeampaa puolta verrattuna skeemaan, joka perustui lapsen liikkeiden aistimiseen vatsassa.

Helsinkiläisten naisten ja miesten mielikuvat päivästä lapsen kanssa olivat poikkileikkaustutkimuksen mukaan sitä rikkaampia ja varmempia kuin lähempänä lapsen syntymä oli (Karila, 1988; 1989a). Mielikuvan tunnesisältö oli suurin vähän ennen lapsen syntymää ja niukin odotusajan alkupuolella. Naisten ja miesten mielikuvien rakentuminen oli samansuuntaista, joskin naisten kuvaukset olivat merkitsevästi varmempia, tunnesisältöisempiä ja rikkaampia kuin miesten kuvaukset. Naisten mielikuvissa lapsen elämän turvaaminen - syöttäminen - oli kaikissa siirtymän vaiheissa vallitsevin sisältö. Sen sijaan miesten mielikuvat rakentuivat aluksi seurusteluun lapsen kanssa, sitten vallitsevana oli "ei mielikuvaa päivästä lapsen kanssa" ja vasta odotusajan lopulla ne muistuttivat naisten mielikuvien sisältöjä.

Yhteenvedon siirtymästä vanhemmuuteen voi todeta, että aiheeseen liittyviä pitkittäistutkimuksia on tehty viime vuosina lisääntyvässä määrin, erityisesti perhetutkijat ovat

julkaisseet niitä. Vaikeutena on ollut, millä käsitteillä siirtymää pitäisi kuvata. On osoitettu, että siirtymä vanhemmuuteen rasittaa ennen muuta parisuhdetta. Siirtymän kognitiivinen kuvaus on vasta kehitteillä. Huomion kohteena ovat olleet lasta ja vanhemmuutta koskevat representaatiot. Lähtökohtana on ollut oletus, että lasta odottava nainen tai mies pyrkii ennakoimaan tapahtumia niitä koskevien representaatioiden perusteella.

#### 4. SIIRTYMÄ KOGNITIIVISENA MUUTOKSENA

##### 4.1. Orientaatioperusta

Vanhemmaksi tulo on tämän tutkimuksen kohdehenkilöille tulevaisuuteen suuntautumista. Lapsen odotusvaiheessa vanhemmuus ei ole vielä konkreettinen, toteutunut toiminto, vaan yksilöllisen ja parin yhteisen tarpeen, halun tulla vanhemmaksi aktivoima kognitiivinen ongelmanratkaisuprosessi. Nykyisin useimmat synnytykseen päättyvät raskaudet ovat suunniteltuja, ts. siirtymä vanhemmuuteen alkaa tulevien vanhempien tietoisien päätöksen perusteella (Karila, 1989a). Vanhemmuus on uusi tehtäväalue, johon valmistaudutaan odotusaikana. Vanhemmaksi tulevalta odotetaan, ainakin länsimaissa, että hänen suhtautumisensa muuttuu suhteessa itseän, puolisoon, elämäntapoihin jne. Siirtymässä vanhemmuuteen on sovitettava yhteen oma halu tai haluttomuus vanhemmaksi sekä yhteiskunnan ja kulttuurin siihen liittämät odotukset. Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä osaltaan pyrkii vaikuttamaan odotusten sisältöön. Neuvoloiden ammattihenkilöstö neuvoo lasta odottavia vanhempia siinä, mikä on terveellistä, sopivaa ja suotavaa, se myös opastaa heitä lapsenhoidon käytännön valmiuksissa ja taidoissa.

Siirtymä vanhemmuuteen on muutostilanne, joka välittyy kognitiivisten prosessien kautta. Tässä luvussa hahmottelen kognitiiviselta pohjalta tulevan elämänmuutoksen psyykkisen



perustan. Banduran (1985; 1986) mukaan ihmisen mahdollisuudet säädellä omaa käyttäytymistään perustuvat kykyyn käyttää symboleja, ennakoita, oppia vertaiskokemuksista, arvioida omaa käyttäytymistä ja suunnata toiminta saadun palautteen mukaan. Vain ihmisellä on kyky itsereflektioon, ja Banduran mukaan ihmisen omat arviot kyvykkyydestään suoriutua tai selviytyä erilaisissa tilanteissa vaikuttavat merkittäväällä tavalla hänen toimintaansa ja tunteisiinsa.

Se, millaisia ennakoita yksilö tekee tulevasta, on yhteydessä siihen, miten hän tulkitsee menneisyyttään. Yksilön tulkinnat tapahtumista perustuvat hänen tapaansa käsittää itsensä ja ympäristönsä. Muutostilanteissa on olennaista, miten joustavia nämä tulkintatavat ovat (Kelly, 1955). Jos tulkintatavat ovat rigidejä, liian joustavia tai vääristyneitä, kehitystehtävien työstäminen vaikeutuu. Esimerkiksi psyykkisen oireilun lisääntymistä voidaan pitää kehitystehtävien työstämisvaikeuden merkinä.

Tässä luvussa tarkastelen ensiksi minätietoisuuden (self-knowledge) käsitettä ja sen rakentumista elämänkulun eri vaiheissa. Minätietoisuus on tässä tutkimuksessa integrativinen käsite. Minätietoisuudella on kaksi merkitystä; yhtäältä on kyse yksilön itseään koskevasta kognitiivisesta sisällöstä ja toisaalta se voidaan ymmärtää dynaamiseksi, yksilön itseään koskevan tietoisuuden kehitysprosessiksi. Toiseksi luvussa tarkastelen kognitiivisia rakennekäsitteitä, erityisesti minäskeemaa ja minäpystyvyyttä. Yksilön kognitiiviset rakenteet ovat pysyväisluonteisia. Ne muodostavat perustan sille, miten hän tulkitsee menneisyyttään ja miten suhtautuu tulevaan. Kolmanneksi luvussa käsittelen informaation prosessointia, ts. tiedon havaitsemista ja käsittelyä sekä näihin liittyviä vääristymiä. Lopuksi tarkastelen emotionaalisten häiriöiden kognitiivista selittämistä, erityisesti miten psyykkiset häiriöt ovat ymmärrettävissä minää koskevan informaation prosessoinnin tuloksena.

#### 4.2. Minätietoisuuden kehittyminen

Minätietoisuudella (self-knowledge) tarkoitetaan kaikkea sitä, mitä ihminen tietää oman kokemuksensa perusteella itsestään, omasta paikastaan ja arvostuksestaan muiden ihmisten joukossa, omista ominaispiirteistään ja identiteetistään ennen, nyt ja tulevaisuudessa (Damon, 1983, 11).

Minätietoisuuden kognitiiviset tarkastelut voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään. Ensiksi, minätietoisuus voidaan ymmärtää ihmisen tietoiseksi käsitykseksi itsestään. Se on suhteellisen pysyvä, käsitteellistynyt tieto itsestä. Tieto itsestä on rakentunut minäskemaksi, jonka tehtävänä on säädellä ja organisoida minää koskevaa tiedon prosessointia (Markus, 1977). Toiseksi, minätietoisuus voidaan ymmärtää kehityspsykologisesti. Tällöin minätietoisuus on kunkin kehitysvaiheen itseä ja ulkomaailmaa koskevan informaation sisäisen muokkauksen tulos (Guidano & Liotti, 1983; 1985; Guidano, 1987; Harter, 1990).

Minätietoisuus-käsitteen juuret pohjautuvat symbolisen interaktionismin klassikoihin. William James (1907-1983) esitti teoksessaan "Principles of Psychology" v. 1890 tunnetun näkemyksensä minuudesta. Hän erotti kokevan minän (the I, knower) koetusta minästä (the Me, known). Koettu minä sisältää sellaisia puolia itsestä, joita ulkopuoliset voivat havainnoida, ja jotka ovat myös oman välittömän tietoisuuden piirissä. Sen sijaan kokeva minä määrittää henkilön kokemusten laadun. C.H. Cooley v. 1902 ja G.H. Mead v. 1934 kirjoituksissaan korostivat minän havaitsemisen sosiaalista alkuperää. Cooley loi käsitteen "looking glass self", jonka Popper ja Eccles (1977, 110) kiteyttivät seuraavasti:

"Aivan kuten me opimme katsomaan itseämme peilistä, samoin lapsi tulee tietoiseksi itsestään katsomalla heijastustaan muiden ihmisten tietoisuuden häntä esittävästä peilistä".

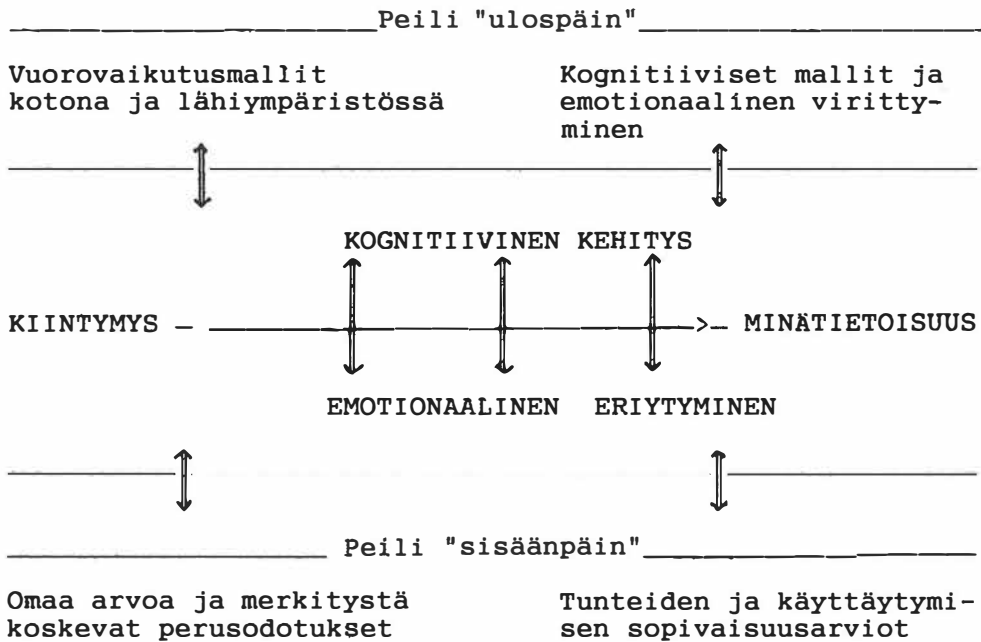
Meadin (1934) mukaan minuuden keskeinen ominaisuus on olla objekti itselleen. Tämä on mahdollista roolinottamisen avulla. Mikäli ihminen voi ottaa toisen ihmisen roolin, hän voi katsoa itseään toisen ihmisen näkökulmasta ja tulla

objektiksi itselleen. James kuten myöhemmin monet selfteoreetikot (ks. Harter, 1990) ovat pitäneet minuuden kehittymisen ongelmana sitä, miten ihminen onnistuu integroimaan keskenään kilpailevat "mahdolliset minät" persoonalliseksi identiteetiksi. Erik H. Eriksonin (1968; 1980) mukaan integroinnin väline on identifikaatio. Hän on kiinnittänyt huomiota erityisesti nuoruusiässä tapahtuvaan identiteetin syntyyn. Sen kehittyminen perustuu kahteen samanaikaiseen havaintoon: välittömään havaintoon minän samana pysymisestä ajassa ja havaintoon siitä, että myös toiset tunnistavat yksilön samuuden ja jatkuvuuden.

Italialaisten psykologi Vittorio F. Guidanon ja psykiatri Gianni Liottin (1983; 1985) mukaan minätietoisuus pohjautuu ihmisen kunkin kehitysvaiheen edellytyksiin käsitellä itseä ja ulkomaailmaa koskevaa informaatiota. Näistä lähtökohdista ja sisäisen prosessoinnin avulla ihminen itse luo asteittain käsityksen itsestään. Käsitys itsestä voi muuttua elämänkulun eri vaiheissa, ei pelkästään nk. kehitysvuosina (Guidano, 1987). Aikuisen minätietoisuus on rakenteellisesti monitasoinen, hierarkkinen. Se sisältää sekä sanatonta (tacit) että sanoin ilmaistavaa (explicit) tietoa. Sanoin kuvattavassa tiedossa on mukana sanatonta tietoa. Minätietoisuus kehittyy ihmisen oman aktiivin sisäisen muokkauksen tuloksena, kognitiivisen ja emotionaalisen kehityksen asteittain etenevänä integroitumisena. Sen ehtona ja käynnistäjänä on vuorovaikutus ympäristön kanssa (kuvio 1).

Guidano ja Liotti (1983) korostavat lapsen ja hänen hoitajansa vuorovaikutuksen merkitystä. He tukeutuvat Bowlbyn (1969) tutkimuksiin siitä, miten pieni lapsi kehittää minä-muut -vuorovaikutuksesta oman sisäisen mallin (internal working model). Varhaisvaiheessa kiintymys liittyy fyysiseen hoitoon, mutta se muuttuu kehityksen kuluessa välittömästä kokemuksesta reflektiiviseksi, mielikuvaksi kiintymyksestä.

Psykoanalyttikko Daniel Stern (1985) kuvaa lapsen asteittain laajenevaa sisäistä kokemusmaailmaa analogisella tavalla. Se muotoutuu lapsen oman minuuden (senses of the self) ja vuorovaikutuksen (domain of relatedness) kokemisen



KUVIO 1. Minätietoisuuden kehittyminen

vaiheittaisesta integraatiosta. Sternin (1985, 26-34) mukaan lapsen "sisäinen kokemus" muodostuu neljässä vaiheessa ensimmäisen puolentoista vuoden aikana. Lapsen "kokemusalueita" ovat 1) orastavan minuuden ja ihmissuhteen vaihe (emergent self), 2) ydinminuuden ja ydinihmissuhteen vaihe (core self), 3) subjektiivisen minuuden ja intersubjektiivisen ihmissuhteen vaihe (subjective self) ja 4) verbaalisen minuuden ja ihmissuhteen vaihe (verbal self). Nämä "lapsen kokemusalueet" säilyvät läpi elämän. Näin ollen Sternin "kokemusalue" -käsite näyttäisi vastaavan varsin pitkälle interpersonaalisen skeeman käsitettä (ks. Liotti, 1989).

Vittorio Guidano on teoksessaan "Complexity of self" (1987) kuvannut minätietoisuuden kehittymistä syntymästä aikuisikään, mitä seuraavassa pääosin referoin.

Varhaislapsuus. Minätietoisuuden ensimmäinen vaihe on minän tunnistaminen (self-recognition). Se etenee kolmen perättäisen vaiheen kautta samaan tapaan kuin Piaget'n (Piaget & Inhelder, 1977) kuvaamat sensomotoriset skeemat. Minätietoisuuden kehittymisen perustana ovat vuorovaikutuksen rytmirakenteet. Vuorovaikutuksen rytmisyydestä kehittyvät säätelyskeemat, esimerkiksi vauva saa ääntelyllään hoitajan paikalle. Skeemalla tässä yhteydessä tarkoitetaan jäsentynyttä toimintojen sarjaa, joka muodostuu toistettaessa samoja toimintoja samanlaisissa tai vastaavanlaisissa tilanteissa. Tämä on vauvan alkeellinen keino hallita ympäristöään. Seuraavaksi kehittyvät palautettavissa olevat skeemat, jotka sisältävät pysyvyyden periaatteen. Se tulee esiin mm. kuurupiiloleikeissä.

Minän tunnistaminen edellyttää sekä jatkuvuuden että pysyvyyden tajuamista. Ihmiset ja esineet ovat olemassa riippumatta siitä, ovatko ne lapsen havaittavissa. Minän tunnistaminen minäksi ja ei-minäksi ei ole pelkästään kognitiivisen kehityksen tulos. Siihen samanaikaisesti sisältyy emotionaalinen perusviritys, jonka lapsi yhdistää ei-minäänsä eli häntä hoivaavaan aikuiseen. Hoivan laadusta riippuu, kokeeko lapsi ei-minän turvallisena vai ei. Huolenpidon tunnesävyistä muodostuu sanatonta tietoa, joka vähitellen taltioituu emotionaaliseksi skeemaksi. Guidanon (1987) käsite "feeling tone", lapsen ei-minäänsä liittämä emotionaalinen viritys vastaa Erik H. Erikssonin (1962) käsitettä perusluottamuksen tunne.

Lapsella on syntyessään edellytykset ilmaista tunteitaan esimerkiksi itkemällä. Kuitenkin emotionaalisten ilmausten eriytyminen perustunteiksi, diskreeteiksi emootioiksi riippuu paljolti lapsen ja hänen hoitajansa vastavuoroisesta vuorovaikutuksesta. Jotkut perustunteet ja niiden tilanneyhteydet saattavat olla muita merkittävämpiä tunteen voimakkuuden ja tilanteen toistumisen vuoksi. Esimerkiksi yksinjäätminen voi olla tällainen. Tomkins (1978) käyttää näistä käsitettä "nuclear scene", ydintapahtuma. Emotionaalisten kokemusten merkitykset määrittyvät näiden

perusteella, ja myös elämänkulun eri vaiheissa toistuvat elämänteemat perustuvat näihin kokemuksiin. Ydinkokemuksiin sisältyy sanatonta tietoa, joka toimii kriteerinä uuden informaation valinnassa, merkityksen luokittamisessa ja merkityksen integroimisessa aiempiin kokemuksiin. Nämä toimivat myöhempien emotionaalisten kokemusten arviointiperustana.

Tomkinsin (1978) mukaan ydinkokemuksiin sisältyy jo minimitason kognitiivista itsesäätelyä. Kyse on minän sisäisen tasapainon säilyttämisestä siten, että lapsi pystyy samanaikaisesti säilyttämään alkeelliset minähavaintonsa ja säätelemään tunteitaan ja käyttäytymistään tilanteen kokonaisuuden vaatimalla tavalla. Itsesäätely perustuu vastakaisten tunnetilojen syklisyyteen ja palautuvuuteen. Esimerkiksi separaatiotilanteessa lapsen tunteet aaltoilevat avuttomuuden/surullisuuden ja vihan välillä. Alkeellinen sisäinen säätelyprosessi estää lasta ylittämästä kriittisiä rajoja.

Neljän - viiden ikävuoden paikkeilla lapsi pystyy havaitsemaan itsensä jokseenkin riippumattomana toimijana (Wolf, 1982). Tämä perustuu yhtäältä käsitteellisen perspektiivin kehittymiseen ja toisaalta emotionaalisten perustilojen laajentumiseen emotionaaliseksi kokemuksiksi. Käsitteellinen perspektiivi ilmenee mm. siinä, että lapsi tajuaa muiden ihmisten olevan "intentionaalisia" - heillä on hänen tunteistaan, ajatuksistaan ja suunnitelmistaan poikkeavia tunteita, ajatuksia ja suunnitelmia. Emotionaaliset kokemukset ovat jaettavia. Lapsi voi puhua kokemuksistaan aikuisen kanssa, ottaa ne aineksiksi leikkiin, fantasioihin ja satuihin.

Lapsuus. Minän pysyvät rajat kehittyvät tässä elämänkulun vaiheessa. Lapsen on mahdollista ymmärtää todellisuus "realistisena". Hän voi havaita itsensä objektina, muista erillään toimivana minänä. Lapsen on myös mahdollista ajatella, että samalla ihmisellä on erilaisia tunteita ja ajatuksia eri tilanteissa, ja silti kyseessä on sama ihminen. Kogni-

tiivinen kehitys etenee konkreettisten operaatioiden tasolle (ks. Piaget & Inhelder, 1977). Ajattelu on edelleen tiettyssä määrin tilannesidonnaista. Lapsi saattaa kehitellä sääntöjä, kertoa ääneen itseään ja muita ihmisiä koskevia mielipiteitään, mutta nämä koskevat vain ko. tilanneyhteyttä. Lapselta puuttuvat vielä metakognitiiviset kyvyt, ts. hän ei pysty ajattelemaan omaa muistiaan, havaintojaan tai arviointejaan. Tilannesidonnaisuus tulee esille myös siinä, että lapsi tukeutuu elämänsä tärkeisiin henkilöihin tunnistaessaan omia tunteitaan ja muokatessaan mielipiteitään. Täten lapsen vanhemmat voivat vaikuttaa myös vääristävällä tavalla siihen, miten lapsi nimeää omia tunnetilojaan. Esimerkiksi kun perhe muuttaa isompaan kotiin ja lapsi on suruissaan muuttoon liittyvistä leikkipaikkojen tai -kavereiden menetyksistä, vanhemmat voivat selittää lapselle: " Ei voi pitää paikkaansa, että sinulla on tunne x. Olet vielä liian nuori ymmärtääksesi tätä. Mutta se mitä sinä todella tunnet on tunne y". Tänä ajanjaksona lapsella on siis kuilu välittömien emotionaalisten kokemusten ja niiden tietoisien sanallisen restrukturoidin välillä. Jos lapsen kiintymismalli on poikkeava kuten välttelevä, ambivalentti tai sekava (Liotti, 1988, 1989), lapsen minätietoisuutta hallitsee sidoksissa olo eikä kasvava riippumattomuus.

Sukupuoleen liittyvän identiteetin kehittyminen on olennainen osa minätietoisuutta. Lapsella on jo noin 4 - 5 ikävuoden vaiheilla varsin selkeä käsitys omasta sukupuolestaan, tyttönä ja poikana olemisesta. Samastumalla omaa sukupuolta olevaan vanhempaansa lapsi omaksuu lisää maskuliinisuuteen ja feminiinisyyteen liitettäviä attribuutteja. Oman sukupuolen arvostaminen on yhteydessä siihen, kuinka läheinen suhde pojalla on isäänsä ja tytöllä äitiinsä. Lisäksi on todettu, että lapsi tarvitsee minätietoisuutensa vahvistajaksi toista sukupuolta olevan vanhempansa arvioita siitä, onko hän kiinnostava ja hyväksyttävä. Mikäli lapselta tällainen "testausmahdollisuus" puuttuu, seuraukset saattavat ilmentyä myöhemmin ihmissuhdevaikeuk-

sina. Tyttöillä, joilta puuttui isä, oli muita enemmän ongelmia seurustelu- ja parisuhteissa (Wachs & Gruen, 1982). Se, miten vanhemmat itse arvostavat omaa sukupuoltaan ja miten he käyttäytyvät, on lapselle tärkeä viitekriteeri. Jos vanhempien oma käyttäytyminen on jäykkää, epämääräistä tai arvaamatonta, lapsen on vaikea muodostaa myönteistä ja selkeää kuvaa itsestään oman sukupuolensa edustajana.

Minän säätely on varsin monimutkaista. Yhtäältä on kyse emotionaalisten merkitysten muuttumisesta ja toisaalta tämän kanssa rinnakkaisena skriptien kehittymisestä. Skriptillä tarkoitetaan tiettyyn tilanteeseen liittyviä toiminnallisia skeemoja (Abelson, 1981). Ne ovat etukäteiskuvitelmia siitä, mitä missäkin tilanteessa tapahtuu. Skriptiin sisältyy sääntöjä, miten tietty tilanne aloitetaan, mitä sitten tapahtuu, millaiset tunteet kuuluvat tilanteeseen yms. Näin ollen skriptillä ei ole vain aloitus- ja kontrollifunktiota, vaan se säätelää myös tilanteeseen sisältyvän emotionaalisen skeeman voimakkuutta ja sisältöä.

Informaation prosessoinnin johtoajatukseksi on pyrkimys yhtenäisyyteen, ts. uudet tunnekokemukset sulautetaan aikaisempien emotionaalisten skeemojen mukaisiksi. Jos tunteen assimilointi ei onnistu, havaittu diskrepanssi muuttaa skeeman eriytyneemmäksi ja hienosyisemmäksi. Tämän myötä vanhat ydinkokemukset saavat uusia merkityksiä.

Nuoruus. Loogis-deduktiivisen ajattelun, seksuaalisen kypsymisen ja vanhemmista irrottautumispyrkimysten myötä aiemmat emotionaaliset skeemat ja skriptit tulevat uudelleenarvioitaviksi. Työkaluna tässä prosessissa toimivat "metaskriptit" (Abelson, 1981). Nämä ovat skriptejä abstraktimpia ja spesifimpiä toiminnallisia skeemoja. Esimerkiksi murrosikäisen tytön, jolla on rakastava isä, on tässä vaiheessa kyettävä irrottautumaan isästään mutta samalla säilytettävä alkuperäinen emotionaalinen skeema suhteessa isään. Muunnos tapahtuu siten, että tyttö kehittää mielessään useantaisia skriptejä siitä, miten valita puoliso, miten kontrolloida omia tunteita jne. Samalla hänen alkuperäinen rakasta-



vaan isään liittyvä emotionaalinen skeemansa muuttuu, sen intensiteetti ja laatu määrittyvät uudelleen. Tunteiden ja käyttäytymisen sopivaisuusarvioita ohjaamaan kehittyy uusia sääntöjä. Näiden perusteella tyttö voi vastaisuudessa määritellä sen, mitkä tunteensa hän kohdistaa kehenkin henkilöön, missä olosuhteissa ja millä tavalla tunteita voi ilmaista. Näistä aineksista kehittyy hänen itsekunnioitukseensa, joka taas on osa hänen persoonallista identiteettiään - yksilöllisyyden ja jatkuvuuden tunnettaan. Persoonallinen identiteetti on minätietoisuuden tärkein rakenne. Se on päätelty tieto itsestä vaikkakin mahdollisesti itseä koskevan sanattoman tiedon vääristämä.

Formaalisten operaatioiden kehittyminen luo edellytykset sen erottamiseen, mikä on todellista ja mikä on mahdollista. Guidano (1987) pitää tätä erottelukykä todellisena "ikkunoiden avautumisena maailmaan". Nuori ei ole kiinni vain omiin kokemuksiinsa perustuvissa realiteeteissa vaan hän voi testata oletuksiaan ja ajatella omia ajatuksiaan. Ulkomaailma on paitsi todellinen myös "suhteellisen" todellinen. Ajatus todellisen maailman alistamisesta mahdolliselle maailmalle muokkaa samalla nuoren aikakäsitetä. Tulevan ennustaminen tulee osaksi aikakäsitetä ja realiteettien käsittämistä. Kuitenkin on syytä huomata, että molemmista -sekä todellisista että mahdollisista maailmoista- syntyy yhtäläillä nuoren tietosysteemiin representaatioita. Ihmisen tiedonkäsittely ei tee eroa tapahtumien ja niiden representaatioiden välillä.

Separatio ja autonomia vanhemmista kuvastavat selvimmän nuoren suhtautumista todellisuuteen. Jos nuoren kiintymysmallit ovat poikkeavia, minähavainnot vääristyvät ja sen myötä välttämättömät autonomiapyrkimykset.

Aikuisuus. Guidano on hahmotellut aikuisiän siirtymissä tapahtuvia muutoksia yhtäältä teoreettisesti ja toisaalta havainnollistaen niitä kliinisin tapausesimerkein. Kontrolloidut pitkittäistutkimukset aiheesta puuttuvat. Kriittisiin periodeihin, "kronologisiin ikkunoihin" sisältyvä muutos on

havaittavissa nimenomaan siinä, miten yksilö hahmottaa aikaa. Guidanon mukaan aikuisiän aikakäsitteelle on ominaista nk. haaraumapisteet, symmetrisen aikakäsitteen murtumiset. Lapsi elää nykyisyydessä, nuori alkaa erottaa jo menneen ja tulevan, joskin hän havaitsee menneen ikäänkuin se olisi alkanut vastikään ja tulevaisuus on täynnä rajattomia mahdollisuuksia. Keski-iäkuisyudessa ( 30 v) yksilö oivaltaa, ettei hänellä ole aikaa enää rajattomasti. Hän itse, ei enää ihmiset yleensä on kuolevainen. Toinen tärkeä haaraumavaihe ajoittuu nk. keski-ään (40 - 46 v) siirtymään, jolloin käsitys tulevasta alkaa sulautua nykyhetkeen. Konkreetisti tämän voi todeta siitä, että ihmiset toteuttavat kaikkea sellaista, jonka havaitsevat vielä mahdolliseksi tyyliin "nyt tai ei koskaan". Elämänsuunnitelmien rekonstruoinnit muokkaavat minätietoisuutta. Guidano rinnastaa nämä muutokset nuoruusiän muutoksiin. Emotionaaliset peruskokemukset, elämänteemat todennäköisesti toistuvat, ja ihmiset tekevät valintojaan niiden perusteella.

Yhteenvedona on todettavissa, että lapsen varhaiset kokemukset luovat merkittäväällä tavalla perustan hänen minätietoisuudelleen. Ensimmäiset emotionaaliset ja kognitiiviset skeemat muodostavat minätietoisuuden peruskriteerit, "criterion images" (Guidano, 1987), joita käytetään tulevien kokemusten määrittämisessä ja luokittamisessa. Metaforaa käyttäen varhaiset kokemukset toimivat tulevan elämän vaikutusvaltaisina oppaina, mutteivät määrää sen pääteasemaa. Nuoruusiästä alkaen kartta ja sen määrittämät reitit tulevat tärkeiksi pyrittäessä määränpään. Minätietoisuus on yksilön kognitiivisten ja emotionaalisten kokemusten integraation tulos kussakin elämänsuunnitelman vaiheessa.

### 4.3. Kognitiiviset rakenteet

#### 4.3.1. Rakennekäsitteet

Alan kirjallisuudessa esiintyy useita kognitiivista raken-

netta kuvaavia käsitteitä kuten kognitiivinen struktuuri, skeema ja konstruktio. Ne ovat hypoteettisia, informaation jäsentämistä ja tulkintaa kuvaavia käsitteitä. Niiden taustalla on oletus ihmisestä havaitsijana, joka aktiivisesti tulkitsee todellisuutta (Fiske & Taylor, 1984). Kognitiiviset rakennekäsitteet ovat esiintyneet psykologisissa teorioissa jo varsin kauan, esimerkkejä ovat mm. Bartlettin (1932) skeema ja Tolmanin (1948) kognitiivinen kartta. Lewin (1951) pyrki kuvaamaan ihmisen psykologisen avaruuden (life space) ominaisuuksia, eriytymistä ja hierarkkisuutta.

Kognitiiviset struktuurit (lat. structura = rakennustapa, rakenne) sisältävät ennusteellista tietoa siitä tavasta, jolla ihminen kohtaa ympäristönsä (Brieri ym., 1970). Seilerin (1984) määritelmän mukaan kognitiiviset struktuurit ovat suhteellisen pysyviä, muutosta vastustavia, systeemi-luonteisia toiminnan ja reagoinnin malleja. Ihminen havaitsee, valikoi, luokittelee ja muistaa asiat kognitiivisten struktuuriensa mukaisesti jäsentyneinä.

Skeema (kreik. skhema = kuvio) tarkoittaa abstraktia tietorakennetta, jossa muistettavan asiatyypin elementtien järjestys on kuvautuneena. Ihminen painaa mieleensä asiat skemaattisessa muodossa mutta todennäköisesti unohtaa yksityiskohdat ja käyttää oppimansa asioiden yleistä, skemaattista rakennetta hyväkseen asian palautusvaiheessa (Mandler, 1985).

Skeeman käsite on peräisin filosofi Immanuel Kantin v. 1781 julkaistusta teoksesta "Puhtaan järjen kritiikki". Bartlett (1932) tutki, miten ihmiset muistavat Pohjois-Amerikan intiaanien kansantarinan "Aaveitten sota". Hän havaitsi, että ihmiset muistivat kertomuksen pääjuonen mutta unohtivat yksityiskohdat nopeasti ja lisäsivät yksityiskohdista omasta päästään kuin kyseessä olisi ollut stereotyyppinen "villin lännen tarina". Myöhemmin lukuisat tutkijat ovat vahvistaneet Bartlettin tulokset (ks. Williams, Watts, Macleod & Mathews, 1988, 91-109).

Skeeman käsite on ollut keskeinen modernissa kognitiivisessa psykologiassa. Tämä johtuu siitä, että skeeman

avulla on ollut mahdollista selittää paitsi muistinsyko-  
logisia ilmiöitä myös havainnoissa, tarkkaavaisuudessa ja  
ajattelussa esiintyviä odotuksille perustuvia ilmiöitä  
(Saariluoma, 1988).

Skeema on yleiskäsite, jonka alle sijoittuvat mm.  
kehykset (frames), skriptit (scripts) ja hahmotelmat  
(plans). Kehyksillä tarkoitetaan abstrakteja, stereotyypp-  
pisiä tilanteita tai esineitä kuvaavia tietorakenteita.  
Skripteillä tarkoitetaan stereotyyppisten sosiaalisten  
toimintojen skeemoja. Laaja empiirinen aineisto tukee sitä,  
että elämänkokemusten ja kertomusten muistaminen jäsenyy-  
hierarkkisina skripteinä. Hahmotelmat ovat tyyppillisiä  
ongelmanratkaisuprosesseissa esiintyviä skeemoja. Ne aut-  
tavat ongelmatilanteen hahmottamisessa ja olennaisen erot-  
tamisessa epäolennaisesta. Skeeman käsite on näin hajonnut  
alatapauksiin, joilla on kuitenkin kaikki skeemojen kes-  
keiset tunnusmerkit (Saariluoma, 1988; Williams ym., 1988,  
91-100).

Konstruktio (lat. construere = kasata kokoon, rakentaa)  
on tässä tutkimuksessa olennaisesti George A. Kellyn (1955)  
henkilökohtaisten konstruktioiden teorian käsitteistöä.  
Kellyn mukaan ihminen pyrkii tietämiseen (knowing) ja luo  
käsitteitä fyysikaalisen ja sosiaalisen ympäristönsä tulkit-  
semiseksi. Näin muodostuneet tulkintatavat vuorostaan suun-  
taavat ihmisen käyttäytymistä. Konstruktiot ovat tapahtu-  
mien, ihmissuhteiden, tilanteiden yms. representaatioita,  
esittymisiä. Ne ovat todellisuuden merkitysstruktuureja  
(Neimeyer, 1985). Ne ovat idiosynkraattisia, yksilöllisiä,  
mitä kuvaa termi "henkilökohtainen" (personal).

Mitkä ovat kognitiivisten rakennekäsitteiden keskinäi-  
set suhteet? Sen voi ainakin todeta, että käsitteiden käyttö  
ei ole vielä vakiintunutta, ja lukijan on kussakin yksityis-  
tapauksessa arvioitava, mitä kulloinkin käytetyillä termeil-  
lä tarkoitetaan. Kirjoittajan arvion mukaan alan tutkijat  
käyttävät kognitiivisia rakennekäsitteitä omien preferens-  
siensä mukaan toisilleen rinnasteisina. Skeema- ja konstruk-  
tiokäsitteitä käyttävät eri koulukunnat. Mahoney (1988) on

todennut käsitteiden käytössä eroja sen mukaan, onko kyseessä amerikkalainen vaiko eurooppalainen tutkija. Hänen mukaansa amerikkalaisten tutkijoiden rakennekäsite on staattisempi, eurooppalaisten rakennekäsite sitä vastoin on dynaamisempi. Tässä tutkimuksessa kongnitiivinen struktuuri määritellään yläkäsitteeksi, jonka alakäsitteitä ovat skeema ja konstruktio.

#### 4.3.2. Kellyn henkilökohtaisten konstruktioiden teoria

Kelly (1955) esitti perusoletuksenaan, että "ihmisen prosessit kanavoituvat psykologisesti sen mukaan, miten hän ennakoi tapahtumia". Tiedemiehen tavoin ihminen pyrkii ennakoimaan tapahtumia, jotta tuleva todellisuus olisi paremmin hahmotettavissa. Kelly piti kaikkia konstruktioita dikotomisina: jokaisella konstruktioilla on samanlaisuus- ja vastakohtapooli. Konstruktio on siten aina samanlaisuuden ja erilaisuuden vertailu. Tällä Kelly pyrki osoittamaan kaksi olennaista seikkaa. Ensinnäkin, ihmisen orientoituminen sisältää valintoja. Kun ihminen tulkitsee jonkin tapahtuman, hän sulkee siitä jotakin ulkopuolelle. Toiseksi, tulkitessaan tapahtumia ihminen ei luokittele niitä, vaan sijoittaa ne sisäiselle, bipolaariselle ulottuvuudelle silloinkin, kun hän ei selvitä itselleen käyttämänsä konstruktion toista päätä. Bipolaarisuus tekee konstruktioista myös yksilöllisiä. Konstruktion dikotomisuusoletusta on myös kritisoitu, esimerkiksi miksi "hyvyys" on ymmärrettävä ulottuvuudeksi eikä kategoriaksi sinänsä (ks. Epting, 1984; Button, 1985).

Konstruktiot liittyvät toisiinsa konstruktiojärjestelmäksi. Kelly (1955, 56) väitti: "Helpottaakseen tapahtumien ennakointia, jokainen henkilö kehittää itselleen luonteenomaisen konstruktiojärjestelmän, joka hyödyttää häntä tapahtumien ennakoinnissa". Konstruktiot ovat hierarkkisessa järjestyksessä keskenään. Jotkut konstruktiot, kuten henkilön minä, ovat muita tärkeämpiä ja yleisempiä. Ne ovat nk. ydin-

konstruktioita (core construct).

Konstruktioiden rakenneominaisuudet ovat tärkeitä, esimerkiksi konstruktion läpäisevyys-ominaisuus (permeability) muutostilanteissa. Läpäisevyydellä tarkoitetaan konstruktion ominaisuutta päästää uusia elementtejä yhteyteensä, ts. kysymys on siitä, missä määrin ihminen pystyy kehittämään uusia konstruktioita uusien tapahtumien tulkitsemiseksi. Jos hänen konstruktionsa ovat läpäiseviä, ne sallivat uuden informaation sisääntulon. Jos ne ovat huonosti läpäiseviä eli jäykkiä, hän ehkä havaitsee olosuhteiden ympärillään muuttuvan muttei ymmärrä minkä takia muutos on tarpeen (Epting, 1984).

Muutostilanteessa ihminen joutuu arvioimaan uudelleen tulkintatapojaan. Hän voi vääristää realiteetteja, saadaksesen ne sopimaan oman konstruktiosysteeminsä rajoihin. Hänen valintansa eivät ole aina rationaaleja tai tietoisia, vaikka ne tuntuvat sillä hetkellä "järkeviltä" ja mahdollistavat suuntautumisen (Epting, 1984). Ihminen korjaa konstruktioitaan saamansa palautteen perusteella, ts. konstruktiojärjestelmä muuttuu suhteessa sen ennakoitukykyyn.

Yhteenvetona ihminen pyrkii ennakoimaan tapahtumia niitä koskevien konstruktioiden perusteella. Ihmisellä on käytettävissään rajoitettu määrä yksilöllisiä tapoja tulkita kokemuksiaan. Vaikka ihminen on aktiivinen tapahtumien tulkitsija, hänen valintansa eivät läheskään aina ole tietoisia. Muutostilanteessa, kuten tämän tutkimuksen kohdehenkilöillä, on olennaista, missä määrin heidän konstruktionsa joustavat. Kyse on ensisijaisesti konstruktioiden läpäisevyydestä, henkilön kyvykkyydestä kehittää uusia konstruktioita muuttuvan elämäntilanteen tulkitsemiseksi, jotta elämä jatkuisi ymmärrettävänä.

#### 4.3.3. Minäskeema

Minäskeema käsitteenä tarkoittaa eri asiaa riippuen mm. siitä, minkä tasoisista minän representaatioista on kyse. Se

voi olla ydinrakenne (Kelly, 1955) tai perustua vain välittömään tietoisuuteen (Markus, 1977). Minä (self) ydinrakenteena on muita rakenteita tärkeämpi ja keskeisempi. Se säätelee ihmisen jatkuvuuden tunnetta ja identiteetin säilymistä. Kellyn (1955, 131) mukaan "minä" on käsitteellistynyt ydinrakenteeksi silloin, kun ihminen erottaa itsensä yksilönä muista yksilöistä. Tällöin ihmisellä on käytössä bipolaarinen konstruktio "kuin minä vs. erilainen kuin minä" (like-self/unlike-self). Ihminen tulkitsee ihmissuhteitaan ja niissä syntyneitä kokemuksiaan sen mukaan, millä tavalla ne ovat "samanlaisia kuin minä ja millä tavalla ne ovat erilaisia kuin minä". Kun hän arvioi muita ihmisiä, siihen sisältyy automaattisesti vertailua itseen (Adams-Webber, 1979, 166-170. Ihminen voi käyttää käsitteellistynyttä "minäänsä" asiana, tietona ja muun käsitejärjestelmänsä osana. Koska "minä" on ydinkonstruktio, sillä on erikoisasema. Samalla erilaiset rajoittuneisuudet tai vääristymät paljastuvat siinä herkästi (Neimeyer, Klein, Gurman & Griest, 1983; Neimeyer, 1985).

Yhdysvaltalainen psykologi Hazel Markus (1977) määritteli minäskeeman välittömään tietoisuuteen perustuvaksi, yleistyneeksi tiedoksi itsestä. Se perustuu henkilön aiempiin kokemuksiin, ja se organisoii ja suuntaa hänen sosiaalisia kokemuksiaan. Henkilöiden välillä esiintyy eroja skeemojen sisällöissä ja rakenteessa. Sisällöt eroavat siinä, millaiseksi ihminen havaitsee itsensä erilaisten ominaisuuksien suhteen ja millaisena hän näkee itsensä sosiaalisen käyttäytymisen alueella. Skeemat eroavat myös rakenteeltaan. Ne voivat olla "skemaattisia" tai "askemaattisia". Minän skemaattisuus tässä yhteydessä tarkoittaa sitä, että henkilö on suhteellisen tietoinen omasta suhtautumisestaan ja käyttäytymisestään eri tilanteissa, olipa se sitten itsenäistä tai riippuvaista. Minän askemaattisuus tarkoittaa taas sitä, että henkilöltä puuttuu käyttökelpoinen minäskeema jollakin sosiaalisen käyttäytymisen alueella. Esimerkiksi henkilö ei pysty arvioimaan ihmisiä, joista ei pidä. Kuitenkin on syytä huomata, että henkilön minäraken-

teet voivat olla sirpaloituneita, ts. tietyn asian suhteen hänen minäskeemansa on askemaattinen ja toisen skemaattinen (Fiske & Taylor, 1984).

Minäskeemaa on vaikea muuttaa, koska siihen sisältyy suuri määrä aiempiin kokemuksiin liittyvää jäsentynyttä informaatiota. Lisäksi ihmisellä on taipumus prosessoida uutta informaatiota - olettaa, havaita, muistaa ja tehdä päätelmiä - valikoiden sekä toimia aiempaa minäskeemaa vahvistavalla tavalla (Snyder, 1981; Turk & Speers, 1983; Fiske & Taylor, 1984). Esimerkiksi itseään assertiivisinä pitävät valikoivat muilta saamastaan palautteesta jämakkyttä tukevat kommentit (Swann & Read, 1981), ja vastaavasti masentuneet ovat taipuvaisia arvioimaan itsensä surkeammiksi ja taitamattommiksi kuin ei-masentuneet tai jopa muut psykiatriset verrokkit (Roth & Rehm, 1980). Kyseessä on "itseään vahvistava havaintosykli" (Neisser, 1982; Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990, 7). Skeema suuntaa tiedon etsintää, päättelyä ja palautteen valintaa. Myös henkilön mieliala vaikuttaa havaitsemiseen ja muistamiseen.

#### 4.3.4. Minäpystyvyys

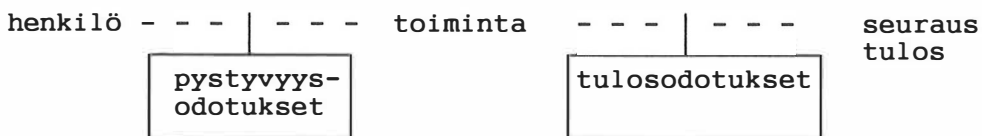
Albert Bandura (1977, 1986) on esittänyt teoreettisen mallin ihmisen psyykkisestä rakenteesta, josta hän käyttää termiä "minäpystyvyys" (self-efficacy). Minäpystyvyys toimii välittävänä kognitiivisena rakenteena. Se säätelee ihmisen motivaatiota ja käyttäytymistä. Bandura (1977) määrittelee minäpystyvyyden yksilön vakuuttuneisuudeksi siitä, että hän pystyy toimimaan sopivalla tavalla tietyssä tilanteessa. Bandura (1986, 390-453) käyttää minäpystyvyydestä sekä "self efficacy" että "personal efficacy" -termejä, jotka ovat ymmärrettävissä synonyymeiksi. Käsitteellä "havaittu minäpystyvyys" (perceived self efficacy/ personal efficacy) Bandura tarkoittaa ihmisen tietoista arviota omasta pystyvyydestään jossakin toiminnoissa tietyssä tilanteessa, esimerkiksi millaiseksi odottava äiti arvioi oman sietoky-



kynsä kun lapsen itkua on jatkunut jo kaksi tuntia.

Tutkijat ovat päätyneet esittämään useita ihmisen minää arvioivia käsitteitä kuten "minäkäsitys" (self-concept), "itsetunto" (self-esteem), "itsearvostus" (self-worth) ja "itsensä hyväksyminen" (self-acceptance). Yhteistä näille käsitteille on, että niihin sisältyy ihmisen omien kokemusten ja hänelle merkittävien muiden ihmisten antamien palautteiden perusteella syntynyt käsitys omista ominaispiirteistä ja niiden arvostuksesta (ks. Pahkinen, 1987, 14-16). Yleensä tällaiset tarkastelut ovat kokonaisvaltaisia itseä koskevia mielikuvia. Sen sijaan "havaittu minäpystyvyys" on tilannespesifi, ts. ihmisen arvio omasta pystyvyydestään jossakin toiminnossa tietyssä tilanteessa (Bandura, 1986, 422).

Bandura (1978, 1986) erottaa pystyvyys- ja tulosodotukset (kuvio 2).



KUVIO 2. Pystyvyys- ja tulosodotukset

Pystyvyysodotukset tarkoittavat henkilön tietoista arviota siitä, pystyykö hän toimimaan jossakin asiassa tietyssä tilanteessa. Tulosodotukset tarkoittavat henkilön tietoista arviota siitä, johtaako tietty toiminta toivottuun tulokseen. Pystyvyysodotukset ovat "havaitun minäpystyvyyden" operationalisointia.

Banduraa on kritisoitu siitä, ettei tulosodotusten määrittely ole yksiselitteinen (Kirsch, 1985). Määrittely on ymmärretty kahdella tavalla: 1) tulosodotukset ovat yksilön ennakoarvio siitä, mitä hänen toiminnastaan seuraa, ja 2) tulosodotukset ovat seuraamusketju. Esimerkki edellisestä määritelmästä voisi olla äidin odotus, että mies taputtaa häntä olalle kun hän on on saanut itkevän lapsen rauhoitet-

tua. Esimerkki toisesta määritelmästä voisi olla äidin ajatus siitä, että sen jälkeen kun hän saa lapsen rauhoitetua, lapsi nukkuu pidempään ja hän saa käydyksi kaupassa, tehtyä muita kotiaskareita ja levähdettyä myös itse.

Minäpystyvyyttä koskevat odotukset ovat tilannespesifisiä. Ne voidaan arvioida kolmen dimensioon suhteen:

1) Miten vaikeita toimintoja ihminen uskoo pystyvänsä hoitamaan (magnitude)? Esimerkiksi rajoittuvatko lasta odottavan vanhemman odotukset vain yksinkertaisiin lapsen hoidon tehtäviin vai keskinkertaisen vaativiin vai sisältyykö niihin vaativia hoitotehtäviä.

2) Miten vahvoja hänen odotuksensa ovat (strength)? Esimerkiksi miten korkeaksi vanhempi arvioi oman pystyvyytensä hoitaa lasta, kun tämä itkee yli 2 tuntia.

3) Miten laaja-alaisia hänen odotuksensa ovat (generality)? Esimerkiksi koskeeko pystyvyys vain pienen vauvan hoitoa vai ulottuuko se muille elämänalueille kuten työelämään, vapaa-ajan toimintoihin jne. (Bandura, 1977; 1986).

Tutkimuksissa minäpystyvyyttä on arvioitu esittämällä ihmisille luettelo tehtävistä, jotka vaihtelevat vaikeudeltaan, kompleksisuudeltaan, stressaavuudeltaan tms. Vastaajat arvioivat, voivatko he tehdä ko. tehtävän ja ilmoittavat varmuusasteen, jolla pystyvät siihen. Tehtävät laaditaan kutakin arviointitilannetta varten erikseen pyrkien tilannespesifisyyteen. Tällaisen tilannetta erittelevän metodin etuna verrattuna esimerkiksi kokonaisvaltaisten pystyvyysodotusten arviointeihin on, että voidaan laskea kongruenssi pystyvyysodotusten ja myöhemmän suoriutumisen välille kussakin tehtävässä erikseen (ks. Lee, 1985; Cervone, 1987). Vertailututkimuksissa on osoitettu, että 1) tilannespesifit ja kokonaisvaltaiset pystyvyyсарvioinnit mittaavat minäpystyvyyserakenteen eri aspekteja (Wang & Richarde, 1988) ja 2) tilannespesifit pystyvyyсарvioinnit selittävät ja ennustavat toimintaa yleensä paremmin kuin kokonaisvaltaiset arviot (Barrios, 1985; Kaplan, Atkins & Reinsch, 1984).

Odotukset henkilökohtaisesta pystyvyydestä pohjautuvat neljään informaatiolähteeseen: henkilön omia suorituksia ja

käyttäytymistä koskeviin havaintoihin, vertaiskokemuksiin, verbaaliseen vakuutteluun ja emotionaaliseen virittäytymiseen. Omaan aktiviteettiin perustuva informaatio muokkaa pystyvyysodotuksia eniten (Bandura, 1977; 1986). On luultavaa, että ihminen tehdessään pystyvyysarviointeja painottaa ja integroi eri informaatiolähteistä peräisin olevaa tietoa eri tavoin. Kuitenkin on varsin vähän tutkimuksia siitä, miten ihmiset prosessoivat monista informaatiolähteistä peräisin olevaa tietoa. Todennäköisesti se tapahtuu samojen periaatteiden mukaan kuin arviointiprosessit yleensä, ja se on alttiina samoille vääristymille kuin kognitiiviset prosessit ylipäätään. Lisäksi itseän liittyvät arvioinnit ovat erityisasemassa, niihin liittyy enemmän uhkaa kuin neutraalimpien asioiden havaitsemiseen tai muistamiseen (Bandura, 1986). Tunnetilat voivat vääristää päätelmien tekemistä. Esimerkiksi depressio alentaa arvioita omasta kontrolloikyvystä, mutta paisuttaa arvioita muiden ihmisten paremmasta pystyvyydestä (Martin, Abramson & Alloy, 1984).

Minäpystyvyyden perusteella on ennustettu monenlaista toimintaa. Tutkijat ovat ennustaneet "havaitun minäpystyvyyden" perusteella agorafoobikkojen selviytymistä heille vaikeista ostos- ja ravintolatilanteista, ja sen lisäksi myös jämäkkyyttä, arkojen miesten sosiaalista käyttäytymistä, urheilusuorituksia, sydäninfarktista toipumista, kivun sietämistä, laihdutustulosten pysyvyyttä, tupakkalakon kestoa tai suurpolttajien savukemäärän alenemista jne. (Bandura, Adams, Hardy & Howells, 1980; Biran & Wilson, 1981; Barrios, 1983; Robins, 1987; Kazdin, 1979; Lee, 1982; 1983; Maddux, Norton & Leary, 1988; Vallis & Bucher, 1986; Mannig & Wright, 1983; Litt, 1988; Bernier & Avard, 1986; DiClemente, Prochaska & Gilbertini, 1985; Godding & Glasgow, 1985). Eräät tutkijat ovat raportoineet tuloksista, joissa "havaitun minäpystyvyyden" ennustavuus on jäänyt matalaksi (Lane & Borkovec, 1984; Meier, McCarty & Schmeck, 1984; Wang & Richarde, 1988).

Tutkimustulokset vahvistavat käsitystä, että "havaittu minäpystyvyys" säätelee ihmisten yrittämishalua ja käyttäy-

tymistä, myös heidän emotionaalisia reaktioitaan. Pystyvyyssarviot vaikuttavat siihen, mitä valintoja ihminen tekee ja kuinka pitkään hän jaksaa ponnistella saavuttaakseen tavoitteensa. Kuta voimakkaampi "havaittu minäpystyvyys" on, sitä todennäköisemmin henkilö valitsee haastavia tehtäviä, ponnistelee sitkeästi ja suoriutuu niistä menestyksekkäästi (Bandura, 1986; Bandura & Wood, 1989). Kuitenkin minäpystyvyyttä voi pitää merkittävänä tulevan käyttäytymisen ennustajana vain silloin, kun tehtävät ovat selkeästi määriteltäviä ja tuttuja. Tällöin ihmiset tietävät, mikä on hyvää suoriutumista, ja he voivat itse kontrolloida täyttykö kriteeri (Brewin, 1988). Esimerkiksi Banduran tutkimusten käärmepelkoiset tiesivät, mitä käärmeen lähestyminen sisälsi ja pystyivät arvioimaan oman pystyvyytensä suhteessa siihen. Samalla tavoin tupakoitsijat pystyivät arvioimaan polttavako vai eivät. Sen sijaan tutkimuksissa, joissa henkilöiden on ollut vaikea tietää suoriutumisen, esimerkiksi hyvän esseen kirjoittamisen kriteerejä (Meier ym., 1984), minäpystyvyyden ennustavuus on ollut heikko. Tällöin yksilö voi pyrkiä suoriutumaan hyvin, muttei voi itse todeta, täyttyvätkö kriteerit. Kun suoriutumisvaatimukset ovat epäselvät, toiset aliarvioivat vaatimuksia ja liioittelevat pystyvyyttään, toiset taas yliarvioivat vaatimuksia ja aliarvioivat omaa pystyvyyttään selviytyä niistä (Bandura, 1986). Lisäksi minäpystyvyys ennustaa tulevaa käyttäytymistä vain, jos esimerkiksi ihmisten selviytymistaidoissa ei tapahdu muutoksia seuruaikana (Vallis & Bucher, 1986).

Banduran "minäpystyvyys" -käsitettä on myös kritisoitu. Käyttäytymisterapian tutkijat esittivät ensimmäisenä sitä vastaan kriittisiä argumentteja, lähinnä ehdollistumisoppimisen pohjalta (ks. Rachman, 1978). He väittivät, etteivät minäpystyvyysodotukset voi vaikuttaa käyttäytymisen muutokseen, vaan ne ovat ainoastaan muutoksen oheistuotteita. Esimerkiksi ahdistuneisuus vähenee vain siten, että henkilö kohtaa pelottavan tilanteen. Bandura (1978) huomautti tähän, että pelottavan tilanteen pelkkä kohtaaminen (exposure) ennustaa huonommin pelon vähenemistä kuin pystyvyysodotuk-

set. Smedslund (1978) piti Banduran oletusta "common sense" väittämänä. Hänen esittämänsä kysymys oli: Tarjoavatko pystyvyysarvioinnit yhtään sen enempää kuin kysymys, mitä teet seuraavaksi? Lisäksi Kirsch (1985) ja Palenzuela (1987) ovat kritisoineet Banduraa "vanhasta viinistä uudessa leilissä", ts. Rotterin odotus-käsitteen ja Whiten kompetenssi-käsitteen uudelleennimeämisestä.

Kriittisistä huomautuksista huolimatta Banduran pystyvyysodotukset suuntaavat huomion tärkeisiin välittäviin kognitiivisiin rakenteisiin. Ihmisten havainnot minäpystyvyydestään säätelevät heidän motivaatiotaan ja toimintaansa. Ihmiset tekevät valintoja sen mukaan, millaiseksi arvioivat oman pystyvyytensä. Pystyvyysarviot voivat olla myös vääristyneitä. Tutkimuksia tarvitaan mm. siitä, miten ihminen prosessoi itseään koskevaa monista tietolähtiestä peräisin olevaa informaatiota, myös miten pystyvyysodotukset liittyvät laajemmin ihmisen kokemuksiä säätelevään dynamiikkaan ja psyyken eri tasojen välisiin suhteisiin (Toskala, 1989, 14).

#### 4.4. Informaation prosessointi

##### 4.4.1. Informaation prosessoinnin malli

Masennuksen ja pelkojen vuoksi terapiaan tullut nainen (SP) kertoo voinnistaan seuraavalla tavalla:

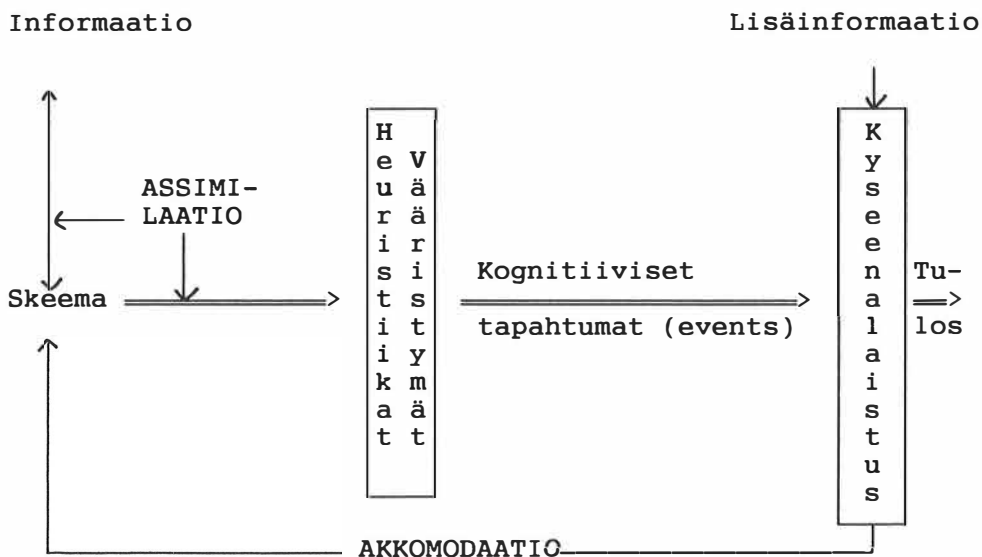
"Olen niin allapäin ja mieli maassa. Mikään ei kiinnosta. En jaksa tehdä mitään, en edes sijata vuodetta aamuisin. En pysty keskittymään enää asioihin enkä muista mitä piti ostaa kaupasta ruuaksi. Ja minua pelottaa kaikki. Miten voin synnyttää lapsen tällaiseen maailmaan? Maailma on niin vaarallinen paikka. Lehdistäkin saa lukea vain sodista, terroristeista, onnettomuuksista ja muista kauheuksista. Kadulla liikkuminen on vaarallista, koska voi sattua kaikenlaista. Autotkin voi ajaa päälle. Muiden ihmisten seuraan en halua. Eivät ne hyväksyisi minua tällaisena. Olin aikaisemmin tehopakkaus, pystyin mihin vaan. Nyt olen ikävystyttävä. En mene sinne, missä tapaisin tuttuja. Miten minun käy?"

Miten SP:n vointi on ymmärrettävissä sen perusteella, miten hän havaitsee asiat ympärillään ja mitä tulkintoja hän niistä tekee? Kuvauksesta käy ilmi, että SP:n kognitiiviset toiminnot kuten muisti ovat huonontuneet. Hänen huomionsa keskiössä ovat uhkaavat asiat, Kullervon tapaan hän näkee "kauhuja kaikkialla". Hän myös tekee päätelmänsä kauhuutisten yleisyydestä virheellisten todennäköisyyksien perusteella eli liioittelee niiden useutta. SP:llä on "depressiomoodi", joka ohjaa häntä havaitsemaan itsensä, suhteensa muihin ja tulevaisuutensa negatiivisella tavalla (Beck, Emery & Greenberg, 1986, 56).

Luvussa tarkastelen informaation prosessointia. Koska aihealue on laaja, keskityn tässä vain joihinkin yleisiin informaation prosessoinnin puoliin. Sivuutan informaation prosessoinnin yksityiskohtaiset teoretisoinnit (ks. Williams ym., 1988). Aluksi hahmottelen informaation prosessoinnin kokonaismallin ja sen jälkeen paneudun siihen, millaisia sääntöjä ihminen käyttää valitessaan informaatiota ja tehdessään päätelmiä. Kiinnostava kysymys on, poikkeako terveiden ihmisten tiedon käsittely psyykkisistä vaikeuksista kärsivien informaation prosessoinnista.

Informaation prosessoinnin peruskäsitteet on esitetty kuviossa 3. Kuvion pohjana on Evansin ja Hollonin (1988, 370) esittämä malli informaation prosessoinnista ennustettaessa hoitotulosta. Olen täydentänyt kuviota kognitiivisilla käsitteillä (kognitiiviset tapahtumat, kyseenalaistaminen) ja muuttanut assimilaation paikan prosessiketjussa aikaisemmaksi kuin Evans ja Hollon esittivät.

Kognitiiviset prosessit ovat informaation muuntamisen "työkaluja". Niiden avulla tieto siirtyy syvistä struktuureista kuten skeemoista pintastruktuureihin eli kognitiivisiin tapahtumiin (events). Sveitsiläinen Jean Piaget (1955) kuvasi keskeisiä kognitiivisiä prosesseja käsitteillä assimilaatio ja akkomodaatio. Hän tarkoitti assimilaatiolla (lat. assimilare = tehdä yhdenmukaiseksi) niitä prosesseja, joiden avulla ihminen liittää uuden kokemuksen tai tiedon jo olemassaolevaan skeemaan tai rakenteeseen. Ihminen



KUVIO 3. Informaation prosessointi

esimerkiksi havaitsee valikoiden, näkee ja kuulee mitä olettaa näkevänsä ja kuulevansa. Piaget tarkoitti akkomodaatiolla (lat. *accommodatio* = sovittelu) kognitiivisia prosesseja, joiden avulla ihminen sovittaa uuden informaation entiseen skeemaan. Tämän tuloksena skeema uudistuu ja muuttuu.

Yleensä aikuisen ihmisen skeema uudistuu hitaasti. Akkomodaation edellytyksenä on, että ihminen kyseenalaistaa aiemman suhtautumistapansa. Skeeman mukainen suhtautumistapa tai toimintatapa ei enää toimi adekvaatilla tavalla ko. ympäristössä. Kyseenalaistaminen voi tapahtua monella tavalla, esimerkiksi muut ihmiset kysyvät "hankalia kysymyksiä", asianomainen itse toteaa "ettei luulo ole tiedon väärä" jne. Kognitiiviset terapeutit ovat kehittäneet kyseenalaistamiseen monia tapoja kuten potilaan suorittamat kotitehtävät, sokratelainen dialogi yms (ks. Beck ym., 1979; Mahoney, 1990).

Kognitiiviset tapahtumat ovat informaation käsittelyn

kunakin hetkisiä tuotoksia. Näitä ovat esimerkiksi päätelmät, "sisäinen puhe" (self talk), "automaattiset ajatukset", mielikuvat, itseä koskevat toteamukset, uskomukset, omaa pystyvyyttä koskevat odotukset jne. Ne ovat tietoisuuden piirissä, ts. ihminen voi havainnoida omia ajatuksiaan ja tuntemuksiaan sekä raportoida niistä muille (Hollon & Kriss, 1988; Cottraux & Mollard, 1988; Evans & Hollon, 1988).

#### 4.4.2. Valikoiva havaitseminen

Ihminen aloittaa "merkitysanalyysin" jouduttuaan uuteen tilanteeseen (Mandler, 1975). Hän pyrkii määrittelemään sen aiemman tai aiempien skeemojensa perusteella. Kyse on tilanteen attribuuttien sovittamisesta skeemaan.

Tapausesimerkin nainen (SP) havaitsi ympärillään vaaroja, joita hän näki kadulla, lehtien uutispalstoilla ja osittain myös tuttujen ihmisten käyttäytymisessä. Sen sijaan hän ei kertonut raskaaksi tulemisen ihmeestä kymmenen lapsettomuusvuoden jälkeen, ei neuvolan henkilökunnan kertomista palautteista että sikiö voi hyvin, tai muista elämäänsä liittyvistä hyvistä tai neutraaleista asioista.

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että ihmisten skeemat vaikuttavat valikoivasti havaitsemiseen (Zadny & Gerard, 1974; Pichert & Anderson, 1977; Rothbart, Evans & Fulero, 1979; Cohen, 1981). Tavallisimmin tämäntyyppisissä tutkimuksissa eri henkilöryhmille on esitetty sama kuvanauha, mutta annettu erilainen alkuvihje siitä, mitä he tulevat näkemään. Yleensä katsojat havaitsevat saamansa alkuvihjeen suuntaisesti. Vihjeet joko luovat tai aktivoivat luokittelukategorian, jonka mukaan katsellun filmin tapahtumat koodataan (Tulving & Thomson, 1973). Myös ammatti-ihmiset havaitsevat sitä, mitä odottavat havaitsevansa (Temerlin, 1968; Langer & Abelson, 1974; Horowitz, Post, French, Wallis & Siegelman, 1981). Eräässä tutkimuksessa psykiatrit ja psykologit saivat arvioitavakseen nauhoitetun, tosiasiasa näyttelijän esittämän tapauksen. Kun heille kerrottiin



ennakkoon, että nauhalla nähtävä mies olisi harvinainen tapaus mutta terve, he lähes yksimielisesti totesivat miehen terveeksi. Kun taas alkuinstruktiona oli, että mies olisi kiinnostava tapaus, koska näyttää neuroottiselta mutta on silti psykoottinen, 44 % piti häntä psykoottisena ja 50 % neuroottisena. Odotukset voivat siis alentaa arviointien tarkkuutta ja lisätä vääristymiä, esimerkiksi psykopatologian yliarviointia (Mischel, 1968).

#### 4.4.3. Kognitiiviset virheet

Heuristiikat. Yksi viime vuosikymmenen päätöksenteon psykologian selkeimpiä saavutuksia on ollut ihmisen päätöksentekoon liittyvien karkeiden virheiden olemassaolon osoittaminen. Näitä on kutsuttu käsitteellä "pätösheuristiikat" (Tversky & Kahneman 1973; 1974). Niiden avulla päättely nopeutuu, ja se lisää arkielämän sujuvuutta. Vaikka ne ovat hyödyllisiä, ne voivat johtaa arviointiharhaan ja samalla vääristää sen tiedon, joka taltioituu muistiin. Tyypillisimpiä päätösheuristiikkoja ovat edustavuus, saavutettavuus ja ankkuroiminen.

Edustavuudella (representativeness) tarkoitetaan sitä, että tyypillisten esimerkkien esiintymistä pidetään todennäköisempänä kuin se on. Esimerkiksi ujoa, runoja lukevaa pientä miestä ei helposti pidetä painijana (Saariluoma, 1988, 48). Fiske ja Taylor (1984) pitivät edustavuutta ihmisen kognitiivisena perusheuristiikkana, koska se on nopea ja tietyllä alueella usein tuloksekas luokittamismetodi. Myös klinikot käyttävät tätä heuristiikkaa esimerkiksi ennustaessaan todennäköisyyttä, jolla tietty potilas tekee itsemurhan (Tversky & Kahneman, 1973). He aluksi ajattelevat nk. tyypillistä potilasta, johon ko. potilas olisi rinnastettavissa ja ennustavat sitten näiden samankaltaisuuden perusteella. Luokittelu tapahtuu yleensä nopeasti ja suhteellisen vähäisin tiedoin. Lisäksi kerran tehtyä luoki-

tusta pyritään käyttämään vastaisuudessa, vaikka uusi informaatio ei enää sitä tuekaan (Srull & Wyer, 1979).

Ihmiset käyttävät saavutettavuutta (availability) silloin kun he arvioivat tapahtuman useutta tai todennäköisyyttä sillä perusteella, mitä esimerkkejä heille sattuu tulemaan mieleen, esimerkiksi vaarojen todennäköisyyttä. Monissa tapauksissa saavutettavuusheuristiikka osuu oikeaan kuten Tverskyn ja Kahnemanin (1973) esimerkissä "kuinka tavallista on, että ikäiseni naiset ovat synnyttäneet". Nopea tuttavapiirin ajattelu antaa suunnilleen saman tuloksen kuin tilastokohorttien läpikäynti. Saavutettavuusheuristiikka voi myös johtaa harhaan. Helppouteen, jolla esimerkit palautetaan mieleen, vaikuttavat monet tekijät kuten asian tuoreus, painoarvo ja miten tapahtuma liittyy itseen (Kahneman, Slovic & Tversky, 1982).

Ankkuroimisella (anchoring) tarkoitetaan sitä, että ihmiset tekevät subjektiivisia arviointeja tietystä lähtöarvosta käsin ja suhteuttavat arvioinsa siihen. Esimerkiksi jos on arvioitava, kuinka paljon väkeä perhevalmennustilaisuudessa on, käytetään pohjana edellisen tilaisuuden kävijämäärää. Ihmiset käyttävät ankkuroimisheuristiikkaa usein arvioidessaan muiden käyttäytymistä. He käyttävät itseään ja omia ominaisuuksiaan muiden arvioimisen perustana, esimerkiksi päätellessään, miten arka tai luova joku on (Fiske & Taylor, 1984).

Kognitiiviset vääristymät. Alfred Adler (1927; 1964) oletti, että ihmisen psykopatologia perustui vääristyneeseen elämäntyyliin. Tämän pohjana olivat vääristyneet havainnot itsestä ja elämästä sekä näiden mukaan tehdyt virheelliset päätelmät. Adler piti esimerkiksi neurootikon oireita nerokkaina "oivalluksina" tyydyttää omia menestymisen ja pätemisen tarpeita. Oivallukset sisälsivät koko joukon menettelytapoja oireiden säilyttämiseksi, esimerkiksi suojautumisen odotettavissa olevilta vaikeuksilta. Tavallisiin ihmisiin verrattuna neurootikkojen menettelyt olivat vääristyneempiä ja ehdottomampia (Shulman, 1985).

Englantilaisen psykiatrin Anthony Rylen (1982) esittämät virheelliset toimintatavat muistuttavat Adlerin muotoilemia vääristymiä. Ryle kiinnitti huomion kolmeen ongelmien ratkaisemista estävään virheelliseen tapaan, joita ovat dilemmat, ansat ja jumit. Dilemmat (dilemmas) tarkoittavat asioiden havaitsemista jos-niin -muodossa (ks. Vaihinger, 1924). Dilemmat esiintyvät useimmiten kontrolli, riippuvuus- tai läheisyysongelmien yhteydessä. Esimerkiksi "jos olen samaa mieltä esimieheni kanssa, niin olen hyvä ja hyväksyty". Ansat (traps) sisältävät kielteisiä oletuksia itsestä. Näiden paljastuminen olisi kamalaa, mistä syystä henkilö pyrkii miellyttämään tai välttämään asioita/ihmisiä. Jumit (snags) ovat muuttumisen esteitä, joko nykyiseen elämäntilanteeseen liittyviä ulkoisia esteitä tai menneisyydestä tulevia sisäisiä kahleita, jotka usein ovat tiedostamattomia. Esimerkiksi "jos olen hyvä ja menestyvä, tunnen itseni syylliseksi".

Yhdysvaltalainen psykiatri Aaron Beck (1963) tutki masentuneita potilaita ja havaitsi, että he pyrkivät vääristämään kokemuksensa idiosynkraatilla tavalla kuten tapaus-esimerkin nainen (SP). Hän havaitsi itsensä, muut ja tulevaisuutensa selektiivisesti. Jos hän (SP) ajattelee ryhtyvänsä johonkin tehtävään, hän odottaa epäonnistuvansa. Hän kokee muiden vaativan häneltä liian paljon kuten olemaan "tehopakkaus", ja itseään hän pitää surkeana ja mitättömänä.

Beckin ym. (1979, 14) mukaan depressiivisen henkilön ajatteluun sisältyy seuraavia loogisia virheitä:

1. Mielivaltainen päättely; tietty johtopäätös tehdään välittämättä tosiasioista.
2. Selektiivinen yleistäminen; johtopäätös tehdään tuijottamalla yhteydestään irrotettuun yksityiskohtaan välittämättä tilanteen kannalta olennaisemmista piirteistä.
3. Yliyleistäminen; yhden tai muutaman erillisen kokemuksen perusteella muodostetaan yleinen sääntö ja sovelletaan sitä tilanteesta riippumatta.
4. Suurentelu ja vähättely; tilanteen merkitys arvioidaan suhteettomasti paisuttamalla tai mitätöimällä tilanteeseen

liittyviä tosiasioita.

5. Personalisaatio; ulkoiset tapahtumat liitetään itseen ilman perusteita.

6. Dikotominen ajattelu; asiat ovat toisensa poissulkevia luokkia, esimerkiksi henkilö voi vain epäonnistua tai onnistua ja pienikin epäonnistuminen on täydellinen epäonnistuminen.

Edellä olevan perusteella on todettavissa, että sekä terveillä että psyykkisistä ongelmista kärsivillä, erityisesti masentuneilla ihmisillä, on taipumus käyttää informaation jäsentämisessä todellisuutta vääristäviä "oikoteitä". Lisäksi viimeaikaiset tutkimukset antavat viitteitä siihen suuntaan, että depressiiviset ovat jopa tarkempia kuin ei-depressiiviset arvioidessaan negatiivista informaatiota, joka pitää paikkansa, ja positiivista, joka on virheellistä. Kuitenkin he ovat vähemmän tarkkoja arvioidessaan positiivista informaatiota, joka pitää paikkansa ja negatiivista, joka on virheellistä. Masentuneiden arviot negatiivisista aspekteista ovat realistisia, joskin toivottomia, sen sijaan positiivisia puolia he vähättelevät. Ilmiötä kutsutaan nimellä "depressiivinen realismi" (Alloy, Hartlage & Abramson, 1979; Lewinsohn, Mischel, Chaplin & Barton, 1980; Vazquez, 1987).

Yhteenvedona informaation prosessoinnista on todettavissa, että ihmisillä on pyrkimys tavalla tai toisella havaita valikoiden saatavilla olevasta informaatiosta juuri se, mitä he käyttävät ja tulkita informaatio aikaisempien kokemustensa valossa tai tilanteen suomien vihjeiden ja "oikoteiden" mukaan. Tutkimustulokset jättävät kuitenkin vielä monia aukkoja. Psyykkisistä vaikeuksista kärsivien ihmisten tulkinnat ovat terveiden tulkintoja vääristyneempiä. Kuten vääristyneempiä tulkinnat ovat, sitä vaikeampi niitä on muuttaa.

#### 4.5. Emotionaaliset häiriöt

##### 4.5.1. Emootioiden ja kognitioiden keskinäiset suhteet

Luvun tarkoituksena on käsitellä sitä, miten alan tutkijat selittävät emotionaaliset reaktiot, erityisesti emotionaaliset häiriöt kognitiivisissa teorioissa. Millaisia käsitteitä he ovat esittäneet emootioiden ja kognitioiden keskinäisistä suhteista? Onko suhde yksisuuntainen vaiko vastavuoroinen?

Käsitykset kognitioiden ja emootioiden keskinäisestä suhteesta vaihtelevat. Selitykset ryhmitetään seuraavassa kolmeen pääsuuntaukseen, joita ovat: 1) kognitio edeltää emootiota, 2) emootio edeltää kognitiota ja 3) emootion ja kognition suhde on vastavuoroinen.

Kognitio edeltää emootiota. Kognitiivinen terapia on perustunut näkemykseen, jonka mukaan tunteet ovat postkognitiivisia, ts. ne johtuvat tapahtumien havaitsemisesta ja tulkitsemisesta tietyllä tavalla. Se, miten potilas tulkitsee tiettyä tapahtumaa, vaikuttaa hänen mielialaansa, tuntemuksiinsa ja käyttäytymiseensä. Emotionaaliset häiriöt perustuvat vääristyneisiin tulkintoihin. Jos ihmistä oman tulkintansa mukaan odottaa vaara, hän reagoi ahdistuneisuudella. Jos taas tilanteeseen sisältyy menetys, hänestä tulee masentunut (Beck, 1976). Masentuneen ihmisen tulkinnat ovat vääristyneitä. Vääristyneet kognitiot aiheuttavat masentuneen mielialan. Rationaalis-emotiivisen terapian (RET) perusoletus vastaa Beckin oletusta: emotionaaliset ongelmat johtuvat irratiivisista uskomuksista (Ellis, 1962). Ellis väitti, ettei aktivoiva kokemus tai tapahtuma (A) aiheuta emotionaalista reaktiota tai muutosta käyttäytymisessä (C), vaan sen tuottavat henkilön ko. tapahtumaan liittämät tulkinnat ja uskomukset (B). Myös Meichenbaum (1977) esitti samansuuntaisesti, että negatiiviset itseä koskevat totea-

mukset aiheuttavat emotionaaliset reaktiot. Kognitiivisen terapian ensisijaisena tehtävänä on muuttaa dysfunktionaalisia tulkintoja: automaattisia ajatuksia (Beck ym., 1979), irrationaaleja uskomuksia (Ellis, 1962) tai negatiivisia itseä koskevia toteamuksia (Meichenbaum, 1977).

Kognitio edeltää emootiota -oletusta on kritisoitu. Sitä on pidetty liian yksinkertaisena selityksenä. Arvostelijoina ovat olleet yhtä hyvin sen kehittäjät (Beck, 1984; Mahoney, 1984; Ellis, 1989) kuin muut tutkijat (mm. Rachman, 1984; Greenberg & Safran, 1984). Yksinkertainen kausaalinen selitysmalli on riittämätön esimerkiksi terapiatyön perustana (Greenberg & Safran, 1987). Yksisuuntaisen selityksen rinnalle on viime vuosina noussut vastavuoroinen molemminpuoliseen interaktioon perustuva näkemys. Ellis (1989, 232) toteaa:

"Kognitiot, emootiot tai käyttäytyminen eivät juuri-kaan esiinny puhtaana. Ne ovat interaktionaalisia, resiprokaalisia ja transaktionaalisia. Ne kaikki tärkeällä tavalla vaikuttavat toisiinsa".

Emootio edeltää kognitiota. Zajoncin (1980) mukaan tunne edeltää kognitiota, minkä jo Wilhelm Wundt esitti v. 1907. Affektiiviset reaktiot ilmaantuvat ilman ponnistusta, ovat kokonaisvaltaisia, automaattisia, esitietoisia, primaareja, vaikeasti verbalisoitavia, mutta melko helppoja kommunikoida ja ymmärtää. Väitteensä tueksi Zajonc suoritti laboratorio-kokeita preferensseistä. Hän esitti koehenkilöille mm. sarjan kuvia ja sävelmiä. Jos nämä esitettiin nopeasti tai muun tekemisen ohessa, koehenkilöt eivät kyenneet sanomaan, olivatko nähneet kuvan vai kuulleet melodian. Kun heiltä kysyttiin, mistä kuvista ja sävelmistä he pitivät, he valitsivat tutumman eli jo nähdyn kuvan tai kuullun melodian. Zajonc väitti, että affektiiviset arvioinnit ovat jokseenkin riippumattomia kognitiivista operaatioista ja edeltävät havaitsemista. Lisäksi ne ovat nopeampia kuin kognitiiviset arvioinnit.

Rachman (1980; 1981) esitti samansuuntaisia havaintoja kuin Zajonc. Rachman oli kiinnittänyt huomionsa potilaisiin,

jotka reagoivat usein voimakkaan affektiivisesti tilanteisiin, vaikka tiesivät nämä objektiivisesti arvioituna harmittomiksi. Affektijärjestelmän ja kognitiojärjestelmän välillä vallitsi dissosiaatio. Rachman päätteli tästä, että affektiiviset reaktiot ovat primaareja. Mikäli affekti edeltää kognitiota, maladaptiivisia tunteita ei juurikaan voi muuttaa kognitiivisin keinoin. Rachmanin (1984) mukaan kognitiiviset terapeuttiset keinot kuten restrukturointi tai uskomusten uudelleenarviointi ovat usein tehottomia.

Sekä Zajoncin että Rachmanin käsitystä on kritisoitu (R.S. Lazarus, 1982; Greenberg & Safran, 1984). Richard Lazarus (1982) arvosteli Zajoncia siitä, että tämä oli jättänyt huomioimatta sen, että tunteet riippuvat jossain määrin esitietoisesta kognitiivisesta prosessoinnista. Sekä esitietoinen kognitiivinen prosessointi että affektiivinen arviointi ovat nopeita ja automaattisia. Zajoncin olisi pitänyt osoittaa esitietoinen kognitiivinen prosessointi ja affektiivinen arviointi toisistaan riippumattomiksi. Vasta tämän jälkeen väite tunteiden prekognitiivisuudesta olisi saanut vahvistusta. Greenberg ja Safran (1984) kritisoivat Rachmanin käsitystä tunteiden ja kognitioiden suhteesta liian yksinkertaiseksi. Greenbergin ja Safranin käsityksen mukaan behavioraalisen, fysiologisen, kognitiivisen ja affektiivisen systeemin välinen suhde on interaktiivinen.

Emootion ja kognition suhde on vastavuoroinen. Käsitys kognitioiden ja emootioiden resiprokaalisuudesta on viime vuosina yleistynyt, erityisesti psykologisen stressitutkimuksen (R.S. Lazarus, 1989), muistitutkimuksen (Isen, Shalcker, Clark & Karp, 1978; Bower, 1981; Madigan & Bollenbach, 1982) ja kognitiivisen terapian kehittäjien keskuudessa (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987; Mahoney, 1985; Greenberg & Safran, 1984; 1987; Toskala, 1988).

Richard Lazarus (1989) korosti kognitiivisen arvioinnin merkitystä emotionaalisten reaktioiden määräytymisessä. Arvioinnit ovat välittäviä tekijöitä yksilö-ympäristösuhteen

kokonaisuudessa, joka koostuu 1) edeltävistä tekijöistä, 2) välittävistä kognitiivisista prosesseista ja 3) reaktioista.

Edeltäviä tekijöitä ovat vaatimukset, sosiaalinen tuki, rajoitukset, itsekunnioitus, hallinta, kontrollin tunne, luottamus ihmisiin, arvot, sitoutumiset ja tavoitteet sekä persoonakohtaiset tekijät. Reaktioita on kahdentyyppisiä: 1) välittömiä, joita ovat tunteet, fysiologiset muutokset ja 2) pitkäkestoisia, joita ovat psykologinen hyvinvointi, somaattinen terveys/sairaus ja sosiaalinen toimintakykyisyys.

Välittäviä kognitiivisia prosesseja ovat kognitiivinen arviointi ja selviytyminen (coping). Kognitiivinen arviointi on itseasiassa arviointisarja. Primaariarviointi tarkoittaa sen arviointia, onko joku tapahtuma relevantti vai irrelevantti hyvinvoinnin kannalta, onko se myönteinen vai stressaava, esimerkiksi miten stressaavana äiti pitää kaksi tuntia kestänyttä lapsen itkua oman psyykkisen vointinsa kannalta. Sekundaarinen arviointi sisältää sen arvioimisen, onko tilanteen hoitamiseen käytettävissä resursseja. Selviytyminen tarkoittaa ongelmatilanteen hallintaa tunteilla tai pyrkimystä ratkaista ongelmat ajattelemalla ja toimimalla (Lazarus & Folkman, 1984).

Brewinin (1988) arvion mukaan Lazaruksen käsitys kognitioiden ja emootioiden suhteesta on yleinen ja kuvaileva, mutta kliinisen työn kannalta se on riittämätön. Brewin kysyy myös sitä, miksi Lazarus ei sisällytä arviointiprosesseihin odotuksia, uskomuksia (beliefs) tai attribuutioita.

Kognitiivisen terapian kehittäjät, erityisesti kognitiivis-konstruktiiivisesti suuntautuneet, ovat saaneet vaikutteita Leventhalin (1979) emootioteoriasta. Leventhal esitti, että emotionaaliset kokemukset muodostuvat kahdessa vaiheessa. Ensimmäistä vaihetta hän kutsui havainto-motoriseksi vaiheeksi ja toista suunnittelu-toimintavaiheeksi. Edellinen koostuu kolmesta keskenään vuorovaikuksessa olevasta mekanismista, jotka luovat emotionaaliset kokemukset. Toisessa vaiheessa emotionaaliset kokemukset siirretään toiminnan tasolle. Vaikka em. vaiheet ovat peräkkäisiä, ne vaikuttavat toisiinsa myös vastavuoroisesti.



Havainto-motorisen vaiheen emotionaaliset prosessit ovat kolmentasoisia: 1) ilmaisullis-motorisia, 2) skemaattisia ja 3) käsitteellisiä. Ilmaisullis-motorinen prosessointi on synnynnäistä, tunteiden kokemista ja niiden ilmaisua perustasolla. Skemaattinen prosessointi koostuu mielikuvista, tunteiden representaatioista ja automaattisista, emotionaalisista reaktioista. Emotionaalisilla skeemoilla on monia emotionaaliseen arviointiin liittyviä funktioita (ks. Greenberg & Safran, 1987, 151-152). Niitä tarvitaan tunnekokemusten integrointiin ja uusien tapahtumien ja tilanteiden nopeaan arviointiin. Tunnekokemusten käsitteellistäminen tarkoittaa konkreettien ja hetkellisten kokemusten määrittelyä ylemmällä, abstraktilla tasolla. Esimerkiksi kyse on sen erittelystä, onko tunne sopiva ko. yhteydessä kulttuurin tapojen mukaan tms. Käsitteellistäminen vaikuttaa myös siihen, miten muistissa olevat kokemukset jäsennetään ja palautetaan mieleen, miten tulevaisuutta ennakoidaan. Lyhyesti, miten tunnekokemuksista muodostuu abstraktis-käsitteellisiä järjestelmiä.

Muistin ja mielialan vastavuoroisuus on osoitettu useissa kokeellisissa tutkimuksissa. Isenin ym. (1978) esittämän kognitiivisen silmukka-oletuksen mukaan mieliala, kognitio ja käyttäytyminen vaikuttavat toisiinsa kehämäisesti palautesilmukan kautta. Tutkimusten mukaan hyvä mieli lisää miellyttävien muistojen mieleenpalauttamista, mikä johtaa positiivisiin kognitioihin ja yhä parempaan mielialaan. Mieliala vaikuttaa käyttäytymiseen. Isenin ym. (1978) mukaan muutos mielialassa, kognitioissa tai käyttäytymisessä muuttaa muita modaliteetteja vastavuoroisesti.

Tulokset antavat tukea oletukselle mielialan ja kognitiivisten prosessien vastavuoroisuudesta. Mielialan on todettu vaikuttavan episodiseen muistiin, semanttisiin assosiaatioihin, sosiaalisten tilanteiden tulkintoihin (Bower, 1981; Madigan & Bollenbach, 1982), irrationaaliin toteamukseen (Madigan & Bollenbach, 1986) jne. Masentunut mieliala verrattuna normaaliin tai kohonneeseen mielialaan vaikuttaa erilalla esimerkiksi aiempien kokemusten mieleen-

palauttamiseen, ongelmien ratkaisemiseen, itseä koskeviin käsityksiin ja oletuksiin muiden ihmisten ajatuksista (Madigan & Bollenbach, 1986).

Yhteenvedona voi todeta, että kognitioiden ja emootioiden keskinäisistä suhteista on esitetty useita, jopa päinvastaisiakin oletuksia. Yksisuuntaisia kausaalisia selitysmalleja on kritisoitu yksinkertaisuudesta. Käsitys kognition ja emotionin vastavuoroisuudesta on yleistynyt. Käsitykset eroavat ensinnä siinä, missä laajuudessa tunne, kognitio ja käyttäytyminen vaikuttavat toisiinsa ja toiseksi siinä, missä määrin näiden interaktio vaikuttaa psyykkisissä häiriöissä kuten depressiossa. Terapiatyössä ero vaikuttaa siihen, pyritäänkö ensisijaisesti muuttamaan potilaan negatiivisia ja pessimistisiä tulkintoja realistisemmiksi ja/tai adaptiivisemmiksi vaiko muuttamaan mielialaa, minkä myötä myös tulkinnat muuttuvat.

#### 4.5.2. Emotionaaliset häiriöt

Informaation prosessoinnin lähtökohtana on näkemys, että ihminen rakentaa kokemuksiaan sisäisen aktiivisuuden välityksellä. Kellyn (1955) peruspostulaatti on, että ihmisen psyykkiset prosessit kanavoituvat sen mukaan, miten hän ennakoi tapahtumia. Ennakoinnit voivat olla eriasteisesti maladaptiivisia. Ihmisen reaktiot valikoituvat sen perusteella, miten hän prosessoi informaatiota. Tällöin voidaan ajatella, että erilaiset psyykkiset oireet kuten ahdistuneisuus, masennus, pelko jne. ovat tiedon käsittelyn tuloksia. Yhtäältä niiden syntyyn voivat vaikuttaa henkilön tietyn tyyppiset kognitiiviset minän rakenteet ja toisaalta havaitsemisen vääristymät.

Luvussa tarkastelen lähemmin 1) kognitiivisten rakenteiden muuttumiseen liittyviä emootioita ja 2) kognitiivista alttiusoletusta, s.o. suhteellisen pysyvää taipumusta esimerkiksi masentuneisuuteen (Beck ym., 1979). Tämän tutkimuksen kannalta kognitiivisen alttiusoletuksen ja masen-

nuksen käsittely on tärkeää myös siksi, että masennusta esiintyy varsin usealla vanhemmaksi tulevalla naisella ja miehellä (ks. luku 2).

Emootiot transitiöhäiriönä. Kellyn (1955) teoriassa kognitiot ja emootiot ovat erottamattomia. Kelly määritteli tietyt emootiot kuten ahdistuneisuuden, pelon, syyllisyyden ja aggressiivisuuden "tietoisuudeksi siitä, että konstruktiosysteemi oli siirtymätilassa". Neimeyerin (1985) sanojen mukaan "emootiot ovat nimilappuja, joilla ihminen kuvaa uuden asian konstruoinnissa syntyneitä tilaansa". Kuta voimakkaampia emootiot ovat, sitä merkittävämmästä muutoksesta on kyse. Kelly ei kuvannut positiivisia tunnetiloja. Sen sijaan McCoy (1977) esitti, että ihminen voi tuntea positiivisia tunnetiloja kuten onnellisuutta, tyytyväisyyttä jne., kun hän havaitsee ennakoitinsa osuneen.

Kelly (1955, 495) määritteli ahdistuksen tietoisuudeksi siitä, että tapahtumat, joiden eteen yksilö on joutunut, eivät ole hahmotettavissa aiempien tulkintatapojen avulla. Yksilö tunnistaa ahdistuksen voimakkaana tunteena kuten tuskana, sekavuutena, hämmennyksenä ja joskus paniikkina. Ihminen kokee ahdistusta silloin, kun hän ei ole selvillä, mitä oikein on tapahtumassa (Button, 1985). Kellyn mukaan kyseessä on osittainen ennakkoinnin epäonnistuminen: havaitaan jotakin mitä ei pystytä käsitteellistämään.

Uhan tunne on tietoisuutta ydinrakenteeseen kohdistuvasta laajasta muutoksesta (Kelly, 1955, 489). Jotta ihminen kokee uhkaa Kellyn määrittelemällä tavalla, muutoksen on oltava peruslaatuista. Esimerkiksi kuoleman vaara, läheisen menetys, vammautuminen, lapsen syntymä, lasten lähtö kotoa jne. saavat ihmisen pohtimaan elämän perustoja, mitä hän ajattelee itsestään ja maailmasta. Tällaisiin muutoksiin todennäköisesti liittyy uhan tunne.

Pelko on ilmaus uhkaavasta ja äkillisestä muutoksesta (Kelly, 1955, 533). Pelko eroaa uhan tunteesta siinä, että muutos kohdistuu pikemmin satunnaiseen ja suppeaan kuin

tärkeään tai laajaan elämänalueeseen. Pelko voi muuttua uhan tunteeksi, kun äkillisestä muutoksesta saadaan lisää tietoa, ja se ehditään sulattaa.

Syällisyys on tietoisuutta minän etääntymisestä tärkeistä roolikonstruktioista (Kelly, 1955, 502). Jos ihminen erehtyy tekemään sellaista, mikä poikkeaa hänen tärkeänä pitämistään asioista ihmisten välisissä suhteissa, esimerkiksi varastaa, hän tuntee syällisyyttä. Jos sen sijaan hän ei pidä tätä merkittävänä poikkeamana, hän ei koe syällisyyttä.

Kelly erottaa aggressiivisuuden ja vihamielisyyden. Aggressiivisuudella hän tarkoittaa tarmokkuutta. Kellyn aggressiokäsite ei tarkoita toisen ihmisen vahingoittamista. Aggressiivinen ihminen tekee aktiivisesti asioita, järjestää itsensä ja muut tilanteisiin, joissa on tehtävä valintoja ja toimittava. Hän ei voi levätä laakereillaan. Voi olla, että rauhalliseen elämään pyrkivät kanssaihmiset eivät suhtaudu ystävällisesti henkilöön, joka jatkuvasti hakee haasteita ja kyseenalaistaa olemassaolevia käsittämistapoja. Vihamielisyydellä Kelly (1955, 510) tarkoittaa "pään seinään hakkaamista", eli pyrkimystä vaatia vahvistusta ennusteelle, joka on jo osoittautunut epäonnistuneeksi.

Lyhyesti voi todeta, että Kelly (1955) määrittelee emootiot kognitiivisesti. Teorian pohjalta on vaikea esimerkiksi spesifioida, millaisia affektiivisia oireita on sellaisella henkilöllä, jonka konstruktioit ovat läpäisemättömiä. Kellyn "perilliset" (mm. Adams-Webber, 1979; Button, 1984; Neimeyer, 1985; Winter, 1985) ovat pyrkineet selvittämään ongelmaa kysymällä, millaiset konstruktioit ovat tyypillisiä kussakin psykiatrisessa häiriössä. Tutkimuksissa on havaittu, että esimerkiksi skitsofreniaan sairastuneiden ja välittömässä itsemurhavaarassa olleiden konstruktioit olivat löyhiä ja sirpaloituneita. Neurootikkojen konstruktioit olivat polarisoituneita ja tiukkoja. Masentuneiden konstruktioit vaihtelivat depression syvyyden mukaan löyhistä tiukkoihin.

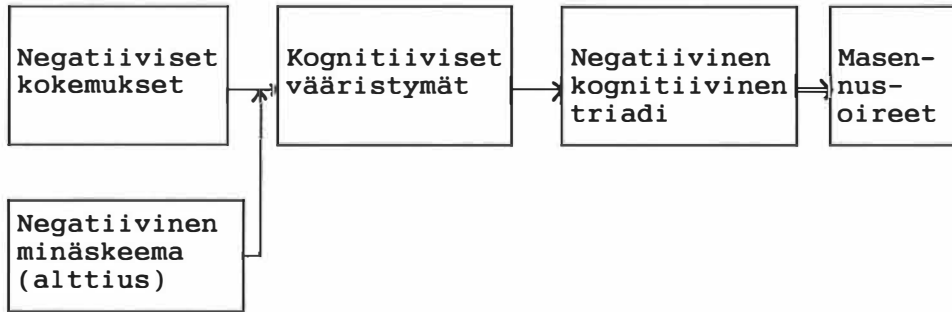
Kognitiivinen alttius depressioniin. Kognitiivisia prosesseja korostavat psyykkisten häiriöiden tutkijat ovat olettaneet, että ihmisen ajattelun sisältö vaikuttaa hänen mielialaansa. Aikoinaan Aaron Beckin (1963) havainnot 81 potilaastaan olivat käänteentekeviä. Aluksi Beck työskenteli psykoanalyttikkona ja raportoi potilaidensa toistuvista, vääristyneistä ajatuksista. Beck (1976, 84) kirjoitti:

"Mahdollisuus, että olisin vaikuttanut potilaideni raportointiin on minimaalista. Ennakko-odotukseni kohdistuivat potilaiden kertomusten sisältöihin, ei vääristyneisiin tulkintoihin. Esimerkiksi havaitsin toistuvasti, että masennuksen tunteet perustuivat menetyksen tulkitsemiseen vääristyneellä tavalla. Minun oli pakko muuttaa ajatteluani. Uudet formuloinnit vähitellen syrjäyttivät minulle opetetut psykoanalyttiset oletukset siitä, että depression syynä olisi itseä vastaan kääntynyt vihamielisyys".

Havainnot antoivat sysäyksen vireälle tutkimustoiminnalle ajatusvääristymien ja emotionaalisten oireiden yhteyksistä (Beck, Kovacs & Weissman, 1975; Beck, Laude & Bohnert, 1974; Beck & Rush, 1975). Tulosten mukaan kullakin emotionaalisella häiriöllä oli sille tyypillinen ajatusvääristymien sisältöalue (ks. Beck, 1976).

Beck työtovereineen (1979) keskittyi depression tutkimiseen (kuviot 4). Beckin teoriassa kognitiivinen triadi on riittävä syy masennusoireiden esiintymiseen. Kognitiivisella triadilla Beck ym. (1979) tarkoitti ihmisen yhtenäistä, negatiivista tapaa tulkita itseään, kokemuksiaan ja tulevaisuuttaan. Ihminen itse uskoo olevansa vajavainen ja arvoton. Hän tulkitsee kokemuksensa siten, että elämä asettaa hänelle ylenmääräisiä vaatimuksia ja voittamattomia esteitä. Hän uskoo joutuvansa häviölle ja tulevansa hylätyksi. Lisäksi hän odottaa, että vaikeudet ja kärsimykset jatkuvat myös tulevaisuudessa.

Beckin ym. (1979) mukaan kognitiivinen triadi ja sitä seuraavat masennusoireet ovat sitä todennäköisempiä mitä vääristyneemmin tapahtumat tulkitaan. Beck väitti, että masennusalttiit henkilöt tekevät päätelmiä itsestään ja ympäristöstään epärealistisesti, liioitellen ja epäloogisesti. Depressiivisten päättelyyn sisältyy loogisia virheitä



KUVIO 4 . Beckin kognitiivinen depressioteoria.

Kuviossa yksinkertainen viiva kuvaa riittävää syytä ja kaksinkertainen viiva myötävaikuttavaa syytä. Riittävä syy tarkoittaa etiologista tekijää, jonka olemassaolo takaa oireiden esiintymisen. Myötävaikuttava tekijä tarkoittaa etiologista tekijää, joka lisää oireiden esiintymistä, muttei ole välttämätön tai riittävä syy niiden esiintymiseen (Abramson, Alloy & Metalsky, 1988).

kuten mielivaltaista päättelyä, valikoivaa yleistämistä, yliyleistämistä, suurentelua ja vähättelyä, personalisaatiota ja absoluuttista, dikotomista ajattelua.

Negatiivinen minäskeema on depression kognitiivinen altistaja, diateesi (kreik. diathesis= saattaa johonkin tilaan). Alan kirjallisuudessa alttiudesta käytetään myös termiä "vulnerability". Masennusskeema koostuu menetyksistä, hylkäämisen ja epäonnistumisen kokemuksista, lapsenomaisista syyllisyyden tunteista yms. Beck työtovereineen (1979) olettivat, että stressaavat kokemukset aktivoivat depressioskeeman.

Kognitiivinen alttius depression, mitä se oikein on? Useat tutkijat 1980-luvulla ovat julkaisseet kriittisiä arviointeja Beckin alttius -oletuksesta (ks. Hammen, 1985; Alloy, 1988; Stiles & Götestam, 1988). Depressioalttius-oletuksesta on johdettu ainakin kolme erilaista hypoteesia, jotka Stilesin ja Götestamin (1988) mukaan ovat: 1) skeema - pysyvä depressioalttius, 2) skeema - tilannespesifi depressioalttius ja 3) skeeman aktivoitumisherkkyys.

Skeema - pysyvä depressioalttius. Oletus tarkoittaa, että masennusskeema on suhteellisen pysyvä. Tällöin tutkimustehtävänä on todentaa masennusalttiiden, mutta tutkimushetkellä ei-masentuneiden henkilöiden negatiivinen skeema ja ennustaa sen perusteella heidän myöhempi masennusoireilunsa.

Kognitiivista masennusalttiutta on arvioitu eri tutkimuksissa vaihtelevasti, mikä vaikeuttaa tulosten vertailua (ks. Stiles & Götestam, 1988). Arviointimenetelminä on käytetty pääasiassa itsearviointiin perustuvia lomakkeita kuten ATQ-30 (Automatic Thoughts Questionnaire, Hollon & Kendall, 1980), DAS (Dysfunctional Attitude Scale, Weissman, 1980), HS (Hopelessness Scale, Beck ym. 1974) ja erilaisia standardoimattomia lomakkeita jne.

Tutkimustulokset vaihtelevat. Toisten tutkijoiden tulokset vahvistavat oletuksen (mm. Rholes, Riskind & Neville, 1985; Stiles & Götestam, 1988), kun taas toisten tutkijoiden tulokset vahvistavat oletuksen vain osittain (Persons & Rao, 1985) tai eivät vahvista sitä lainkaan (Lewinsohn, Steinmetz, Larson & Franklin, 1981; Hammen, Marks, de Mayo & Mayol, 1985a).

Stiles ja Götestam (1988) tekivät tutkimuksen norjalaisilla varusmiehillä, jotka odottivat lähettämistä Pohjois-Norjaan. Tutkijat arvioivat miesten kognitiivisen masennusalttiuden (DAS ja ATQ-30) ja masennusoireilun (BDI, Beck Depression Inventory, 1979). He kelpuuttivat seurukseen ainoastaan ne miehet, joiden BDI pistemäärä oli korkeintaan 9 pistettä eli normaalialueella. Miehet tutkittiin uudelleen kolmen kuukauden kuluttua sijoittamisesta. Tulokset osoittivat, että korkea dysfunktionaalisuus (DAS-pistemäärä) ennusti depression asteen kolmea kuukautta myöhemmin. Pohjoiseen lähettämistä pidetään Norjassa stressaavana elämäkokemuksena, koska tällöin ero perheestä ja ystävistä on todellinen.

Rholes työtovereineen (1985) suorittivat tutkimuksensa yliopisto-opiskelijoilla, seuruaika oli ainoastaan viisi viikkoa. Tutkimuksen järjestelyihin kuului, että joka toisen

opiskelijan mieli pahoitettiin järjestämällä koeolosuhteissa epäonnistuminen. Tulosten mukaan tutkimuksen alussa mitattu toivottomuuden aste (HS) ennusti sen, miten masentunut opiskelija oli epäonnistumisen jälkeen.

Lewinsohn työtovereineen (1981) suoritti pitkittäistutkimuksen valikoimattomalla aineistolla. Ensimmäisellä tutkimuskerralla koehenkilöt täyttivät useita lomakkeita. Toisella kerralla, 8 kuukautta myöhemmin heidät haastateltiin. Lisäksi he täyttivät kolmen kuukauden välein depressiolomakkeen. Tulosten mukaan seuruaikana masentuneet eivät eronneet ei-masentuneista. Tulokset vahvistivat näkemystä, että vasta masennuksen myötä ihmisten irrationaaliset uskomukset voimistuvat. Kuitenkin Lewinsohn totesi, että depressioniin liittyvät dysfunktionaaliset kognitiot ovat sitkeitä, persoonallisuuspiirteen kaltaisia. Ne säilyvät myös silloin kun henkilöllä ei ole enää masennusoireita. Lewinsohnin ym. (1981) tutkimusta on kritisoitu, koska tutkimuksessa käytetyt kognitiiviset arviointimenetelmät olivat enimmäkseen standardoimattomia eivätkä edustaneet Beckin mallin mukaista ajattelua depressiosta. Tutkimuksessa ei myöskään kysytty, oliko vastaajille sattunut seuruaikana stressaavia elämäntilanteita. Jäi epäselväksi, kuinka monelle masennuksesta kärsivälle oli sattunut jotakin ikävää ennen oireiden ilmaantumista. Vastaavasti jäi selvittämättä, oliko hyvin selviytyneille sattunut ikäviä kokemuksia vai ei (Stiles & Gøtestam, 1988).

Hammen ja hänen työryhmänsä (1985a) kysyivät, voiko masennusta ennustaa yhdistetyn kognitiivisen masennusalttiuden ja stressaavien elämäntilanteiden perusteella. Heidän tutkittavansa olivat opiskelijoita, jotka he jakoivat viiteen ryhmään masennusriskin mukaan. Tulosten mukaan alkutilanteessa mitattu masennusriski ennusti parhaiten neljä kuukautta myöhemmin ilmenevää masennusta. Sen sijaan depressiivinen minäskeema ei ennustanut myöhempää masennusoireilua. Hammenin ym. (1985a) tutkimukseen sisältyi puutteita kuten että minäskeeman mittaukset vaihtelivat eri kerroilla. Tutkijat eivät myöskään spesifioineet stressaavia elämän-



tilanteita. Jäi epäselväksi, olivatko stressaavat elämäntilanteet satunnaisia vai muistuttivatko ne sisällöltään skeemojen sisältöjä (Stiles & Götestam, 1988).

Skeema - tilannespesifi depressioalttius. Oletetaan, että masennus puhkeaa vain, jos stressaava tilanne vastaa masennuskeemaa. Näin ollen mikä tahansa stressaava tilanne ei pysty aktivoimaan skeemaa, vaan skeeman ja tilanteen tulee olla kongruentteja. Esimerkiksi jos skeeman sisältönä on hylätyksi tuleminen, niin sen aktivoi vain tilanne, johon sisältyy hylätyksi tulemistä. Työpaine tms. ei pysty aktivoimaan sitä. Tutkimustulokset vahvistavat oletusta (Hammen, Marks, Mayo & de Mayo, 1985b; Zuroff & Mongrain, 1987; Olinger, Kuiper & Shaw, 1987). Koska tutkimukset on tehty opiskelijoilla ja seuruaika on pisimmillään neljä kuukautta, tulosten yleistettävyyks on kuitenkin varsin rajallinen.

Olinger työtovereineen (1987) suoritti kaksi poikittaistutkimusta, joissa hän arvioi opiskelijoiden masennusalttiutta DAS:lla ja DAS-CC:llä (Dysfunctional Attitude Scale-Contractual Conditions, DAS:n modifioitu versio, johon sisältyy elämäntilanteiden stressaavuuden arviointi) ja masennusoireilua BDI:llä. Tulokset osoittivat, että korkeat DAS-pistemäärät liittyneenä stressaaviin elämäntilanteisiin olivat yhteydessä korkeisiin depressiopisteisiin. Koska tutkimukset eivät olleet pitkittäistutkimuksia, tulokset johtavat helposti kehäpäätelmään.

Beck (1982) jakoi masennusalttiit henkilöt kahteen ryhmään minäskeeman perusteella. Toisen ryhmän masennusalttiit olivat sellaisia, joille toisten ihmisten miellyttäminen on erityisen tärkeää. Näitä hän kutsui "riippuviksi masentujiksi". Toisen ryhmän masentajat olivat vuorostaan sellaisia, joille täydellisyys on tärkeää ja, jotka erityisen voimakkaasti syyttävät itseään epäonnistumisista. Näitä Beck kutsui "itseään kritisioiviksi masentujiksi". Tulosten mukaan "riippuvat masentajat" kokivat ihmissuhdetilanteissa epäonnistumisen masentavampana kuin suoriutumistilanteissa epäonnistumisen. Vastaavasti "itseään kritisioivat masentu-

jat" masentuivat enemmän suoriutumis- kuin ihmissuhdetilanteissa epäonnistumisesta. Sekä Hammenin ym. (1985b) että Zuroffin ja Mongrainin (1987) tutkimukset vahvistivat Beckin oletuksen, että "riippuvat masentajat" saavat enemmän masennusoireita, jos menetys kohdistuu ihmissuhteissa epäonnistumiseen. Sen sijaan tulokset eivät vahvistaneet oletusta, että "itseään kritisoivat masentajat" kärsivät enemmän masennuksesta silloin, jos epäonnistuminen sattuu suoriutumistehtävissä.

Aktivoitumisherkkyyys. Oletuksen mukaan masentunut mieliala aktivoi depressioskeeman. Se lisää negatiivisten kognitioiden mieleenpalauttamista ja vähentää positiivisten kognitioiden mieleenpalauttamista (Bower, 1981; Teasdale, 1983). Teasdale ja Dent (1987) vertasivat depressiosta toipuneiden ja terveiden henkilöiden kyvykkyyttä muistaa itseä kuvaavia adjektiiveja sen jälkeen kun heille oli järjestetty pettymys laboratorio-olosuhteissa. Kokeen alussa tutkijat pyysivät henkilöitä valitsemaan ne sanat, jotka parhaiten kuvaavat heitä. Tämän jälkeen koehenkilöiden mieli pahoitettiin. Kokeen lopuksi tutkijat pyysivät henkilöitä muistelemaan, millä sanoilla he olivat aiemmin kuvanneet itseään. Tulokset vahvistivat oletuksen, että masennuksesta kärsineet muistivat useampia negatiivisia adjektiiveja, jotka he olivat ilmoittaneet tutkimuksen alussa kuvaavan heitä itseään. Tutkijoiden mukaan aktivoituminen toimi erilailla aiemmin masentuneilla kuin terveillä, joille oli tuotettu hetkellinen pettymys.

Tulosten perusteella on vaikea arvioida, mikä Beckin depressioalttius-hypoteesista johdetuista eri versioista ennustaa parhaiten depressio-oireilua. Ylipäätään se, että kolme suhteellisen erilaista oletusta on johdettu samasta selityksestä, kertoo sen epätarkkuudesta. Todennäköisesti masennukseen taipuvien ihmisten skeemat vaihtelevat kompleksisuudeltaan ja sisällöltään. Joidenkin ihmisten masennus-skeeman aktivoi suuri määrä tilanteita, esimerkiksi lapsuus-aikaiset traumat ja menetykset. Näillä ihmisillä on suuri

todennäköisyys masennusoireiluun, koska niin monet tekijät voivat aktivoida skeeman. Toiset ihmiset ovat taas vähemmän alttiita masennusoireiluun, koska heidän skeemansa on spesifimpi, ts. sen aktivoivat vain tietyt tilannevihjeet.

## 5. TUTKIMUKSEN VIIITEKEHYS

Luvussa 4 on esitelty kognitiivinen lähestymistapa muutoksen ja emotionaalisten häiriöiden kuvaamiseen. Keskeisenä viitekehystenä on ollut informaation prosessointi. Yksilön tulevaisuutta koskevat ennakoinnit perustuvat hänen tulkintapaansa, joka menneisyydestä on rakentunut. Muutostilanteissa on olennaista, miten joustavia nämä tulkintatavat ovat, ts. läpäisevätkö ne uutta informaatiota vai assimiloivatko ne vääristävällä tavalla informaation aiemman skeeman mukaiseksi. Kyse on minäskeeman rakenteellisista ominaisuuksista ja niiden yhteyksistä emotionaalisiin kokemuksiin.

Vanhemmaksi tulo on merkittävä muutos ihmisen elämäkullussa. Voidaan olettaa, että lasta odottavan naisen ja miehen minätietoisuus uusiutuu tämän muutoksen myötä. Ensimmäistä kertaa vanhemmaksi tuleville siirtymä vanhemmuuteen merkitsee tilannetta, johon liittyy normatiivisia odotuksia muutoksesta. Näitä on kutsuttu kehitystehtäviksi. Kehitystehtävät ovat eräänlaisia sosiaalisia skriptejä siitä, mitä vanhemmuus sisältää, mitä muutoksia on tehtävä omassa elämässä, parisuhteessa, arkitoiminnoissa, lapsen hoidossa yms.

Kehitystehtävien työstäminen edellyttää, että lasta odottava nainen tai mies kykenee muuttamaan minäskeemaansa vanhemmuuden myötä tulevien kokemusten mukaan. Mikäli naisen tai miehen minäskeema on jäykkä tai hänellä on hyvin nega-

tiivinen käsitys itsestään ja mahdollisuuksistaan, hänen on vaikea omaksua vanhemmuuteen liittyvää tietoa. Hänen ennakkointinsa vanhempana selviytymisestä jäävät puutteellisiksi tai ne osuvat harhaan, ts. muotoutuvat epärealistisiksi. Samalla kun ennakkointien osuvuus alenee, emotionaaliset vaikeudet lisääntyvät siirtymän aikana.

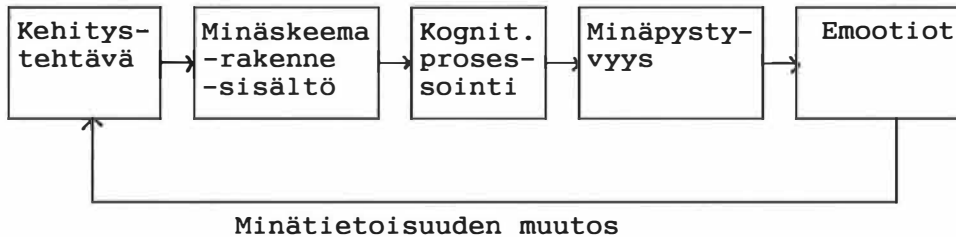
Siirtymä vanhemmuuteen on muutosvaihe elämänkulussa. Siihen vaikuttavat monet tekijät, ei pelkästään se miten nainen tai mies tulkitsee omaa menneisyyttään ja ennakoi tulevaa. Vanhemmaksi tuloon liittyy mm. koko joukko erilaisien taitojen hankkimista ja laajentamista kuten synnytyksestä selviytymistä ja lapsen hoidon opettelua. Kuitenkin on oma tutkimusalueensa, miten psykologinen siirtymä vanhemmuuteen on kuvattavissa ja selitettävissä.

Luvussa 4 on pyritty kokoamaan perusta siirtymän kuvaamiseen kognitiivisin käsittein, miten siirtymään liittyvät psyykkiset vaikeudet, erityisesti masennus on selitettävissä niiden pohjalta. Kyse on kliinisessä työssä kehitetyn emotionaalisten häiriöiden selitysmallin sovelluksesta normatiivisten siirtymien kuvaukseen.

Valittu kognitiivinen lähestymistapa sulkee aikaisemman kehityshistorian mallin ulkopuolelle, ts. sitä koskevia spesifejä oletuksia ei tehdä. Lasta odottavien vanhempien minäskeemojen rakenteita tai niiden dysfunktionaalisuutta ei tulkita heidän aiemman kehityshistoriansa avulla. Silti, kuten minätietoisuuden kehittymistä koskeneessa luvussa (4.2) on todettu, aikuisen minätietoisuus on rakenteellisesti monitasoinen, hierarkkinen. Lapsuusaikaiset kokemukset ovat luoneet merkittäväällä tavalla perustan aikuisen minätietoisuudelle. Ensimmäiset emotionaaliset ja kognitiiviset skeemat muodostavat minätietoisuuden peruskriteerit, "criterion images", joita käytetään tulevien kokemusten kuten äitinä ja isänä olemisen määrittelyssä. Se, millaisia ennakoiteja lasta odottava vanhempi tekee tulevasta omasta vanhemmuudestaan on yhteydessä siihen, miten hän tulkitsee omaa menneisyyttään lapsena ja perheen jäsenenä.

Tämän tutkimuksen viitekehys, siirtymä kognitiivisena

muutoksena on esitetty kuviossa 5.



KUVIO 5. Siirtymä kognitiivisena muutoksena

Kehitystehtävät, vanhemmuuteen liittyvät normatiiviset odotukset, toimivat koko siirtymäprosessin käynnistäjänä siinä muodossa ja sikäli kuin ne hyväksytään itseä koskeviksi ja velvoittaviksi.

Minäskeeman ymmärrän suhteellisen pysyväksi kognitiiviseksi rakenteeksi, joka keskeisimmin vaikuttaa muutostilanteen läpikäymiseen. Tässä tutkimuksessa käytetään käsitteellistyneestä "minästä" käsitettä minäskeema. Koska edellä olen määritellyt minäskeeman suhteellisen pysyväksi kognitiiviseksi rakenteeksi, painotan "minän" staattisuutta dynaamisuuden sijasta.

Otan tarkasteltavaksi kaksi minäskeeman ominaisuutta rakenteen ja sisällön. Mikäli naisen tai miehen minäskeema on rakenteeltaan läpäisemätön, hän arvioi muutosodotukset jäykästi eikä pysty työstämään niitä adekvaatilla tavalla. Jos taas naisen tai miehen minäskeema on rakenteeltaan läpäisevä, hän voi joustavalla tavalla omaksua uutta informaatiota ja sopeutua muutokseen. Mikäli naisen tai miehen minäskeeman sisältö on dysfunktionaalinen, on luultavaa, että hän tulkitsee muutoksen vääristyneellä tavalla negatiiviseksi. Erityisesti masennusoireilun määrän on osoitettu olevan yhteydessä minäskeeman dysfunktionaalisuuden määrään (Beck ym., 1979).

Minäpystyvyyden ymmärrän välittömän tietoisuuden piirissä olevaksi välittäväksi kognitiiviseksi rakenteeksi.

Banduran (1986) mukaan ihmisten havainnot minäpystyydestään säätelevät heidän motivaatiotaan ja toimintaansa. Minäpystyvyys toimii välittävänä kognitiivisena rakenteena emootioihin. Tässä tutkimuksessa naisten ja miesten havainnot minäpystyvyydestään määrittelen heidän odotuksinaan toimia lapsen hoitajina. Odotukset kuvastavat sitä, miten lasta odottava nainen tai mies kokee pystyvänsä toimimaan vanhemmuuteen keskeisesti liittyvissä lapsen hoitotehtävissä ja -tilanteissa.

Emootioilla tarkoitan naisten ja miesten psyykkisiä tuntemuksia, jotka voivat olla myönteisiä ja/tai kielteisiä. Kuten negatiivisempia ne ovat, sitä vaikeampaa naisen tai miehen on sopeutua vanhemmuuden haasteisiin ja omaksua vanhemmuuteen liittyvää uutta informaatiota.

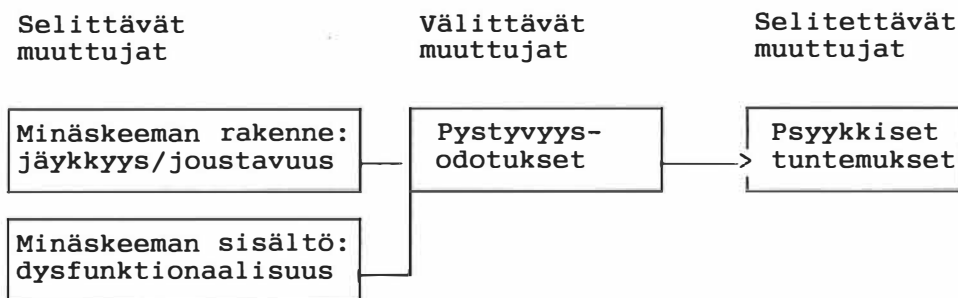
Lisäksi oletan, että siirtymän edetessä koetut emootiot vaikuttavat sirkulaarisesti uusien vanhemmuuteen liittyvien odotusten havaitsemiseen ja edelleen niiden käsittelyprosessiin.

## 6. TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA OLETUKSET

Tutkimuksen päätavoitteena on selvittää lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointia lasta odottavien naisten ja miesten minäskeeman ominaisuuksien perusteella. Psyykkisten vaikeuksien ennakointia varten koostettiin hypoteettinen viitekehys, jonka pohjana olivat informaation prosessointia koskeneet käsitteet ja kliinisessä työssä, kognitiivisten psykoterapioiden piirissä tehdyt havainnot informaation prosessoinnin puutteista ja vääristymistä sekä niiden yhteyksistä emotionaalisiin häiriöihin, eritoten masennukseen. Keskeisenä lähtökohtana on oletus, että lasta odottavan naisen ja miehen siirtyä vanhemmuuteen kanavoituu psykologisesti sen mukaan, miten hän kykenee ennakoimaan tulevia muutoksia. Mikäli hänen minäskeemansa on rakenteeltaan jäykkä tai sisällöltään vääristynyt, muutoksen työstäminen ei onnistu riittävän hyvin. Tästä seuraa psyykkisen oireilun lisääntymistä.

Tutkimustehtävän suorittamiseksi tarvittavat muuttujat muodostetaan seuraavasti:





Psyykkisillä tuntemuksilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sekä hyvinvointia kuvaavia tuntemuksia että selaista psyykkistä ja somaattista oireilua, joka on tyypillistä odotus- ja lapsivuodeaikana (ks. Karila, 1988, 1989a). Psyykkisiin tuntemuksiin kuuluu myös masennus.

Aiemmin suorittamani poikittaistutkimuksen tuloksen perusteella päädyin siihen, että vanhemmuuteen siirtymän aikana esiintyvää psyykkistä oireilua oli kahdentasoista: normaalioireilua ja häiriöoireilua. Edelliseen kuuluivat melko yleiset odotus- ja lapsivuodeajan vaivat, jälkimmäiseen emotionaalisia vaikeuksia kuvastavat oireet. Häiriöoireet olivat luokiteltavissa hyvinvointia tuntuvasti haittaaviksi oireiksi. Kuitenkin oireilun jaottelu normaali- oireiluun ja häiriöoireiluun oli suhteellista, koska nämä korreloivat merkitsevästi toistensa kanssa. Psyykkisillä tuntemuksilla tarkoitetaan siis normaali- oireilua, häiriö- oireilua, masentuneisuutta ja vanhemmuuden onnea. Psyyk- kisillä vaikeuksilla tarkoitetaan normaali- oireilua, häiriö- oireilua ja masentuneisuutta.

Pystyvyysodotuksilla tarkoitetaan naisen tai miehen vakuuttuneisuutta siitä, että hän pystyy selviytymään tyy- pillisistä lapsen hoitotehtävistä ja -tilanteista (Bandura, 1986).

Minäskeeman rakenne määritellään sen perusteella, millä tavalla nainen tai mies tulkitsee omaa sosiaalista ympäris- töään. Henkilön minäskeema on jäykkä, jos hänen tulkintata- pansa ovat läpäisemättömiä. Henkilön minäskeema on joustava, jos hänen tulkintatapansa ovat läpäiseviä (Kelly, 1955). Ihminen tulkitsee ihmissuhteitaan ja niissä syntyneitä

kokemuksiaan sen mukaan, ovatko ne "samanlaisia kuin minä vai erilaisia kuin minä". Kun hän arvioi muita ihmisiä, siihen sisältyy automaattisesti vertailua itseen (Adams-Webber, 1979).

Minäskeeman dysfunktionaalisuudella tarkoitetaan naisen tai miehen pysyväisluonteista alttiutta havaita ja tulkita itseen ja ympäristöön liittyvät asiat negatiivisella, väärityneellä tavalla (Beck ym., 1979).

Täsmennettynä tutkimustehtävänä on selvittää:

1. Voidaanko vanhemmuuteen siirtymisen aikana esiintyviä psyykkisiä tuntemuksia ennakoida minäskeeman rakenteen perusteella?
2. Voidaanko vanhemmuuteen siirtymisen aikana esiintyviä psyykkisiä vaikeuksia ennakoida minäskeeman sisällön perusteella?
3. Millaisia yhteyksiä esiintyy minäskeeman rakenteen ja pystyvyysodotusten välillä?
4. Millaisia yhteyksiä esiintyy minäskeeman sisällön ja pystyvyysodotusten välillä?
5. Millä tavoin pystyvyysodotukset ovat yhteydessä psyykkisiin tuntemuksiin vanhemmuuteen siirtymän aikana?
6. Millä perusteella lapsivuodeajan psyykkiset vaikeudet ovat parhaiten ennakoitavissa? Ovatko ne ennakoitavissa minäskeeman rakenteen, sisällön vai pystyvyysodotusten vai näiden yhdistelmien perusteella?

Tutkimuksen hypoteesit ovat:

- H.1. Kuta jäykempi minäskeema on, sitä niukempia ovat positiiviset tuntemukset ja sitä enemmän esiintyy psyykkisiä vaikeuksia (Kelly, 1955; McCoy, 1977).
- H.2. Kuta dysfunktionalisempi minäskeema on, sitä enemmän esiintyy psyykkisiä vaikeuksia (Beck ym., 1979).
- H.3. Kuta jäykempi minäskeema on, sitä hitaammin pystyvyysodotukset kasvavat vanhemmuuteen siirtymän edetessä.

- H.4. Kuta dysfunktionaalisempi minäskeema on, sitä matalampia ovat pystyvyysodotukset.
- H.5. Pystyvyysodotukset ovat yhteydessä psyykkisiin tuntemuksiin siten, että kuta korkeampia pystyvyysodotukset ovat, sitä vähemmän esiintyy psyykkisiä vaikeuksia ja sitä enemmän positiivisia tuntemuksia (Bandura, 1986).

Oletukset on laadittu kognitiivisen käsitteistön ja aikaisempien tutkimusten perusteella (ks. luvut 3 ja 4). Empiiristä tutkimustietoa minäskeeman rakenteen ja sisällön sekä pystyvyysodotusten keskinäisistä yhteyksistä ei ole käytettävissä. Oletukset on päätelty teoreettisten käsitteiden ja kliinisen ammattikokemuksen perusteella. Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakoinnista ei laadittu hypoteesia, koska aiempaa tietoa kognitiivisten käsitteiden keskinäisistä suhteista ei ole käytettävissä.

Aiemman tutkimuksen (Karila, 1988) tulosten perusteella voidaan olettaa, että psyykkiset tuntemukset ovat erilaisia siirtymän eri vaiheissa. Vanhemmuuden onni on selvimmin yhteydessä raskauden etenemiseen. Sen sijaan normaalioireilu ja häiriöoireilu ovat yhteydessä pääasiassa muuhun kuin raskauden etenemiseen. Poikittaistutkimuksen tuloksen mukaan oireilu vaihteli yksilöllisesti. Naisten oireilu oli miesten oireilua runsaampaa siirtymän kaikissa vaiheissa. Tietoa siirtymän eri vaiheista käytetään hyväksi niin, että hypoteesit testataan neljässä vaiheessa ennen lapsen syntymää ja kerran lapsen syntymän jälkeen.

## 7. TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

### 7.1. Aineisto ja sen kokoaminen

#### 7.1.1. Tutkimuksen toteutus

Helsingin kaupungin terveysviraston terveydenhuollon eettinen toimikunta käsitteli tutkimussuunitelman ja hyväksyi sen toteutettavaksi suunnitellussa muodossa ja laajuudessa, ja kaupunginlääkäri päätöksellään 10.12.1987 oikeutti kirjoittajan suorittamaan tämän tutkimuksen.

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat helsinkiläiset v. 1987 ensimmäistä lastaan odottaneet naiset ja miehet. Helsingissä syntyi 5 844 lasta (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja, 1989). Esikoislapsia syntyi arvion mukaan 3 506. Esikoislasten määrää ei tilastoida, mistä syystä niiden määrä arvioitiin perheen keskimääräisen lapsiluvun (1.6 lasta/perhe) perusteella.

Tutkimus suoritettiin pitkittäistutkimuksena siten, että tutkimusajankohdat olivat samat kuin aiemmin suoritetussa poikittaistutkimuksessa (Karila, 1988; 1989a). Tutkimusajankohdat valittiin alunperin Gloger-Tippeltin (1983) esittämän raskauden kulun osavaiheiden ajoittumisen perusteella. Lisäksi tutkimusajankohdat sovitettiin äitiyshuollon neuvolakäyntien aikataulun mukaan. Suunnitellut ja toteutuneet aineiston kokoamisajankohdat ilmenevät taulukosta 2.

## TAULUKKO 2. Aineiston kokoamisajankohdat

	SIIRTYMÄN VAIHE				
	Havahtumis	Tekeytymis	Työstämis	Valmistelu	Lapsi vuode
RASKAUS- VIIKOT	0-12	13-20	21-32	33-syntymä	
SUUNNITELMA	8	17-20	25-28	33-40	8
TUTKIMUS- VIIKOT					
Keskiarvo	8.5	19.3	27.8	37.5	8.9
Hajonta	1.7	1.7	1.5	1.3	2.4
Mediaani	2 kk	5 kk	7 kk	9.5 kk	2 kk
TUTKIMUS- VAIHE	I	II	III	IV	V

Perusjoukosta tehtiin systemaattinen otanta siten, että kussakin Helsingin kaupungin äitiysneuvolan nk. neuvolapiirissä (N=50) terveydenhoitaja jakoi peräjälkeen kahdelle, ensimmäistä kertaa raskaana olevalle naiselle tutkimuslomakkeet ensimmäisellä neuvolakäynnillä. Raskauden kesto sai olla tutkimukseen tulohetkellä 8 raskausviikkoa. Otannan koko oli yhteensä 100 naista ja lasten isät.

Neuvolakäynnillä lasta odottava nainen sai kotona täytettäväksi kaksi tutkimuslomaketta - toisen itseään ja toisen lapsen isää varten. Ohjeen mukaan lomakkeet tuli täyttää itsenäisesti ja palauttaa postimerkillä varustetuissa kirjekuorissa suoraan tutkijalle. Ensimmäinen vanhempainlomake saapui tutkijalle 4.12.1987 ja viimeinen 1.3.1989. Tutkimukseen osallistuneet saivat kolme kertaa lapsen odotusaikana ja kerran lapsen syntymän jälkeen postitse kotiin lomakkeet, jotka he palauttivat suoraan tutkijalle.

## 7.1.2. Tutkimusryhmä

Tutkimukseen osallistui 65 naista ja 60 miestä. Pareja näistä oli 58. Tutkimukseen osallistuneiden naisten ja miesten määrät eri tutkimusajankohtina on esitetty taulukossa 3. Tutkimukseen osallistui 64.1 % tavoitejoukosta. Tutkimuksen alussa kato oli 35.9 %, naisilla se oli 35.0 % ja miehillä 36.8 %. Tutkimuksen lopussa tavoitejoukosta vastasi 59.5 %.

TAULUKKO 3. Tutkimukseen osallistuneet

Tutkitut	TUTKIMUSVAIHE				
	I	II	III	IV	V
	2 kk	5 kk	7 kk	9.5 kk	2 kk jälk.
Naiset	65	60	52	51	61
Miehet	60	53	44	45	55
Yhteensä	125	113	96	96	116

Tutkimukseen osallistumisen pysyvyys oli korkea; lapsen saaneista ainoastaan yksi nainen ja kaksi miestä eivät vastanneet tutkimuksen lopussa. Yhteen perheeseen syntyi vammaisen (anomalia) lapsi ja yksi ulkomaalainen isä karkotettiin maasta. Kolmen naisen raskaus keskeytyi raskauden alkuvaiheessa; yhdelle tehtiin abortti ja kahdella oli nk. valeraskaus. Samalla karsiutui tutkimusjoukosta 3 miestä.

Tutkimuksen aikana joka neljännän pariskunnan (26.2 %) asuinosoite vaihtui, mikä osaltaan vaikeutti tutkimuslomakkeiden lähettämistä ajoissa ja mistä syystä puuttuvien tietojen määrä kasvoi ko. ajanjaksona. Joka viidenneltä naiselta ja neljänneltä mieheltä puuttui tietoja em. vaiheissa (ks. liite 3). Muutot ajoittuivat odotuksen 7. kuukaudelle ja lapsen syntymää edeltävään ajanjaksoon. Todennäköisesti tutkimuslomakkeet eivät saapuneet perille määräajassa tai vastaaminen jäi muuttojärjestelyjen "jalkoihin".

Tutkimuksen alussa vastaajista oli avioliitossa 57.6 % ja avoliitossa 36.8 %. Tutkimuksen kuluessa siviilisäätymuuttui avioliitoksi 12.8%:lla, eniten kun raskaus oli viidennellä kuukaudella. Lasta yksinodottavia naisia oli 5.6%. Tutkimukseen osallistui myös kaksi miestä (3.3%), jotka olivat lasta yksinodottavien naisten lasten biologisia isiä. Nämä miehet asuivat eri paikkakunnalla eivätkä muodostaneet parisuhdetta lapsen äidin kanssa koko seuruaikana. Nämä miehet vastasivat kaikkiin kyselyihin sääntillisesti. Parit olivat asuneet yhdessä ennen raskauden alkamista keskimäärin 3.7 vuotta, mediaani oli 3 vuotta.

Naisten keski-ikä oli 26.6 vuotta vaihdellen 18 vuodesta 35 vuoteen. Miesten keski-ikä oli 29.3 vuotta vaihdellen 21 vuodesta 54 vuoteen. Naisten koulutustaso vastasi vastaavanikäisten naisten koulutustasoa Helsingissä (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Tutkimukseen osallistuneiden, vertailuryhmän ja katoryhmän naisten koulutustaso (%)

Koulutus- taso	Naiset			Miehet	
	Tutkimus N=65	Hki-84 N=23418	Kato N=23	Tutkimus N=60	Hki-84 N=21626
Enintään perustaso	20.0	24.1	17.5	15.0	25.5
Keskiaste	60.0	54.1	60.8	66.7	55.8
Korkea-aste	20.0	21.2	21.7	18.3	18.7
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Vertailutietona käytettiin Helsingin väestötiedoista 31.12.1984 poimittuja, 25 - 29-vuotiaiden koulutustietoja (Helsingin kaupungin tilastokeskuksen tilastoja, 1987). Sen sijaan miesten jakauma oli melkein merkitsevästi vino ( $X^2 = 6.45 (2)$ ,  $p < .05$ ). Tutkimukseen osallistui korkea-asteisen koulutuksen saaneita miehiä samassa suhteessa kuin heitä oli vastaavanikäisessä väestössä. Sen sijaan miehissä oli vähemmän korkeintaan perustason käyneitä kuin vastaavanikäisessä helsinkiläisväestössä.

Tutkimuksen alkaessa naisista 70.8 % ja miehistä 66.1 % oli säännöllisessä kokopäivätyössä. Kolmivuorotyössä tai periodityössä oli naisista 15.4 % ja miehistä 11.7 %. Epäsäännöllistä työaikaa teki 4.6 % naisista ja 8.3 % miehistä. Naisista 7.7 % ja miehistä 13.3 % opiskeli. Vailla työtä oli 1.5 % naisista ja 1.7 % miehistä. Naiset työskentelivät pääasiassa terveydenhuollon ja sosiaalityön (34.4 %) ammateissa, miehet teknisissä (39 %) ammateissa. Muut työskentelivät hallinnollisen, kaupallisen ja palvelualan tehtävissä.

### 7.1.3. Katoryhmä

Äitiysneuvolat antoivat tutkijalle tiedon siitä, kenelle naiselle olivat tutkimuslomakkeen antaneet. Tällä perusteella oli mahdollista selvittää, ketkä naiset kuuluivat katoryhmään. Ilmeni, että kato (N=35) koostui seuraavasti:

- 3 naiselle ei ollut jaettu lomakkeita lainkaan äitiysneuvolassa
- 2 naista oli muuttanut pian muualle Suomessa
- 5 naista oli raskauden alussa saanut keskenmenon
- 23 naista ei halunnut osallistua tutkimukseen, syy ei ole tiedossa.

Kadon selvittely osoittaa, että "aidoksi" kadoksi laskettava kato oli 23%. Katoryhmän naisista oli 74% avioliitossa, 13% avoliitossa ja 13% yksinasuvia. Naisten keski-ikä oli 28.1 vuotta vaihdellen 19 vuodesta 36 vuoteen. Katoryhmän naisten koulutustaso vastasi vastaavanikäisten naisten koulutustasoa Helsingissä (taulukko 4). Lähes kaikki naiset olivat kokopäivätyössä, yksi oli päätoiminen opiskelija ja yksi vailla työtä. Katoryhmä poikkesi tutkimukseen osallistuneista naisista siinä, ettei kukaan katoryhmään kuuluneista naisista toiminut terveydenhuollon tai sosiaalityön ammateissa. Joka viides (21.7%) katoryhmään kuuluneista naisista työskenteli toimittajana, juristina sekä taide- ja viihdealan työtehtävissä.

Neuvoloiden henkilökunnan antamien arvioiden mukaan katoryhmään kuuluneet naiset käyttivät neuvolan palveluja säännöllisesti. Heissä oli enemmän sellaisia, jotka olivat



tavalla tai toisella epävarmoja. He tukeutuivat neuvolan henkilökuntaan saadakseen henkistä tukea sekä raskausaikana että lapsen syntymän jälkeisinä kuukausina.

#### 7.1.4. Tietojen keruu

Tiedot kerättiin kyselylomakkeilla. Ensimmäisessä vaiheessa kyselylomake oli laaja, mutta myöhemmissä vaiheissa pyrittiin toistamaan vain se, mikä oli välttämätöntä. Keveyden ajateltiin varmistavan sitä, että vastaaja pysyisi mukana tutkimuksessa. Taulukossa 5 on luetteloidu tämän tutkimuksen kyselylomakkeiden keskeiset osat kullakin tutkimuskerralla. Tutkimusvaiheet ilmoitetaan tässä kuten myös myöhemmin mediaaniarvon mukaan luettavuuden helpottamiseksi.

TAULUKKO 5. Tietojen keruun aikataulu

Kyselyn osa	TUTKIMUSVAIHE				
	I	II	III	IV	V
	2 kk	5 kk	7 kk	9.5 kk	2 kk synt.jälkeen
Grid	x				
DAS	x				
Lapsenhoito	x		x	x	
Tuntemukset	x	x	x	x	x
BDI	x				x
Taustatiedot	x				

Koottu aineisto sisälsi myös seuraavat, myöhemmin julkaistavat osat: mielikuvien kehittyminen päivästä lapsen kanssa ja koetut muutokset itsessä, suhteessa puolisoon, suhteessa sukulaisiin ja suhteessa työtovereihin/tuttuihin lapsen odotusaikana sekä vanhemmuusmotivaation kehittyminen. Lisäksi äitiysneuvolat antoivat tiedot äidin terveydentilasta raskausaikana ja lapsivuodeaikana. Lastenneuvolat antoivat tiedot lapsen terveydestä ja kehitymisestä 3 kuukauden

aikana. Viimeksi mainittuihin sisältyi tietoja paitsi nk. jatkuvasta terveystietokannasta, myös neuvolahenkilökunnan arvioita äidin ja isän käyttäytymisestä neuvolakontakteissa sekä vanhempien ja lapsen vuorovaikutuksesta. Myös nämä osat tutkimuksesta julkaistaan myöhemmin.

## 7.2. Tutkimusmenetelmät ja niiden luotettavuus

Tutkimuksen tiedonhankintamenetelmänä olivat kyselylomakkeet (liite 1). Tässä tutkimuksessa käytetyt muuttujat ovat liitteessä 2. Lomakkeiden kehittäminen vaati paljon aikaa ja vaivaa. Tutkija laati itse kyselylomakkeen osat: Tuntemukset, Lapsenhoito ja Grid. Lisäksi hän käänsi ensimmäistä kertaa suomeksi DAS-lomakkeen ja teki uuden käännöksen BDI-lomakkeesta. Lomakkeiden kehittäminen aloitettiin v. 1986. Tuolloin kirjoittaja kokosi laajan aineiston, josta on julkaistu osia (Karila, 1988; 1989b). Kuitenkin koko aineiston tuloksia hyödynnettiin tämän tutkimuksen lomakkeiden laadinnassa.

### 7.2.1. Grid

Minäskeman rakenteen arvioimiseksi käytettiin Kellyn (1955) konstruktoiden tutkimista varten kehittämää "Role Construct Repertory Test" -metodia muunnettuna. "Rep"-metodista on julkaistu lukuisia eri muunnelmia (ks. Fransella & Bannister, 1977; Button, 1985, 31-56; Tschudi, 1989).

Kelly (1955) kuvasi kuusi eri tapaa, jolla henkilökohtaiset konstruktiot voitiin määritellä. Näitä olivat mm. "minimum context card form" ja "self-identification form". Edellinen tarkoitti menettelyä, jossa tutkittavaa pyydetään nimeämään henkilö, esimerkiksi "henkilö josta en pidä". Nimettäviä henkilöitä on yleensä useita. Nämä ovat nk. roolihenkilöitä, gridin elementtejä. Tämän jälkeen tutkitavalle esitetään elementit kolmen henkilön ryhminä ja

kysytään, millä tavalla kaksi näistä henkilöistä ovat samanlaisia ja miten kolmas henkilö eroaa näistä kahdesta. Henkilön nimeämä ominaisuus on konstruktio. Jälkimmäinen, "self-identification" -muoto, tarkoitti vastaavanlaista menettelyä, paitsi että minä, tutkittava itse, oli mukana kaikissa kolmikoissa. Grid tarkoittaa elementtien ja konstruktioiden ritilämuodostelmaa.

Myöhemmin triadimallin rinnalle on kehitetty yksinkertaisempia työtapoja kuten dyadimallit, jossa elementit esitetään pareittain kuten "minä nyt" ja "minä ennen kuin sairastuin" (Button, 1985) tai elementit ovat kahden henkilön suhteita kuten "minun suhteeni äitiin" (Ryle, 1982). Elementit voidaan esittää myös yksi kerrallaan, ja vastaajaa pyydetään kuvaamaan elementin ominaisuus (Button, 1985).

Edellisessä tutkimusvaiheessa v. 1986 konstruktioiden määrittelyyn sovellettiin Kellyn "self-identification" -mallia, ts. vastaaja itse oli edustettuina kaikissa roolikolmikoissa, esimerkiksi minä, äiti ja isä/ minä, henkilö josta en pidä, esimies jne. Roolit ja roolikolmikot olivat tutkijan valitsemia. Konstruktiot vastaaja tuotti itse. Pyrittiin siihen, että kymmenen eri roolihenkilöä olivat vastaajan arkipäivästä. Lisäksi käytettiin "rating"-metodia, eli vastaaja arvioi jokaisen konstruktion sopivuutta jokaisen elementin suhteen asteikolla 1 - 5.

Menettely osoittautui liian vaativaksi kognitiiviseksi tehtäväksi eräille henkilöille, mikä vahvasti aiempia havaintoja (Fransella & Bannister, 1977, 16). Puutteellisesti täytettyjä tai kokonaan täyttämättä jätettyjä gridejä oli 22.2 %. Kuitenkaan tämä ei ollut yhteydessä vastaajien ikään eikä koulutustasoon.

Tätä tutkimusta varten gridiä yksinkertaistettiin: 1) poistamalla elementeistä sisar/veli, koska osa puutteellisista tiedoista johtui siitä, ettei vastaajalla ollut sisarta tai veljeä, 2) käyttämällä kiinteitä konstruktioita. Konstruktiot poimittiin sattumanvaraisesti esitutkimusvaiheessa tuotetuista konstruktioista. Tuolloin voitiin todeta, että vastaajien käyttämät konstruktiot vaihtelivat yksilöl-

lisesti eikä kasautumista tiettyihin konstruktioihin esiintynyt, mikä oli Kellyn (1955) oletuksen mukainen. Konstruktioiden idiosynkraattisuus tuli esiin nimenomaan konstruktio-  
loutuvuuksien bipolaarisuudessa, esimerkiksi jos ulottuvuuden toisena päässä oli "tyytyväisyys", niin sen toisena  
päässä saattoi olla "tyytymättömyys" tai "katkeruus" tai "työtä vieroksuva".

Tässä tutkimuksessa gridin elementteinä olivat:

Minä itse

Äitini

Isäni

Henkilö, josta en pidä \_\_\_\_

Ystäväni \_\_\_\_

Henkilö, jota kohtaan tunnen myötätuntoa \_\_\_\_

Avio/avopuoliso

Anoppi (tai appi)

Esimies (tai tärkeä opettaja)

Konstruktioina olivat:

Pitkäjänteinen

Seurallinen

Luotettava

Älykäs

Avulias

Herkkä

Ylpeä

Elementit esiintyivät yksi kerrallaan. Täyttöohjeena oli, että vastaajan tuli arvioida, miten osuvasti em. ominaisuudet (konstruktiot) kuvasivat vastaajaa itseään ja lueteltuja muita henkilöitä (elementit). Vastaaja arvioi kunkin konstruktion osuvuutta asteikolla 1 - 5. Esimerkiksi miten osuvasti "herkkä" kuvaa "isääni", jolloin 5 = erittäin osuva ... 1 = ei sovi lainkaan. Vastaaja suoritti 63 arviota täyttäessään oman gridinsä.

Neljä vastaajaa (3.2%) jätti gridin täyttämättä. Näistä yksi ilmoitti syyksi kielivaikeudet (Tukholmassa asunut chileläinen) ja kaksi etteivät ymmärtäneet tehtävää. Molemmilla peruskoulu oli jäänyt kesken. Näiden kolmen puuttuvat tiedot korvattiin keskiarvolla. Yksi vastaaja ei ilmoittanut syytä, miksi Grid oli jäänyt täyttämättä.

Jäykkyys vs. joustavuus. Gottesman (1962) kehitti yksinkertaisen keinon mitata henkilön tulkintatavan jäykkyyttä laskemalla niiden kertojen lukumäärä, jolloin henkilö käytti keskipistettä arvioidessaan ominaisuuden sopivuutta henkilöön. Mitä enemmän henkilö käyttää asteikon keskipistettä (3), sitä jäykempiä hänen tulkintatapansa ovat.

Esitutkimusvaiheessa minäkonstruktion jäykkyyden määrittelemiseksi sovellettiin useita rinnakkaisia laskentatapoja kuten keskipisteen (3) käytön summaamista, asteikon ääripäiden (1+5) käytön summaamista ja Bannisterin intensiteetti-indeksin laskemista (Fransella & Bannister, 1977). Gottesmanin (1962) määrittelytapa oli yksinkertaisin, mistä syystä sitä käytetään myös tässä tutkimuksessa.

### 7.2.2. DAS

Yhdysvaltalainen psykologi Arlene N. Weissman (1980) kehitti kyselylomakkeen mittaamaan minään liittyviä negatiivisia uskomuksia. Nämä olivat Beckin ym. (1979) teoreettisen käsitteen, pysyvän alttiuden masennukseen indikaattoreita. DAS-A (Dysfunctional Attitude Scale, Form A) sisältää 40 väittämää. Vastaaja arvioi 7-portaisella asteikolla, onko hän samaa vai eri mieltä väittämästä, esimerkiksi "arvoni ihmisenä riippuu paljolti siitä, mitä muut ajattelevat minusta". Summapistemäärän vaihteluväli on 40 - 280 pistettä.

Käsikirjan mukaan lomake perustuu 100-osioiseen pitkään lomakkeeseen, josta on saatu faktoroimalla seitsemän perususkomusta: hyväksyntä, pitäminen, suoriutuminen, täydellisyyteen pyrkiminen, leimaaminen, kaikkivoipaisuus ja riippumattomuus (Weissman, 1980). Cane, Olinger, Gotlib ja Kuiper (1986) esittivät, että DAS olisi ryhmitettävissä kahteen alaskaalaan: suoriutumisen arviointiin ja muiden hyväksyntään. Kuitenkin Barnett ja Gotlib (1990) osoittivat, että DAS:n summapistemäärä ennusti paremmin sekä naisten että miesten masentuneisuutta kuin em. alaskaalat.

DAS:n psykometrisistä ominaisuuksista on julkaistu joitakin tutkimuksia. Taulukossa 6 esitetään yhteenveto DAS:n summapistemäärän keskiarvoista ja hajonnoista. Normaaliväestössä DAS:n summapistemäärän keskiarvo on noin 110 - 120 pistettä, suomalaisotoksessa jonkin verran em. matalampi. Opiskelija-aineistossa miesten summapistemäärän keskiarvo on naisten keskiarvoa korkeampi (Barnett & Gotlib, 1990).

TAULUKKO 6. DAS:n summapistemäärien keskiarvot ja hajonnat

	N	$\bar{x}$	s	Maa	Lähde
Normaalit	355	119.4	27.2	USA	Weissman, 1980
	93	115.8	25.9	Ranska	Cottraux ym., 1989
	17	112.4	24.2	Kanada	Dobson & Shaw, 1986
	61	118.0	23.3	Kanada	Kuiper ym., 1988
	387	101.9	22.3	Suomi	Karila, 1989b
Masennus	35	146.8	26.6	Kanada	Dobson & Shaw, 1986
vakava	15	162.4	29.7	USA	Rush ym., 1986
	100	173.2	26.5	Ranska	Cottraux ym., 1989
2-suunt.	27	116.8	35.0	USA	Weissman, 1980
1-suunt.	37	126.3	31.7	"	"
krooninen	23	143.6	41.1	"	"

Weissman (1980) ilmoitti DAS:n reliabiliteetiksi .89 (Cronbachin alfa) ja pysyvyydeksi .80 - .84. Myöhemmät tutkimukset ovat vahvistaneet Weissmanin raportoimat DAS:n psykometriset ominaisuudet (Dobson & Breiter, 1983; Oliver & Baumgart, 1983; Dobson & Shaw, 1986; Kuiper & Olinger, 1986; Cottraux, Charles, Mollard & Bouvard, 1989). Suomessa DAS-lomaketta ei ole aiemmin käytetty lukuunottamatta Karilan (1989b) tutkimusta.

Tässä tutkimuksessa DAS:n reliabiliteetiksi (Cronbachin alfa) saatiin .88, joka kuvaa DAS:n sisäistä yhtenäisyyttä. Reliabiliteetti on muualla saatujen tutkimustulosten mukainen.

### 7.2.3. Lapsenhoito

Pystyvyyssodotuksilla tarkoitetaan henkilön tietoista arviota siitä, kuinka vakuuttunut hän on omasta pystyvyydestään jossakin toiminnassa tietyssä tilanteessa (Bandura, 1986). Pystyvyyssodotukset ovat tilannesidonnaisia, mistä syystä tutkimuslomakkeet on laadittava jokaista käyttötarkoitusta varten erikseen. Tässä tutkimuksessa pystyvyyssodotuksia arvioitiin lapsenhoitoon liittyvillä tehtävillä ja tilanteilla.

Edellisessä tutkimusvaiheessa v. 1986 hoitotoimintoja oli 19. Ne edustivat tyypillisiä lapsenhoitotehtäviä ja -tilanteita. Tulokset osoittivat, että naisten arvioima pystyvyys lapsenhoitajana oli merkittävästi miehiä korkeampi. Niinpä vinoimmat ja erityisesti naisten hallitsemat osatehtävät poistettiin hoitotoimintojen luettelosta. Näitä olivat: neuvolassa käyminen, lapselle puhelu ja laulelu, pyykinpesu, syliinottaminen, pukeminen ja riisuminen, nukkuttaminen ja ulkoiluttaminen. Jäljelle jäi 12 lapsen hoitotehtävää ja -tilannetta. Nämä olivat ne hoitotoiminnot, joiden suhteen pystyvyyssarviointit suoritettiin. Näitä olivat:

- Vauvan kylvettäminen
- Vaipanvaihto
- Yöllä nouseminen ja hoito
- Imettäminen/vauvan syöttäminen (miehet)
- Vauvan itkujen tunnistaminen
- Vauvan hoitaminen yksin kotona
- Itkevän vauvan tyyntyttäminen
- Sairastuneen vauvan hoitaminen
- Vauva itkee joka ilta yli 2 tuntia
- Vauvan hoitaminen kun itse on väsynyt ja rasittunut
- Päiväohjelman toistuminen samana
- Vauvan hoitaminen yksin ilman apua

Vastaaja arvioi, miten hän pystyy selviämään ko. tehtävistä ja tilanteista oman arvionsa mukaan. Arvio selviytymisestä annettiin asteikolla 1 - 10, jossa 1 = en selviydy ja 10 = selviydyn erittäin hyvin.

Pystyvyyssodotuksista muodostettiin summamuuttujat. Summamuuttujissa yhdistyvät pystyvyyden kaksi dimensiota:

vaikeustaso (magnitude) ja voimakkuus (strength). Pystyvyysodotusten summamuuttujista käytetään lyhyiden vuoksi termiä **hoitopystyvyys**. Hoitopystyvyyden reliabiliteeteiksi (Cronbachin alfa) eri tutkimusvaiheissa saatiin:

	reliabiliteetti
Hoitopystyvyys (2 kk)	.94
Hoitopystyvyys (7 kk)	.94
Hoitopystyvyys (9,5 kk)	.95

Pystyvyysodotusten summamuuttujien sisäinen yhtenäisyys oli näin ollen tasaisen korkea.

#### 7.2.4. Tuntemukset

Tuntemuksilla tarkoitetaan naisten ja miesten subjektiivisia arviointeja omasta voinnistaan. Tuntemuksiin sisältyy sekä hyvinvointia kuvaavia mielialamuutoksia että somaattisia ja emotionaalaisia vaikeuksia kuvaavia oireita.

Tuntemukset on oirelista, jonka kehittelystä on raportoitu aiemmissa julkaisuissa (Karila, 1988; 1989a). Aiemman version parantamiseksi siitä poistettiin osioita, joiden lataus tuntemusten perusulottuvuuksia kuvaavilla faktoreilla oli muita matalampi, yleensä alle .40. Tällöin osioiden määrä laski 38:sta 30:een. Vastajaan tuli arvioida, miten paljon kuluneen viikon aikana hänellä oli ollut ko. tuntemusta. Arviointiasteikko oli 1 - 5, jossa 1 = ei lainkaan ja 5 = erittäin paljon.

Koska aiempaa versiota oli lyhennetty, Tuntemuksetlomakkeen perusulottuvuudet tarkistettiin faktoroidulla aineisto ennen summamuuttujien muodostamista. Voitiin todeta, että kolmen faktorin ratkaisut selittivät kokonaisvarianssista 31.0 - 35.6 % ja neljän faktorin ratkaisut 35.8 - 40.0 %. Selitysosuudet olivat hieman korkeampia kolmessa ensimmäisessä tutkimusvaiheessa (2 kk, 5 kk ja 7 kk) ja matalampia lapsen syntymän molemmiin puolin olleissa tutkimusvaiheissa (9,5 kk ja 2 kk lapsen syntymän jälkeen). Kolmen faktorin rakenne pysyi suunnilleen samana kaikissa



tutkimusvaiheissa. I faktori koostui lievemmästä oireilusta, II vakavammasta oireilusta ja III hyvinvointia kuvaavista tuntemuksista. Neljän faktorin rakenteissa oli havaittavissa muuttumista siirtymän eri vaiheissa sekä lievemmän ja vakavamman oireilun rajan liukumista.

Tuntemusten perusulottuvuuksista muodostettiin summamuuttujat, jotka nimettiin "normaali-oireiluksi", "häiriö-oireiluksi" ja "vanhemmuuden onneksi" aikaisemman tutkimuksen perusteella (Karila, 1989a, 48). Tämän tutkimuksen kolmen faktorin ratkaisut vastasivat suunnilleen aikaisemman tutkimuksen em. faktoreita. Muutoksena aiempaan oli, että "häiriöoireilu" -summamuuttujaan lisättiin osiot "unettomuutta" ja "samana toistuvia pakkoajatuksia tai -toimintoja", koska nämä latautuivat häiriöoireilu-faktorille.

Tuntemusten summamuuttujat koostuivat seuraavista osioista:

#### Normaali-oireilu

- pahoinvointia
- väsymystä
- erilaisia mielitekoja
- saamattomuutta, "pitäis" -oloa
- jännittyneisyyttä
- mielialojen heilahtelua
- itkuisuutta
- ärtyisyyttä, "pinnan palamista"
- epämääräisen raskasta oloa
- sukupuolista haluttomuutta
- suuttumusta puolisolle
- kipuja, särkyjä

#### Häiriöoireilu

- mustasukkaisuutta
- väsymystä elämään, masennusta
- tyhjyyden tunnetta
- tunnetta "ettei tunne oikealla tavalla"
- kummallisia mielikuvia
- vihaisuutta omasta tilanteesta
- erilaisia pelkoja
- unettomuutta
- samana toistuvia pakkoajatuksia tai -toimintoja

#### Vanhemmuuden onni

- valoisuutta, onnellisuutta
- vapauden tunnetta
- rauhallisuutta
- äitiyden/isyyden onnea
- minulla on uusia voimia
- mietin lastani

Lomakkeen 30:stä osiosta jäi jäljelle 27 osiota. Itsemurha-ajatukset jätettiin pois siksi, koska kenelläkään ei ollut itsemurha-ajatuksia raskauden alkupuolella, puolivälissä eikä lapsen syntymän edellä. On todettu, että itsemurhia tehdään erityisen vähän raskauden aikana, myös synnytyksen jälkeiseen masennukseen liittyvät itsemurha-ajatukset ovat tavanomaista harvinaisempia (Tamminen, 1990, 21). Myös osiot "kiirettä tehdä ylitöitä/opiskella" ja "halua olla poissa kotoa esim. kavereiden kanssa" poistettiin. Aiemmassa tutkimuksessa (Karila, 1988; 1989a) nämä kuvasivat olennaisella tavalla miesten torjuvaa suhtautumista vanhemmuuteen. Muuttujia kokeiltiin summamuuttujana, mutta sen reliabiliteetit jäivät mataliksi (tutkimusvaiheittain Cronbachin alfa-kertoimet olivat .43, .39, .45, .63 ja .34). Liitteeseen 4 on koottu tätä summamuuttujaa koskevia tietoja.

Summamuuttujien reliabiliteetit olivat melko korkeita (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Tuntemusten summamuuttujien reliabiliteetit (Cronbachin alfa)

Tutkimusvaihe	Normaali-oireilu N=12	Häiriö-oireilu N=9	Vanhemmuuden onni N=6
2 kk	.86	.68	.67
5 kk	.83	.69	.68
7 kk	.86	.75	.76
9,5 kk	.78	.60	.78
2 kk synt.jälkeen	.78	.61	.77

Naisten ja miesten summamuuttujien alfa-kertoimet on esitetty liitteessä 5. Naisten ja miesten summamuuttujien sisäinen yhtenäisyys oli suunnilleen samanlainen. Normaali-oireilun sisäinen konsistenssi oli kaikissa tutkimusvaiheissa tasaisen korkea, häiriöoireilun ja vanhemmuuden onnen konsistenssit olivat riittäviä. Voitiin havaita, että lapsen syntymän aikoihin häiriöoireilun yhtenäisyys laski jonkin

verran, naisilla enemmän kuin miehillä.

#### 7.2.5. BDI

Koska Tunteemukset ei ole standardoitu kyselylomake, oireilua arvioitiin myös laajassa käytössä olevalla Beckin ym. (1961) depressiolomakeella. BDI on pysynyt pääpiirteittäin samanlaisena 30 vuoden ajan. Nykyään kysymykset (kysymyssarjat on numeroitu aiemman kysymyksen sisältöä kuvaavan otsakkeen sijasta. Pisteityksessä on tehty kaksi pientä tarkistusta kysymyksiin 8 ja 9, muuten lomake on entisellään. Suomessa BDI on ollut käytössä Raitasalon (1977) ja oppimisterapeuttien epävirallisina suomennoksina. Raitasalo on lisännyt kysymykseen 19 oman vaihtoehtonsa (19b), joka koskee lihomista rinnakkaisena laihtumiselle (19a). Tämän tutkimuksen alussa (2 kk) käytettiin oppimisterapeuttien käännöstä ja tutkimuksen lopussa (2 kk lapsen syntymän jälkeen) tutkijan tekemää uutta suomennosta, joka perustui v. 1986 julkaistuun versioon (Jansson, 1986, 172-175).

Masentuneisuus ilmenee erilaisina oireina (Beck ym., 1979). Ne voivat olla:

1. toiminnallisia oireita kuten alentunut aktiviteetti ja vetäytyminen muiden seurasta,
2. motivaatioon liittyviä oireita kuten innostuksen ja mielihyvän kokemisen puute,
3. affektiivisiä oireita kuten surullisuus, ahdistuneisuus, syyllisyys ja häpeä,
4. kognitiivisiä oireita kuten huono keskittymiskyky, vaikeus tehdä päätöksiä, ja
5. somaattisia oireita kuten univaikeudet, aamuhäily ja ruokahalun häviäminen.

BDI koostuu 21 kysymyksestä, jossa kussakin on 4 - 6 vaihtoehtoa. Masennusoireen vaikeusaste vaihtelee 0 - 3. Koko BDI:n pistemäärä vaihtelee 0 - 63 pistettä. Pisteitykseen tehtiin yksi poikkeus, nimittäin naisten pistemäärään lapsen syntymän jälkeen ei laskettu laihtumista (kysymys 19), ts. naisten BDI-vaihteluväli tutkimuksen lopussa oli 0 - 60 pistettä.

Isoissa otoksissa BDI:n keskiarvo on 4 - 6 pistettä.

BDI:n kliinisinä normeina tällä hetkellä pidetään (Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987; Beck, Steer & Garbin, 1988):

BDI	0 - 9 p	normaali, ei masentunut
	10 - 18 p	masentunut mieliala (lievä depressio)
	19 - 29 p	kohtalainen depressio
	30 - 63 p	vaikea depressio

Tässä tutkimuksessa käytetään masennuksen asteen määrittelyyn tätä normitusta.

BDI:n psykometrisistä ominaisuuksista tiedetään varsin paljon. Kesäkuuhun 1986 mennessä se oli ollut tutkimusmenetelmänä jo yli tuhannessa julkaisussa. BDI:n meta-analyysi osoitti, että sen keskimääräinen reliabiliteetti (Cronbachin alfa) oli .86 psykiatrisilla potilailla ja .81 normaaliväestössä. Validiteetti vaihteli .60 - .74, kun sitä verrattiin DSM-III luokitukseen ja Hamiltonin psykiatriseen arviointiin (Beck ym., 1988).

Tässä tutkimuksessa BDI:n reliabiliteetiksi (Cronbachin alfa) saatiin .80 tutkimuksen alussa (vanha versio) ja .84 tutkimuksen lopussa (uusi versio). Tulos vastasi laajan meta-analyysin tuloksia.

#### 7.2.6. Taustatiedot

Ensimmäisessä tutkimusvaiheessa vastaajilta tiedusteltiin heidän taustaansa liittyviä tietoja kuten suhdetta omiin vanhempiin, omaa ja lähisuvun mielenterveyttä sekä arvioidaan lapsuuskodin ilmapiiristä, parisuhteensa tyydyttävyydestä ja arkihuolista. Lisäksi heiltä tiedusteltiin, oliko raskaus suunniteltu vai yllätys.

Tyytymättömyys parisuhteeseen mitattiin Pearlinin (1975) laatimalla skaalalla. Se koostuu seitsemästä negatiivista tunnevuoroaikutusta kuvaavasta osiosta: harmistunut, ikävystynyt, kireä, turhautunut, onneton, huolestunut ja vaillo huomiota. Arviointiasteikko oli 5-portainen. Pearlinin käsityksen mukaan negatiivista tunnevuoroaikutusta mittaavat osiot ovat luotettavampia kuin positiivista vuoro-

vaikutusta mittaavat osiot, koska vastaajat "valehtelevat" niissä vähemmän. Tässä tutkimuksessa Pearlinin skaalasta muodostettiin summamuuttuja Tyytymättömyys parisuhteeseen. Sen reliabiliteetiksi (Cronbachin alfa) saatiin .88

Arkihuolet tarkoittivat puolen vuoden aikana ennen raskauden alkamista koettuja vaikeuksia raha-asioissa, työasioissa, asuntoasioissa ja ihmissuhteissa. Arviointias- teikko oli 5-portainen. Näistä koostettiin summamuuttuja Arkihuolet. Sen reliabiliteetti (Cronbachin alfa) oli .61. Arkihuolet kysyttiin uudelleen lapsen syntymää edeltävänä tutkimusajankohtana. Raskauden aikana koettujen arkihuolien summamuuttujan reliabiliteetti (Cronbachin alfa) oli .74. Arkihuolet korreloivat keskenään  $r = .52 ***$ , yhteistä varianssia niiden välillä oli 27%.

### 7.3. Aineiston tilastolliset analyysit

Tutkimusaineiston kuvailu suoritettiin käyttämällä prosent- tilukuja ja keskiarvoja sekä näiden erojen merkitsevyystes- tausta. Varsinaisena analyysimenetelmänä tutkimusongelmissa käytettiin varianssianalyysijä ja regressioanalyysiä. Tut- kimus suoritettiin pitkittäistutkimuksena, jossa samoja muuttujia mitattiin toistuvasti enimmillään viisi eri ker- taa. Tulosten analysointiin sovellettiin monimuuttujaista varianssianalyysiä (engl. lyhenne MANOVA). Analyysiin tuli- vat mukaan vain ne vastaajat, jotka olivat mukana jokaisella tutkimuskerralla. Tämän vuoksi myöhemmin tulososassa osal- listujien määrät vaihtelevat eri analyysissä. Aineiston atk-ajot on suoritettu käyttäen SPSS-X-ohjelmakäskyjä.

Toistettujen mittausten varianssianalyysissä määreenä olevana luokittelijana oli siirtymä vanhemmuuteen, jonka osavaiheiden eroja tutkittiin HELMERT-kontrastisarjana. Siinä verrataan ensimmäisen vaiheen keskiarvoa sitä seuraa- vien vaiheiden keskiarvoon jne. Toistomittauksessa seuruusta aiheutuu nais- ja mieskohtaisiin havaintoihin sisäistä

riippuvuutta, joka huomioidaan varianssianalyysissä. Teknisesti tämä toteutetaan tarkastelemalla havaintoaineistoa kahtena asetelmana, sisäisenä ja ulkoisena asetelmana. Tässä tutkimuksessa tulomuuttujia olivat psyykkiset tuntemukset ja osin myös hoitopystyvyys. Ulkoisina luokittelijoina olivat minäskeeman rakenne, minäskeeman sisältö ja hoitopystyvyytaso. Sisäisenä luokittelijana oli siirtymä vanhemmuuteen, ts. raskauden eteneminen.

Puuttuvien havaintojen vuoksi analyysistä karsiutui joka neljäs (24.6%) nainen ja joka kolmas (37%) mies. Puuttuvien tietojen (tyhjien ruutujen) ongelma olisi jossain määrin hallittavissa tilastollisin keinoin mutta kaikkia tarpeellisia parametrejä ei voida yksikäsitteisesti estimoida, mm. yhdysvaikutusten laskeminen ei voi tulla kyseeseen (Malin & Pahkinen, 1990, 74, 203-207). Puuttuvien tietojen vuoksi varianssianalyysit laskettiin myös yksisuuntaisina tutkimuskerroittain, jolloin mukana olivat kaikki mahdolliset havainnot (ks. liite 3).

Kun selvitettävänä kysymyksenä oli, millä perusteella lapsivuodeajan psyykkiset vaikeudet ovat parhaiten ennakoitavissa, regressioanalyysistä valittiin askeltava regressioanalyysi. Siinä malliin tuodaan mukaan selittävät muuttujat siinä järjestyksessä, että ne kasvattavat selitystasetta mahdollisimman paljon, ts. niiden t-arvot ovat suurimpia. Ensimmäiseksi selittäjäksi tulee se muuttuja, jonka korrelaatiokertoimen itseisarvo riippuvaan muuttujaan on mahdollisimman suuri. Tämän jälkeen lasketaan osittaiskorrelaatiokertoimet riippuvan ja muiden selittävien muuttujien välillä, kun paras selittävä muuttuja on vakioitu. Se muuttuja, jolla tämän osittaiskorrelaatiokertoimen itseisarvo on suurin, valitaan toiseksi selittäjäksi. Kolmannen selittäjän valinta tapahtuu vastaavalla tavalla. Siten aina edellisissä vaiheissa valitut selittävät muuttujat ovat seuraavan vaiheen osittaiskorrelaatiokertoimissa vakioituja muuttujia. Tavallaan "aineisto itse päättää", mikä malleista on paras (Dillon & Goldstein, 1984, 239-242).

Tulokset laskettiin erikseen naisille ja miehille.

Koska aineisto koostui useimmiten parisuhteessa elävistä naisista ja miehistä, on mahdollista, että he ovat vaikuttaneet toisiinsa, ts. havainnot eivät ole toisistaan riippumattomia. Tilanne on sikäli ongelmallinen, että vanhemmuuden psykologiseen prosessiin kuuluu yhteinen muutos. On luultavaa, että siirtymään kuuluva yhteinen muutos ulottuu lähinnä tietoisuuden pintarakenteisiin kuten hoitopystyvyyteen. Sen sijaan aiemmin syntyneet skeemat ja niihin liittyvä dysfunktionaalisuus ei ole kovinkaan helposti yhteisen muutoksen piirissä.

## 8. TULOKSET

### 8.1. Selittävät muuttujat

#### 8.1.1. Minäskeeman rakenne

Minäskeeman rakenne määriteltiin sen perusteella, kuinka paljon vastaaja käytti Gridissä skaalan keskipistettä arvioidessaan annettujen ominaisuuksien (konstruktioiden) sopivuutta annettuihin henkilöihin (elementteihin). Mitä enemmän vastaaja käytti keskipistettä, sitä jäykempiä olivat hänen tapansa tulkita sosiaalista ympäristöään (Gottesman, 1962). Kukin vastaaja teki 63 arviota täyttäessään oman Gridinsä.

Tulosten mukaan käytettyjen keskipisteiden lukumäärä vaihteli 1 - 42 p, kun maksimivaihteluväli oli 0 - 63 p. Naisten keskipisteiden lukumäärän keskiarvo oli 15.28 ja hajonta 6.89, miesten keskiarvo oli 16.00 ja hajonta 8.22. Naisten ja miesten keskipisteen käytön keskiarvot eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ( $t = -.53$ ,  $p = n.s.$ ).

Koska normitietoa ei ole siitä, mikä on katsottava skeeman jäykkyydeksi, ryhmittely suoritettiin tilastollisesti määrittämällä keskipisteen (3) käytön keskiarvosta  $\frac{1}{2}$



hajonnan mittaa kumpaankin suuntaan ( $\bar{x} = 15.62$ ,  $s = 3.77$ ). Tällöin voitiin muodostaa kolme minäskeeman rakenteeltaan erilaista ryhmää:

- joustavat (kolmosia 2 - 18 %)
- melko joustavat (kolmosia 19 - 32 %)
- jäykät (kolmosia 33 - 67 %)

Lisäksi pisteityksessä havaittiin 13.6%:lla puutteellisesti täytettyjä gridejä. Näistä oli 6 naisten ja 11 miesten gridejä. Näille oli yhteisenä tyhjä sarake "henkilö, josta en pidä" -elementin kohdalla. Tuskin on sattuma, että jokaisesta puutteellisesti täytetystä gridistä puuttui juuri tuon elementin arviointi. Lisäksi ilmeni, että näistä puutteellisesti vastanneista (N=17) kuudelta puuttui arvio myös "henkilöstä, jota kohtaan tunnen myötätuntoa". Muita puuttuvia sarakkeita olivat: "isäni" (N=3), "ystäväni" (N=2) ja "anoppi" (N=1). Kirjoittajan tiedossa ei ole syytä siihen, miksi nämä 17 vastaajaa eivät halunneet arvioida "henkilöä, josta en pidä".

Puutteellisesti gridinsä täyttäneistä vastaajista muodostettiin oma alaryhmä, koska näiden sijoittaminen tilastollisesti määriteltävään ryhmittelyyn olisi vääristänyt sen. Tässä tutkimuksessa käytän näiden henkilöiden minäskeeman rakenteesta termiä "askemaattinen". Todennäköisesti heidän minäskeemansa on sirpaloitunut, ts. se on tietyn asian suhteen askemaattinen ja toisen asian suhteen skemaattinen (Fiske & Taylor, 1984). Markus (1977) määritteli askemaattiseksi minäskeemaksi sellaisen, joka on puutteellinen jonkin sosiaalisen käyttäytymisen alueella. Markuksen koehenkilöt eivät kyenneet arvioimaan, pitivätkö he itseään riippuvina vaiko riippumattomina tietyissä sosiaalisissa tilanteissa. Tämän tutkimuksen ja Markuksen minäskeeman operationaalistamistavat olivat kuitenkin erilaiset.

Naisten ja miesten minäskeeman rakenneominaisuuden mukaiset alaryhmät ilmenevät taulukosta 8. Vaikka naisissa oli miehiin verrattuna suhteellisesti enemmän minäskeemaltaan "joustavia", prosenttilukujen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $t=1.21$ ,  $p = n.s.$ ).

TAULUKKO 8. Naisten ja miesten minäskeeman rakenne

Minäskeeman rakenne	Naiset		Miehet	
	%	N	%	N
Joustava	24.6	16	13.6	8
Melko joustava	49.2	32	44.1	26
Jäykkä	17.0	11	23.7	14
Askemaattinen	9.2	6	18.6	11
Yhteensä	100.0	65	100.0	59

### 8.1.2. Minäskeeman sisältö

Minäskeeman sisällöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa DAS-lomakkeella mitattua dysfunktionaalisuutta. DAS:n summapistemäärä vaihteli 59 - 256 p, kun maksimi vaihteluväli on 40 - 280 p. Miesten summapistemäärän keskiarvo oli 113.40 ja hajonta 29.21. Naisten pistemäärän keskiarvo oli 105.95 ja hajonta 20.36. Miesten ja naisten keskiarvojen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, joskin oireellinen ( $t=1.66$ ,  $df=123$ ,  $p<.10$ ).

DAS on kliinisessä käytössä vielä niin uusi tutkimuslomake, ettei siitä ole esitetty dysfunktionaalisuutta osoittavia normitietoja. Vastaaajien ryhmittely dysfunktionaalisuuden mukaan suoritettiin jakamalla aineisto kvarttiileihin ja ottamalla alakvarttiili nk. matalan dysfunktionaalisuuden ryhmäksi ja yläkvarttiili korkean dysfunktionaalisuuden ryhmäksi. Keskimmäiset kvarttiilit muodostivat yhdessä keskitasoisen dysfunktionaalisuuden ryhmän. Näin muodostettujen ryhmien DAS-summapistemäärien katkaisurajat olivat:

- matala dysfunktionaalisuus (59 - 93 p)
- keskitasoinen dysfunktionaalisuus (94 - 119 p)
- korkea dysfunktionaalisuus (120 - 256 p)

Tässä tutkimuksessa matalasta dysfunktionaalisuudesta käytetään käsitettä "positiivinen minäskeema", keskitasoi-

sesta dysfunktionaalisuudesta käsitettä "neutraali minäskeema" ja korkeasta dysfunktionaalisuudesta käsitettä "negatiivinen minäskeema".

TAULUKKO 9. Naisten ja miesten minäskeeman sisältö

Minäskeema	Naiset		Miehet	
	%	N	%	N
Positiivinen	29.2	19	20.0	12
Neutraali	50.8	33	48.3	29
Negatiivinen	20.0	13	31.7	19
	100.0	65	100.0	60

Naisten ja miesten dysfunktionaalisuuden jakaumista (taulukko 9) voidaan havaita, että korkeaksi dysfunktionaalisuudeksi luokitellussa ryhmässä on suhteellisesti enemmän miehiä kuin naisia, prosenttilukujen ero ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä ( $t = .74$ ,  $p = n.s.$ ). Korkeista DAS-summapistemääristä voitiin todeta, että kuudella vastaajalla pistemäärä oli 140 -149 ja seitsemän vastaajan pistemäärä oli yli 150 pistettä.

Minäskeeman rakenne ja minäskeeman dysfunktionaalisuus korreloivat naisilla  $r = .34$  ja miehillä  $r = .46$ , eli yhteistä varianssia selittävien muuttujien välillä oli naisilla 12% ja miehillä 21%.

## 8.2. Välittävät muuttujat

### 8.2.1. Hoitopystyvyys

Hoitopystyvyydellä tarkoitetaan vastaajien itsensä arvioimaa pystyvyyttä selviytyä lapsenhoitotehtävistä ja -tilanteista. Vastaajat suorittivat hoitopystyvyyden arvioinnit raskauden alussa, raskauden 7. kuukaudella ja lapsen syntymän edellä.

Hoitopystyvyyden summamuuttujat vaihtelivat 10 - 115 p, kun maksimivaihteluväli oli 12 - 120 p. Vaihteluvälin alitus johtui siitä, että yksi vastaaja arvioi pystyvyytensä nolaksi kahden hoitotoiminnon suhteen, vaikka arvioinnit tuli antaa asteikolla 1 - 10. Naisten ja miesten hoitopystyvyyden keskiarvot ja hajonnat on esitetty taulukossa 10.

TAULUKKO 10. Naisten ja miesten hoitopystyvyys siirtymän eri vaiheissa

Hoitopystyvyys	Naiset		Miehet	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
2 kk	84.16	19.25	74.85	20.94
7 kk	84.69	14.84	76.91	18.01
9,5 kk	89.53	14.84	84.60	17.13

Naisten odotukset omasta pystyvyydestään lapsen hoitajana kasvoivat raskauden aikana keskimäärin melko vähän. Raskauden alussa ja lapsen syntymän edellä heidän tekemiensä arviointien keskiarvojen ero oli tilastollisesti oireellinen ( $t=-1.77$ ,  $df=114$ ,  $p<.10$ ). Sen sijaan miesten odotukset omasta pystyvyydestään kasvoivat odotusvaiheen aikana. Pystyvyyden kasvu oli erittäin merkitsevä raskauden alun ja lapsen syntymää edeltävän ajan välillä ( $t=-2.88$ ,  $df=103$ ,  $p<.01$ ) ja melkein merkitsevä raskauden alun ja 7. kuukauden välillä ( $t=-2.17$ ,  $df=87$ ,  $p<.05$ ).

Hoitopystyvyys kasvoi erittäin merkitsevästi seuraavien hoitotoimintojen suhteen:

- vauvan itkujen tunnistaminen
- vauva itkee joka ilta yli 2 tuntia
- vauvan hoitaminen yksin ilman apua
- sairastuneen vauvan hoitaminen.

Vaikka naisten ja miesten hoitopystyvyyttä ei ole tarkoitus verrata, havaittiin, että naisten hoitopystyvyys oli yleensä korkeampi kuin miesten pystyvyys (liite 7, kuvat 1-12). Sen sijaan tilastollisesti merkitseviä eroja naisten ja miesten hoitopystyvyyden kehittämisessä ei ollut seuraavien hoitotoimintojen suhteen:

- vauvan syöttäminen
- vauvan hoitaminen kun itse on väsynyt ja rasittunut
- päiväohjelman toistuminen samana
- itkevän vauvan tynnyttäminen.
- vauva itkee joka ilta yli 2 tuntia

### 8.2.2. Hoitopystyvyytaso

Hoitopystyvyytaso-summamuuttuja muodostettiin seuraavasti: kun vastaajat arvioivat oman pystyvyytensä lapsenhoitajana asteikolla 1 - 10, niin matalana pystyvyytenä pidettiin keskimäärin alle 5 annettuja arvioita, keskinkertaisena 5 - 8 annettuja arvioita ja korkeana yli 8 annettuja arvioita. Hoitopystyvyytaso-summamuuttujan luokittelurajat olivat:

- matala pystyvyys (10 - 60 p)
- keskinkertainen pystyvyys (61 - 96 p)
- korkea pystyvyys (97 - 115 p)

Taulukossa 11 on esitetty kaikkien vastaajien hoitopystyvyytaso-asteikun jakaumat sekä niiden naisten ja miesten jakaumat, jotka ovat mukana toistettujen mittausten varianssianalyysissä (MANOVA). Hoitopystyvyytason luokitus on suoritettu raskauden alussa (2 kk) tehtyjen pystyvyytasoarviointien perusteella.

TAULUKKO 11. Hoitopystyvyytaso siirtymän alussa

Pystyvyytaso	Kaikki		Naiset		Miehet	
	%	N	%	N	%	N
Matala	18.5	23	17.8	8	28.6	10
Keskitasoinen	59.7	74	51.1	23	62.8	22
Korkea	21.8	27	31.1	14	8.6	3
Yhteensä	100.0	124	100.0	45	100.0	35

Miesten korkean pystyvyyden ryhmä supistui melko pieneksi (N=3), samoin naisten matalan pystyvyyden ryhmä (N=8).

### 8.3. Selitettävät muuttajat

#### 8.3.1. Tuntemukset

Tuntemuksilla tarkoitetaan sekä hyvinvointia kuvaavia mieli-alamuutoksia että somaattisia ja emotionaalisia vaikeuksia kuvaavia oireita. Naisten ja miesten yleisimmät ja voimakkaimmin koetut tuntemukset on listattu (taulukko 12) sen perusteella, oliko vastaaja kokenut ko. tuntemusta kuluneen viikon aikana paljon tai erittäin paljon. Naisten ja miesten kaikkien tuntemusten jakaumat siirtymävaiheittain ovat liitteenä 8.

Naisilla hyvinvointia kuvaavat tuntemukset olivat keskeisesti esillä koko vanhemmuuteen siirtymän ajan. Heidän mielessään oli ensimmäisenä lapsi. Muita naisten tyypillisiä tuntemuksia olivat väsymys eri muodoissaan ja mielialojen heilahtelu. Lähes joka kolmas nainen tunsu sukupuolista haluttomuutta odotusajan alussa ja huomattavassa määrin myös koko raskausajan.

Miehillä hyvinvointia kuvaavat tuntemukset olivat ensisijaisia koko vanhemmuuteen siirtymän ajan. Lapsen miettimisen tärkeys lisääntyi odotuksen etenemisen myötä. Hyvinvoinnista poikkeava tyypillinen tuntemus oli kiire tehdä ylitöitä tai opiskella. Lisäksi miehet kokivat väsymystä, ärtyneisyyttä ja jännittyneisyyttä. Sukupuolista haluttomuutta esiintyi lähinnä vain lapsen syntymän edellä.

Tuntemuksista koostettiin summamuuttajat: normaali-oireilu, häiriöoireilu ja vanhemmuuden onni. Normaali-oireilu ja häiriöoireilu korreloivat keskenään merkitsevästi,  $r = .54 - .69$ , eli yhteistä varianssia näiden välillä oli 29% - 48%. Normaali-oireilun ja vanhemmuuden onnen kuten myös häiriöoireilun ja vanhemmuuden onnen interkorrelaatiot olivat negatiivisia tai nollakorrelaatioita (liite 6).

Beckin masennuslomakkeen (BDI) ja psyykkisten vaikeuksien interkorrelaatiot ovat taulukossa 13. BDI:n ja vanhemmuuden onnen interkorrelaatiot olivat negatiivisia tai nollakorrelaatioita (liite 6).

TAULUKKO 12. Naisten ja miesten 10 yleisintä tuntemusta vanhemmuuteen siirtymän eri vaiheissa (%)

VAIHE	TUNTEMUKSET		Miehet	
		Naiset		
I 2kk	Väsäystä	63.0	Valoisuutta	63.3
	Mietin lastani	61.5	Rauhallisuutta	51.6
	Rauhallisuutta	61.0	Isyyden onnea	45.0
	Valoisuutta	53.8	Mietin lastani	31.7
	Äitiyden onnea	50.8	Vapauden tunnetta	28.4
	Mielial.heilahtelua	33.9	Kiirettä,ylitöitä	20.0
	Sukup.haluttomuutta	29.2	Saamattomuutta	20.0
	Saamattomuutta	26.2	Mielitekoja	17.0
	Vapauden tunnetta	26.2	Väsäystä	11.7
	Pahoinvointia	22.4	Minulla uusia voimia	11.7
II 5kk	Mietin lastani	78.3	Valoisuutta	58.5
	Valoisuutta	61.7	Rauhallisuutta	51.0
	Rauhallisuutta	56.6	Isyyden onnea	34.0
	Äitiyden onnea	53.3	Mietin lastani	28.3
	Väsäystä	31.7	Kiirettä,ylitöitä	26.4
	Vapauden tunnetta	23.7	Vapauden tunnetta	17.0
	Mielial.heilahtelua	21.6	Väsäystä	13.2
	Saamattomuutta	21.6	Saamattomuutta	11.4
	Sukup.haluttomuutta	20.0	Mielitekoja	7.8
Kipu, särkyjä	16.6	Jännittyneisyyttä	7.7	
III 7kk	Mietin lastani	82.7	Valoisuutta	53.5
	Äitiyden onnea	57.7	Mietin lastani	52.3
	Valoisuutta	51.9	Isyyden onnea	50.0
	Rauhallisuutta	49.0	Rauhallisuutta	41.9
	Väsäystä	34.7	Vapauden tunnetta	18.9
	Vapauden tunnetta	32.6	Väsäystä	11.6
	Kipu, särkyjä	25.0	Kiirettä,ylitöitä	11.4
	Sukup.haluttomuutta	19.2	Mielitekoja	9.5
	Ärtyisyyttä	17.3	Minulla uusia voimia	9.0
Mielitekoja	17.3	Jännittyneisyyttä	4.5	
IV 9,5 kk	Mietin lastani	86.2	Mietin lastani	60.0
	Äitiyden onnea	78.4	Valoisuutta	53.4
	Valoisuutta	70.6	Isyyden onnea	51.1
	Rauhallisuutta	60.8	Rauhallisuutta	37.8
	Väsäystä	43.2	Vapauden tunnetta	20.0
	Vapauden tunnetta	31.4	Kiirettä, ylitöitä	17.8
	Mielial.heilahtelua	21.6	Väsäystä	17.8
	Minulla uusia voimia	19.6	Ärtyisyyttä	8.9
	Sukup.haluttomuutta	17.7	Minulla uusia voimia	8.8
Epäm.raskas olo	17.7	Sukup. haluttomuutta	6.7	
V 2kk	Äitiyden onnea	85.2	Isyyden onnea	83.7
	Mietin lastani	80.4	Mietin lastani	69.1
	Valoisuutta	75.4	Valoisuutta	68.5
	Rauhallisuutta	57.3	Rauhallisuutta	46.3
	Väsäystä	43.2	Väsäystä	27.3
	Minulla uusia voimia	27.9	Minulla uusia voimia	18.2
	Vapauden tunnetta	18.0	Vapauden tunnetta	16.3
	Mielitekoja	13.4	Ärtyisyyttä	14.6
	Mielial.heilahtelua	11.4	Kiirettä,ylitöitä	14.6
Sukup.haluttomuutta	11.4	Mielitekoja	9.4	

TAULUKKO 13. Normaalioireilun, häiriöoireilun ja BDI:n interkorrelaatiot siirtymän eri vaiheissa

		BDI 2 kk	BDI 2 kk synn. jälkeen
Normaali- oireilu	2 kk	.74	.34
	5 kk	.72	.35
	7 kk	.65	.27
	9,5 kk	.57	.43
	2 kk jälkeen	.48	.52
Häiriö- oireilu	2 kk	.70	.43
	5 kk	.65	.43
	7 kk	.55	.33
	9,5 kk	.54	.45
	2 kk jälkeen	.46	.55

BDI:llä ja tämän tutkimuksen psyykkisten vaikeuksien summamuuttujilla oli yhteistä varianssia alimmillaan 7 % ja enimmillään 55 %. Raskauden alussa täytetyn BDI:n (vanha versio) ja normaalioireilun keskimääräinen yhteinen varianssi oli 39 %, BDI:n ja häiriöoireilun yhteinen varianssi oli 34 %. Lapsen syntymän jälkeen täytetyn BDI:n (uusi versio) ja normaalioireilun keskimääräinen yhteinen selitysosuus oli 15 %, BDI:n ja häiriöoireilun selitysosuus oli 19 %. Suuntauksena oli; kuta ajallisesti lähempänä lomakkeet täytettiin, sitä suurempi osa muuttujien varianssista selittyi yhteisten tekijöiden perusteella.

Kaikilla tutkimuskerroilla mukana olleiden naisten ja miesten psyykkisten tuntemusten summamuuttujat on esitetty kuviossa 6a ja 6b. Tuntemusten summamuuttujien keskiarvot, hajonnat ja interkorrelaatiot ovat liitteessä 6.

Naisten toistettujen mittausten varianssianalyysin (MANOVA) tuloksen mukaan raskauden eteneminen oli yhteydessä normaalioireilun määrään erittäin merkitsevästi (Pillais'n  $F(4,41)=12.86$ ,  $p<.001$ ). Oireilu oli runsainta raskauden alussa ja väheni raskauden edetessä. Se väheni erittäin merkitsevästi raskauden alun ja keskivaiheen välillä ( $F(1,44)=28.26$ ,  $p<.001$ ). Oireilu väheni myös raskauden 7. kuukauden ja lapsen syntymää edeltävän vaiheen välillä



( $F(1,44)=2.96$ ,  $p<.10$ ).

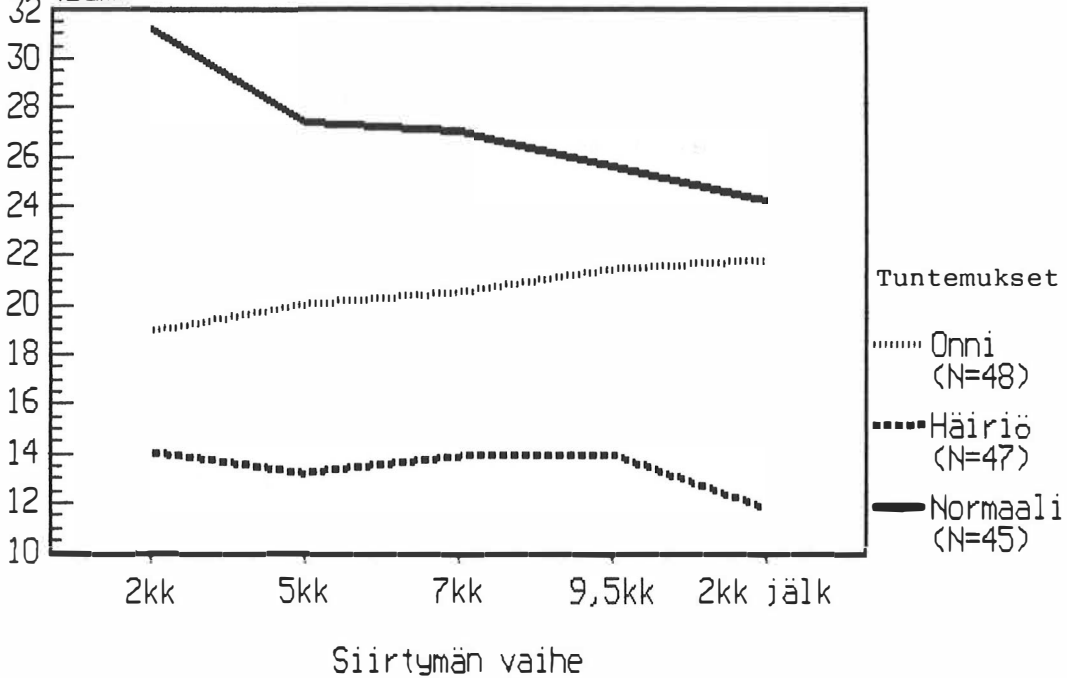
Raskauden eteneminen oli erittäin merkitsevästi yhteydessä myös häiriöoireilun määrään (Pillais'n  $F(4,43)=8.51$ ,  $p<.001$ ). Oireilu oli runsainta raskauden alussa ja lapsen syntymää edeltävänä ajanjaksona. Häiriöoireilu oli vähäisintä lapsivuodevaiheessa. Lapsen syntymän jälkeinen oireilu oli erittäin merkitsevästi vähäisempää kuin oireilu ennen synnytystä ( $F(1,46)=21.99$ ,  $p<.001$ ). Raskauden keskivaiheen oireilu oli melkein merkitsevästi vähäisempää kuin raskauden alun oireilu ( $F(1,46)=4.35$ ,  $p<.05$ ).

Naisten vanhemmuuden onni lisääntyi erittäin merkitsevästi raskauden edetessä (Pillais'n  $F(4,44)=10.37$ ,  $p<.001$ ). Naisten onnen tunteet kasvoivat merkitsevästi raskauden alun ja puolivälin välillä ( $F(1,47)=6.47$ ,  $p<.01$ ) ja melkein merkitsevästi raskauden 7. kuukauden ja lapsen syntymää edeltävän ajan välillä ( $F(1,47)=4.82$ ,  $p<.05$ ).

Miesten toistettujen mittausten varianssianalyysin tuloksen mukaan lapsen odotuksen eteneminen oli melkein merkitsevästi yhteydessä normaalioireilun määrään (Pillais'n  $F(4,31)=3.50$ ,  $p<.05$ ). Oireilu oli vähäisintä odotusajan puolivälissä, 5. ja 7. kuukauden välillä. Oireilu oli runsainta odotusajan alussa ja lapsen syntymän edellä. Oireilu lisääntyi merkitsevästi lapsen syntymän edellä aiempaan vaiheeseen verrattuna ( $F(1,34)=9.37$ ,  $p<.01$ ). Lapsen odotuksen eteneminen ei ollut yhteydessä häiriöoireiluun.

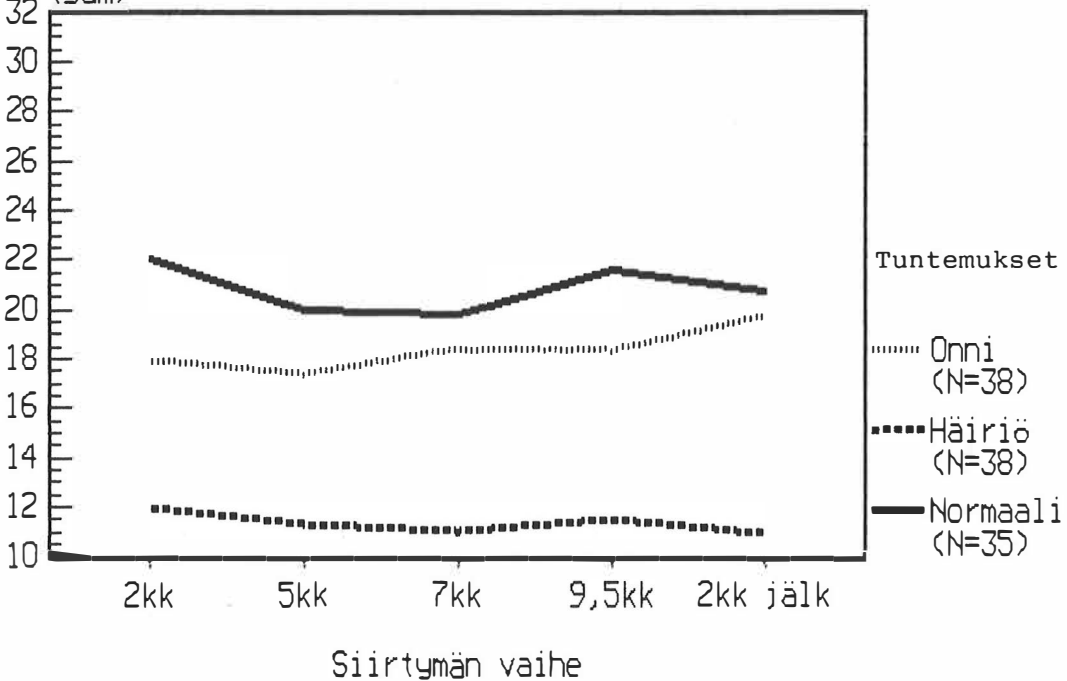
Miesten vanhemmuuden onnen tunteet voimistuivat melkein merkitsevästi sitä mukaa kun lapsen odotus eteni (Pillais'n  $F(4,34)=2.67$ ,  $p<.05$ ). Miesten vanhemmuuden onnen tuntemukset olivat voimakkaimmat lapsen syntymän jälkeen ja vähäisimmät odotuksen alkupuolella. Miesten onnen tuntemukset voimistuivat sekä lapsen syntymän aikoihin että odotusvaiheen puolivälissä. Heidän onnensa oli melkein merkitsevästi suurempi lapsen syntymän jälkeen kuin ennen lapsen syntymää ( $F(1,37)=5.23$ ,  $p<.05$ ), samoin se oli suurempi odotuksen 7. kuukaudella kuin 5. kuukaudella ( $F(1,37)=4.37$ ,  $p<.05$ ).

(sum)



KUVIO 6a. Naisten tuntemukset vanhemmuuteen siirtymän mukaan

(sum)



KUVIO 6b. Miesten tuntemukset vanhemmuuteen siirtymän mukaan

### 8.3.2. Masennus

Masennus arvioitiin Beckin ym. (1961) kehittämällä 21-osioisella depressiolomakkeella (BDI). BDI täytettiin odotusvaiheen alussa ja lapsen syntymän jälkeen, eri mittauskertojen korrelaatio oli  $r=.48$  \*\*\*. Naisten ja miesten korrelaatiot eivät poikenneet toisistaan. Näin ollen masennuksen varianssista selittyi vain 23 % yhteisten tekijöiden perusteella, ts. odotuksen alussa ja lapsen syntymän jälkeen masennuksesta kärsivät huomattavalta osalta eri henkilöt.

Odotusvaiheen alussa yleisimmin esiintyneet oireet olivat: väsymys (52 %), unettomuus (37 %), ärtyvyys (34 %), seksuaalinen haluttomuus (34 %), terveydentilan tarkkailu (27 %) ja ruokahalun heikkeneminen (19 %). Kenelläkään ei ollut itsemurhaan liittyviä ajatuksia (liite 9).

Lapsen syntymän jälkeen yleisimmät masennusoireet olivat: unettomuus (61 %), väsymys (44 %), ärtyisyys (42 %), seksuaalinen haluttomuus (37 %), itsesyytökset (33 %) ja pessimismi (21 %). Vastaajista 8 % ilmoitti ajattelevansa itsensä vahingoittamista (liite 9).

Beckin asteikon muuttujien summapistemäärät vaihtelivat tutkimuksen alussa 0 pisteestä 17 pisteeseen ja tutkimuksen lopussa 0 pisteestä 28 pisteeseen. Raskauden alussa naisten BDI-summapistemäärän keskiarvo oli 5.95 ja hajonta 3.98, lapsen syntymän jälkeen keskiarvo oli 6.08 ja hajonta 5.95. Vaikka naisten BDI pistemäärät olivat lapsen syntymän jälkeen raskauden alkua jonkin verran korkeammat, keskiarvojen ero ei ollut merkitsevä ( $t=-.46$ ). Miesten BDI-pistemäärien keskiarvo oli odotusajan alussa 2.13 ja lapsen syntymän jälkeen 4.07, vastaavat hajonnat olivat 3.49 ja 3.64. Keskiarvojen ero oli tilastollisesti merkitsevä ( $t=-2.69$ ,  $p<.01$ ). Miesten masentuneisuus lapsen syntymän jälkeen oli odotusajan alkua suurempi.

Beckin depressioasteikon summapistemäärä luokiteltiin Beckin ym. (1988) ohjeen mukaan neljään depression astetta kuvaavaan luokkaan seuraavasti: normaali, ei masennusta (0 - 9 pistettä), masentunut mieliala/lievä masennus (10 - 18

pistettä), kohtalainen depressio (19 - 29 pistettä) ja vaikea depressio (30 - 63 pistettä). Naisten ja miesten masentuneisuusaste ilmenee taulukosta 14.

TAULUKKO 14. Naisten ja miesten masennusaste vanhemmuuteen siirtymän alussa ja lopussa (%)

Masennusaste/BDI	Naiset		Miehet	
	Alussa N=65	Lopussa N=61	Alussa N=60	Lopussa N=54
Ei masennusta	83.1	78.7	96.7	92.6
Masentunut mieliala	16.9	14.8	3.3	7.4
Kohtalainen depressio		6.5		
Vaikea depressio				
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0

Raskauden alussa joka kuudes nainen kärsi lievistä masennusoireista, ja 2 kk lapsen syntymän jälkeen joka viidennellä naisella oli lieviä tai kohtalaisen vaikeita masennusoireita. Synnytyksen jälkeen neljä naista kärsi kohtalaisesta depressiosta. Näistä kahden naisen BDI-summapistemäärä oli raskauden alussa jo 17 pistettä ja kahden muun 8 ja 6 pistettä. Lapsen syntymän jälkeen yksi nainen oli sairaalahoitossa masennuksen takia.

Kahdella miehellä oli lievää masennusoireilua odotusvaiheen alussa. Lapsen syntymän jälkeen viidellä miehellä oli lievää masennusoireilua, joista yhden oireilu oli lievän ja kohtalaisen masennuksen rajalla.

#### 8.4. Minäskeeman rakenne ja psyykkiset tuntemukset

Minäskeeman rakenne määriteltiin tässä tutkimuksessa vastaajan itseään ja hänen tuttujaan kuvaavien piirteiden läpäisevyys-ominaisuuden perusteella. Vastaajan skeema arvioitiin jäykäksi, jos hän suosi arvioinneissaan asteikon keskipistettä. Vastaajan skeema oli joustava, jos hän käytti

arviointiasteikon pisteitä tasaisesti.

Psyykkiset tuntemukset määriteltiin normaalioireiluna, häiriöoireiluna ja vanhemmuuden onnena sekä masennuksena. Normaalioireiluun sisältyi sellaista psyykkistä ja somaattista oireilua, joka on tyypillistä lapsen odotusaikana ja lapsen syntymän jälkeen. Tässä tutkimuksessa näitä olivat: pahoinvointi, väsymys, erilaiset mieliteot, saamattomuus, jännittyneisyys, mielialojen heilahtelu, itkuisuus, ärtyneisyys, epämääräisen raskas olo, sukupuolinen haluttomuus, suuttumus puolisolle ja erilaiset kivut/säryt. Häiriöoireiluun sisältyi hyvinvointia tuntuvasti haittaavia oireita, joita tässä tutkimuksessa olivat: mustasukkaisuus, masennus, tyhjyyden tunne, tunne ettei tunne oikealla tavalla, kummalliset mielikuvat, vihaisuus omasta tilanteesta, erilaiset pelot, univaikeudet ja samana toistuvat pakkoajatukset tai -toiminnot. Vanhemmuuden onneen sisältyy hyvinvointia kuvaavia tuntemuksia, joita tässä tutkimuksessa ovat: valoisuus, vapauden tunne, rauhallisuus, äitiyden tai isyyden onni, minulla on uusia voimia ja mietin lastani. Masennus tarkoitti BDI-lomakkeella mitattua masennusoireilua. Kuvioiden 7 - 10 keskiarvot ja hajonnat ovat liitteessä 10. Selvitettävänä kysymyksenä oli, voidaanko vanhemmuuteen siirtymisen aikana esiintyviä psyykkisiä tuntemuksia ennakoita minäskeeman rakenteen perusteella.

#### 8.4.1. Normaalioireilu

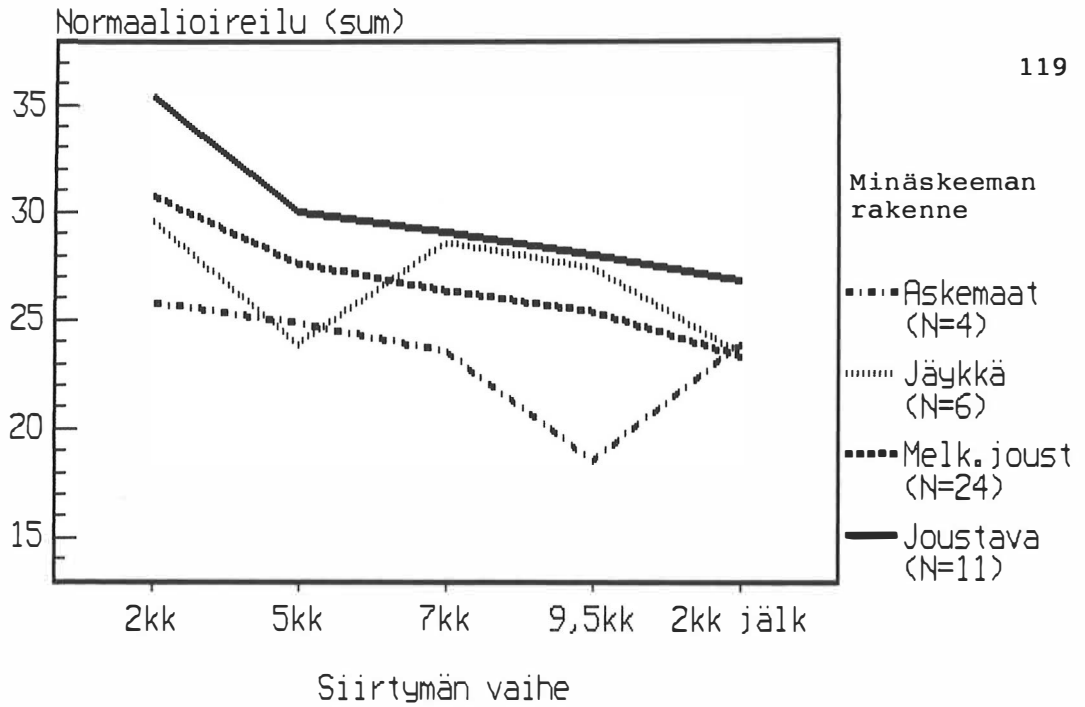
Naisten normaalioireilu. Toistettujen mittausten varianssi-analyysin (MANOVA) tuloksen mukaan minäskeeman rakenne ei ollut yhteydessä normaalioireiluun tilastollisen merkittävästi. Kuitenkin "joustavien" ryhmä oireili muita ryhmiä enemmän ( $t=2.03$ ,  $p<.05$ ). Vanhemmuuteen siirtymän omavaikutus normaalioireiluun oli erittäin merkittävä (Greenhouse-Geisser'n  $F(2.96)=8.25$ ,  $p<.001$ ). Minäskeeman rakenteen ja vanhemmuuteen siirtymän yhdysvaikutus oireiluun ei ollut merkittävä (kuvio 7a). Kun varianssi-analyysistä poistettiin ne

naiset, joiden masennus raskauden alussa poikkesi normaalista ( $BDI > 9$  p), tulokset olivat edelleen merkitseviä edellä olevan kaltaisesti.

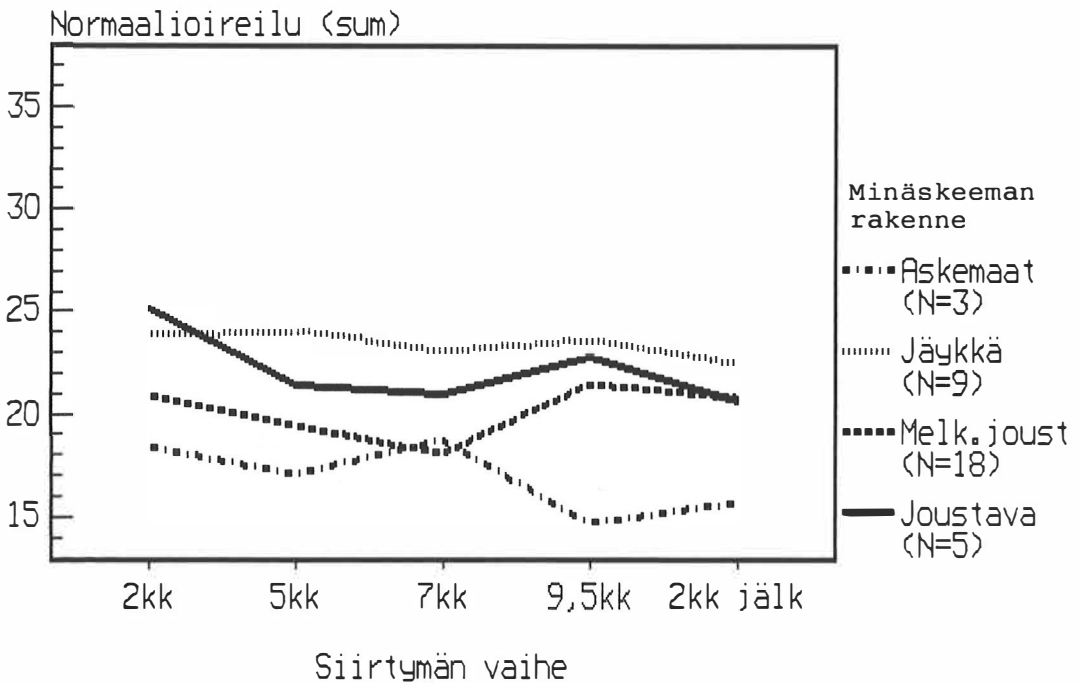
Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulosten mukaan minäskeeman rakenne ei ollut yhteydessä normaalioireilun määrään. Ainoastaan lapsen syntymän edellä ryhmien keskiarvot erosivat toisistaan melkein merkitsevästi ( $F(3,47)=3.03$ ,  $p<.05$ ). "Joustavat" oireilivat enemmän kuin "askemaattiset" ( $t=2.66$ ,  $df=14$ ,  $p<.05$ ). Johdonmukaisena suuntauksena oli, että "joustavien" oireilu oli runsaampaa kuin muiden ryhmien oireilu. Lisäksi voitiin havaita, että "joustavien" ja "melko joustavien" normaalioireilu väheni tasaisesti raskauden edetessä. Sen sijaan "jäykkien" oireilu lisääntyi raskauden 7. kuukaudella ja "askemaattisten" oireilu oli vähäistä koko vanhemmuuteen siirtymän ajan, erityisesti lapsen syntymää edeltävänä aikana.

Miesten normaalioireilu. MANOVA:n tuloksen mukaan minäskeeman rakenteen yhteys normaalioireiluun oli oireellinen ( $F(3,31)=2.30$ ,  $p<.10$ ). "Jäykät" oireilivat muita ryhmiä enemmän ( $t=2.05$ ,  $p<.05$ ). Vanhemmuuteen siirtymän omavaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä, kuten ei myöskään minäskeeman rakenteen ja siirtymän yhdysvaikutus (kuvio 7b). Kun odotusajan alussa lievästä masennuksesta ( $BDI > 9$  p) kärsineet miehet poistettiin analyysistä, minäskeeman rakenteen omavaikutus normaalioireiluun oli edelleen tilastollisen oireellinen.

Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulokset osoittivat, että minäskeeman rakenteeltaan erilaiset ryhmät erosivat lapsen syntymän edellä merkitsevästi ( $F(3,40)=4.23$ ,  $p<.01$ ), odotusajan keskivaiheilla melkein merkitsevästi ( $F(3,48)=2.87$ ,  $p<.05$ ) ja odotuksen 7. kuukaudella oireellisesti ( $F(3,40)=2.19$ ,  $p<.10$ ). "Jäykkien" oireilu oli runsaampaa kuin "askemaattisten" oireilu lapsen syntymän edellä ( $t=2.98$ ,  $df=14$ ,  $p<.01$ ) ja odotusajan puolivälissä ( $t= 2.80$ ,  $df=19$ ,  $p<.05$ ). Johdonmukaisena suuntauksena oli, että "jäykkien" oireilu pysyi suhteellisen runsaana koko vanhemmuuteen



KUVIO 7a. Naisten normaalioireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen



KUVIO 7b. Miesten normaalioireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen

siirtymän ajan eikä siinä ollut havaittavissa muutoksia. "Askemaattisten" oireilu oli muita ryhmiä vähäisempää, se oli matalimmillaan lapsen syntymän edellä ja lisääntyi taas lapsen synnyttyä.

#### 8.4.2. Häiriöoireilu

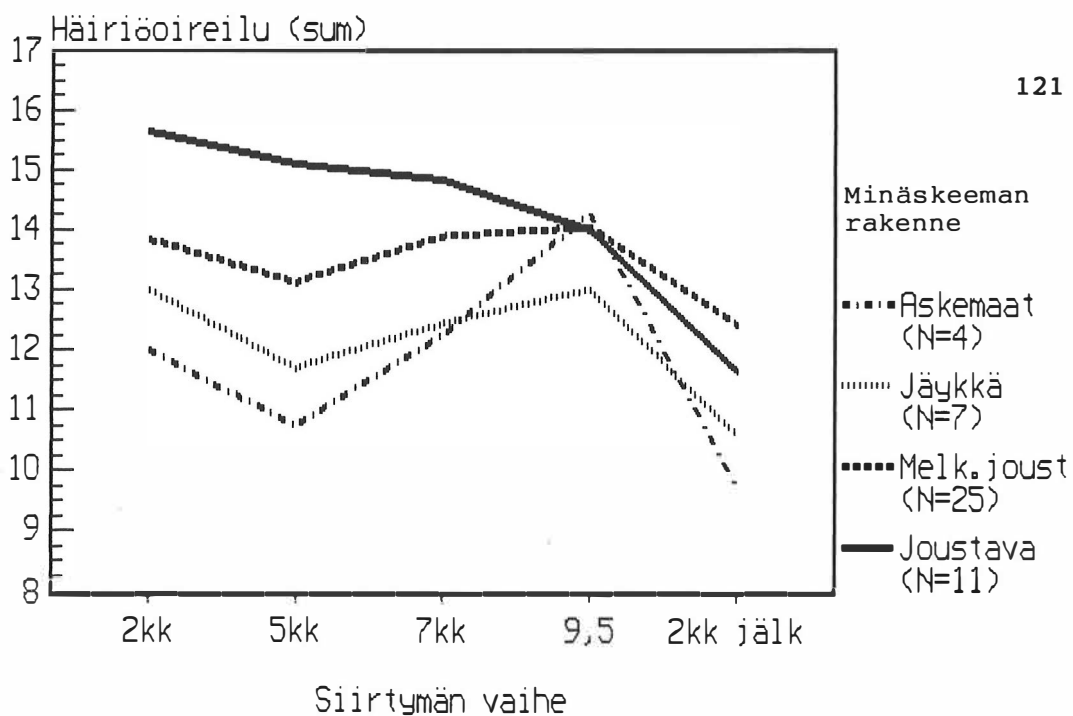
Naisten häiriöoireilu. MANOVA:n tuloksen mukaan minäskeeman rakenteen yhteys häiriöoireiluun ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan vanhemmuuteen siirtymän omavaikutus oireiluun oli erittäin merkitsevä (Pillais'n  $F(4,40)=8.52$ ,  $p<.001$ ). Minäskeeman rakenteen ja siirtymän yhdysvaikutus ei ollut merkitsevä (kuvio 8a). Tulos pysyi samana myös silloin, kun analyysistä oli poistettu raskauden alussa lievästi masentuneet naiset.

Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulosten mukaan minäskeeman rakenteeltaan erilaiset ryhmät eivät eronneet toisistaan häiriöoireilun määrässä missään vanhemmuuteen siirtymän vaiheessa.

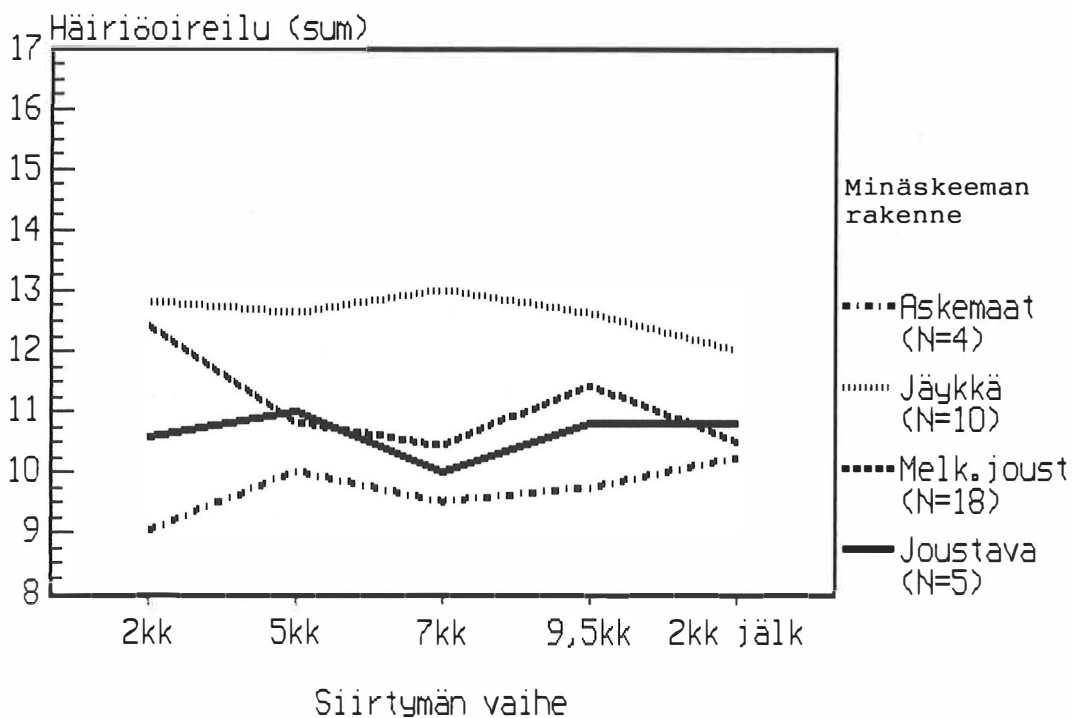
Miesten häiriöoireilu. MANOVA:n tulos osoitti, etteivät mitkään omavaikutukset tai minäskeeman rakenne ja siirtymän yhdysvaikutus olleet tilastollisesti merkitseviä (kuvio 8b). Varianssianalyysi, josta lievästi masentuneet miehet oli poistettu, oli epäluotettava ryhmien kovarianssimatriisien ollessa erisuuruisia.

Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulokset olivat epäluotettavia raskauden alussa ja 7. kuukaudella (Bartlett-Box), jolloin ryhmien vertailut suoritettiin pareittain t-testillä. Miesryhmät eivät eronneet toisistaan odotusajan alussa eivätkä myöskään lapsen syntymän jälkeen. Sen sijaan lapsen syntymän edellä ryhmien keskiarvojen ero oli melkein merkitsevä ( $F(3,43)=2.75$ ,  $p<.05$ ). Tällöin "jäykkien" oireilu oli suurempaa kuin "askemaattisten" oireilu ( $t=2.18$ ,  $df=16$ ,  $p<.05$ ). Suuntauksena oli, että "jäykkien" oireilu oli muita





KUVIO 8a. Naisten häiriöoireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen



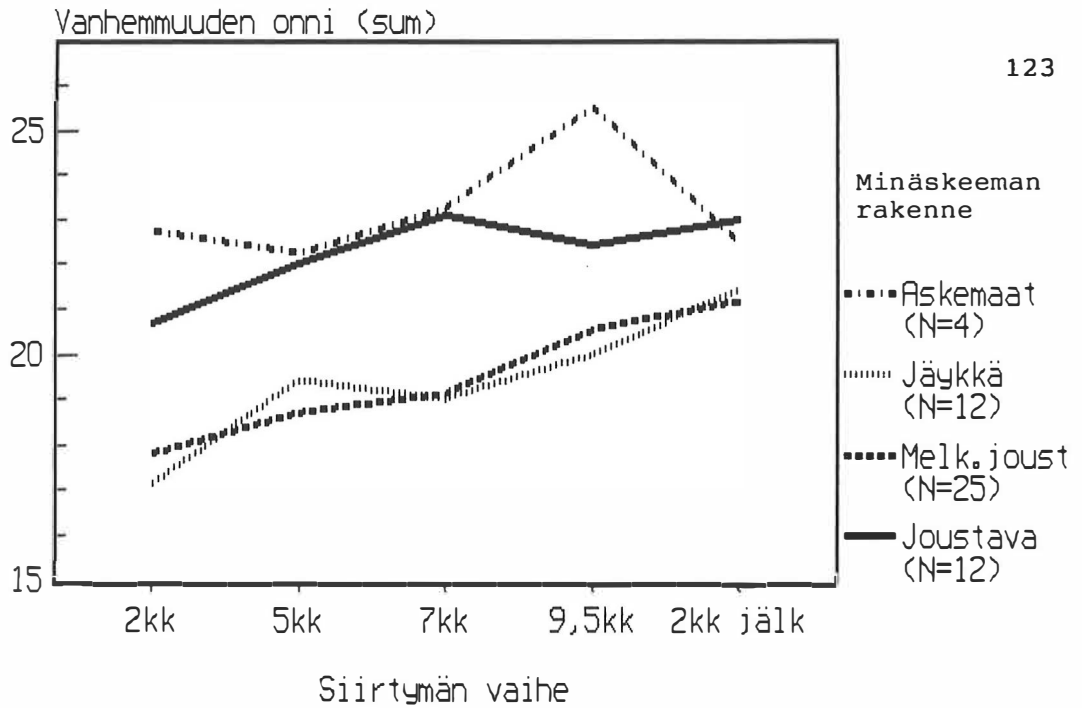
KUVIO 8b. Miesten häiriöoireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen

ryhmiä runsaampaa kaikissa siirtymän vaiheissa. "Jäykkien" oireilu oli odotuksen 7. kuukaudella suurempaa kuin "joustavien" oireilu ( $t=2.28$ ,  $df=15$ ,  $p<.05$ ), "melko joustavien" oireilu ( $t=3.08$ ,  $df=27$ ,  $p<.01$ ) ja "askemaattisten" oireilu ( $t=2.73$ ,  $df=15$ ,  $p<.05$ ).

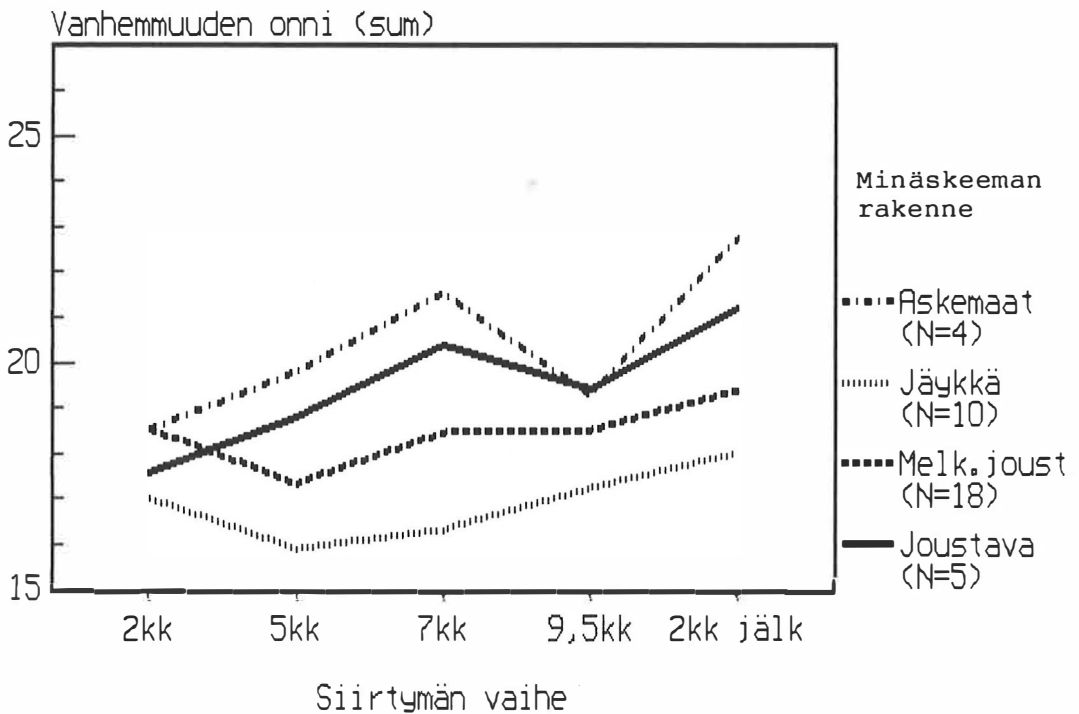
#### 8.4.3. Vanhemmuuden onni

Naisten vanhemmuuden onni. MANOVA:n tuloksen mukaan sekä minäskeeman rakenne että raskauden eteneminen olivat yhteydessä vanhemmuuden onnen kasvuun (kuvio 9a). Minäskeeman rakenteen omavaikutus oli merkitsevä ( $F(3,44)=4.50$ ,  $p<.01$ ). "Melko joustavien" ( $t=-2.59$ ,  $p<.01$ ) ja "jäykkien" ( $t=-1.91$ ,  $p<.10$ ) onnen tunteet olivat muiden ryhmien onnen tunteita niukempia. Vanhemmuuden onnen tunteet lisääntyivät raskauden edetessä (Greenhouse-Geisser'n  $F(3.00)=5.67$ ,  $p<.001$ ). Sen sijaan minäskeeman rakenteen ja siirtymän yhdysvaikutus vanhemmuuden onnen kehittymiseen ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kun analyysistä poistettiin raskauden alussa lievästi masentuneet naiset, tulos pysyi samansuuntaisena.

Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulosten mukaan naisryhmien vanhemmuuden onnen tunteet erosivat kaikissa muissa siirtymän vaiheissa paitsi lapsen syntymän jälkeen. Raskauden alussa ryhmien ero oli erittäin merkitsevä ( $F(3,63)=5.71$ ,  $p<.001$ ), raskauden puolivälissä melkein merkitsevä ( $F(3,58)=3.35$ ,  $p<.05$ ), samoin 7. kuukaudella ( $F(3,50)=3.30$ ,  $p<.05$ ) ja lapsen syntymän edellä ( $F(3,50)=2.69$ ,  $p<.05$ ). "Joustavien" onnen tuntemukset olivat suurempia kuin "jäykkien" ja "melko joustavien" onnen tunteet raskauden alussa ( $t=2.60$ ,  $df=25$ ,  $p<.05$  ja  $t=3.41$ ,  $df=45$ ,  $p<.01$ ). "Joustavien" onni oli suurempi kuin "melko joustavien" onni myös raskauden puolivälissä ( $t=2.68$ ,  $df=43$ ,  $p<.05$ ). Lapsen syntymän jälkeen "joustavien" onni oli oireellisesti suurempi kuin "jäykkien" onni ( $t=1.99$ ,  $df=16$ ,  $p<.10$ ). Muissa siirtymän vaiheissa "joustavien" onnen tunteet olivat



KUVIO 9a. Naisten vanhemmuuden onni, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen



KUVIO 9b. Miesten vanhemmuuden onni, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen

voimakkaammat kuin "jäykkien" tai "melko joustavien" tunteet, erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. "Askemaattisten" vanhemmuuden onnen tunteet olivat melkein merkitsevästi suuremmat kuin "jäykkien" tunteet raskauden alussa ( $t=2.23$ ,  $df=15$ ,  $p<.05$ ) ja lapsen syntymän edellä ( $t=2.23$ ,  $df=15$ ,  $p<.05$ ). "Askemaattisten" onni oli suurempaa kuin "melko joustavien" onni raskauden alussa ( $t=2.61$ ,  $df=35$ ,  $p<.05$ ), raskauden puolivälissä ( $t=2.43$ ,  $df=34$ ,  $p<.05$ ), 7. kuukaudella ( $t=2.49$ ,  $df=29$ ,  $p<.05$ ) ja lapsen syntymän edellä ( $t=2.50$ ,  $df=29$ ,  $p<.05$ ). Lapsen syntymän jälkeen erot eivät olleet merkitseviä.

Miesten vanhemmuuden onni. MANOVA:n tuloksen mukaan vanhemmuuden onnen kehittymiseen oli yhteydessä ainoastaan odotuksen eteneminen (Pillais'n  $F(4,34)=2.67$ ,  $p<.05$ ). Minäskeeman rakenne ei ollut yhteydessä onnen kehittymiseen, ei myöskään siirtymän ja minäskeeman yhdysvaikutus (kuvio 9b). Tulos pysyi samana myös silloin, kun analyysistä oli poistettu odotuksen alussa lievästi masentuneet miehet.

Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulosten mukaan minäskeeman rakenteeltaan erilaiset miesryhmät erosivat toisistaan vanhemmuuden onnen määrässä merkitsevästi odotuksen 7. kuukaudella ( $F(3,41)=4.57$ ,  $p<.01$ ) ja oireellisesti lapsen syntymän jälkeen ( $F(3,51)=2.40$ ,  $p<.10$ ). Muissa vaiheissa varianssianalyysien tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. "Joustavien" onni oli melkein merkitsevästi "jäykkien" onnea suurempi odotuksen 7. kuukaudella ( $t=2.79$ ,  $df=15$ ,  $p<.05$ ). Tällöin myös "askemaattisten" onni oli "jäykkien" onnea suurempi ( $t=2.97$ ,  $df=14$ ,  $p<.05$ ). Lapsen syntymän jälkeen "askemaattisten" onnen tunteet olivat merkitsevästi "jäykkien" onnen tunteita voimakkaampia ( $t=3.29$ ,  $df=21$ ,  $p<.01$ ). Myös "joustavien" onnen tunteet olivat "jäykkien" tunteita oireellisesti suuremmat ( $t=1.99$ ,  $df=16$ ,  $p<.10$ ).

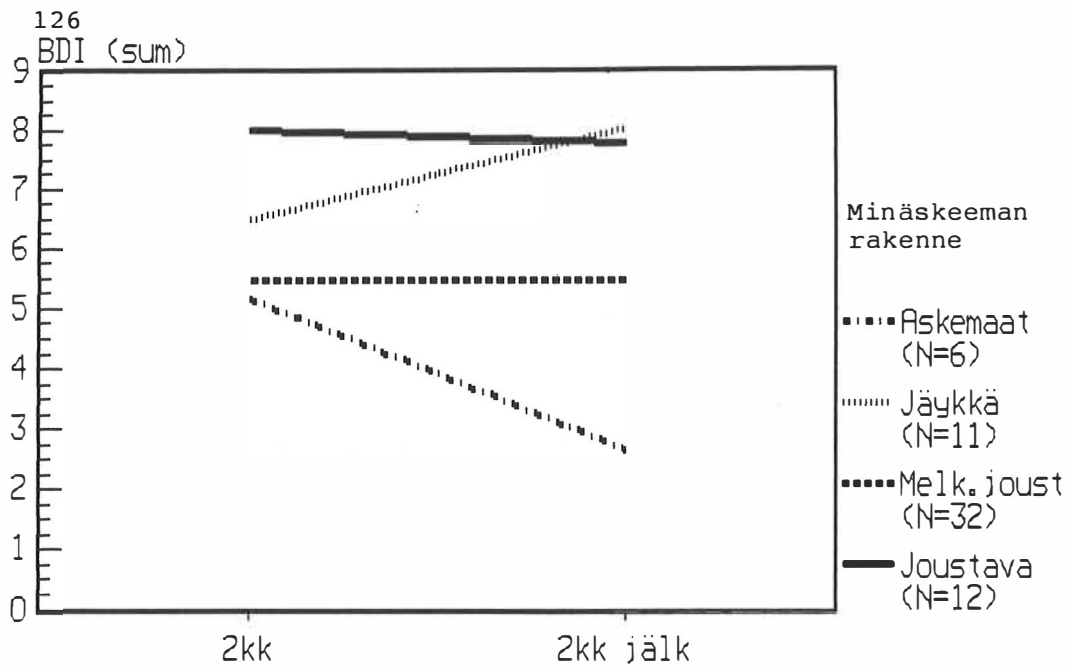
#### 8.4.4. Masennus

Naisten masennus. MANOVA:n tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (kuvio 10a). Myöskään yksisuuntaisen varianssianalyysin tulos ei ollut merkitsevä raskauden alussa. Sen sijaan 2 kuukautta lapsen syntymän jälkeen minäskeeman rakenteeltaan erilaiset naisryhmät erosivat toisistaan melkein merkitsevästi ( $F(3,113)= 3.14, p<.05$ ). Masennusoireilu oli suurinta "jäykkien" ryhmässä ja pienintä "askemaattisten" ryhmässä, ero oli tilastollisesti merkitsevä ( $t=2.83, df=15, p<.01$ ). Myös "joustavien" masennus oli suurempaa kuin "askemaattisten" masennusoireilu ( $t=3.05, df=16, p<.10$ ).

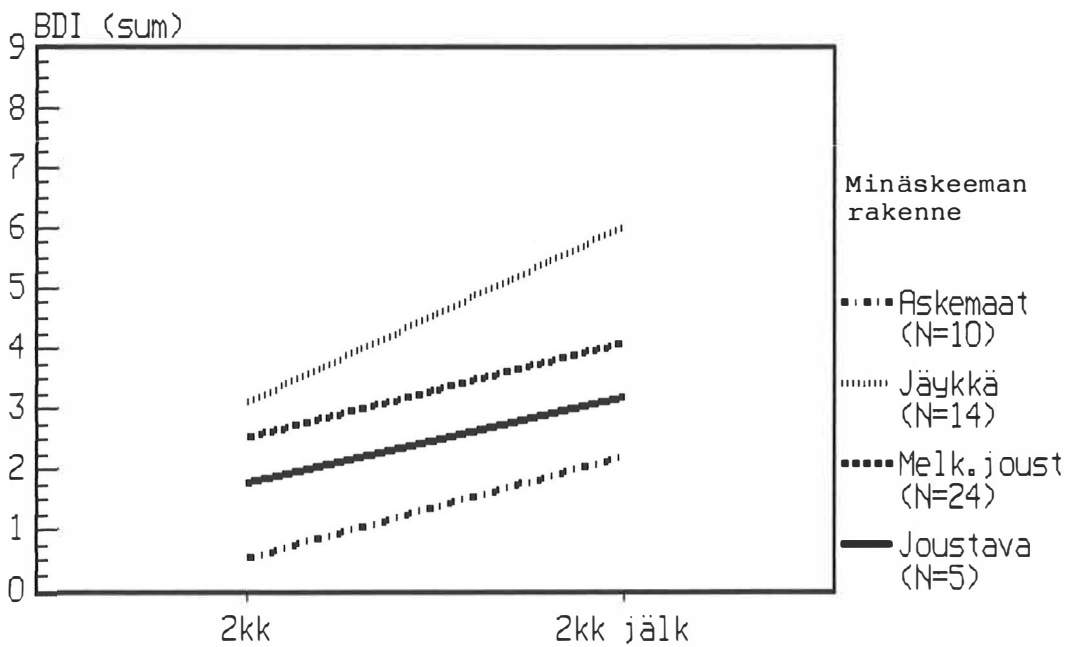
Miesten masennus. MANOVA:n mukaan minäskeeman rakenteen yhteys masennusoireiluun oli tilastollisesti oireellinen ( $F(3,49)=2.47, p<.10$ ). Masennusoireilu kasvoi merkittävästi odotuksen alusta lapsen syntymän jälkeiseen aikaan ( $F(1,49)=8.34, p<.01$ ). Sen sijaan minäskeeman rakenteen ja masennuksen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhdysvaikutusta. Odotuksen alussa minäskeemaltaan erilaiset miesryhmät eivät eronneet toisistaan (kuvio 10b). Sen sijaan lapsen syntymän jälkeen "jäykkien" miesten raportoima masennus oli melkein merkitsevästi "askemaattisten" oireilua suurempaa ( $t=2.44, df=22, p<.05$ ).

#### 8.4.5. Tulosten tarkastelu

Naisilla raskauden eteneminen ja miehillä minäskeeman rakente olivat yhteydessä normaalioreiluun. "Joustavien" ja "melko joustavien" naisten normaalioreilu väheni johdonmukaisesti raskauden edetessä. "Jäykkien" miesten oireilu oli runsainta koko siirtymän ajan odotuksen alkua lukuunottamatta. "Askemaattisten" oireilu oli vaihtelevaa, se oli vähäisintä lapsen syntymän edellä mutta kasvoi taas lapsen



KUVIO 10a. Naisten masennus, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen



KUVIO 10b. Miesten masennus, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen

synnyttyä.

Minäskeeman rakenne oli yhteydessä miesten häiriöoireiluun. Jos miehen ajattelu oli jäykkää, hänellä oli häiriöoireita enemmän kuin, jos hänen ajattelunsa oli joustavampaa. Naisten minäskeeman rakenne ei ollut yhteydessä häiriöoireilun määrään. Suuntauksena oli, että lapsen syntymän edellä naisten häiriöoireilu tuli samanlaiseksi minäskeeman rakenteesta riippumatta.

Sekä minäskeeman rakenne että raskauden eteneminen olivat yhteydessä vanhemmuuden onnen tunteiden voimistumiseen. "Jäykkien" oli vaikeinta kokea positiivisia tunteita, kun taas "joustavien" onnen tunteet voimistuivat nopeammin. "Joustavien" vanhemmuuden onnen tunteet olivat voimakkaammat kuin "jäykkien" tunteet jo raskauden alussa. "Askemaattisten" tunteet kasvoivat nopeimmin mutta olivat herkkiä vaihteluille, erityisesti lapsen syntymän aikoihin.

Minäskeeman rakenne ei ollut yhteydessä masennuksen määrään raskauden alussa, sen sijaan lapsen syntymän jälkeen voitiin havaita "jäykkien" oireilun kasvaneen sekä naisilla että miehillä.

Hypoteesi -kuta jäykempi minäskeema, sitä niukempia ovat positiiviset tuntemukset ja sitä enemmän esiintyy psyykkisiä vaikeuksia - sai osittain tukea. Naisilla se sai tukea lähinnä vain vanhemmuuden onnen kehittymisen ja masennuksen suhteen. Niukimpia olivat "jäykkien" ja "melko joustavien" onnen tuntemukset. Lapsen syntymän jälkeen ryhmien erot eivät kuitenkaan olleet enää tilastollisesti merkitseviä. Lapsen syntymän jälkeen "jäykkien" masennus oli merkitsevästi suurempaa kuin "askemaattisten" masennus, mitä eroa ei havaittu raskauden alussa. Naisten minäskeeman jäykkyys ei ollut yhteydessä häiriöoireiluun. Miehillä hypoteesi sai tukea lähinnä siinä, että "jäykkien" miesten häiriöoireilu, masennus ja normaalioreilu olivat johdonmukaisesti runsaampia kuin muiden miesten psyykkiset vaikeudet. "Askemaattisten" miesten oireilu oli vähäisintä, erot olivat usein myös tilastollisesti merkitseviä. On huomattava, että "askemaattisten" ryhmä oli lukumääräisesti

pieni, joten tulokset ovat vain suuntaa-antavia. Lisäksi havaittiin, että "jäykkien" miesten vanhemmuuden onnen tuntemukset olivat johdonmukaisesti niukempia kuin muiden miesten onnen tuntemukset.

#### 8.5. Minäskeeman sisältö ja psyykkiset vaikeudet

Minäskeeman sisältö tässä tutkimuksessa määriteltiin DAS:lla mitattuna dysfunktionaalisuutena. Minäskeeman korkeasta dysfunktionaalisuudesta käytetään käsitettä "negatiivinen minäskeema", keskitasoisesta dysfunktionaalisuudesta käsitettä "neutraali minäskeema" ja matalasta dysfunktionaalisuudesta käsitettä "positiivinen minäskeema". Psyykkisiä vaikeuksia olivat normaalioireilu, häiriöoireilu ja masennus. Kuvioden 11 - 13 keskiarvot ja hajonnat ovat liitteessä 10. Selvitettävänä kysymyksenä oli, voidaanko vanhemmuuteen siirtymisen aikana esiintyviä psyykkisiä vaikeuksia ennakoita minäskeeman sisällön perusteella.

Analyyseihin otettiin vain ne vastaajat, joilla odotusvaiheen alussa ei ollut BDI:llä mitattua, normaalin ylittävää masennusoireilua. Näin menetellessä pyrittiin siihen, että analyyseissä ovat vain ne henkilöt, joilla voi olla pysyväisluonteinen taipumus dysfunktionaalisuuteen muttei samanaikaista masennusoireilua. Analyyseistä karsiutui 11 naista ja 2 miestä. Poistetuista kahdella naisella oli "positiivinen", neljällä "neutraali" ja kolmella "negatiivinen" minäskeema. Toisella miehellä oli "neutraali" ja toisella "negatiivinen" minäskeema (ks. liite 3).

##### 8.5.1. Normaalioireilu

Naisten normaalioireilu. MANOVA:n mukaan minäskeeman dysfunktionaalisuus ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä normaalioireilun määrään (kuviot 11a ja 11b). Kuitenkin voitiin havaita, että minäskeemaltaan "positiivisten"

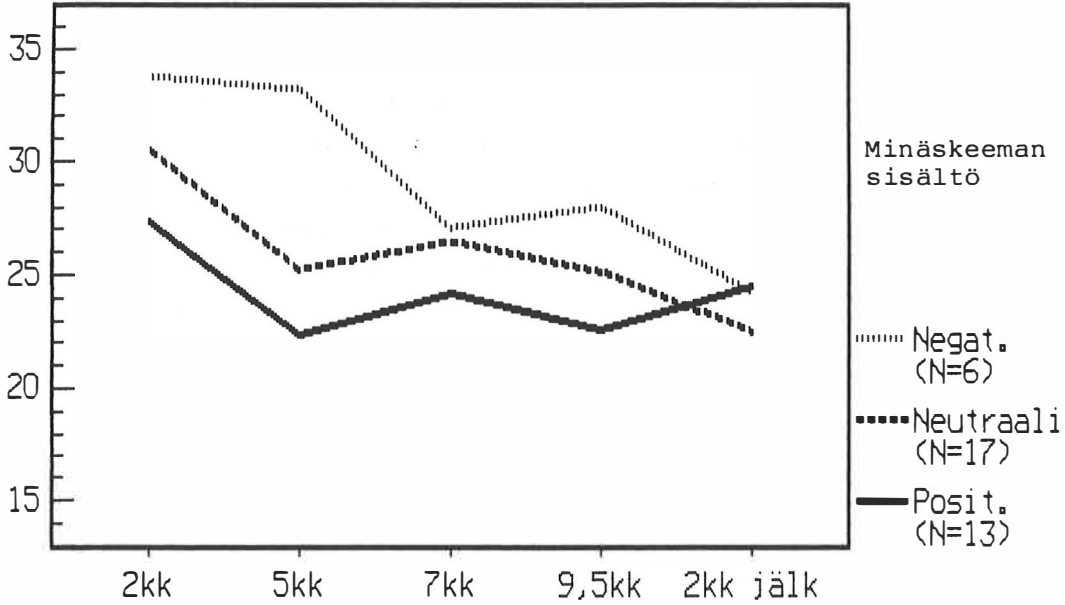


normaalioireilun keskiarvo oli oireellisesti pienempi kuin "negatiivisten" ja "neutraalien" yhteiskeskiarvo ( $t=-1.78$ ,  $p<.10$ ). Raskauden omavaikutus oireilun määrään oli erittäin merkitsevä (Greenhouse-Geisser'n  $F(2.93)=10.87$ ,  $p<.001$ ). Minäskeeman dysfunktionaalisuuden ja raskauden yhdysvaikutus oireiluun oli melkein merkitsevä (Greenhouse-Geisser'n  $F(5.87)=2.50$ ,  $p<.05$ ). Kun raskauden alun ja puolivälin oireilua verrattiin näitä seuraavien vaiheiden oireiluun, oireilun väheneminen oli yhteydessä "positiiviseen" minäskeemaan. Lapsen syntymän aikoihin oireilun määrän lasku oli yhteydessä "neutraaliin" minäskeemaan.

Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulosten mukaan minäskeeman sisällöltään erilaisten ryhmien oireilu erosi toisistaan oireellisesti raskauden alussa ( $F(2,62)=2.93$ ,  $p<.10$ ), merkitsevästi raskauden keskivaiheessa ( $F(2,59)=5.67$ ,  $p<.01$ ) ja melkein merkitsevästi lapsen syntymän edellä ( $F(2,47)=4.15$ ,  $p<.05$ ). Ryhmät eivät eronneet toisistaan merkitsevästi normaalioireilun määrässä raskauden 7. kuukaudella eivätkä 2 kuukautta lapsen syntymän jälkeen. "Negatiivisten" oireilu oli "positiivisten" oireilua merkitsevästi runsaampaa raskauden puolivälissä ( $t=3.33$ ,  $df=29$ ,  $p<.01$ ) ja melkein merkitsevästi runsaampaa lapsen syntymän edellä ( $t=2.58$ ,  $df=22$ ,  $p<.05$ ).

Miesten normaalioireilu. MANOVA:n tuloksen mukaan minäskeeman dysfunktionaalisuus ei ollut yhteydessä normaalioireiluun kuten ei myöskään odotuksen edistymisen (kuvio 11b). Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulokset osoittivat myös, että minäskeeman dysfunktionaalisuus ei aiheuttanut tilastollisesti merkitseviä eroja miesten normaalioireiluun.

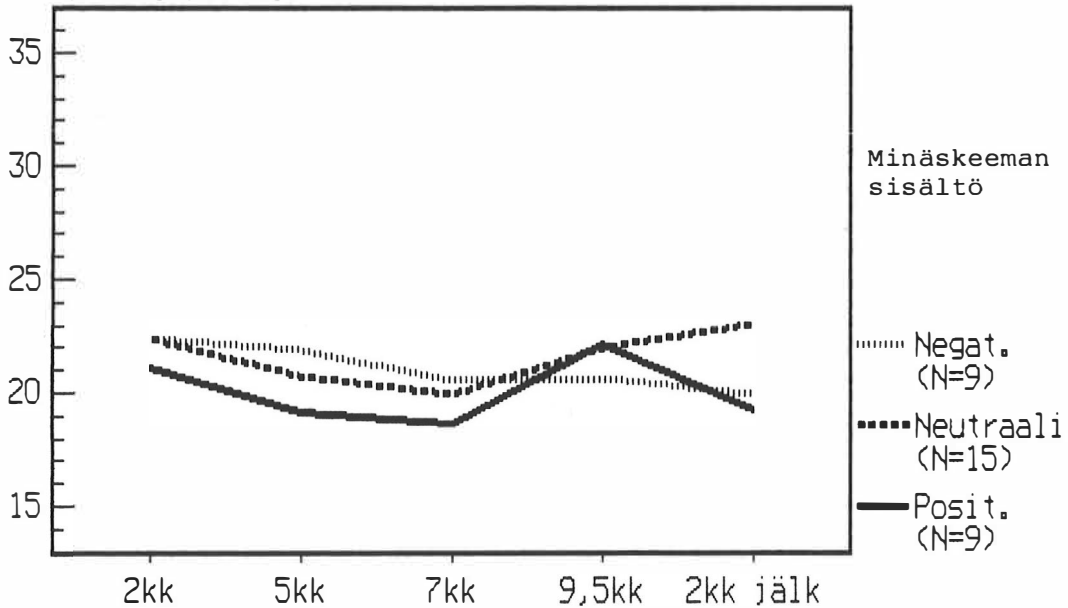
## Normaalioireilu (sum)



## Siirtymän vaihe

KUVIO 11a. Naisten normaalioreilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuuteen (BDI max 9 p)

## Normaalioreilu (sum)



## Siirtymän vaihe

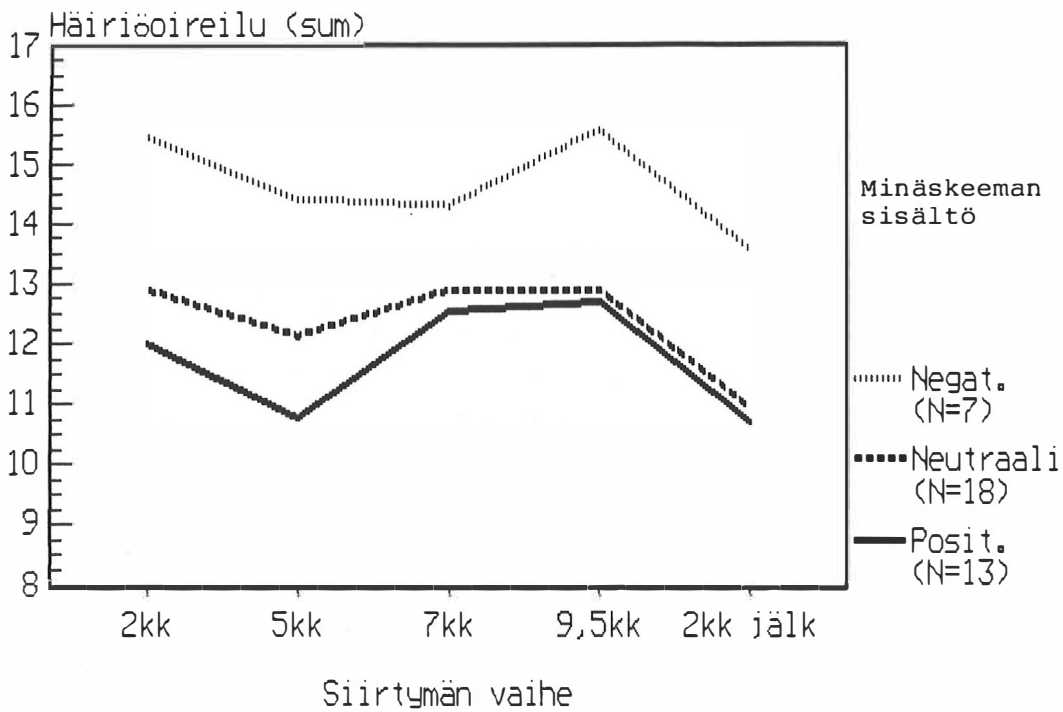
KUVIO 11b. Miesten normaalioreilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuuteen (BDI max 9 p)

### 8.5.2. Häiriöoireilu

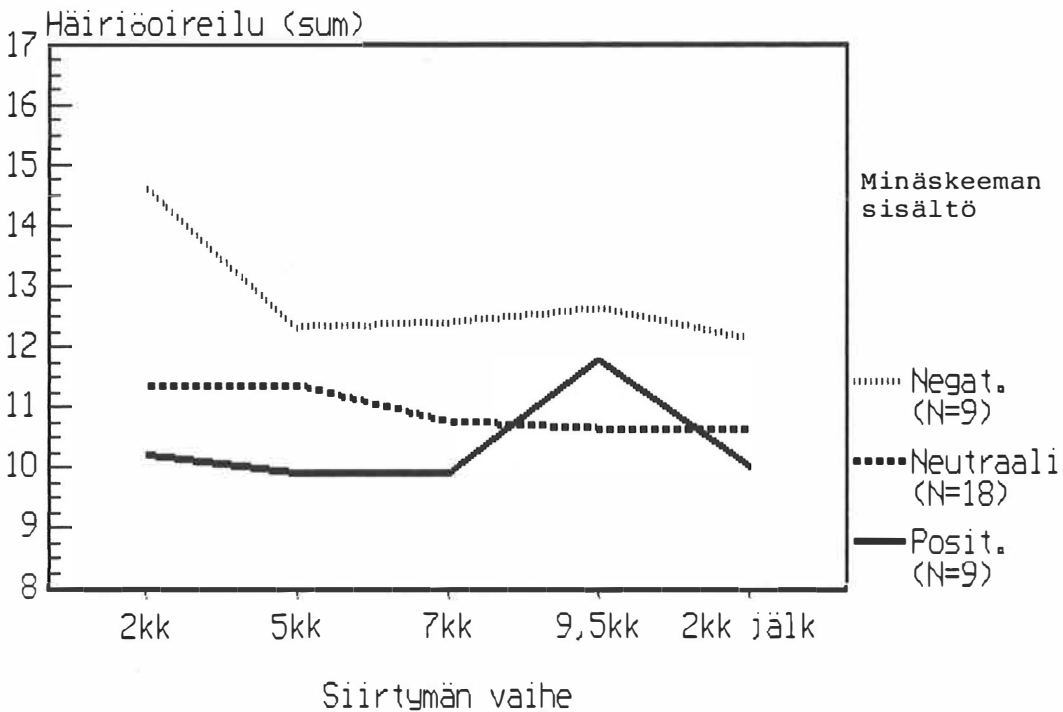
Naisten häiriöoireilu. MANOVA:n mukaan minäskeeman dysfunktionaalisuus oli melkein merkitsevästi yhteydessä häiriöoireiluun ( $F(2,35)=4.59$ ,  $p<.05$ ). "Positiivisten" häiriöoireilun keskiarvo oli muiden ryhmien yhteiskeskiarvoa pienempi ( $t=-2.36$ ,  $p<.05$ ). Raskauden eteneminen oli merkitsevällä tavalla yhteydessä häiriöoireiluun (Pillais'n  $F(4,32)=4.80$ ,  $p<.01$ ). Merkittävin muutos oireilussa tapahtui lapsen syntymän molemmin puolin. Häiriöoireilu väheni lapsen syntymää edeltävästä ajasta sen jälkeiseen aikaan erittäin merkitsevästi ( $F(1,35)=13.65$ ,  $p<.001$ ). Minäskeeman dysfunktionaalisuuden ja vanhemmuuteen siirtymän yhdysvaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä (kuvio 12a).

Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulosten mukaan ryhmät erosivat toisistaan merkitsevästi häiriöoireilun määrässä raskauden alussa ( $F(2,63)=5.30$ ,  $p<.01$ ) ja raskauden puolivälissä ( $F(2,57)=4.92$ ,  $p<.01$ ). Lapsen syntymän edellä ryhmät erosivat toisistaan melkein merkitsevästi ( $F(2,50)=3.42$ ,  $p<.05$ ) ja lapsen syntymän jälkeen erittäin merkitsevästi ( $F(2,60)=8.27$ ,  $p<.001$ ). Varianssianalyysin tulos raskauden 7. kuukaudella oli epäluotettava (Bartlett-Box).

Ryhmien erot tutkittiin parittaisilla t-testeillä. Naiset, joilla oli "negatiivinen minäskeema" kärsivät häiriöoireista muita naisryhmiä enemmän. "Negatiivisten" oireilu oli "positiivisten" oireilua runsaampaa raskauden alussa ( $t=2.38$ ,  $df=29$ ,  $p<.05$ ), raskauden puolivälissä ( $t=3.65$ ,  $df=28$ ,  $p<.01$ ), lapsen syntymän edellä ( $t=2.08$ ,  $df=24$ ,  $p<.05$ ) ja lapsen syntymän jälkeen ( $t=3.67$ ,  $df=28$ ,  $p<.01$ ). Raskauden 7. kuukaudella ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä joskin samansuuntainen kuin muissa raskauden vaiheissa. Lisäksi "negatiivisten" häiriöoireilu oli "neutraalien" oireilua runsaampaa sekä raskauden alussa ( $t=3.37$ ,  $df=43$ ,  $p<.01$ ) että lapsen syntymän jälkeen ( $t=3.16$ ,  $df=41$ ,  $p<.01$ ).



KUVIO 12a. Naisten häiriöoireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuuteen (BDI max 9p)



KUVIO 12b. Miesten häiriöoireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuuteen (BDI max 9p)

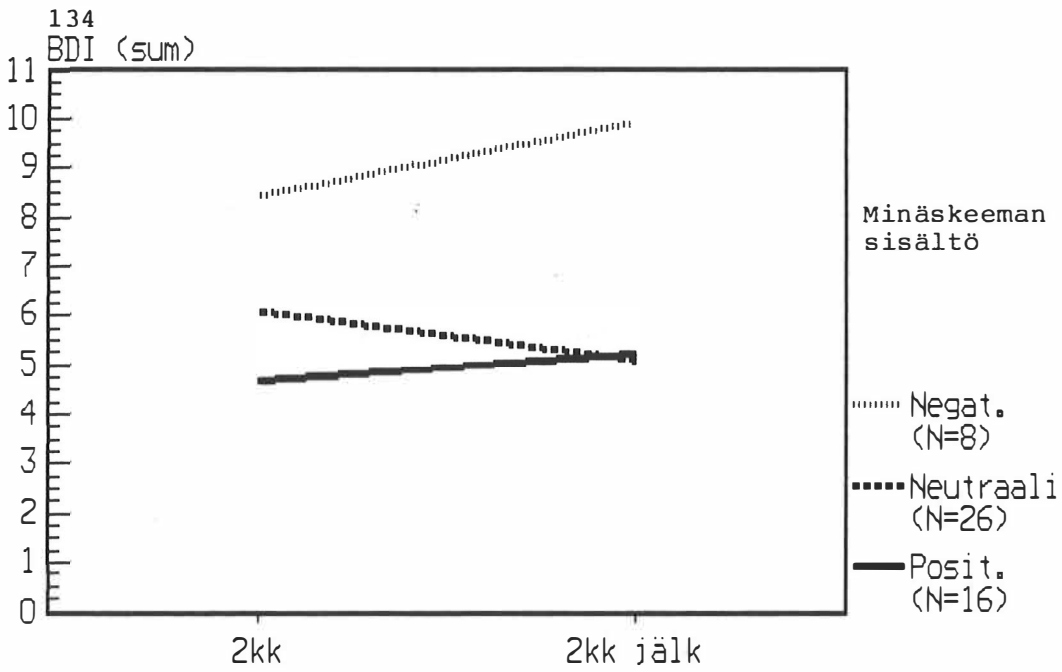
Miesten häiriöoireilu. MANOVA:n tulos oli epäluotettava, koska ryhmien kovarianssimatriisit eivät olleet yhtäsuuret. Minäskeeman dysfunktionaalisuus oli yhteydessä häiriöoireilun määrään oireellisesti ( $F(2,33)=2.74$ ,  $p<.10$ ). Siirtymän omavaikutus ei ollut merkitsevä korjattunakaan, ei myöskään minäskeeman dysfunktionaalisuuden ja siirtymän yhdysvaikutus (kuvio 12b).

Siirtymävaiheittain suoritettavat varianssianalyysit olivat epäluotettavia, koska ryhmien varianssit eivät olleet yhtäsuuria (Bartlett-Box). Ainoastaan lapsen syntymää edeltäneen vaiheen varianssianalyysin tulos oli luotettava, ryhmät erosivat toisistaan melkein merkitsevästi ( $F(2,44)=4.03$ ,  $p<.05$ ). Ryhmien vertailut suoritettiin t-testillä pareittain, minkä tulokset on esitetty taulukossa 15.

TAULUKKO 15. Minäskeemaltaan "negatiivisten" ja "positiivisten" miesten häiriöoireilun erot siirtymän eri vaiheissa

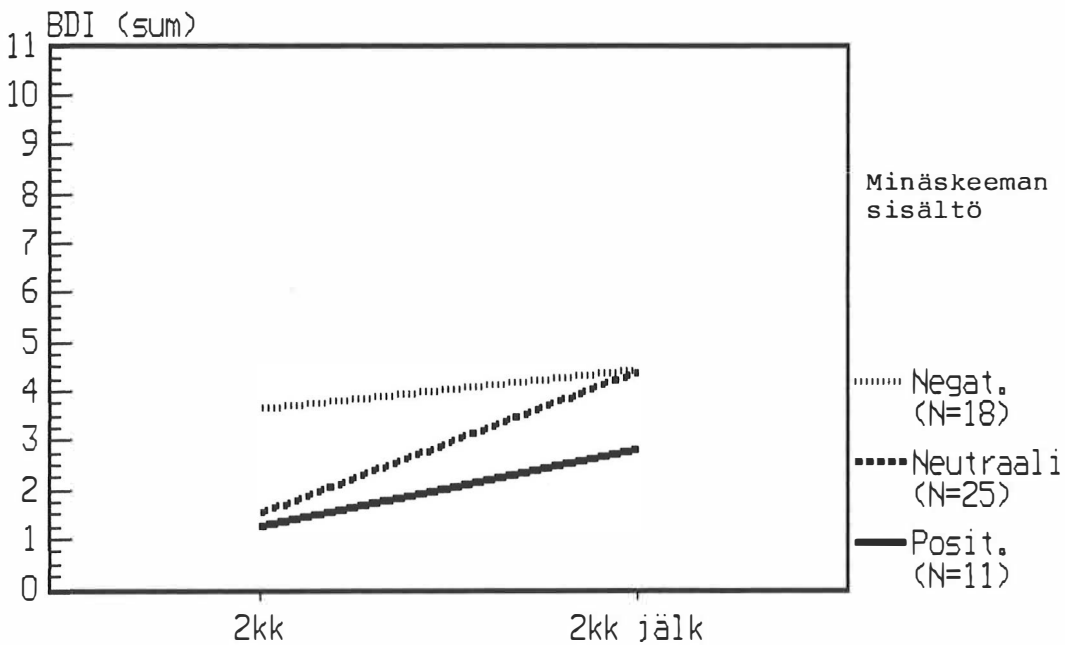
Siirtymän vaihe	t	df	p
2 kk	2.48	28	.05
5 kk	2.07	23	.05
7 kk	2.64	18	.05
9,5 kk			
2 kk syntymän jälkeen	2.21	28	.05

Miehet, joilla oli "negatiivinen minäskeema" kärsivät "positiivisen minäskeeman" miehiä enemmän häiriöoireista kaikissa muissa vanhemmuuteen siirtymän vaiheissa paitsi lapsen syntymän edellä. Lisäksi "negatiiviset" oireilivat merkitsevästi enemmän kuin "neutraalit" lapsen syntymän edellä ( $t=2.74$ ,  $df=34$ ,  $p<.01$ ). Näiden ryhmien erot olivat samansuuntaisia myös muissa vaiheissa, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.



Siirtymän vaihe

KUVIO 13a. Naisten masentuneisuus, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuuteen (BDI max 9p)



Siirtymän vaihe

KUVIO 13b. Miesten masentuneisuus, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuuteen (BDI max 9p)

### 8.5.3. Masennus

Naisten masennus. MANOVA:n mukaan minäskeeman dysfunktionaalisuuden omavaikutus masennukseen oli melkein merkitsevä ( $F(2,58)=4.30$ ,  $p<.05$ ). Siirtymän omavaikutus ei ollut merkitsevä, eikä myöskään siirtymän ja dysfunktionaalisuuden yhdysvaikutus ollut merkitsevä (kuvio 13a). Naiset, joiden minäskeema oli "negatiivinen", kärsivät masennusoireista "positiivisia" merkitsevästi enemmän sekä raskauden alussa ( $t=5.30$ ,  $df=28$ ,  $p<.01$ ) että lapsen synnyttyä ( $t=4.14$ ,  $df=28$ ,  $p<.01$ ).

Miesten masennus. MANOVA:n mukaan vanhemmuuteen siirtymän omavaikutus masennusoireiluun oli merkitsevä ( $F(1,51)=9.28$ ,  $p<.01$ ). Miesten masennusoireilu lisääntyi odotuksen alusta lapsen syntymän jälkeiseen aikaan (kuvio 13b). Minäskeeman dysfunktionaalisuuden omavaikutus ei ollut merkitsevä, ei myöskään siirtymän ja dysfunktionaalisuuden yhdysvaikutus ollut merkitsevä. Odotuksen alussa "negatiivisten" miesten masennus oli oireellisesti "positiivisten" miesten masennusta suurempi ( $t=1.70$ ,  $df=27$ ,  $p<.10$ ). Lapsen syntymän jälkeen miesten ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä joskin samansuuntainen kuin odotuksen alussa.

### 8.5.4. Tulosten tarkastelu

Minäskeeman dysfunktionaalisuus ja raskauden edistyminen olivat yhteydessä naisten normaalioireilun määrään. Ne naiset, joiden minäskeema oli "negatiivinen", oireilivat johdonmukaisesti muita ryhmiä enemmän joskin oireilun erot supistuivat raskauden edetessä. Miesten normaalioreilun vaihtelu ei ollut yhteydessä dysfunktionaalisuuteen eikä siirtymän etenemiseen.

Naisten minäskeeman dysfunktionaalisuus oli yhteydessä häiriöoireilun määrään johdonmukaisella tavalla. Kuten negatiivisempi naisen minäskeema oli, sitä enemmän esiintyi

häiriöoireilua. Masennusoireilu oli runsainta niillä naisilla, joiden minäskeema oli "negatiivinen" sekä raskauden alussa että lapsen syntymän jälkeen. Miehillä häiriöoireilua esiintyi eniten niillä, joiden minäskeema oli "negatiivinen". Minäskeeman dysfunktionaalisuus oli yhteydessä masennusoireiluun vain suunta-antavasti.

Hypoteesi - kuta dysfunktionaalisempi minäskeema oli, sitä enemmän esiintyy psyykkisiä vaikeuksia - sai tukea. "Negatiivisten" ryhmän häiriöoireilu oli sekä naisilla että miehillä muiden minäskeemaryhmien häiriöoireilua runsaampaa. Naisten "negatiivisten" ja "positiivisten" ryhmän masennusoireilun erot kasvoivat raskauden alusta lapsen syntymän jälkeiseen aikaan. "Negatiivisten" miesten masennus oli "positiivisten" miesten oireilua suurempaa vain odotuksen alussa. Näiden ryhmien masennusoireilun ero oli johdonmukainen vaikkakaan ei tilastollisesti merkitsevä. Minäskeeman dysfunktionaalisuus ei ollut yhteydessä normaalioreiluun. Ainoastaan ne naiset, joiden minäskeema oli "negatiivinen" oireilivat muita naisryhmiä enemmän. Erot supistuivat lapsen syntymän jälkeen.

#### 8.6. Minäskeeman rakenne ja hoitopystyvyys

Minäskeeman rakenne määriteltiin sen perusteella, miten jäykästi vs. joustavasti vastaaja oli tulkinut omaa sosiaalista ympäristöään. Hoitopystyvyys määriteltiin lasta odottavan naisen ja miehen odotuksina omasta selviytymisestäään pienen lapsen hoitajana. Vastaajat arvioivat oman pystyvyytensä kolme kertaa vanhemmuuteen siirtymän aikana: raskauden 2. kuukaudella, 7. kuukaudella ja 9.5 kuukaudella. Kuvioiden 14a ja 14b keskiarvot ja hajonnat ovat liitteessä 12. Selvitettävänä kysymyksenä oli, millaisia yhteyksiä esiintyy minäskeeman rakenteen ja pystyvyysodotusten välillä.

Naisten hoitopystyvyys. Toistettujen mittausten varianssi-

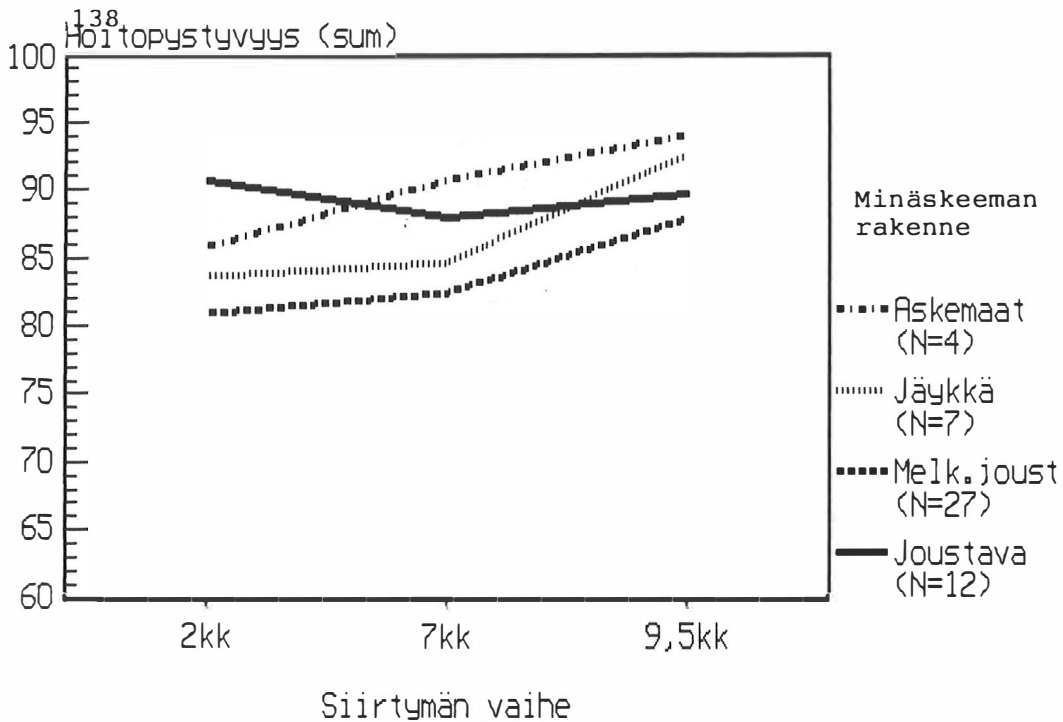


analyysin tulosten mukaan minäskeeman rakenne ei ollut yhteydessä hoitopystyvyyden muodostumiseen millään selväpiirteisellä tavalla, ei suoraan eikä yhdysvaikutuksen kautta. Hoitopystyvyyden muutokset olivat yhteydessä ainoastaan raskauden etenemiseen (kuvio 14a). Siirtymän omavaikutus oli melkein merkitsevä (Greenhouse-Geisser'n  $F(1,54)=3.42$ ,  $p<.05$ ). Pystyvyysodotukset kasvoivat voimakkaimmin raskauden 7. kuukauden ja lapsen syntymää edeltävän ajanjakson välillä ( $F(1,46)=5.25$ ,  $p<.05$ ).

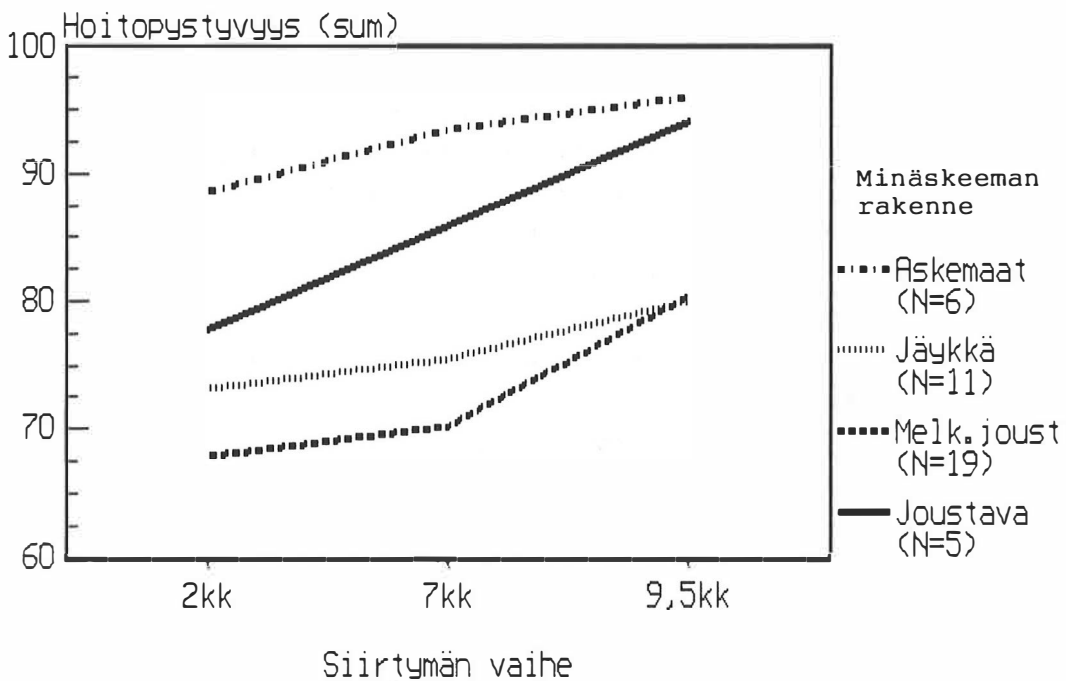
Siirtymävaiheittain suoritettujen yksisuuntaisten varianssianalyysien tuloksista yksikään ei ollut tilastollisesti merkitsevä, ts. naisten minäskeeman rakenne ei ollut yhteydessä hoitopystyvyyden kehittymiseen.

Miesten hoitopystyvyys. Sekä minäskeeman rakenne että lapsen odotuksen edistyminen olivat yhteydessä miesten hoitopystyvyyden muodostumiseen. Minäskeeman ja siirtymän yhdysvaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä (kuvio 14b). Minäskeeman rakenteen omavaikutus hoitopystyvyyteen oli melkein merkitsevä ( $F(3,37)=2.82$ ,  $p<.05$ ). "Melko joustavien" miesten hoitopystyvyys oli muita miehiä matalampi ( $t= -2.17$ ,  $p<.05$ ). "Jäykkien" miesten hoitopystyvyys oli myös lähes oireellisesti muiden miesryhmien keskimääräistä hoitopystyvyyttä alhaisempi ( $t=-1.64$ ,  $p<=.10$ ). Siirtymän omavaikutus hoitopystyvyyteen oli erittäin merkitsevä (Greenhouse-Geisser'n  $F(1,72)=10.83$ ,  $p<.001$ ). Pystyvyysodotukset lisääntyivät eniten odotusajan jälkipuoliskolla; odotusajan alkupuolen pystyvyys verrattuna odotuksen loppupuolen keskimääräiseen pystyvyyteen oli erittäin merkitsevästi matalampi ( $F(1,37)=12.99$ ,  $p<.001$ ). Pystyvyys kasvoi odotuksen 7. kuukauden ja lapsen syntymää edeltävän ajan välillä melkein merkitsevästi ( $F(1,37)=6.20$ ,  $p<.05$ ).

Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulosten mukaan minäskeeman rakenne oli yhteydessä hoitopystyvyyteen odotuksen alkupuolella ( $F(3,57)=2.79$ ,  $p<.05$ ), odotuksen 7. kuukaudella ( $F(3,42)=3.58$ ,  $p<.05$ ) ja lapsen syntymän edellä ( $F(3,43)=2.38$ ,  $p<.10$ ). "Askemaattisten" miesten pystyvyys



KUVIO 14a. Naisten hoitopystyvyys, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen



KUVIO 14b. Miesten hoitopystyvyys, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman rakenteeseen

oli korkeampi kuin "melko joustavien" miesten pystyvyys odotuksen alkupuolella ( $t=2.67$ ,  $df=35$ ,  $p<.05$ ), odotuksen 7. kuukaudella ( $t=2.46$ ,  $df=24$ ,  $p<.05$ ) ja oireellisesti myös lapsen syntymän edellä ( $t=1.94$ ,  $df=16$ ,  $p<.10$ ).

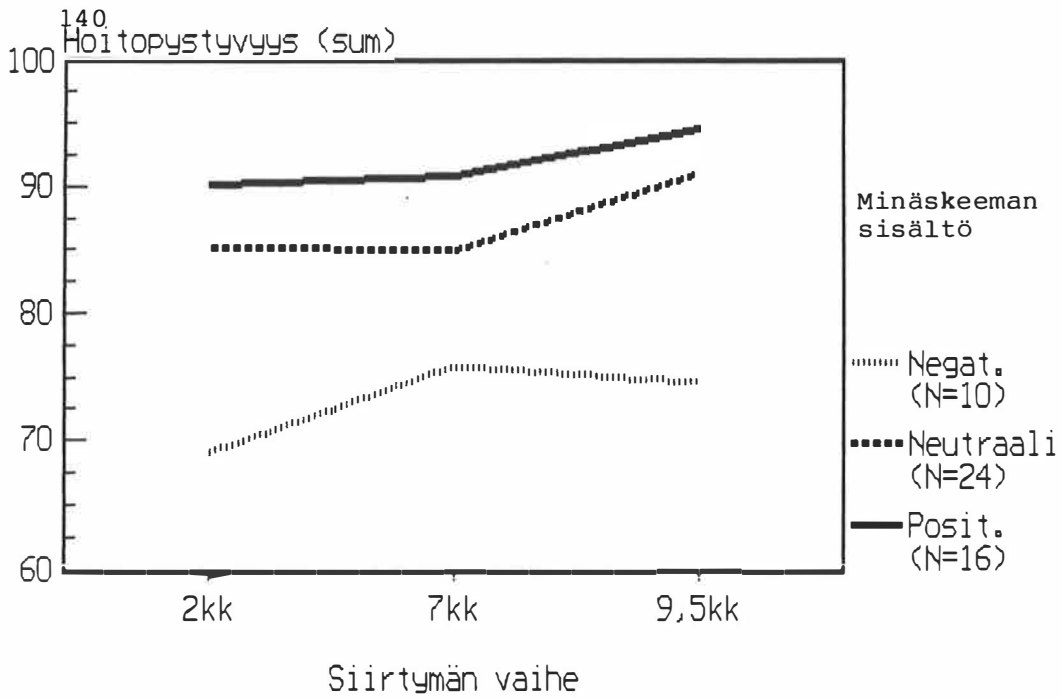
Tulosten tarkastelu. Naisten hoitopystyvyys oli jo raskauden alussa varsin korkea, ja se kasvoi jonkin verran raskauden aikana. Sen sijaan minäskeeman rakenne ei ollut yhteydessä pystyvyysodotusten muodostumiseen. Miesten pystyvyysodotukset kohosivat lapsen odotuksen edetessä. Jäykähkö minäskeema ja matalammat pystyvyysodotukset olivat yhteydessä toisiinsa. Hypoteesi - kuta jäykempi minäskeema on, sitä hitaammin pystyvyysodotukset kasvavat vanhemmuuteen siirtymän edetessä - sai tukea miesten ryhmässä.

#### 8.7. Minäskeeman sisältö ja hoitopystyvyys

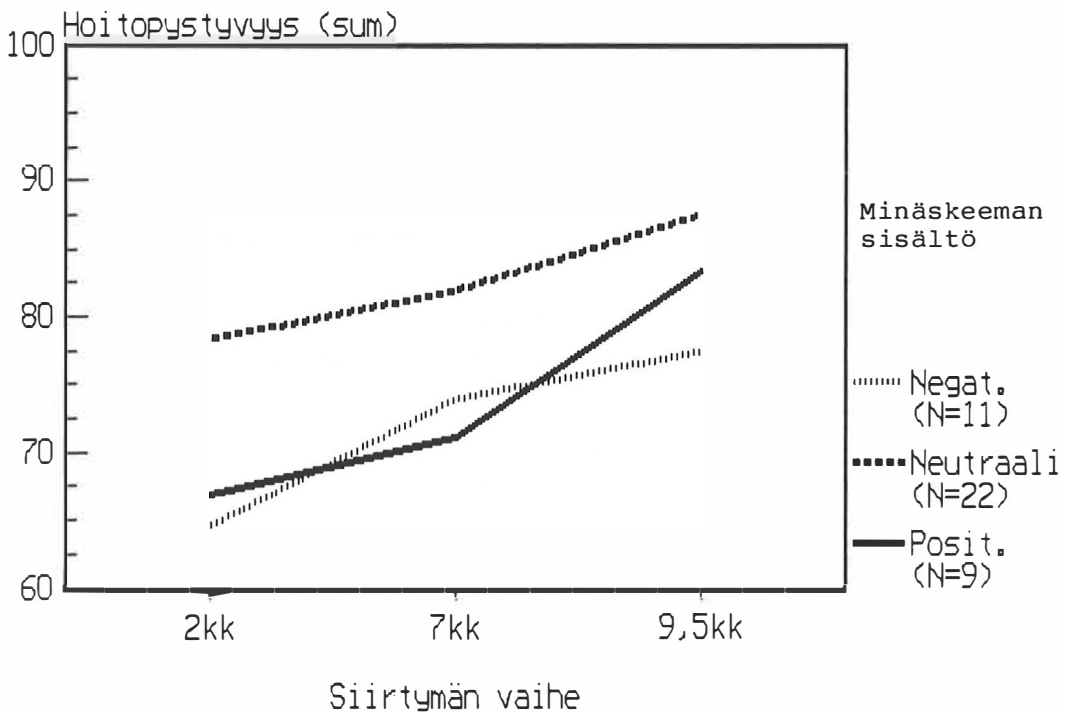
Minäskeeman sisällöllä tarkoitettiin DAS:lla mitattua dysfunktionaalisuutta ja hoitopystyvyydellä naisten ja miesten odotuksia omasta selviytymisestään lapsen hoitajana. Kuvioiden 15a ja 15b keskiarvot ja hajonnat ovat liitteessä 12. Selvitettävänä kysymyksenä oli, millaisia yhteyksiä esiintyy minäskeeman sisällön ja pystyvyysodotusten välillä.

Naisten hoitopystyvyys. Minäskeeman dysfunktionaalisuuden omavaikutus hoitopystyvyyteen oli merkitsevä ( $F(2,47)=5.60$ ,  $p<.01$ ). Minäskeemaltaan "positiivisten" naisten hoitopystyvyys oli muita naisryhmiä parempi ( $t=2.66$ ,  $p<.01$ ). Raskauden omavaikutus hoitopystyvyyteen oli melkein merkitsevä (Greenhouse-Geisser'n  $F(1.47)=4.10$ ,  $p<.05$ ). Minäskeeman sisällön ja siirtymän yhdysvaikutus ei ollut merkitsevä (kuvio 15a).

Yksisuuntaisten varianssianalyysien tulosten mukaan ryhmien keskiarvojen erot hoitopystyvyydessä olivat merkitseviä raskauden alkupuolella ( $F(2,63)=7.21$ ,  $p<.01$ ) ja



KUVIO 15a. Naisten hoitopystyvyys, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuuteen



KUVIO 15b. Miesten hoitopystyvyys, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuuteen

lapsen syntymän edellä ( $F(2,50)=6.03$ ,  $p<.01$ ) sekä melkein merkitseviä raskauden 7. kuukaudella ( $F(2,51)=4.12$ ,  $p<.05$ ). "Positiivisten" pystyvyys oli "negatiivisten" pystyvyyttä parempi jokaisessa kolmessa tutkimusvaiheessa ( $t= 3.23$ ,  $df=30$ ,  $p<.01$ ;  $t=2.49$ ,  $df=26$ ,  $p<.05$ ;  $t=2.81$ ,  $df=24$ ,  $p<.01$ ). "Neutraalien" pystyvyys oli korkeampi kuin "negatiivisten" pystyvyys raskauden alussa ( $t=3.21$ ,  $df=42$ ,  $p<.01$ ) ja lapsen syntymän edellä ( $t=2.76$ ,  $df=33$ ,  $p<.01$ ).

Miesten hoitopystyvyys. Odotuksen eteneminen oli yhteydessä hoitopystyvyyteen erittäin merkitsevästi (Pillais'n  $F(2,38)=11.30$ ,  $p<.001$ ). Minäskeeman dysfunktionaalisuuden omavaikutus ei ollut merkitsevä, ei myöskään siirtymän ja dysfunktionaalisuuden yhdysvaikutus (kuvio 15b).

Siirtymävaiheittain suoritettujen yksisuuntaisten varianssianalyysin tulosten mukaan minäskeeman sisältö ei ollut yhteydessä hoitopystyvyyteen. Ainoastaan odotusajan alussa varianssianalyysin tulos oli oireellinen ( $F(2,59)=2.61$ ,  $p<.10$ ). Suuntauksena oli, että niiden miesten hoitopystyvyys oli muita miehiä korkeampi, joiden minäskeema oli "neutraali". "Neutraalien" pystyvyys oli korkeampi kuin "positiivisten" pystyvyys odotuksen alussa ( $t=2.32$ ,  $df=46$ ,  $p<.05$ ) ja 7. kuukaudella ( $t=1.87$ ,  $df=30$ ,  $p<.10$ ). Lapsen syntymän edellä ryhmät eivät eronneet toisistaan. Suuntauksena oli edelleen, että "neutraalit" arvioivat pystyvyytensä edelleen muita ryhmiä korkeammalle.

Tulosten tarkastelu. Naisilla minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuus oli yhteydessä hoitopystyvyyden kehittymiseen. Kuten suurempi naisen dysfunktionaalisuus oli, sitä matalampia olivat hänen pystyvyyssodotuksensa. Miehillä minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuus ei ollut merkitsevällä tavalla yhteydessä pystyvyyssodotuksiin. Hypoteesi -kuten suurempi minäskeema on, sitä matalampia ovat pystyvyyssodotukset - sai tukea naisten ryhmässä.

ovat pystyvyysodotukset - sai tukea naisten ryhmässä.

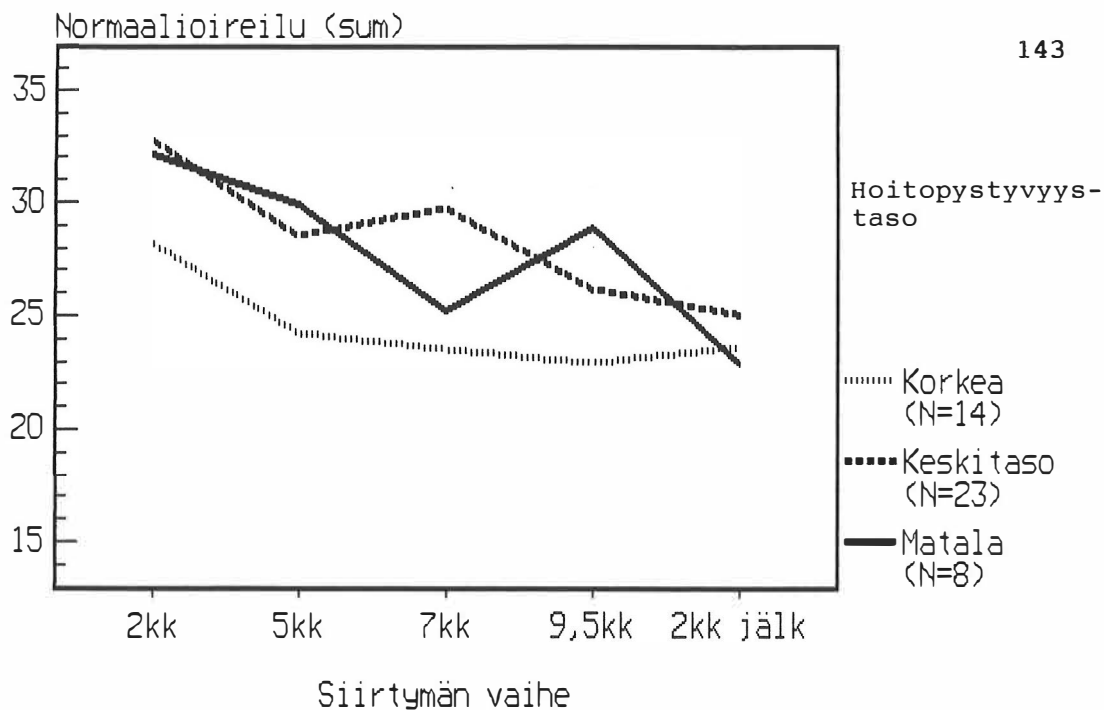
### 8.8. Hoitopystyvyystaso ja psyykkiset tuntemukset

Hoitopystyvyystaso luokitettiin raskauden alussa suoritettun pystyvyysarvioinnin perusteella. Psyykkisiä tuntemuksia olivat normaalioireilu, häiriöoireilu, vanhemmuuden onni ja masennus. Kuvioiden 16 - 19 keskiarvot ja hajonnat ovat liitteessä 13. Selvitettävänä kysymyksenä oli, millä tavoin pystyvyysodotukset ovat yhteydessä psyykkisiin tuntemuksiin vanhemmuuteen siirtymän aikana.

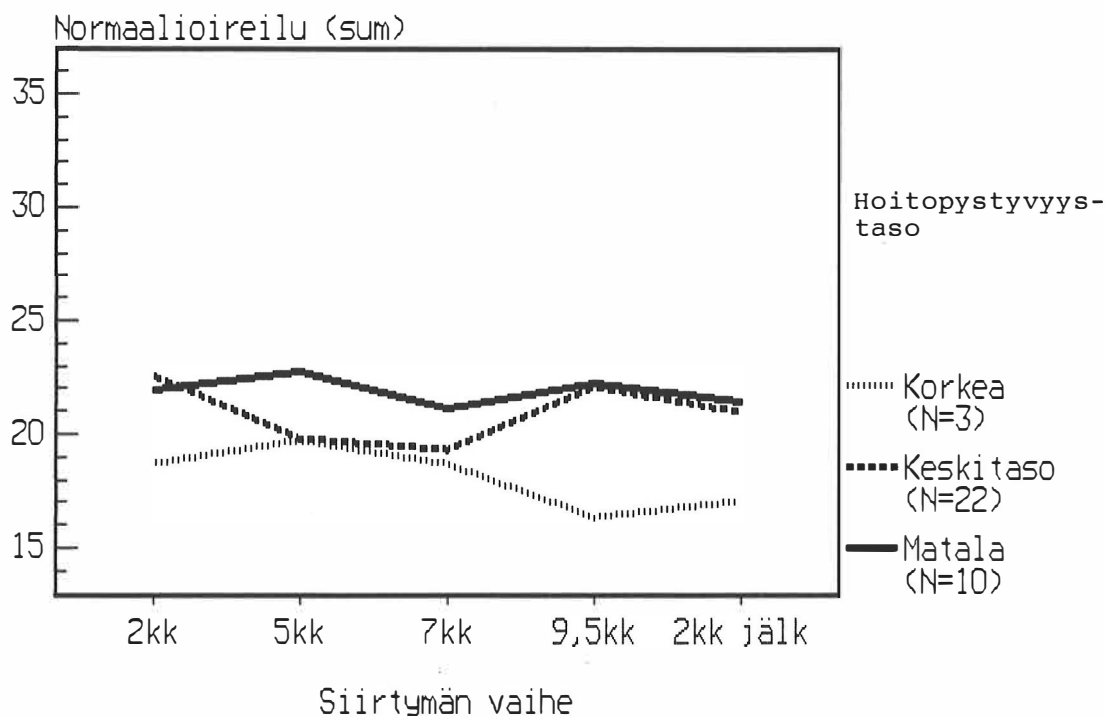
#### 8.8.1. Normaalioireilu

Naisten normaalioireilu. MANOVA:n mukaan hoitopystyvyystaso ei ollut yhteydessä normaalioireiluun (kuvio 16a). Kuten aiemmin on jo todettu, raskauden omavaikutus oireiluun oli erittäin merkitsevä. Hoitopystyvyystason ja raskauden etenemisen yhdysvaikutus normaalioireiluun oli oireellinen (Greenhouse-Geisser'n  $F(5.88)=1.96$ ,  $p<.10$ ). Yhdysvaikutus johtui nimenomaan niiden naisten pystyvyysodotuksista, jotka olivat arvioineet pystyvyytensä "matalaksi".

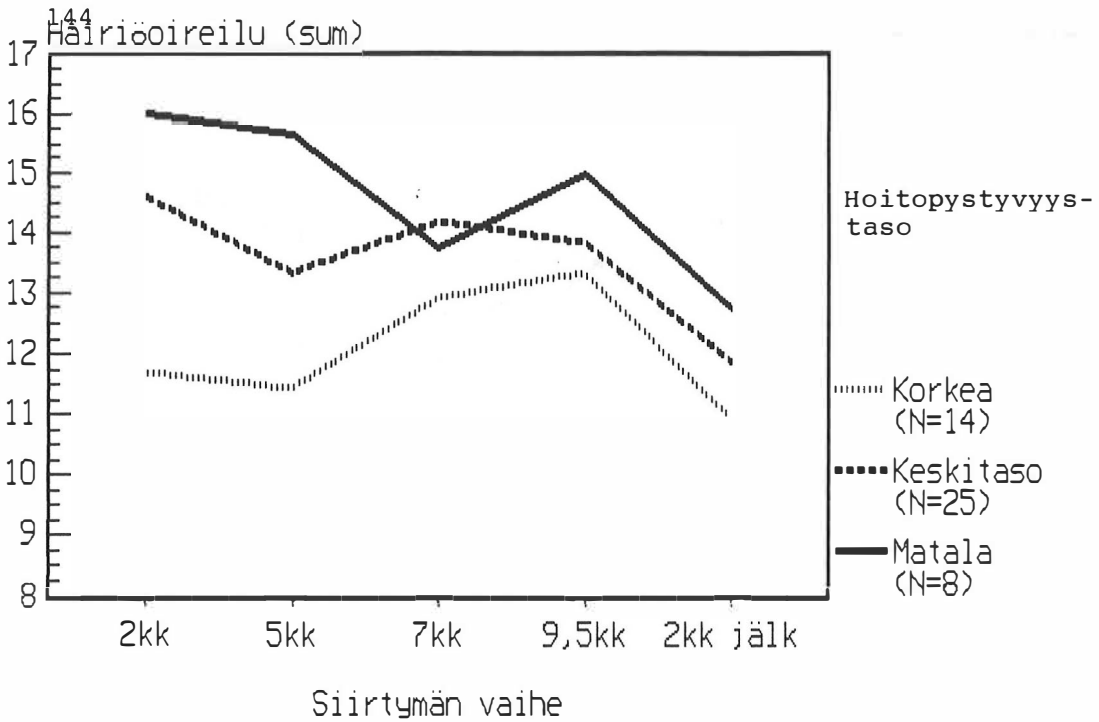
Miesten normaalioireilu. Toistettujen mittausten varianssi-analyysin tuloksista ilmeni, etteivät mitkään omavaikutukset tai yhdysvaikutus olleet tilastollisesti merkitseviä (kuvio 16b). Suuntauksena kuitenkin oli, että "korkean" hoitopystyvyysryhmän oireilu oli muita pystyvyysryhmiä vähäisempää kaikissa siirtymän vaiheissa. Lapsen syntymän edellä ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä ( $t=2.17$ ,  $df=12$ ,  $p<.05$ ). Myös lapsen syntymän jälkeen tämän ryhmän ( $N=3$ ) oireilu oli muita ryhmiä vähäisempää vaikkakaan ero ei yltänyt tilastolliseen merkitsevyyteen tapausten vähäisen lukumäärän vuoksi.



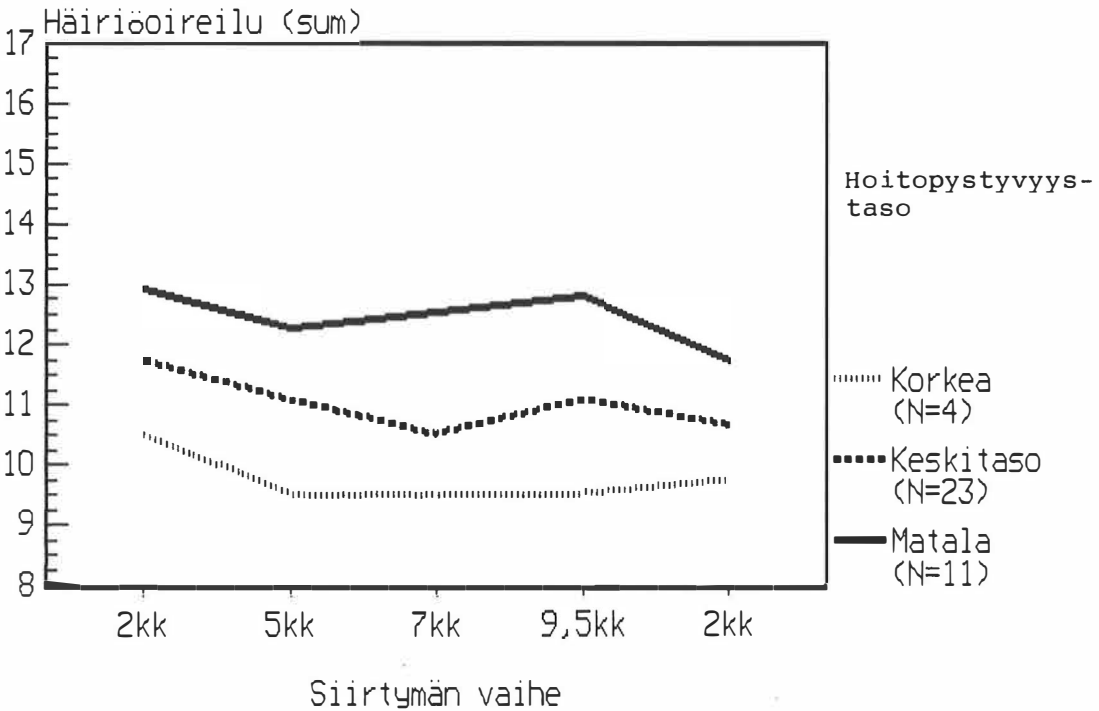
KUVIO 16a. Naisten normaalioireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja hoitopystyvyyss-  
tasaan



KUVIO 16b. Miesten normaalioireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja hoitopystyvyyss-  
tasaan



KUVIO 17a. Naisten häiriöoireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja hoitopystyvyytasoon



KUVIO 17b. Miesten häiriöoireilu, yhteys siirtymän vaiheeseen ja hoitopystyvyytasoon



### 8.8.2. Häiriöoireilu

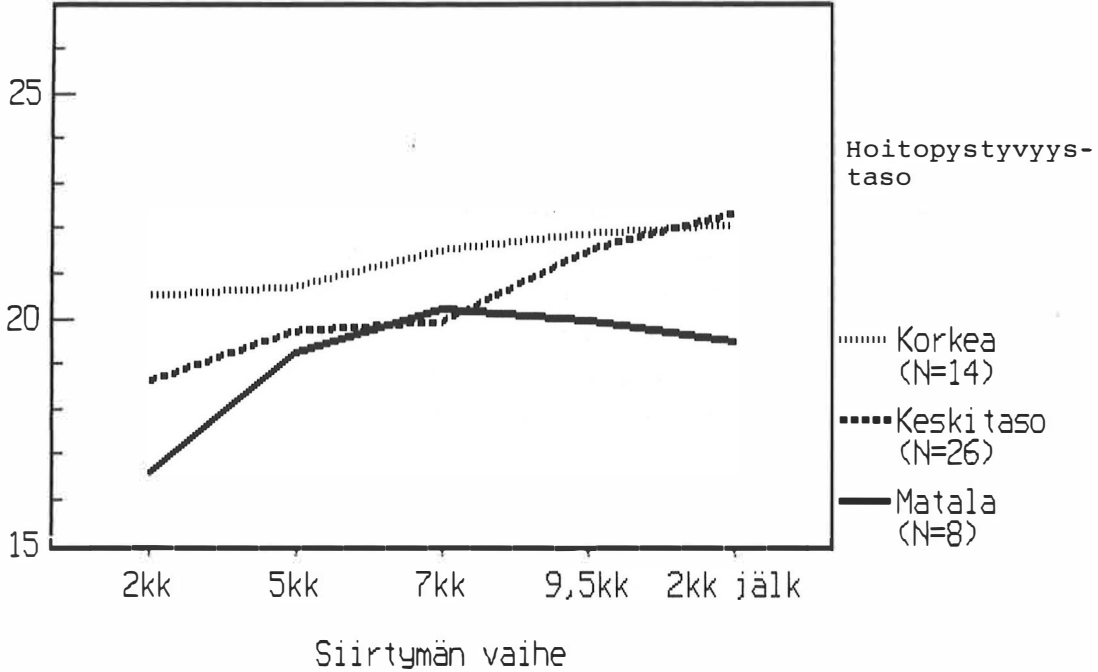
Naisten häiriöoireilu. MANOVA:n mukaan ainoastaan raskauden eteneminen oli yhteydessä häiriöoireiluun (Greenhouse-Geisser'n  $F(3.09)=4.79$   $p<.01$ ). Merkittävin muutos oireilussa tapahtui lapsen syntymän aikoihin. Suuntauksena oli, että "korkean" hoitopystyvyyden ryhmän häiriöoireilu oli muiden naisten oireilua vähäisempää kaikissa siirtymän vaiheissa, erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (kuvio 17a).

Miesten häiriöoireilu. Hoitopystyvyytaso oli yhteydessä häiriöoireiluun oireellisesti  $F(2,35)=3.01$ ,  $p<.10$ . "Matalan" pystyvyyden ryhmän oireilu oli muiden miesten oireilua runsaampaa ( $t=2.45$ ,  $p<.05$ ). Siirtymän omavaikutus ei ollut merkitsevä, eikä myöskään siirtymän ja hoitopystyvyytason yhdysvaikutus ollut merkitsevä (kuvio 17b).

### 8.8.3. Vanhemmuuden onni

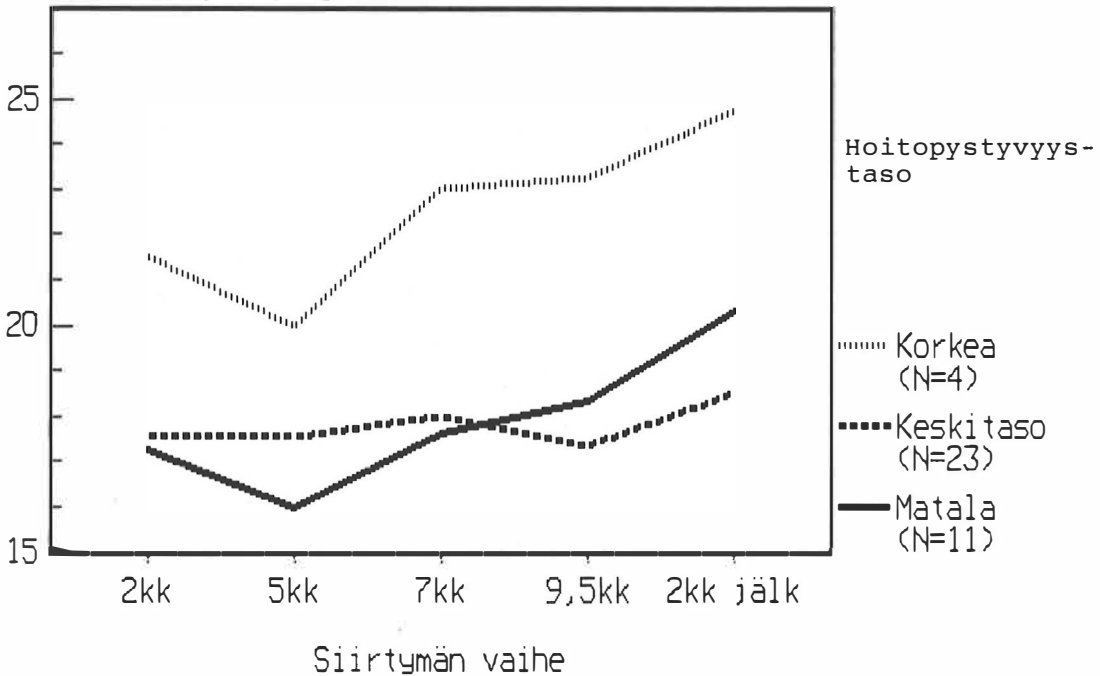
Naisten vanhemmuuden onni. Siirtymän omavaikutus vanhemmuuden onnen tunteiden kehittymiseen oli erittäin merkitsevä kuten aiemmin on jo todettu (Greenhouse-Geisser'n  $F(3.04)=7.81$ ,  $p<.001$ ). Onnen tunteet kasvoivat siirtymän edetessä. Hoitopystyvyytason omavaikutus ei ollut merkitsevä, ei myöskään siirtymän ja hoitopystyvyytason yhdysvaikutus. Vaikka hoitopystyvyydsryhmien erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, "korkean" pystyvyyden ryhmän onnen tunteet olivat johdonmukaisesti muita ryhmiä voimakkaammat. Lisäksi "matalan" pystyvyyden ryhmän onnen tunteiden kehittyminen näytti jonkin verran käyrämuotoiselta siten, että raskauden alussa ja lapsen syntymän edellä onnen tunteet olivat niukimmat ja raskauden 7. kuukaudella voimakkaimmat (kuvio 18a).

## Vanhemmuuden onni (sum)



KUVIO 18a. Naisten vanhemmuuden onni, yhteys siirtymän vaiheeseen ja hoitopystyvyystasoon

## Vanhemmuuden onni (sum)



KUVIO 18b. Miesten vanhemmuuden onni, yhteys siirtymän vaiheeseen ja hoitopystyvyystasoon

Miesten vanhemmuuden onni. Sekä hoitopystyvyystaso että vanhemmuuteen siirtymä olivat yhteydessä miesten onnen kehittymiseen. Pystyvyystason ja siirtymän yhdysvaikutus ei ollut merkitsevä. Hoitopystyvyystason omavaikutus oli melkein merkitsevä ( $F(2,35)=4.68$ ,  $p<.05$ ). "Korkean" ja "matalan" pystyvyysryhmien keskiarvojen ero oli merkitsevä odotuksen 7. kuukaudelta alkaen (kuvio 18b).

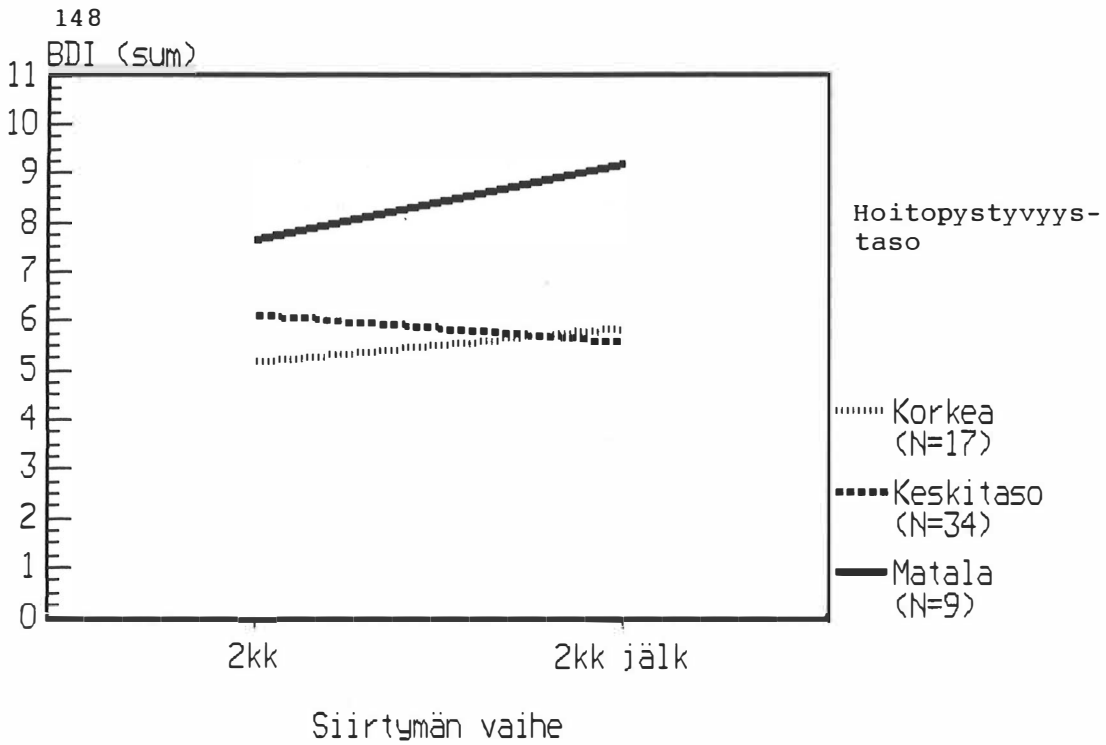
#### 8.8.4. Masennus

Naisten masennus. MANOVA:n tuloksen mukaan hoitopystyvyystaso ei ollut yhteydessä masennukseen. Raskauden omavaikutus ei ollut merkitsevä, eikä myöskään raskauden etenemisen ja hoitopystyvyystason yhdysvaikutus (kuvio 19a). Kuitenkin voitiin havaita, että itsensä lapsen hoitajana aliarvioineet naiset kärsivät muita useammin masennusoireista sekä raskauden alussa että lapsen synnyttyä ( $t=1.77$ ,  $p<.10$ ).

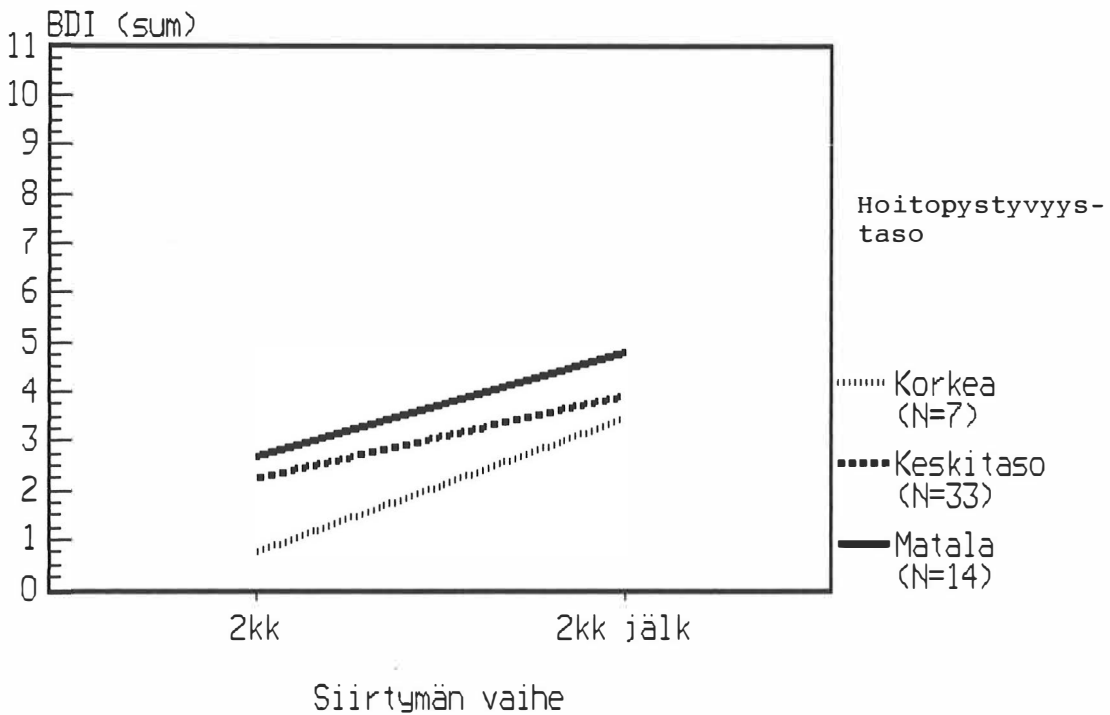
Miesten masennus. Masennus lisääntyi odotuksen alusta lapsen syntymän jälkeiseen aikaan merkitsevästi ( $F(1,51)=10.34$ ,  $p<.01$ ). "Korkean" pystyvyyden ryhmän masennus oli merkitsevästi muiden miesten masennusta vähäisempi ( $t=-3.21$ ,  $p<.01$ ). Hoitopystyvyystason omavaikutus ei ollut merkitsevä, ei myöskään siirtymän ja hoitopystyvyystason yhdysvaikutus. Suuntauksena oli, että ne miehet, joiden pystyvyys oman arvionsa mukaan oli matala, kärsivät useammin masennusoireista kuin muut miehet (kuvio 19b).

#### 8.8.5. Tulosten tarkastelu

Lasta odottaneiden naisten ja miesten omat arviot pystyvyydestään lapsen hoitajana olivat jossain määrin yhteydessä heidän kokemiensa psyykkisten tunteiden laatuun ja määrään. Jos heidän pystyvyysodotuksensa olivat "korkeat", he



KUVIO 19a. Naisten masentuneisuus, yhteys siirtymän vaiheeseen ja hoitopystyvyytstasoon



KUVIO 19b. Miesten masentuneisuus, yhteys siirtymän vaiheeseen ja hoitopystyvyytstasoon

harvemmin kärsivät oireista lapsen odotusvaiheessa ja lapsen syntymän jälkeen.

Hypoteesi - kuta korkeampia pystyvyysodotukset ovat, sitä vähemmän esiintyy psyykkisiä vaikeuksia ja sitä enemmän positiivisia tuntemuksia - sai tukea vain osittain. Hoitopystyvyytaso ei ollut tilastollisen merkitsevästi yhteydessä normaalioireiluun eikä häiriöoireiluun. Silti voitiin johdonmukaisena suuntauksena havaita, että yleensä "korkea" hoitopystyvyys ja vähäisempi oireilu olivat yhteydessä toisiinsa. Selvimmin tämä tuli esiin miesten häiriöoireilun eroissa, jotka olivat oireellisesti merkitseviä. Itsensä lapsen hoitajana aliarvioineet naiset ja miehet kärsivät useammin masennusoireista kuin omaan pystyvyyteensä paremmin luottavat naiset ja miehet.

"Korkea" hoitopystyvyys oli yhteydessä positiivisten tuntemusten, vanhemmuuden onnen kokemiseen ja kehittymiseen lasta odottaessa. Miehet, jotka pitivät omaa pystyvyyttään lapsen hoitajana hyvänä, kokivat voimakkaampia onnen tunteita kuin muut miehet kaikilla tutkimuskerroilla. Lisäksi heidän onnen tunteensa voimistuivat muita miehiä nopeammin. Sen sijaan naisten pystyvyysodotusten taso ei ollut yhteydessä heidän ilmoittamiensa vanhemmuuden onnen tunteiden määrään.

#### 8.9. Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi

Viimeisenä tutkimustehtävänä oli selvittää, millä perusteella lapsivuodeajan psyykkiset vaikeudet ovat parhaiten ennakoitavissa. Lapsen syntymän jälkeisiä psyykkisiä vaikeuksia - normaalioireilua, häiriöoireilua ja masennusta selitettiin askeltavan regressioanalyysin avulla kahdella tapaa: 1) ottamalla selittäviksi muuttujiksi vain kuvausmallin kognitiiviset muuttujat, joita olivat minäskeeman rakenne, minäskeeman sisältö ja hoitopystyvyys ja 2) ottamalla selittäviksi muuttujiksi näiden lisäksi intervalliasteikollisia taustamuuttujia, joita olivat lapsen hankkimisen suunnitel-

mallisuus, lapsuuskodin ilmapiirin laatu, tyytymättömyys parisuhteeseen ja arkihuolet (liite 14).

Tyytymättömyys parisuhteeseen oli summamuuttuja, joka koostui seitsemästä negatiivista tunnevuorovaikutusta kuvaavasta arvioinnista (Pearlin, 1975). Arkihuolet oli myös summamuuttuja, joka koostui puoli vuotta ennen raskauden alkamista koetuista vaikeuksista raha-asioissa, työasioissa, asuntoasioissa ja ihmissuhteissa (Karila, 1988).

Valintaperusteena oli lisäksi, etteivät prediktorit korreloi keskenään. Ainoastaan tyytymättömyys parisuhteeseen ja arkihuolet korreloivat keskenään  $r=.36$ , ts. näillä oli yhteistä varianssia 13 %. Muuttujien interkorrelaatiot ovat liitteessä 15.

Normaalioireilu. Normaalioireilua selittämään ei valikoitunut yhtään tilastollisesti merkitsevää kognitiivista muuttujaa. Sen sijaan normaalioireilua selitti parhaiten tyytymättömyys parisuhteeseen, jonka osuus varianssista oli naisilla 11 % ja miehillä 21 %. Ko. muuttujan selityskyky oli naisilla tilastollisesti merkitsevä (taulukko 16a) ja miehillä erittäin merkitsevä (taulukko 16b). Miehillä seuraavaksi paras selittäjä oli raskauden yllätyksellisyys ( $t=1.95$ ,  $p<.10$ ). Naisilla ei ollut yhtään prediktoria, joka olisi ollut edes lähellä tilastollista merkitsevyyttä.

Häiriöoireilu. Häiriöoireilua selitti kognitiivisista prediktoreista parhaiten minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuus sekä naisilla että miehillä. Naisilla se selitti häiriöoireilusta 24 %, selityskyky oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Miehillä minäskeeman dysfunktionaalisuus selitti häiriöoireilusta 9 %. Seuraavaksi paras prediktori miehillä oli minäskeeman rakenne ( $t=1.87$ ,  $p<.10$ ), naisilla se ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Kun regressioanalyysiin otettiin mukaan taustamuuttajat, naisten häiriöoireilua ennusti parhaiten edelleen minäskeeman dysfunktionaalisuus 24 % ja seuraavaksi parhaiten

TAULUKKO 16a. Naisten lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien selittäminen askeltavalla regressioanalyysillä

	Beta	t	R	R <sup>2</sup>	F
<b>Normaalioireilu</b>					
Askel 1. Tyytymättömyys parisuhteeseen	.33	2.68**	.33	.11	7.15**
<b>Häiriöoireilu</b>					
Askel 1. DAS	.49	4.33***	.49	.24	18.73***
2. Tyytymättömyys parisuhteeseen	.34	3.12**	.59	.35	15.65***
<b>Masennus</b>					
Askel 1. DAS	.30	2.38*	.30	.09	5.64*
2. Lapsuuskodin ilmapiiri	-.25	-2.07*	.39	.15	5.13**

TAULUKKO 16b. Miesten lapsen syntymän jälkeisten psyykkisten vaikeuksien selittäminen askeltavalla regressioanalyysillä

	Beta	t	R	R <sup>2</sup>	F
<b>Normaalioireilu</b>					
Askel 1. Tyytymättömyys parisuhteeseen	.45	3.56***	.45	.21	12.68***
<b>Häiriöoireilu</b>					
Askel 1. Tyytymättömyys parisuhteeseen	.34	2.64**	.34	.12	7.00**
2. DAS	.33	2.61**	.45	.20	6.32**
<b>Masennus</b>					
Askel 1. Grid	.33	2.52*	.33	.11	6.34*

\*\*\* p<.001, \*\* p<.01, \* p<.05

tyytymättömyys parisuhteeseen 11 %. Nämä yhdessä selittivät häiriöoireilusta 35 %. Miesten häiriöoireilua selitti parhaiten tyytymättömyys parisuhteeseen 12 %, toiseksi paras prediktori oli minäskeeman dysfunktionaalisuus 8 %. Nämä yhdessä selittivät 20 % miesten lapsen syntymän jälkeisestä häiriöoireilusta.

Masennus. Naisten masennusta selitti parhaiten minäskeeman dysfunktionaalisuus (DAS), jonka selitysosuus oli 9 %. Miesten masentuneisuutta selitti parhaiten minäskeeman rakenne (Grid), jonka osuus varianssista oli 11 %. Kun regressioanalyysissä mukana olivat myös taustamuuttujat, naisten masentuneisuutta selitti edelleen parhaiten minäskeeman dysfunktionaalisuus 9% ja toiseksi parhaiten huono lapsuskodin ilmapiiri 6 %. Nämä yhdessä selittivät 15 % naisten lapsivuodeajan masennuksesta. Seuraavaksi paras prediktori oli matala hoitopystyvyys ( $t=-1.57$ ,  $p=.12$ ). Miesten masennusta lapsen syntymän jälkeen selitti edelleen parhaiten minäskeeman rakenne 11 %, muut muuttujat eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Psyykkisistä vaikeuksista voitiin selittää käytetyillä kognitiivisilla ja taustamuuttujilla melko vähän. Normaali-oireilua selittivät parhaiten tyytymättömyys parisuhteeseen ja jossain määrin raskauden alkamisen yllätyksellisyys. Miesten oireilu selittyi näillä tekijöillä naisia useammin. Kognitiiviset muuttujat eivät selittäneet lapsen syntymän jälkeistä normaali-oireilua. Sen sijaan häiriöoireilua ja masennusta selittivät ensisijaisesti minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuutta ja minäskeeman rakennetta kuvaavat muuttujat.



## 9. POHDINTA

### 9.1. Tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät

Tutkimus suoritettiin pitkittäistutkimuksena. Aineiston kokoamisajankohdat olivat samat kuin aiemmin suoritettussa poikittaistutkimuksessa (Karila, 1988). Neljä tutkimusvaihetta oli raskausaikana (2 kk, 5 kk, 7 kk ja 9,5 kk) ja yksi lapsen syntymän jälkeen (2 kk). Alunperin tutkimusvaiheiden ajoitus perustui Gloger-Tippeltin (1983) esittämään raskauden kulun osavaiheiden ajoitukseen.

Aineiston kokoamiseksi suoritettiin systemaattinen otanta, johon tuli 100 ensimmäistä lastaan odottavaa naista ja lasten isät kaikista Helsingin kaupungin terveysviraston äitiysneuvoloista. Tutkimukseen osallistui 64,1 % tavoitejoukosta. Kun tutkimuksen lopussa katoa selvitettiin tarkemmin, voitiin todeta, ettei kolmelle naiselle oltu jaettu lomakkeita lainkaan, kaksi oli muuttanut heti tutkimukseen tulohetkellä muualle Suomessa ja viisi naista oli saanut heti raskauden alussa keskenmenon. Näin tutkimusjoukosta oli karsiutunut luonnollisista syistä 12 naista ja heidän kumppaninsa. Tutkimukseen ei halunnut osallistua 23 naista, syy ei ole tiedossa. Näin ollen voidaan laskea, että "aitoa" katoa oli 23% tavoitejoukosta.

Tutkimuksen alussa tutkimusryhmästä karsiutui 3 naista ja heidän kumppaninsa, koska kahdella oli nk. valeraskaus ja

yhdelle tehtiin abortti. Tutkimuksen lopussa ainoastaan yhdeltä naiselta ja kahdelta mieheltä ei saatu vastausta, ts. pysyvyys tutkimuksessa oli hyvä. Kuitenkin joka neljänneltä naiselta ja lähes joka kolmannelta mieheltä puuttuivat vastaukset jossakin raskausajan tutkimusvaiheista. Todennäköisiä syitä tähän olivat avioituminen (5. kuukausi) ja muutto isompaan asuntoon (7. kuukausi ja 9,5. kuukausi). Joka neljännän pariskunnan asuinosoite vaihtui tutkimuksen aikana, mikä tuotti käytännön hankaluuksia aineiston kokoamisessa.

Kato tavoitejoukosta oli huomattava. Se oli tutkimuksen alussa 36 % ja lopussa 40 %, luonnolliset syyt huomioiden 23 % ja 26 %. Vastaavanlaisten pitkittäistutkimusten kato on myös varsin suuri, mm. O'Haran ym. (1990) tutkimuksessa 46 %, Gloger-Tippeltin (1989) tutkimuksessa 45 %, Watsonin ym. (1984) tutkimuksessa 34% ja Tammisen (1990) tutkimuksessa 33 %. Tavallisimpia syitä poisjäämiseen ovat olleet kiinnostuksen puute (41 %), kiire (20 %), vastenmielisyys täyttää lomakkeita tai antaa tutkimusnäytteitä (19 %), muutto toiselle paikkakunnalle, haluttomuus joutua videoitavaksi, puolison vastustus yms. (O'Hara ym., 1990).

Tässä tutkimuksessa kato on ongelmallisen suuri. Vaikka tutkimusryhmään kuuluneiden pysyvyys tutkimuksen lopussa oli hyvä, puuttuvia tietoja prosessin kestäessä oli joka neljännellä naisella ja joka kolmannelle miehellä. Voi kysyä, mitä toistettujen mittauksen varianssianalyysien tulokset enää kertovat, kun päätelmien perustana ovat alle joka toisen tavoitejoukkoon kuuluneen tulokset. Tulosten yleistettävyyden on erittäin rajallinen. Viime kädessä tämän tutkimuksen tulokset koskevat vain 47 helsinkiläisnaisen ja 38 miehen kuvauksia omasta siirtymästään vanhemmuuteen.

Puuttuvia tietoja oli lähinnä niillä, joiden elämässä tapahtui lapsen odottamisen lisäksi muita merkittäviä muutoksia kuten avioituminen ja muutto isompaan kotiin. Kun muutos oli "ohi", he olivat mukana seuraavilla tutkimuskerroilla. Muunlaista syytä puuttuviin tietoihin ei havaittu, esimerkiksi selittävänä muuttujana olleen minäskeman raken-

teen tai sisällön alaryhmissä puuttuvien tietojen määrä oli suunnilleen sama ryhmän kokoon nähden. Aineiston kokoamista suunniteltaessa ei osattu varautua siihen, että joka neljäs tutkimukseen osallistunut vaihtaisi kotia raskausaikana. Joka tapauksessa puuttuvien tietojen määrä osoittaa sen, että kyselynä suoritettava pitkittäistutkimus on varsin haavoittuva. Lomakkeet eivät mene perille tai vastaaminen unohtuu "tärkeämpien" asioiden vuoksi, mikä on ymmärrettävää. Kun uusintakyselyjä ei voi suorittaa tiukkojen aikarajojen vuoksi, puuttuvien tietojen määrä kasvaa. Todennäköisesti puuttuvien tietojen määrää olisi voitu jonkin verran pienentää, jos tietoa olisi koottu kyselomakkeen sijasta tai ohella haastatteleamalla äitejä ja isiä neuvolassa tai kotona.

Tutkimukseen osallistuneiden naisten koulutustaso vastasi vastaavanikäisten helsinkiläisten koulutustasoa, myös katoryhmään kuuluneiden naisten koulutustaso oli perusjoukon koulutustason mukainen. Sen sijaan jonkinlaista valikoitumista oli havaittavissa koulutus- ja ammattialan sisällön mukaan. Katoryhmässä ei ollut yhtään naista, joka työskenteli terveydenhuollon tai sosiaalityön ammateissa, kun taas tutkimusryhmässä heitä oli joka kolmas nainen. Miesten koulutustaso poikkesi melkein merkitsevästi vastaavanikäisten helsinkiläismiesten koulutustasosta. Korkeasti koulutettujen miesten osuus oli sama sekä tutkimusryhmässä että perusjoukossa, mutta enintään perustason suorittaneita osallistui tutkimukseen vähemmän kuin heitä on vastaavanikäisessä miesväestössä. Päätelmänä voidaan todeta, että tutkimusryhmä edustaa varsin hyvin vastaavanikäistä perusjoukkoa koulutustason suhteen.

Tutkimusaineisto koostuu sekä naisten että miesten vastauksista. Naisten ja miesten samanaikainen tutkiminen on melko harvinaista. Toiset tutkijat ovat kiinnostuneita naisten psyykkisistä tuntemuksista ja toiset tutkijat miesten tuntemuksista vanhemmuuteen siirtymän aikana. Naisten ja miesten tulokset käsiteltiin erikseen, jolloin vertailut suoritettiin naisten kesken ja miesten kesken. Tähän päädyt-

tiin siksi, että havaintojen riippumattomuudesta ei ollut varmuutta. Kyseessä olivat pääsääntöisesti yhdessä asuvat parit. Yhtenä vaihtoehtona olisi ollut ottaa havaintoyksiköksi pari, millä taas ei olisi voinut vastata tutkimustehtävän yksilöä koskeviin kysymyksiin. Kun naisten ja miesten tulokset käsiteltiin erikseen, ryhmittelyt näiden sisällä tuottivat tilastollisia ongelmia ryhmien pienuuden vuoksi. Tämä ilmeni mm. MANOVA-analyyseissä siten, että kovarianssimatriisit olivat erisuuruisia, mistä syystä monimuuttujaisen varianssianalyysin testisuureta oli korjattava asianmukaisilla kertoimilla.

Tutkimusaineisto koostuu sekä kyselylomakkeilla koottuista tiedoista että äitiys- ja lastenneuvoloiden antamista tiedoista. Neuvoloiden antamat tiedot julkaistaan myöhemmin. Vaikka jo aiemmassa tutkimuksessa (Karila, 1988) kyselyjen suorittamiseen liittyi huomattavia ongelmia, kyselylomakkeen käyttöön päädyttiin pääasiassa taloudellisuuden vuoksi. Käyttämällä haastatteluja ja muita tiedonhankintamenetelmiä samanaikaisesti kyselyn kanssa olisi saatu todennäköisesti sisällöllisesti validimpi kuva tutkimuksen kohteena olevista asioista, koska eri tietolähteitä olisi voitu verrata.

Tutkimuslomakkeiden laadinta vei aikaa ja vaivaa, työ aloitettiin v. 1986 (Karila, 1988; 1989a). Osa lomakkeista oli tutkijan itsensä laatimia ja osa tutkimusta varten suomennettuja. Lomakkeiden reliabiliteetit (Cronbachin alfa) olivat korkeita tai vähintään tyydyttäviä. Käännettyjen mittareiden reliabiliteetit olivat muissa maissa saatujen tulosten mukaisia.

Kriittinen kysymys on, mitä tutkimuksen kyselylomakkeet mittaavat? Kyse on käsitevaliudesta. Voidaanko kyselylomakkeilla saada selville, onko henkilöllä esimerkiksi pysyvä alttius masennukseen tai millainen hänen minäskeemansa rakenne on? Kuinka validi saatu tulos on? Tämän tutkimuksen tulokset perustuivat vastaajien omiin suoriin arviointeihin itsestään ja voinnistaan lukuunottamatta minäskeeman rakenteen (Grid) arviointia, jonka määrittelyn suoritti tutkija epäsuorasti vastaajien omien arviointien pohjalta. Alunperin

minäskeeman rakenteen määrittely oli tarkoitus tehdä Kellyn (1955) esittämällä tavalla huomioiden jokaisen vastaajan yksilölliset bipolaariset konstruktiot. Tästä oli kuitenkin luovuttava, koska esitutkimuksessa puuttuvien tietojen määrä kasvoi juuri tämän työlään osatehtävän vuoksi. Tässä tutkimuksessa on käytetty annettuja elementtejä ja annettuja konstruktioita. Todennäköisesti vastaajien mielessä annetut konstruktiot eivät kuvaa arvioitavien henkilöiden ominaisuuksia parhaalla mahdollisella tavalla. Jää epäselväksi, ovatko ominaisuuksien sopivaisuusarviot ja niiden pohjalta tehdyt päätelmät luotettavia. Tilanne muistuttaa talon rakentamista suolle; talo voi olla hyvin rakennettu mutta se on silti huono talo. Mutta mitkä olisivat olleet vaihtoehdot?

Kognitiiviset arviointimenetelmät jaetaan epäsuoriin ja suoriin metodeihin. Edellisiä ovat haastattelu, erilaiset itsearviointimenetelmät ja muiden antamat arviot. Suoria menetelmiä ovat ajatusten ja tunteiden monitorointi, erilaiset rooliharjoitukset, havaintopsykologiset kokeet yms. (Barrios, 1988; Parks & Hollon, 1988).

Kognitiivisten rakenteiden arviointi voidaan suorittaa usealla tavalla (ks. Parks & Hollon, 1988, 169-171). Yhteistä näille on, että ne edellyttävät kontrolloiduissa olosuhteissa tehtyjä kognitiivisia tai kognitiivis-behavioraalisia tehtäviä. Viime vuosina kognitiivisen terapian tutkijat ovat käyttäneet arvioinneissa mm. vanhoja havaintopsykologisia testejä kuten Stroopin v. 1938 kehittämää värien nimeämistestiä, jossa päätelmät tehdään värin näytöstä sen nimeämiseen kuluvan latenssiajan pituuden perusteella. Havaintopsykologisten testien avulla on saatu uutta tietoa esimerkiksi skitsofreenikkojen informaation prosessoinnin hitaudesta ja sen yhteyksistä siihen, etteivät he tajua ajoissa vuorovaiikutustilanteisiin liittyviä vihjeitä (Bäcker, Brenner & Wurgler, 1989; Bellack, 1990). Mikäli tässä tutkimuksessa naisten ja miesten kognitiivisten rakenteiden arviointi olisi suoritettu kokeellisten tutkimusten perusteella, niitä olisi pitänyt tehdä 125 henkilölle, mikä ei voinut tulla

kyseeseen resurssien puutteen vuoksi.

Suurin osa tämän tutkimuksen tiedoista perustui vastaajien omiin arviointeihin. Voi olla, että toinen vastaaja arvioi itsensä yleensä monimuotoisemmin ja toinen vastaaja arvioi itsensä joka suhteessa kapea-alaisemmin. Pelkkien kyselylomakkeeseen tehtyjen merkintöjen perusteella ei ole mahdollista luotettavasti päätellä, mitä annetut vastaukset todella kuvastavat. Esimerkiksi, merkitseekö psyykkisen oireilun niukkuus oireilun puuttumista vai oireilun kieltämisestä. Mikäli tiedot olisivat perustuneet sekä vastaajan itsensä antamiin tietoihin että ulkopuolisen arvioitsijan tekemiin havaintoihin, tulokset olisivat luotettavampia. Kuitenkin on myös niin, ettei ulkopuolinen havainnoitsija voi suhteellisen lyhyen kontaktin perusteella kovin pitkälle hahmottaa vastaajan "sisäistä työskentelyä". Pitkittäistutkimuksessa tähän hahmottamiseen on paremmat mahdollisuudet edellyttäen, että tutkija tapaa tutkittavat henkilöt toistuvasti.

## 9.2. Psyykkisten tuntemusten yleisyys

Tässä tutkimuksessa psyykkisillä vaikeuksilla tarkoitettiin erilaisena oireiluna ilmeneviä psyykkisiä tuntemuksia. Aiemmin suorittamani poikittaistutkimuksen ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella oli pääteltävissä, että vanhemmuuteen siirtymän aikana esiintyvä oireilu oli kahdentasoisista: normaalioireilua ja häiriöoireilua. Edelliseen kuuluivat melko yleiset odotus- ja lapsivuodeajan vaivat, jälkimmäiseen emotionaalista hyvinvointia tuntuvasti haittaavat oireet. Jaottelu oli suhteellinen, koska yhteistä varianssia näiden välillä oli 29% - 48%. BDI:llä mitatun masennusoireilun ja normaalioireilun välillä oli yhteistä varianssia raskauden alussa keskimäärin 39% ja lapsen syntymän jälkeen 15%. Vastaavasti häiriöoireilun ja masennuksen yhteinen varianssi oli alussa 34% ja lopussa 19%. Psyykkisten vaikeuksien lisäksi koottiin tietoja vanhemmuuden onnesta, psyykkistä hyvinvointia kuvaavista tuntemuksista.

Naisten normaalioireilun määrä aleni tasaisesti raskauden edetessä. Häiriöoireilun määrässä ei tapahtunut kovin suuria muutoksia. Oireilu oli vähäisintä lapsen syntymän jälkeen ja raskauden puolivälissä, lapsen syntymän edellä häiriöoireilu lisääntyi. Psyykkistä hyvinvointia kuvaava vanhemmuuden onni lisääntyi raskauden edetessä.

Naisten oireilu oli runsainta raskauden alussa, erityisesti normaalioireilu. Myös Nilsson (1970) on todennut, että ensimmäistä lastaan odottavat naiset oireilevat runsaasti raskauden ensimmäisellä kolmanneksella. Toisin kuin poikittaistutkimuksessa, tässä tutkimuksessa ei esiintynyt normaalioireilun 7.kuukauden huippua (Karila, 1988; 1989a). Naiset oireilivat lapsen syntymän jälkeen vähemmän kuin ennen lapsen syntymää. Saatu tulos on Elliotin, Ruggin, Watsonin ja Broughin (1983) tutkimuksen tuloksen mukainen. Elliot ja hänen tutkimusryhmänsä totesivat, että naisten oireilu lisääntyi synnytyksen lähestyessä ja laski ensimmäisen kuukauden aikana synnytyksestä.

Naisista 16.9 %:lla oli lievää masennusta raskauden alussa. Lapsen syntymän jälkeen 14.8 %:lla oli lievää masennusta ja 6.6 %:lla oli kohtalainen depressio. Lyhyesti, lapsen syntymän jälkeen joka viides äiti kärsi masentuneesta mielialasta. Mini-Suomi -tutkimuksessa naisten neuroottisen depression esiintyvyyttä oli 5.5 % (Raitasalo, Lehtinen, Joukamaa, Lahtela, Kuusela, Maatela & Aromaa, 1986). Tammisen (1990, 96) mukaan 17 %:lla ensisynnyttäjistä esiintyi lievempää ja ainakin 12 %:lla pysyvempää masennusta. Voi päätellä, että kliinisesti merkittävää masennusta esiintyy normaaliväestöön kuuluvien ensisynnyttäjien keskuudessa huomattavan paljon. Tämän tutkimuksen ja Tammisen (1990) tulokset olivat samansuuntaisia. Todennäköisesti esiintyvyyttä olisi jopa ollut nyt saatua lukua jonkin verran suurempi, jos katoryhmään kuuluneet naiset olisivat vastanneet kyselyyn. Neuvolahenkilökunnan tekemien havaintojen mukaan katoryhmään kuuluneissa naisissa oli tavallista enemmän epävarmoja ja henkistä tukea tarvitsevia naisia.

Miesten normaalioireilu oli runsainta sekä odotuksen

alussa että lapsen syntymän edellä. Häiriöoireilu pysyi suhteellisen vakaana koko siirtymäprosessin ajan. Vanhemmuuden onnen tuntemukset kasvoivat odotuksen edetessä, selvimmin raskauden 7. kuukaudelta alkaen. Tulokset vahvistivat aiemman poikittaistutkimuksen havainnon, että miesten oireilu on runsainta odotusvaiheen alussa ja vähän ennen lapsen syntymää (Karila, 1988; 1989a). Myös Scott-Heyes (1982) on todennut, että ensimmäistä lastaan odottaneet miehet oireilivat eniten lapsen syntymän edellä.

Miesten keskimääräinen masennus oli lapsen syntymän jälkeen merkitsevästi suurempaa kuin odotusvaiheen alussa. BDI:llä arvioidun lievän masentuneisuuden esiintyvyys oli siirtymän alussa 3.3 % ja lapsen syntymän jälkeen 7.4 %. Mini-Suomi -tutkimuksessa miesten neuroottisen depression esiintyvyydeksi saatiin 3.6 % (Raitasalo ym., 1986). Näin ollen miesten masennus lapsen syntymän jälkeen on jonkin verran runsaampaa kuin suomalaismiehillä yleensä.

### 9.3. Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi

Tutkimustehtävänä oli selvittää, voidaanko lasta odottavan naisen ja miehen itseä koskevien ajattelutapojen perusteella ennakoida hänen psyykkistä vointiaan lapsen syntymän jälkeen. Kyse oli siitä, toimiiko kognitiivisten terapioiden psyykkisten häiriöiden selittämisessä käyttämä paradigma myös yleisemmällä tasolla eli voidaanko sitä soveltaa myös normatiivisten siirtymien kognitiiviseen kuvaukseen. Psyykkisten tuntemusten ennakointia varten koostettiin hypoteettinen kuvausmalli, jonka pohjana olivat informaation prosessointia koskeneet käsitteet ja kliinisessä työssä tehdyt havainnot informaation prosessoinnin puutteista ja vääristymistä sekä niiden yhteyksistä emotionaalisiin häiriöihin. Keskeisenä lähtökohtana oli oletus, että lasta odottavan naisen ja miehen siirtymä vanhemmuuteen kanavoituu psykologisesti sen mukaan, miten hän kykenee ennakoimaan tulevia muutoksia.



Naisten lapsivuodeajan psyykkisiä vaikeuksia selitti parhaiten minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuus ja miesten kokemia vaikeuksia minäskeeman rakenne. Minäskeeman dysfunktionaalisuus selitti naisten häiriöoireilusta 24% ja masennuksesta 9%. Miesten häiriöoireilua selitti parhaiten tyytymättömyys parisuhteeseen, jonka osuus vaihtelusta oli 12%. Seuraavaksi paras selittäjä oli minäskeeman sisällön dysfunktionaalisuus. Miesten masennusta selitti parhaiten minäskeeman rakenteen jäykkyys, jonka osuus vaihtelusta oli 11%. Normaalioreilua selitti parhaiten tyytymättömyys parisuhteeseen, naisilla 11% ja miehillä 21%. Kognitiiviset muuttajat eivät selittäneet normaalioreilua.

Tulokset osoittavat, että psyykkisten vaikeuksien selitysosuudet jäivät melko alhaisiksi. Tulos ei sinänsä poikkeakaan alan tutkijoiden saamista tuloksista. O'Hara ym. (1982) tutkimuksen mukaan naisten lapsen syntymän jälkeistä masennusta ennustivat parhaiten raskaudenaikainen masennus (26 %), Holmesin ja Rahen skaalan mukaan määritelty elämäntilanteeseen liittyvä stressi (9.4 %) ja kognitiiviset muuttajat (DAS ja attribuutiota mittaava ASQ yhdessä) 4,2 %. O'Haran ym. (1984) toisen tutkimuksen mukaan kognitiivisista muuttajista vain itsekontrolli (self-control, SCQ) selitti 3,5 % masennuksen varianssista. Merkittävämpiä selittäjiä olivat aiempi masennusoireilu - raskausaikana ja sitä ennen (21 %) ja synnytykseen liittynyt riski ja lapsenhoitoon liittyvä stressi (19 %). Tammisen (1990, 66) mukaan masennukseen oli yleisimmin yhteydessä huono parisuhde.

Ennustetutkimuksia on julkaistu vähän, joten vertailuja muiden tutkijoiden tuloksiin on vaikea tehdä. Tässä tutkimuksessa kognitiivisten muuttajien selitysosuudet ovat huomattavasti korkeampia kuin O'Haran ja hänen työryhmänsä julkaisemissa tuloksissa. Psyykkisten vaikeuksien vaihtelun varianssista voitiin ja todennäköisesti voidaan selittää vain osa siitä riippumatta, mitä prediktorit ovat. Kun aineisto koostuu isoista henkilömääristä, inhimillisen elämän moninaisuus luo yksilöllistä vaihtelua. Yksilölliset erot voivat olla silti varsin pysyviä ja johdonmukaisia

(Belsky, 1984). "Suurten kertomusten" aika on ohi, mikäli pyritään tekemään tutkimuksia systemaattisesti, kriittisesti ja uutta luovasti (ks. Koskiahho, 1990).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että normaali-oireilun ja häiriöoireilun psykologiset selitysmallit ovat jossain määrin erilaisia. Sekä naisten että miesten normaali-oireilua selitti parisuhteeseen liittyvä tyytymättömyys. Sen sijaan häiriöoireilua selitti naisilla voimakkaimmin minäskeeman dysfunktionaalisuus, ja miehillä paras prediktori oli tyytymättömyys parisuhteeseen. Toiseksi paras prediktori oli naisilla tyytymättömyys parisuhteeseen ja miehillä minäskeeman dysfunktionaalisuus. Todennäköisesti normaali-oireilu on kevyempää, sosiaalisen tuen puutteeseen liittyvää hankalaa oloa. Oireilun rasittavuus ehkä kevenee, jos naisella tai miehellä on tilaisuus saada tukea, tulla kuulluksi. Sen sijaan häiriöoireilu on vakavampaa, asianomaisen kognitiivisiin rakenteisiin yhteydessä olevaa oireilua.

Tulokset vahvistavat oletusta, että jos nainen tai mies on taipuvainen tulkitsemaan kokemuksensa negatiivisella tavalla, hän todennäköisesti saa myös häiriöoireita ja kärsii masennuksesta lapsen syntymän jälkeen. Oletus testattiin niillä, jotka eivät olleet masentuneita raskauden alussa. Niiden naisten ja miesten, joiden minäskeeman sisältö oli "negatiivinen" eli dysfunktionaalinen, häiriöoireilu oli runsaampaa kuin minäskeemaltaan "positiivisten" tai "neutraalien" oireilu sekä lapsen odotusvaiheessa että lapsen syntymän jälkeen. Itsestään negatiivisella tavalla ajattelevat naiset olivat masentuneempia kuin positiivisella tavalla ajattelevat naiset, lisäksi ero näiden naisten välillä kasvoi raskauden alusta lapsen syntymän jälkeiseen aikaan. Itsestään negatiivisella ja positiivisella tavalla ajattelevien miesten masennuserot olivat oireellisesti samansuuntaisia kuin naisten erot. Sen sijaan normaali-oireiluksi määritelty oireilu, kuten edellä on jo todettu, ei ollut yhteydessä merkittävällä tavalla itseä koskevan ajattelun negatiivisuuteen tai positiivisuuteen.

Päätelmänä voi todeta, että tutkimuksen keskeinen oletus sai tukea. Tulos on varsin merkittävä psyykkisten häiriöiden selittämisessä käytetyn kognitiivisen paradigman kannalta. Kyseessä oli valikoimaton, normaaliväestöä edustava aineisto, ei kliininen ryhmä. Tosin tulosten yleistettävyyttä haittaavat tutkimuksen toteuttamiseen liittyneet puutteet kuten menetelmälliset heikkoudet, kato ja puuttuvien havaintojen varsin huomattava määrä. Toisaalta tulokset voisivat olla jopa vielä "selvempiä", jos esimerkiksi katoryhmään kuuluneet olisivat olleet mukana.

Kellyn (1955) peruspostulaatti on, että ihmisen psyykkiset prosessit kanavoituvat sen mukaan, miten hän ennakoi tapahtumia. Muutostilanteessa skeemojen, Kellyn käsitteistössä konstruktoiden, tulee läpäistä uutta informaatiota. Negatiiviset tunteet kuten ahdistus, pelko, syyllisyys, vihamielisyys jne. ovat merkkejä siitä, että naisen tai miehen ennakoinnit ovat menneet pieleen, konstruointi ei ole onnistunut.

Tutkimuksessa oletettiin -kuta jäykempi minäskeema, sitä enemmän esiintyy psyykkisiä vaikeuksia. Oletus sai tukea vain osittain. "Jäykkien" miesten oireilu - normaali- oireilu, häiriöoireilu ja masennus, oli heidän oman ilmoituksensa mukaan runsaampaa kuin muiden miesten oireilu. Myös hyvinvointia kuvastavat tuntemukset, nk. vanhemmuuden onni, olivat "jäykällä" miehillä muita miehiä niukempia. Sen sijaan "joustavien" naisten normaali- oireilu oli suurempaa kuin muiden naisten oireilu. Lisäksi havaittiin, että "joustavien " ja "melko joustavien" naisten normaali- oireilu väheni tasaisesti raskauden alusta lapsen syntymän jälkeiseen aikaan. "Joustavien" naisten onnen tuntemukset olivat muita suurempia. "Jäykkien" naisten masennusoireilu lapsen syntymän jälkeen oli suurempaa kuin muiden naisten oireilu. Suuntauksena oli myös, että "jäykkien" naisten häiriö- oireilu oli raskauden puolivälin jälkeen muiden naisten oireilua runsaampaa. "Askemaattisten" oireilu oli yleensä vähäistä mutta herkästi vaihtelevaa. Sen sijaan heidän ilmoittamansa vanhemmuuden onnen tunteet olivat muita voimakkaammat mutta

herkkiä vaihteluille lapsen syntymän aikoihin.

Tulokset ovat kiinnostavia. Miten naisten ja miesten tuloksissa havaittu ero pitäisi tulkita? Entä "askemaattisten" herkkyyks vaihteluille, mistä se kertoo? Miesten jäykkyys oli yhteydessä selväpiirteisesti psyykkisiin vaikeuksiin. Sen sijaan "joustavat" naiset ja "jäykät" naiset saivat oireita, mutta he oireilivat eri tavalla. Todennäköisesti "joustavat" naiset kävivät aktiivisesti läpi "kehityskriisiä", työstivät äitiyttään ja tulevaa vanhemmuuttaan heti raskauden alettua (ks. Lagercrantz, 1979; Niemelä, 1985). Näiden naisten oireilu väheni muita naisia enemmän vanhemmuuteen siirtymisen edistyessä. Kenties nämä ovat äiteinä hyvin selviäviä naisia. Tässä tutkimuksessa "joustavien" naisten itsearvioima pystyvyys pienen lapsen hoitajana ei ollut kuitenkaan muita naisia korkeampi. "Jäykät" naiset saivat muita naisia enemmän vakavampia oireita lapsen syntymän lähestyessä ja synnytyksen jälkeen.

"Askemaattisten" käsittämistapa oli puutteellinen siinä, etteivät he jostain syystä arvioineet "henkilöä, josta eivät pitäneet". Tulokset osoittavat suuntaa-antavasti, että tähän ryhmään kuuluvien naisten ja miesten reagointi on jossain määrin odottamatonta ja epäjohdonmukaista. He ovat "tilanteen armoilla" muutostilanteissa. Heidän ennakoitinsa ovat puutteellisia. Esimerkiksi ennen lapsen syntymää heidän normaalioreilunsa aleni matalimmalle tasolle, mutta lapsen syntymän jälkeen se kohosi nopeasti. Muutenkin lapsen syntymän aikoihin heidän tuntemuksensa vaihtelivat suuresti. Tulosten yleistettävyyttä haittaa se, että "askemaattisten" ryhmä oli pieni. Tämän ryhmän tarkempi, yksilökohtainen analysointi voisi antaa lisätietoa em. havaintoihin ja empiiristen tulosten yhdistämiseen Kellyn (1955) konstruktioiteoriaan.

Kognitiivisesti moniulotteisen ihmisen arviointiasteikon käyttö jakautuu siten, että kaikkia asteikon pisteitä käytetään tasaisesti. Kelly (1955) katsoi, että konstruktioiden käyttö on jäykkää, kun henkilö käyttää joko arviointiasteikon ääripäitä (musta-valkoinen tulkinta) tai

pitäytyy keskipisteeseen (defensiivinen tulkinta). Mikäli ihmisen konstruktiot ovat jäykkiä, hän pyrkii huolehtimaan siitä, ettei joudu "uusiin" tilanteisiin tai yrittää tulkita tilanteet entiseen tapaan tulkintojen mielekkyydestä välittämättä. Jos hän kuitenkin joutuu tilanteeseen, kuten synnytyksen lähestyminen tai pienen vauvan hoito, hänen psyykinen hyvinvointinsa joutuu koetukselle. Tämän tutkimuksen tulokset näyttäisivät tukevan tätä päätelmää.

Tämän tutkimuksen johdonmukaisena tuloksena on myös, että kuta korkeammat odotukset naisella tai miehellä on omasta selviytymisestään lapsen hoitajana, sitä vähemmän hänellä on psyykkisiä vaikeuksia. Tulos on Banduran (1986) teoreettisen "minäpystyvyys"-käsitteen suuntainen. Minäpystyvyys on välittävä kognitiivinen rakenne. Se säätelee ihmisen motivaatiota ja käyttäytymistä. Naisilla minäskeeman dysfunktionaalisuus ja miehillä minäskeeman jäykkyys alensivat itsearvioitua hoitopystyvyyttä. Tulos antaa uutta tietoa siitä, mihin "minäpystyvyys" (Bandura, 1986) on yhteydessä. Naisilla se on yhteydessä minäskeeman sisältöön ja miehillä minäskeeman rakenteeseen.

Jos naisella on taipumus tulkita itseään koskevat ja ympärillään olevat tapahtumat vääristyneellä tavalla, hän myös arvioi oman pystyvyytensä vääristyneellä tavalla, tässä tutkimuksessa aliarvioimalla omaa selviytymistään lapsen hoitajana. Itsensä lapsen hoitajana aliarvioineet äidit kärsivät masennusoireista jo raskauden alussa. Lisäksi heidän masennusoireilunsa lisääntyi lapsen syntymän jälkeen. Tulos on samansuuntainen Olioffin ja Aboudin (1991) tuoreen tutkimuksen kanssa. Tutkijat totesivat, että ensisynnyttäjä-äitien (N=40) masentuneisuutta 6 viikkoa lapsen syntymän jälkeen selittivät parhaiten raskauden 9. kuukaudella mitattu matala itsearvostus (23 %) ja heikko minäpystyvyys vanhempana (10 %). Lisäksi tutkijat havaitsivat, että minäpystyvyys ei ollut yhteydessä masennukseen eikä itsearvostukseen raskausaikana. Vasta lapsen synnytyksen jälkeen äitien raskaudenaikaiset odotukset omasta selviytymisestään lapsen vanhempana selittivät heidän masennustaan ja matalaa

itsearvostustaan.

Todennäköisesti vanhempi, joka ei usko selviytyvänsä tavallisista lapsen hoitotilanteista pitää itseään myös huonona äitinä ja isänä. Kun hän leimaa itsensä huonoksi selviytyjäksi, hän syyttää itseään herkästi kaikesta ja masentuu entisestään. Curtona ja Troutman (1986) totesivat, että lapsen hoitajana itsensä aliarvioineet äidit syyttivät itseään arkipäivän hankaluuksista vaikka niihin oli ulkoinen syy. Jos nämä äidit saivat muilta ihmisiltä riittävästi henkistä tukea, heidän masentuneisuutensa oli vähäisempää. Lisäksi vanhempi, joka ei usko selviytyvänsä lapsen hoidosta madaltaa aktiviteettiaan entisestään. Hän ei jaksanut ponnistella vaikeuksien kanssa vaan luopuu yrittämästä muita herkemmin. Ikävin yhteensattuma on, jos itseään aliarvioivalla äidillä on "väärää temperamenttia" oleva lapsi (Cutrona & Troutman, 1986). Todennäköisesti omaa selviytymistään aliarvioivat äidit ja isät ovat niitä, jotka eivät osallistu ammattihenkilöstön antamaan valmennukseen tai muuhun ohjaukseen.

Omaa pystyvyyttään aliarvioiva ja masennusoireista kärsivä vanhempi ei ole lapsen kehityksen kannalta paras mahdollinen vanhempi. Alan tutkijat ovat todenneet, että jos äiti on depressiivinen, hän ei reagoi riittävästi lapsen viesteihin, ja lapsen kehitys hidastuu (Lagergrantz, 1979; Ainsworth, Blehar, Waters & Walls, 1978; Wrate, Rooney, Thomas & Cox, 1985; Cogill, Caplan, Alexandra, Robson & Kumar, 1986).

Tutkimuksen alussa kysyin: Voidaanko lasta odottavan naisen tai miehen itseä koskevien ajattelutapojen perusteella ennakoida hänen psyykkistä vointiaan lapsen syntymän jälkeen. Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siihen suuntaan, että kysymykseen voisi vastata "kyllä". Minäskeeman negatiivisuuden perusteella voi suuntaa-antavasti ennakoida, ketkä naiset todennäköisesti kärsivät häiriöoireista tai masennuksesta lapsen odotusvaiheessa ja lapsen syntymän jälkeen. Myös minäskeeman jäykkyyden perusteella voi jossain määrin ennakoida, ketkä miehet mahdollisesti

kärsivät psyykkisistä vaikeuksista lapsen odotusvaiheessa ja lapsen syntymän jälkeen. Johdonmukaisena tuloksena on lisäksi, jos lasta odottava vanhempi arvioi oman selviytymisensä lapsen hoitajana hyväksi, hänellä on harvemmin psyykkistä hyvinvointia selvästi haittaavia oireita.

#### 9.4. Käytännön päätelmät

Tulokset osoittavat, että vanhemmuuteen siirtymä rasittaa ensimmäistä lastaan odottavia naisia ja miehiä huomattavassa määrin. Joka kuudes nainen kärsii lievästä masennuksesta lapsen odotusvaiheessa, ja joka viides nainen kärsii vähintään lievästä masennuksesta lapsen syntymän jälkeen. Miehistä noin 7%:lla on masennusoireita lapsen syntymän jälkeen. Raskauden alku ja lapsen syntymää edeltävä aika rasittavat tulevia vanhempia odotuksen muita vaiheita enemmän.

Tulosten mukaan normaalioireilun ja häiriöoireilun psykologiset selitysmallit ovat jossain määrin erilaisia. Normaalioireilu on kevyempää, elämänmuutosten ja elämän arjen harmien aiheuttamaa rasitusta. Se on yhteydessä sosiaalisen ja henkisen tuen puutteesta aiheutuvaan stressiin. Sen sijaan häiriöoireilu on syvempää, psyykkisiin rakenteisiin liittyvää oireilua. Häiriöoireilua selittävät ensisijaisesti henkilön kognitiiviset rakenteet ja niiden vääristymät ja toissijaisesti henkisen tuen puutteesta aiheutuva stressi. Implikaationa terveydenhuollon palvelujärjestelmän kannalta on, jos niin halutaan, että perusterveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden työpanos kohdennetaan tarveharkintaisesti. Esimerkiksi psykologien työpanos neuvolatyössä on mahdollista suunnata häiriöoireiluun altistavien psyykkisten tekijöiden tunnistamiseen ja terapeuttiseen selvittelyyn. Sen sijaan kevyemmän oireilun selvittely ja ehkäisy voisi olla muiden kuin psykologien työn kohteena.

Tutkimus antaa viitteitä siihen, että itseään ja omaa pystyvyyttään tulevina vanhempina aliarvioivat naiset ja miehet tarvitsevat erityishuomiota. He tarvitsevat tukea

siinä, että he voisivat luottaa enemmän omaan pystyvyyteensä. Mahdollisesti he tarvitsisivat myös tavallista enemmän käytännön valmiuksien harjoittelua, miten toimia äitinä ja isänä lapselle. Itsen aliarviointi on kuin "jäävuoren huippu", jossa kuvastuu yhtäältä sen syvyys ja toisaalta se on vaaran merkki. Itseään aliarvioivien vanhempien pystyvyys lapsen hoitajana kehittyy hitaasti, ja siihen liittyy usein masennusta ja muuta psyykkistä oireilua. Neuvolahenkilöstön tehtävänä on tunnistaa nämä vanhemmat ja aloittaa heidän motivointinsa ja ohjauksensa hyvissä ajoin ennen lapsen syntymää. He ovat todennäköisesti niitä, jotka herkästi jättäytyvät sivuun tarjotuista palveluista.

#### 9.5. Jatkotutkimustarpeet

Tutkimuksen aineisto koostuu useimmiten parisuhteessa eläneistä naisista ja miehistä. Tuloksia ei analysoitu niin, että tämä olisi otettu huomioon. Kuitenkin on kiintoisa selvitettävä kysymys, mitä tyytymättömyys parisuhteeseen sisältää. Nyt tyytymättömyys kumppaniin selitti normaalioreilua ja melko tärkeällä tavalla myös häiriöoireilua lapsen syntymän jälkeen. Onko tyytymättömyys kumppaniin yhteydessä naisen tai miehen kognitiivisiin rakenteisiin? Onko tyytymättömyys molemminpuolista vai yksipuolista ja mitä se merkitsee oireilun kannalta? Parikohtaisten havaintojen analysointi on eräs jatkotutkimusaihe.

Koottu tutkimusaineisto on varsin mittava. Yhtenä jatkotutkimusaiheena on kysymys, vastaavatko lasta odottaneiden naisten omat arviot voinnistaan niitä havaintoja, joita neuvoloiden ammattihenkilöstö on tehnyt jatkuvaan terveystietomukseen tai miten he ovat arvioineet äidin vointia neuvolakontakteissa syntyneiden "tuntumien" perusteella. Mikäli havainnot ja arviot ovat yhdensuuntaisia, tulos lisää tämän tutkimuksen luotettavuutta. Käytännön neuvolatyön kannalta yhdensuuntainen tulos merkitsisi sitä, että ammattihenkilöiden tekemät havainnot ovat myös melko



luotettavia. Mikäli tulos osoittaisi, että havainnot ovat ristiriitaisia, tämän tutkimuksen tulosten luotettavuus heikkenee. Tällöin herää myös kysymys, johtuuko ristiriita myös neuvoloiden ammattihenkilöstön taidosta havaita "oikeita asioita", tulkita mahdollisesti epäsuorasti annettuja vihjeitä ja oireita.

Tutkimusaineistoon sisältyy myös naisten ja miesten vapaamuotoisesti kirjoittamia kuvauksia päivästä lapsen kanssa, kuvauksia omista tunteista kun raskaus oli todettu, mitä muutoksia eri tutkimuskerroilla vastaaja oli havainnut itsessään, muiden suhtautumisessa häneen, suhteessa puolisoon/kumppaniin, suhteessa sukulaisiin ja työtovereihin yms. Lapsen syntymän jälkeisellä tutkimuskerralla koottiin myös tietoja lapsesta. Vapaamuotoiset kuvaukset todennäköisesti tuovat esiin tärkeitä tietoja, millaisena esikoislapsen tulevat vanhemmat näkevät kehitystehtävänsä vanhempana siirtymän eri vaiheissa.

Tutkimustulokset antavat aiheen myös kahden teoreettisen kysymyksen pohdintaan ja selvittelyyn. Ensinnä, pitäisikö psyykkisten häiriöiden kognitiivisiin selitysmalleihin sisällyttää elämäntilanteeseen sisältyviä stressimuuttujia? Tässä tutkimuksessa parisuhteen stressaavuus lisäsi merkittävästi psyykkisen oireilun selitystasetta. Beck ym. (1979) väittivät, että masennukseen taipuvat henkilöt saavat masennusoireita, kun he joutuvat negatiivisella tavalla stressaaviin elämäntilanteisiin. Onko lapsen saaminen negatiivisesti stressaava elämäntilanne? Se voi olla stressaava tilanne mutta onko se negatiivinen? Kuitenkin tulokset osoittivat, että minäskeman dysfunktionaalisuus selitti häiriöoireilusta ja masentuneisuudesta enemmän kuin tyytymättömyys parisuhteeseen. Joka tapauksessa nämä selittivät yhdessä enemmän oireilun varianssista kuin kumpikin erikseen. Onko kyse näiden interaktiosta? Samansuuntaisia kysymyksiä ovat myös muut alan tutkijat pohtineet (ks. Wise & Barnes, 1986; Alloy, Hartlage & Abramson, 1988; Robins & Block, 1989). Pitäisikö Beckin ym. (1979) alttius-hypoteesi konstruoida osittain uudelleen? Wise ja Barnes (1986) esittivät, että

hypoteesi olisi muotoiltava interaktiiviseksi (interactive diathesis-stress model).

Toiseksi, siirtymien kuvaus perustuen Kellyn (1955) käsitteistöön vaatisi tarkennuksia ja toisentyypistä tutkimusotetta. Kelly on kuvannut konstruktiojärjestelmän transitioita C-P-C -syklinä. Sykli alkaa mahdollisuuksien kuvittelulla (C = circumspection), jolloin henkilö konstruoi väljästi ja kekseliäästi. Syklin seuraavassa vaiheessa hän valitsee käsitteet, joilla aikoo ratkaista ongelman, ts. päättää mistä on kysymys, minkälatauisen ongelman edessä hän on ja mitä vaihtoehtoja hänellä on käytettävissään (P = pre-emption). Syklin viimeinen vaihe on (C = control) kontrollivaihe, jossa hän valitsee suunnan, konstruktion pään, määrittelee tarkemmin valitsemansa vaihtoehdon. Kiinnostava kysymys on, miten tämä sykli eroaa "jäykällä" ja "askemaattisilla" verrattuna "joustaviin". Kysymyksen selvittäminen edellyttäisi idiograafista tutkimusotetta tai idiograafisen ja nomoteettisen työtteen yhdistämistä.

**SUMMARY: PREDICTION OF MENTAL DISTRESS DURING PUERPERIUM.**  
**A cognitive model**

Introduction. Becoming a parent is a significant milestone in the lifetime of a human being. Nowadays, the majority of successful pregnancies are planned beforehand - in other words, the transition to parenthood begins with a conscious decision on the part of the future parents. Transition to parenthood means linking the individual's wish to become a parent with the normative expectations of the society and culture within which the individual functions.

A hypothetical model of the transition as a cognitive change was presented. It was based on the concepts of information processing together with observations made in the field of cognitive psychotherapy concerning perceived deficiencies in information processing, its biases and their connections with emotional disorders (Figure 1.).

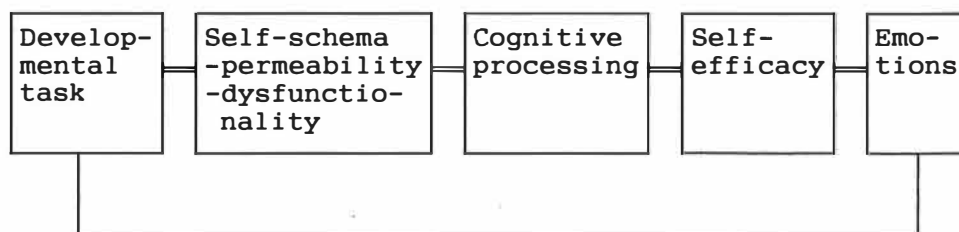


FIG 1. Transition as a cognitive change

The developmental task, the normative expectations in parenthood, proved to be the prelude to the entire transition process. The self-schema is a relatively stable cognitive structure and it is that which has the strongest effect on the passage through the process of change. Of vital importance is whether it can absorb new information or if, in accordance with the previous schema, the information is assimilated rigidly vs. flexibly or dysfunctionally vs. functionally. The self-efficacy expectations within parenthood of both men and women are indicators as to their feelings about fulfilling those expectations - for example, regarding the actual care of the child. Where his/her self-schema is rigid or negative, the harder the accommodation of expectant parenthood will be and the number of moderate psychiatric symptoms, together with their rate, will rise. In all probability, the observed emotional reactions have an effect on the realization of the developmental tasks and disturb the entire processing of information. The result of this is that the self-knowledge in both men and women is reformed.

Aims. One of the principal tasks within the study was to discover whether the Beck's cognitive vulnerability hypothesis of emotional disturbances (depression) was applicable to a non-clinical and unselected population. The hypothesis was that the transition to parenthood in the pregnant woman and her male partner is psychologically channelled according to the individual's ability to anticipate the coming changes.

The independent variables were: the characteristics of the self-schema, its permeability and dysfunctionality; an intervening variable was parenting self-efficacy expectations and a dependent variable was the emotions. In describing a person's demeanour through "permeability of self-schema", constructs were used to perceive its elements

(Kelly, 1955). If the assessment varied, the self-schema was flexible; if it hardly varied at all, the self-schema was rigid. What is called "dysfunctionality of the self-schema" meant a person's vulnerability in perceiving and interpreting matters connected with self and environment in a negative manner (Beck et al, 1979). "Parenting self-efficacy expectancies" signified the assurance of both the men and women in their ability to manage typical child-care tasks and situations (Bandura, 1986). "Emotions" included: 1) the feelings which described well-being, 2) certain psychosomatic symptoms which are normal during pregnancy and puerperium, 3) moderate psychiatric symptoms and 4) depression.

The aim of the study was to discover whether it is possible to predict emotions during the transition to parenthood through the nature of the self-schema. Also under research was the question of how perceived parenting self-efficacy are connected with the emotions. From the reciprocal relationships of cognitive concepts, it was asked what kind of connections there are between the nature of self-schema and parenting self-efficacy. Upon which criteria are emotion puerperium best predicted? Are they predictable through the presence of a rigid self-schema or a dysfunctional self-schema or in terms of parenting self-efficacy - or by combinations of these?

Material. The material consisted of 65 first-time pregnant women and their partners, 60 men, who all agreed to take part in the prospective follow-up study. The sample had been collected from all maternity health clinics in the city of Helsinki from 1987 - 1989. Twenty-three percent of the target population refused to take part the study.

Of the participants in the study, 58 % were married, 37 % were living in a non-marital committed relationship and 5 % were singles. On average, the couples had lived together for 3.7 years before the pregnancy. The mean average age

among the women was 26.6 years and varied from 18 - 35. In the case of men it was 29.3 years, ranging from 21 - 54. The level of the education enjoyed by the women corresponded to that of other women of the same age in Helsinki. The men's education proved to be significantly higher ( $p < .05$ ) than those in the same age. At the start of the study, almost all were working; 1.7 % of men and 1.5 % of the women were unemployed.

Methods. The data were collected by means of questionnaires. The participants filled in questionnaires 4 times during the pregnancy and once after the birth of the child. The information-gathering periods were: 2 months, 5 months, 7 months, 9,5 months and 2 months after the birth.

In order to estimate the permeability of the self-schema, a modified Kelly's (1955) Grid-method containing fixed elements and constructs was used. Permeability was defined through the method presented by Gottesman (1962) - that is, how often the respondent used the mid-point on the answer scale. Dysfunctionality of the self-schema was defined by the questionnaire developed by Weissmann (1980, Dysfunctional Attitude Scale, Form A) containing 40 statements. The higher the respondent's score the greater was the dysfunctionality of his/her thinking. The DAS reliability was 0.88 (Cronbach's alpha). In this study child care tasks and situations were considered as being activities in which parenting self-efficacy was estimated. On a scale of 1 to 10, the respondent evaluated his/her ability to manage each of the 12 tasks in question. These parenting self-efficacy expectations formed the sumvariables which measured the magnitude and strength dimensions of that same self-efficacy. The reliability of the parenting self-efficacy ranged from 0.94 - 0.95. "Mood" was a category of symptoms especially developed for this study. The basic dimensions were arrived at according to the results from the factor analysis

and from these were formed the sumvariables: normal symptoms, moderate psychiatric symptoms and happiness in parenthood. In the separate study phases the reliability (Cronbach's alpha) ranges were: normal symptoms 0.78 - 0.86, moderate psychiatric symptoms 0.60 - 0.75 and happiness in parenthood 0.67 - 0.78. Because "Mood" is not a standardized questionnaire, symptoms were also assessed twice over Beck's Depression Inventory (BDI). At the beginning of the study its reliability was 0.80 and at the end 0.84. Furthermore, respondents gave information concerning education, occupation, life stress, obstetric and psychiatric history and dissatisfaction with the couple's mutual well-being (Pearlin scale, 1975). The results were analysed separately for the men and women by means of a multivariate analysis-of-variance (MANOVA), one-way variance analysis, and a stepwise regression analysis.

Results and conclusion. In the women's group, the normal symptoms varied significantly (Pillais  $F(4,41)=12.86$ ,  $p<.001$ ) according to the phases of transition (MANOVA). The number of normal symptoms reached a peak at the start of the transition and declined as it progressed. The most significant change took place from the first to fifth months of pregnancy ( $F(1,44)=28.26$ ,  $p<.001$ ). Moderate psychiatric symptoms varied significantly according to the phases of the transition (Pillais  $F(4,43)=8.51$ ,  $p<.001$ ). The lowest number of moderate psychiatric symptoms were detected after the birth of the child. The greatest change occurred between the periods before and after the birth ( $F(1,46)=21.99$ ,  $p<.001$ ). Happiness in parenthood increased gradually as the process advanced (Pillais  $F(4,44)=10.37$ ,  $p<.001$ ). However, 17 % of women suffered from dysforia at the beginning of the pregnancy and 21 % after the birth. Clinically meaningful depression was assessed at 6.6 %.

In the case of the men, normal symptoms varied sig-

nificantly according to the period of transition (Pillais  $F(4,34)=2.67$ ,  $p<.05$ ). However, fewest symptoms were noted after the pregnancy had lasted 5 - 7 months - but these increased before the birth. Moderate psychiatric symptoms did not vary significantly according to the phases of transition. Growth of happiness in parenthood was related to transition (Pillais  $F(4,34)=2.67$ ,  $p<.05$ ). Happiness in parenthood was greatest between the times before and after the birth. The prevalence of mild depression was, at the beginning of the pregnancy, 3.3 % and after the birth 7.4 %.

According to the results of the stepwise regression analysis, moderate psychiatric symptoms during puerperium among the women were best predicted by DAS (24 %) and dissatisfaction with the couple's mutual well-being (11 %); depression was best predicted by DAS (9 %) and a bad psychological atmosphere in the home as child (6 %). Moderate psychiatric symptoms among the men were best predicted by dissatisfaction with the couple's mutual well-being (12 %) and DAS (8 %); depression was best predicted by permeability of the self-schema (11 %). The cognitive variables did not explain the normal symptoms. Dissatisfaction with the couple's relationship accounted for 21 % of the normal symptoms variance in the men and 11 % in the women.

Moderate psychiatric symptoms in the high DAS-group were, in the case of both the men and women, more frequent during the pregnancy and after the birth than low and medium DAS-groups. Among the women the difference in depression levels between high and low DAS-groups widened from the beginning of the pregnancy to puerperium; in the men the difference was similar, but more slight. Variations in normal symptoms were connected only with the transition to parenthood, not dysfunctionality of the self-schema.

Men with rigid self-schemas experienced the largest number of moderate psychiatric symptoms and depression; their happiness in parenthood was less than the others



during the entire transition period. The women's rigid self-schemas had no connection with the moderate psychiatric symptoms. However, happiness in parenthood among with rigid self-schemas was less than that experienced by women with flexible self-schemas. The variation in symptoms among aschematics was interesting. They experienced fewer symptoms and their described happiness in parenthood was stronger. However, the level of their symptoms responded sensitively to situations - this was particularly in evidence around the time of the birth. A conclusion could therefore be drawn: those possessing an aschematic self-schema could not anticipate changes realistically enough.

Results among men indicated that the greater the level of parenting self-efficacy at the beginning of pregnancy, the fewer the symptoms and the stronger the happiness in parenthood during the transition period. Among women results were not significant, but of a similar character.

In the women, dysfunctionality of the self-schema and in the men a rigid self-schema lowered the perception of their child-caring capabilities - their self-efficacy as parents. In this study parenting self-efficacy was an intervening variable. It could be concluded that the women's and men's expectations of their self-efficacy give important practical information concerning their capability as caregivers. Health care personnel should identify these mothers and their partners, because as parents they are in need of more help and support.

The results indicated that psychological models of normal symptoms and moderate psychiatric symptoms differed to some extent. The normal symptoms were slighter and linked to the stress brought about through a lack of social support. Conversely, the moderate psychiatric symptoms were deeper and connected with cognitive structures. On the basis of the rigid and dysfunctional self-schemas, it was possible to predict those who probably would suffer from moderate psychiatric symptoms and depression during pregnancy and

puerperium. Women's mental distress was better predicted by the presence of dysfunctionality and men's by their rigid self-construct.

## LÄHTEET

- Abelson, R.P.(1981) Psychological status of the script concept. *American Psychologist*, 36, 715-729.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B. & Metalsky, G.I.(1988) The cognitive diathesis-stress theories of depression: Toward on adequate evaluation of the theories' validities. Teoksessa L.B. Alloy (toim.), *Cognitive processes in depression* (ss. 3-30). New York: Guilford.
- Adams-Webber, J.R.(1979) *Personal construct theory: And applications*. New York: John Wiley.
- Adler, A.(1927) *Understanding human nature*. New York: Greenberg.
- Adler, A.(1964) *Social interest: A challenge to mankind*. New York: Putnam.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Walls, S.(1978) *Patterns of attachment: Observations in the strange situations and at home*. Hillsdale: Erlbaum.
- Alloy, L.B. (toim.) (1988) *Cognitive processes in depression*. New York: Guilford.
- Alloy, L.B., Hartlage, S. & Abramson, L.Y.(1988) Testing the cognitive diathesis-stress theories of depression: Issues of reserach design, conceptualization and assessment. Teoksessa L.B. Alloy (toim.), *Cognitive processes in depression* (ss. 31-73). New York: Guilford.
- Bandura, A.(1977) Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A.(1978) Reflections on self-efficacy. Teoksessa S.Rachman (toim.), *Advances in behaviour research and therapy* (ss. 237-269). Oxford: Pergamon.
- Bandura, A.(1982) Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A.(1985) Model of causality in social learning theory. Teoksessa M.J. Mahoney & A. Freeman (toim.), *Cognition and psychotherapy* (ss. 81-99). New York: Plenum.
- Bandura, A.(1986) *Social foundations of thought & action*. A

- social cognitive theory (ss. 390-453). Englewood, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A., Adams, N., Hardy, A.B. & Hoells, G.(1980) Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66.
- Bandura, A. & Wood, R.(1989) Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 805-814.
- Barnett, P.A. & Gotlib, I.H.(1990) Cognitive vulnerability to depressive symptoms among men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 47-61.
- Barrios, B.(1983) The role of cognitive mediators in heterosexual anxiety: A test of self-efficacy theory. *Cognitive Theory and Research*, 7, 543-554.
- Barrios, B.A.(1988) On the changing nature of behavioral assessment. Teoksessa A.S. Bellack & M. Hersen (toim.), *Behavioral assessment* (ss. 3-41) (3.painos). New York: Pergamon Press.
- Bartlett. F.C.(1932) *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A.T.(1963) Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A.T.(1967) *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper.
- Beck, A.T.(1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T.(1982) Cognitive therapy of depression, new perspectives. Teoksessa P. Clayton & J. Barret (toim.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (ss. 265-290). New York: Raven.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.C.(1986) *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G.(1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G.(1988) *Psychometric*

- properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H. & Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Bellack, A.S. (1990) Recent developments on social skill and schizophrenia. *Esitetty* 20. European Congress on Behaviour Therapy, 12.-15.9.1990, Pariisi
- Belsky, J. (1981) Early human experience: A family perspective. *Developmental Psychology*, 17, 3-23.
- Belsky, J. (1984) The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J. & Volling, B.L. (1987) Mothering, fathering and marital interaction in the family triad during infancy. *Teoksessa P.W. Bergman & F.A. Pedersen (toim.), Man's transitions to parenthood (ss. 37-63)*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Bergman, P.W. & Pedersen, F.A. (toim.) (1987) *Man's transitions to parenthood*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Bernier, M. & Avard, J. (1986). Self-efficacy, outcome and attribution in a weight-reduction program. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 319-338.
- Biran, M. & Wilson, G.T. (1981) Treatment of phobic disorders using cognitive and exposure methods: A self-efficacy analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 886-889.
- Bogren, L. (1985) Couvade-syndromet - graviditetsbesvär hos den blivande pappan. *Läkartidningen*, 83, 1273-1275.
- Bower, G.H. (1981) Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss, Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Braverman, J. & Roux, J.F. (1978) Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology*, 52, 1152-1156.
- Brewin, C.R. (1988) *Cognitive foundations of clinical psy-*

- chology. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Brieri, J., Atkins, A.L., Briar, S., Lobeck, R., Miller, H. & Tripoli, T.(1970) Nature of cognitive structures. Teoksessa B.P. Warr (toim.), Thought and personality (ss. 160-173). Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Brown, G.W. & Harris, T.O.(1978) Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. London. Tavistock.
- Brown, G.W. & Harris, T.O. (toim.) (1989) Life events and illness. London: Guilford.
- Button, E.(1985) Personal construct theory & mental health. London: Croom Helm.
- Böker, W., Brenner, H.D. & Wurgler, S.(1989) Vulnerability-linked deficiencies, psychopathology and coping behavior of schizophrenics and their relatives. The British Journal of Psychiatry, 155, 128-135.
- Cane, D.B., Olinger, L.J, Gotlib, I.H. & Kuiper, N.A.(1986) Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. Journal of Clinical Psychology, 42, 307-309.
- Cervone, D.(1987) Chi-square analysis of self-efficacy data: A cautionary note. Cognitive Therapy and Research, 11, 709- 714.
- Cogill, S.R., Caplan, H.L., Alexandra, H., Robson, K.M. & Kumar, R.(1986) Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. British Medical Journal, 292, 1165-1167.
- Cohen, C.E.(1981) Goals and schemata in person perception: Making sense from the stream of behavior. Teoksessa N. Cantor & J.F. Kihlström (toim.), Personality, cognition and social interaction (ss. 45-68). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Condon, J.T. & Watson, T.L.(1987) The maternity blues: Exploration of a psychological hypothesis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 76, 164-171.
- Cooper, P.J., Campbell, E.A., Day, A., Kennerly, H. & Bond, A.(1988) Non-psychotic psychiatric disorders after

- childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, 799-806.
- Cottraux, J., Charles, S., Mollard, E. & Bouvard, M.(1989) Validation study of the French version of the Dysfunctional Attitudes Scale (form A). *Esitetty 3. World Congress of Cognitive Therapy*, 28.6.-2.7.1989, Oxford.
- Cottraux, J. & Mollard, E.(1988) *Cognitive therapy of phobics*. Teoksessa C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (toim.), *Cognitive psychotherapy. Theory and practice* (ss. 179-197). Berlin: Springer.
- Cowan, C.P. & Cowan, P.A.(1987) Men's involvement in parenthood. Teoksessa P.W. Bergman & F.A. Pedersen (toim.), *Men's transitions to parenthood* (ss. 145-174). Hillsdale, J.N.: Lawrence Erlbaum.
- Cowan, P.A. & Cowan, C.P.(1988) Changes in marriage during the transition to parenthood: must we blame the baby? Teoksessa G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (toim.), *The transition to parenthood* (ss. 114-154). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cox, J.L.(1979) Psychiatric morbidity and pregnancy: A controlled study of 263 semirural Ugandan women. *British Journal of Psychiatry*, 134, 401-405.
- Cox, J.L.(1983) Clinical and research aspects of postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2-1, 46-53.
- Cox, J.L., Connor, Y.M. & Kendell, R.E.(1982) Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117.
- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R.(1987) Detection of postnatal depression, development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Curtis, T.L.(1955) A psychiatric study of 55 expectant fathers. *US Armed Forces Medical Journal*, 5, 937-950.
- Cutrona, C.E.(1982) Nonpsychotic postpartum depression: A review of recent research. *Clinical Psychology Review*,

2, 487-503.

- Cutrona, C.E. (1983) Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.
- Cutrona, C.E. & Troutman, B.R. (1986) Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- Dalton, K.(1971) Prospective study into puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 118, 689-692.
- Damon, W.(1983) Social and personality development. Infancy through adolescence. New York: W.W. Norton.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. & Gilbertini, M.(1985) Self-efficacy and stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Dillion, W.R. & Goldstein, M. (1984) Multivariate analysis. Methods and Applications. New York: John Wiley.
- Dobson, K.S. & Breiter, H.J.(1983) Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 107-109.
- Dobson, K.S. & Shaw, B.F. (1986) Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 13-29.
- Elliot, S.A., Rugg, A.J., Watson, J.P. & Brough, D.I.(1983) Mood changes during pregnancy and after the birth of a child. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 295-308.
- Ellis, A.(1962) Reason and emotion in psychotherapy. New York: Stuart.
- Ellis, A.(1989) Comments on my critics. Teoksessa M.E. Bernard & R. DiGiuseppe (toim.), *Inside rational-emotive therapy. A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis* (ss. 119-233). San Diego: Academic Press.
- Epting, F.R.(1984) Personal construct. Counseling and psychotherapy. New York: John Wiley.
- Erikson, E.H.(1968) Identity, youth and crisis. New York: Norton.



- Erikson, E.H.(1980) Identity and the life cycle. New York: Norton.
- Evans, M.D. & Hollon, S.D.(1988) Patterns of personal and causal inference: Implications for the cognitive therapy of depression. Teoksessa L.B. Alloy (toim.), Cognitive processes in depression (ss. 344-377). New York: Guilford.
- Fedele, N.M., Golding, E.R., Grossman, F.K. & Pollack, W.S. (1988) Psychological issues in adjustment to first parenthood. Teoksessa G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (toim.), The transition to parenthood. Current theory and research (ss. 85-113). Cambridge: Cambridge University Press.
- Feldman, S.S.(1987) Predicting strain in mothers and fathers of 6-month-old infants. Teoksessa P.W. Bergman & F.A. Pedersen (toim.), Men's transitions to parenthood (ss. 13-35). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. & Gay, L.(1985) Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.
- Fiske, S.T. & Taylor, S.E.(1984) Social cognition. New York: Random House.
- Fransella, F. & Bannister, D.(1977) A manual for repertory grid technique. New York: Academic Press.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K.M. (1990) Clinical application of cognitive therapy. New York: Plenum Press.
- Freeman, T.(1951) Pregnancy as a precipitant of mental illness in men. *British Journal of Medical Psychology*, 24, 49-54.
- van Geert, P.(1987) The structure of Erikson's model of the eight ages: A generative approach. *Human Development*, 30, 236-254.
- Gerzi, S. & Berman, E.(1981) Emotional reactions of expectant fathers to their wives' first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 259-265.

- Gloger-Tippelt, G.(1983) A process model of the pregnancy course. *Human Development*, 26, 134-148.
- Gloger-Tippelt, G.(1989) Mother's conceptions of their child during the transition to parenthood. *Esitetty kongressissa 10. Biennial Meetings of ISSBD, 9.-13.7.1989, Jyväskylä.*
- Godding, P.R. & Glasgow, R.E.(1985) Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 583-590.
- Goldberg, D.(1972) *The detection of psychiatric illness by questionnaire.* London: Oxford University Press.
- Goldberg, D., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H.B. & Shepherd, M.(1970) A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive Social Medicine*, 24, 18-23.
- Goldberg, W.A. & Michaels, G.Y.(1988) Conclusion. The transition to parenthood: Synthesis and future directions. Teoksessa G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (toim.), *The transition to parenthood* (ss. 342-360). Cambridge. Cambridge University Press.
- Gotham, A.M., Brown, R.G. & Marsden, C.D.(1986) Depression in Parkinson's disease: A quantitative and qualitative analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 49, 381- 389.
- Gottesman, L.E.(1962) The relationship of cognitive variables to therapeutic ability and training of client centered therapists. *Journal of Consulting Psychology*, 26.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D.(1984) Integrating affect and cognition: A perspective on process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 559-578.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D.(1987) *Emotion in psychotherapy.* New York: Guilford.
- Guidano, V.F.(1987) *Complexity of the self.* New York: Guilford.
- Guidano, V.F. & Liotti, G.(1983) *Cognitive processes and emotional disorders. A structured approach to psychotherapy.* New York: Guilford.

- Guidano, V.F. & Liotti, G.(1985) A constructivistic foundation for cognitive therapy. Teoksessa M. J. Mahoney & A. Freeman (toim.), *Cognition and psychotherapy* (ss. 101-142). New York: Plenum.
- Hamilton, J.A.(1982) The identity of postpartum psychosis. Teoksessa I.F. Brockington & R. Kumar (toim.), *Motherhood and mental illness* (ss. 1-20). London: Academic Press.
- Hammen, C.L.(1985) Predicting depression: A cognitive-behavioral perspective. Teoksessa P.C. Kendall (toim.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, Vol. 4. (ss. 30-71). London: Academic Press.
- Hammen, C.L., Marks, T., de Mayo, R. & Mayol, A. (1985a) Self-schemas and risk for depression: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1147-1159.
- Hammen, C.L., Marks, T., Mayol, A. & de Mayo, R.(1985b) Depressive self-schemas, life stress and vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 308-319.
- Handley, S.L., Dunn, T.L., Waldrow, G. & Baker, J.M.(1980) Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *British Journal of Psychiatry*, 136, 498-508.
- Harter, S.(1990) Developmental differences in the nature of self-representations: Implications for the understanding, assessment and treatment of maladaptive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 113-142.
- Havighurst, R.J.(1955) *Human development and education*. New York: Longmans.
- Heinicke, C.(1984) Impact of prebirth parent personality and marital functioning on family development: A framework and suggestions for further study. *Developmental Psychology*, 20, 1044-1053.
- Helsingin kaupungin tilastokeskuksen tilastoja (1987) *Koulutus Helsingissä 1984-1986*, E:1.
- Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja (1989) *Helsinki:Tilastokeskus*.

- Herzog, A. & Detre, T.(1976) Psychotic reactions associated with childbirth. *Diseases of the Nervous System*, 37, 229-235.
- Hollon, S.D. & Kendall, P.C.(1980) Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Hollon, S.D. & Kriss, M.(1984) Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.
- Hopkins, J., Markus, M. & Campbell, S.B.(1984) Postpartum depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 45, 498-515.
- Horowitz, L.M., Post, D.L., French, R., Wallis, K.D. & Siedelman, E.Y.(1981) The prototype as a construct in abnormal psychology: Clarifying disagreements in psychiatric judgements. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 575-585.
- Isen, A.M., Shalcker, T.E., Clark, M. & Karp, I.(1978) Affect, accessibility of material in memory and behavior: A cognitive loop? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1-12.
- Jacobsen, L., Kaij, L. & Nilsson, A.(1965) Postpartum mental disorders in an unselected sample. *British Medical Journal*, 640-643.
- James, W.(1907-1983) *Kootut teokset. The principles of psychology*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Jansson, L.(1986) *Handbok i kognitiv terapi vid depression*. Lund: Natur och Kultur.
- Kahneman, D., Slovic, P. & Tversky, A. (toim.) (1982) *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*. New York: Cambridge University Press.
- Kaplan, B.J.(1986) A psychological review of depression during pregnancy. *Psychology of Women Quarterly*, 10, 35-48.
- Kaplan, R.M., Atkins, C.J. & Reinsch, S.(1984) Specific

- efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology*, 3, 223-242.
- Karila, I.(1988) Siirtymä vanhemmuuteen. Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi I. Jyväskylän yliopisto. Psykologian lisensiaatin työ.
- Karila, I.(1989a) Siirtymä vanhemmuuteen. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, 304.
- Karila, I.(1989b) Dysfunctional attitudes and symptoms in the transition to parenthood. Esitetty 3. World Congress of Cognitive Therapy, 28.6.-2.7.1989, Oxford.
- Kazdin, A.(1978) Imagery elaboration and self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 725-733.
- Kelly, G.A.(1955) The psychology of personal constructs. New York: Norton.
- Kendall, P.C., Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen, C.L. & Ingram, R.E.(1987) Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Kendell, R.E., Chalmers, J.C. & Platz, C.(1987) Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662-763.
- Kirsch, I.(1985) Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824-830.
- Koskiahho, B.(1990) Ohi, läpi ja reunojen yli. Helsinki: Gaudeamus.
- Kovacs, M. & Beck, A.T.(1978) Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Kuiper, N.A. & Olinger, L-J.(1986) Dysfunctional attitudes and selfworth contingency model of depression. Teoksessa P.C. Kendall (toim.), *Advances in cognitive-behavioral Research and therapy*, Vol. 5 (ss. 115-142). New York: Academic Press.
- Kuiper, N.A., Olinger, L.J. & Martin, R.A.(1988) Dysfunctio-

- nal attitudes, stress and negative emotions. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 539-547.
- Kumar, R. & Robson, K.M.(1984) A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Lagercrantz, E.(1979) Förstföderskan och hennes barn. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Langer, E.J. & Abelson, R.P.(1974) A patient by any other name. Clinical group differences in labeling bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 4-9.
- Lane, T.W. & Borkovec, T.D.(1984) The influence of therapeutic expectance/demand on self-efficacy ratings. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 95-106.
- Lazarus, R.S.(1982) Thoughts on the relation between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- Lazarus, R.S.(1989) Cognition and emotion from the RET viewpoint. Teoksessa M.E. Bernard & R. DiGuiseppe (toim.), *Inside rational-emotive therapy. A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis* (ss. 47-68). San Diego: Academic Press.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S.(1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lee, C.(1982) Self-efficacy as a predictor of performance in competitive gymnastics. *Journal of Sport Psychology*, 4, 405-409.
- Lee, C.(1983) Self-efficacy and behavior as predictor of subsequent behavior in an assertiveness training programme. *Behavioral Research and Therapy*, 21, 225-232.
- Lee, C.(1985) Efficacy expectations as predictors of performance: Meaningful measures of microanalytic match. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 367-370.
- Leventhal, H.(1979) A perceptual motor processing model of emotion. Teoksessa P. Pliner, K.R. Blankstein & I.M. Spigel (toim.), *Advances in the study of communication and affect*, Vol. 5. Perception of emotions in self and others. New York: Plenum.
- Lewin, K.(1951) *Field theory in social science*. New York:

Harper.

- Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplin, W. & Barton, R.(1980) Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-212.
- Lewinsohn, P.M., Steinmetz, J.L. & Franklin, J.(1981) Depression-related cognitions: Antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 213-219.
- Levy, V.(1987) The maternity blues in post-partum and post-operative women. *British Journal of Psychiatry*, 151, 368-372.
- Liotti, G.(1988) Attachment and cognition. A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy. Teoksessa C. Perris, I.Blackburn & H. Perris (toim.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice* (ss. 62-79). Berlin: Springer.
- Liotti, G.(1989) Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata: Understanding and changing difficult patient-therapist relationships in cognitive psychotherapy. *Esitetty 3. World Congress of Cognitive Therapy*, 28.6.-2.7.1989, Oxford.
- Lipkin, M. & Lamb, G.S.(1982) The couvade syndrome: An epidemiologic study. *Annals of Internal Medicine*, 96, 509-511.
- Litt, M.D.(1988) Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 149-160.
- Livingood, A.B., Daen, P. & Smith, B.D.(1983) The depressed mother as a source of stimulation for her infant. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 369-375.
- Maddux, J.E., Norton, L.W. & Leary, M.R.(1988) Cognitive components of social anxiety: An investigation of the integration of self-presentation theory and self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 180-190.
- Madigan, R.J.(1982) The effects of induced mood on the retrieval of personal episodic and semantic memories.

- Psychological Reports, 50, 147-157.
- Madigan, R.J. & Bollenbach, A.K.(1986) The effects of induced mood on irrational thoughts and views of the world. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 547-562.
- Mahoney, M.J.(1984) Integrating affect and action. A comment. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 585-589.
- Mahoney, M.J.(1985) Psychotherapy and human change processes. Teoksessa M.J. Mahoney & A. Freeman (toim.), *Cognition and psychotherapy* (ss. 3-48). New York: Plenum.
- Mahoney, M.J.(1988) Constructive metatheory I: Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- Mahoney, M.J.(1990) Human change processes. New York: Basic Books.
- Malin, A. & Pahkinen, E.(1990) Monimuuttujaisen varianssi-analyysin ja toistomittauksen soveltaminen käyttäytymistieteellisissä mittauksissa. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja B. Teoriaa ja käytäntöä 47. Jyväskylä: Kasvatustieteiden tutkimuslaitos.
- Mandler, G.(1975) *Mind and emotion*. New York: John Wiley.
- Mandler, G.(1985) *Cognitive psychology. An essay in cognitive science*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Manly, P.C., McMahon, R.B., Branley, C.F. & Davidson, P.O. (1982) Depressive attributional style and depression following childbirth. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 245-254.
- Manning, M.M. & Wright, T.L.(1983) Self-efficacy expectancies, outcome expectancies and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 421-431.
- Markus, H.(1977) Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Martin, D.J., Abramson, L.Y. & Alloy, L.B.(1984) Illusion of control for self and others in depressed and non-depressed college students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 125-136.



- McCoy, M.M.(1977) A reconstruction of emotion. Teoksessa D. Bannister (toim.), *New perspectives in personal construct theory*. London: Academic Press.
- Mead, G.H.(1934) *Mind, self and society*. Chigago: University of Chigago Press.
- Meichenbaum, D.(1977) *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum.
- Meier, S., McCarthy, P.R. & Schmeck, R.R.(1984) Validity of self-efficacy as a predictor of writing performance. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 107-120.
- Meltzer, E.S. & Kumar, R.(1985) Puerperal mental illness, clinical features and classification: A study of 142 mother-and-baby admissions. *British Journal of Psychiatry*, 147, 647-654.
- Mills, M., Puckering, C., Pound, A. & Cox, A.(1985) What is it about depressed mothers that influences their children's functioning? Teoksessa J.E. Stevenson (toim.), *Recent research in developmental psychopathology* (ss. 11-17). Oxford: Pergamon.
- Mischel, W.(1968) *Personality and assessment*. New York: John Wiley.
- Neimeyer, R.A.(1985) Personal constructs in clinical practice. Teoksessa P.C. Kendall (toim.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, Vol. 4. (ss. 275-339). London: Academic Press.
- Neimeyer, R.A., Klein, M.H., Gurman, A.S. & Griest, J.H. (1983) Cognitive structure and depressive symptomatology. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 65-73.
- Neisser, U.(1982) *Kognitio ja todellisuus*. Suomentaja Helena Jahnukainen. Espoo: Weilin + Göös.
- Neugarten, B.L.(1977) *Transition in the life cycle*. Teoksessa J. Birren & K.W. Schaie (toim.), *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Niemelä, P.(1980) Working through ambivalent feelings in women's life transitions. *Acta Psychologica Fennica*, VII, 99-107.

- Niemelä, P.(1985) Vauva tulossa - elämä muuttuu. Keuruu: Otava.
- Nieminen, P. & Nummenmaa, A-R.(1985) Lapsen syntymisen psykologia. Porvoo: WSOY.
- Nilsson, Å.(1970) Para-natal emotional adjustment: A prospective study of 165 women. Part I. Acta Psychiatrica Scandinavica, 47, supplementum 220 (ss.1-61).
- Nilsson, Å. & Almgren, P.E.(1970) Para-natal emotional adjustment. A prospective investigation of 165 women. Part II. Acta Psychiatrica Scandinavica, 47, supplementum 220 (ss. 62-141).
- Nott, P., Franklin, M., Armitage, C. & Gelder, M.G.(1976) Hormonal changes and mood in the puerperium. British Journal of Psychiatry, 128, 379-383.
- Nurmi, J-E.(1989) Adolescents' orientation to the future. Commentations Scientiarum Socialium, 39, Helsinki.
- Oakley, A.(1980) Women confined: Towards a sociology of childbirth. Oxford: Martin Robertson.
- O'Hara, M.W.(1987) Post-partum "blues", depression and psychosis. A review. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 7, 205-227.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. & Campbell, S.B.(1982) Predicting depressive symptomatology: Cognitive-behavioral models and post-partum depression. Journal of Abnormal Psychology, 91, 457-461.
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zekoski, E.M.(1984) A prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. Journal of Abnormal Psychology, 93, 158-171.
- O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Phillips, L.H. & Wright, E.J. (1990) Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. Journal of Abnormal Psychology, 99, 3-15.
- Olinger, L.J., Kuiper, N.A. & Shaw, B.F.(1987) Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model depression. Cognitive Therapy and Research, 11, 25-40.

- Olioff, M. & Aboud, F.A.(1991) Predicting postpartum dysphoria in primiparous mothers: Roles of perceived parenting self-efficacy and self-esteem. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 5, 3-14.
- Oliver, J.M. & Baumgart, E.P.(1983) The Dysfunctional Attitude Scale: Psychometric properties and relation to depression in an unselected adult population. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 161-167.
- Pahkinen, T.(1988) Psykoteraapian vaikutus minäkäsitykseen. Psykoteraapian käynnistämän muutosprosessin vaikutus korkeakouluopiskelijoiden minäkäsitykseen. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*, 42.
- Pakaslahti, A.(1986) Principles and practices in diagnosing schizophrenia. *Publications of the social insurance institution*, ML: 57. Helsinki.
- Palenzuela, D.L.(1987) The expectancy construct within the social learning theories of Rotter and Bandura. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 437-452.
- Parks, C.W. & Hollon, S.D.(1988) Cognitive assessment. Teoksessa A.S. Bellack & M. Hersen (toim.), *Behavioral assessment*, (ss. 161-212) (3.painos). New York: Pergamon Press.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J. & Rassaby, E.S.(1980) Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- Pearlin, L.I.(1975) Status inequality and stress in marriage. *American Sociological Review*, 40, 344-357.
- Pedersen, F.A., Zaslav, M.J., Cain, R.L., Suwalsky, J.T.D. & Rabinovich, B.(1987) Father-infant interaction among men who had contrasting affective responses during early infancy. Teoksessa P.W. Berman & F.A. Pedersen (toim.), *Men's transitions to parenthood* (ss. 65-87). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Persons, J.B. & Rao, P.A.(1985) Longitudinal study of cognitions, life events and depression in psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 51-63.

- Piaget, J.(1955) The childs' construction of reality. London: Palladium.
- Piaget, J. & Inhelder, B.(1977) Lapsen psykologia. Suomentaja Mirja Rutanen. Jyväskylä: Gummerus (alkuteos julk. 1966).
- Pichert, J.W. & Anderson, R.C.(1977) Taking different perspectives on a story. *Journal of Educational Psychology*, 69, 309-315.
- Pitt, B.(1968) "Atypical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
- Pitt, B.(1973) "Maternity blues". *British Journal of Psychiatry*, 122, 431-433.
- Popper, K.R. & Eccelles, J.C.(1977) The self and its brain. Berlin: Springer.
- Rachman, S.(toim.) (1978) Perceived self-efficacy: Analysis of Bandura's theory of behavioural change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1. Oxford: Pergamon.
- Rachman, S.(1980) Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rachman, S.(1981) The primacy of affect. Some theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 279-290.
- Rachman, S.(1984) A reassessment of the "primary of affect". *Cognitive Therapy and Research*, 8, 579-584.
- Raitasalo, R.(1977) Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen. *Kansaneläkelaitoksen julkaisu A 13*. Helsinki.
- Raitasalo, R., Lehtinen, V., Joukamaa, M., Lahtela, K., Kuusela, V., Maatela, J. & Aromaa, A.(1986) Social stress and depression. *Stress and Psychosomatics, Psychiatria Fennica Supplementum*, 199-205.
- Rees, W.D. & Lutkins, S.G.(1971) Parental depression before and after childbirth. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 21, 26-31.
- Reitterstol, N.(1968) Paranoid psychosis associated with impending or newly established fatherhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 44, 51-61.

- Renner, G.(1989) Development of values in adulthood: Cross-sequential analysis in the age range of 30 to 60 years. Esitetty kongressissa 10. Biennial Meetings of ISSBD, 9.-13.7.1989, Jyväskylä.
- Rholes, W.S., Riskind, J.N. & Neville, B.(1985) The relationship of cognitions and hopelessness to depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 36-50.
- Robins, C.J.(1987) Social perception and heterosocial self-efficacy: A multidimensional scaling analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 197-214.
- Robins, C.J. & Block, P.(1989) Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluations of the models of Beck and of Abramson, Seligman and Teasdale. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 297-313.
- Roth, D. & Rehm, L.P.(1980) Relationships among self-monitoring processes, memory and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 149-157.
- Rothbart, M., Evans, M. & Fulero, S.(1979) Recall for confirming events: Memory processes and the maintenance of social stereotypes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15, 343 -355.
- Rubble, D.N., Fleming, A.S., Stangor, C., Brooks-Gunn, J., Fitzmaurice, G. & Deutsch, F.(1990) Transition to motherhood and the self: Measurement, stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 450-463.
- Rush, A.J., Weissenburger, J. & Evans, G.(1986) Do thinking patterns predict depressive symptoms? *Cognitive Therapy and Research*, 10, 225-236.
- Rutter, M.(1990) Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology*, 26, 60-67.
- Ryff, C.D.(1989) Getting better, getting worse with time: Beliefs about personal change from young adulthood through old age. Esitetty kongressissa 10. Biennial Meetings of ISSBD, 9.-13.7.1989, Jyväskylä.

- Ryle, A.(1961) The psychological disturbance associated with 345 pregnancies in 137 women. *Journal of Mental Science*, 107, 276-286.
- Ryle, A.(1982) *Psychotherapy. A cognitive integration of theory and practice*. London: Academic Press.
- Saariluoma, P.(1988) Ajattelu kognitiivisena prosessina. Teoksessa A. Hautamäki (toim.), *Kognitiotiede* (ss. 43-70). Helsinki: Gaudeamus.
- Saariluoma, P.(1988) Ihmisen muisti. Teoksessa A. Hautamäki (toim.), *Kognitiotiede* (ss. 71-99). Helsinki: Gaudeamus.
- Schank, R. & Abelson, R.(1977) *Scripts, plans, goals and understanding*. Hillsdale N.J.: Erlbaum.
- Scott-Heyes, G.(1982) The experience of perinatal paternity and its relation to pregnancy and childbirth. Teoksessa N. Beail & J. McGuire (toim.), *Fathers psychological perspectives*. London: Junction Books.
- Seiler, T.B.(1984) Develomental cognitive theory, personality and therapy. Teoksessa N. Hoffmann (toim.), *Foudations of cognitive therapy. Theoretical methods and practical applications* (ss. 11-49). New York: Plenum.
- Shulman, B.H.(1985) Cognitive therapy and the individual psychology of Alfred Adler. Teoksessa M.J. Mahoney & A. Freeman (toim.), *Cognition and psychotherapy* (ss. 243-358). New York: Plenum.
- Smedslund, J.(1978) Bandura's theory of self-efficacy: A set of common sense theorems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 19, 1-14.
- Snyder, M.(1981) On the influence of individuals on situations. Teoksessa N. Cantor & J.F.Kihlström (toim.), *Personality, cognition and social interaction* (ss. 309-329). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Srull, T.K. & Wyer, R.S.(1979) The role of category accessibility in the interpretation of information about persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1660-1672.
- Stern, D.N.(1985) The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology.

New York: Basic Books.

- Stiles, T.C. & Götestam, G.(1988) The role of cognitive vulnerability factors in the development of depression: Theoretical and methodological considerations. Teoksessa C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (toim.), Cognitive psychotherapy. Theory and practice (ss. 120-139). Berlin: Springer.
- Swann, W.B. Jr. & Read, S.J.(1981) Self-verification processes: How we sustain our self-conceptions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 351-372.
- Tamminen, T.(1990) Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. *Acta Universitatis Tamperensis, ser, A, Vol. 304*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Teasdale, J.D.(1983) Negative thinking in depression. Cause, effect or reciprocal relationship. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.
- Teasdale, J.D. & Dent, J.(1987) Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypothesis. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-126.
- Teichman, Y. & Lahav, Y.(1987) Expectant fathers: Emotional reactions, physical symptoms and coping styles. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 225-232.
- Temerlin, M.K.(1968) Suggestion effects in psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 147, 349-353.
- Tod, E.D.M.(1964) Puerperal depression - a prospective epidemiological study. *Lancet*, 1264-1266.
- Tolkki-Nikkonen, M.(1985) Kun ei odota, ei kärsi, kun ei vaadi ei paljon pety. *Acta Universitas Tamperensis, ser, A, Vol. 191*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tolman, E.C.(1948) Cognitive maps in rats and men. *Psychological Review*, 55, 189-208.
- Tomkins, S.S.(1978) Script theory: Differential magnification of affects. Teoksessa H.E. Howe & M.M. Page (toim.), *Nebraska symposium on motivation, Vol. 24*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Toskala, A.(1988) Kahvikuppineurootikkojen ja paniikkiagora-

- foobikkojen minäkuvat minäsystemin rakenteina ja kognitiivisen oppimisterapian perustana. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 66.
- Trethowan, W.H. & Conlon, M.H.(1965) The couvade syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 3, 57-66.
- Troutman, B.R. & Cutrona, C.E.(1990) Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 69-78.
- Tschudi, F.(1989) *The flexigrid 5.0*. Oslo: Tschudi System Sales.
- Tulving, E. & Thomson, D.M.(1973) Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory. *Psychological Review*, 80, 353-373.
- Turk, D.C. & Speers, M.A.(1983) Cognitive schemata and cognitive processes in cognitive-behavioral interventions: Going beyond the information given. Teoksessa P.C. Kendall (toim.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, Vol. 2. (ss.1-31). New York: Academic Press.
- Tversky, A. & Kahneman, D.(1973) Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207-232.
- Tversky, A. & Kahneman, D.(1974) Judgement under uncertainty, heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.
- Uddenberg, N. & Engleson, K.(1978) Prognosis of post partum mental disturbance. A prospective study of primiparous women and their 4 1/2-year-old children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58, 201-212.
- Vaihinger, H.(1924) *The philosophy of "as if"*. London: Routledge & Kegan Paul (alkuteos julk. 1911).
- Vallis, T.M. & Bucher, B.(1986) Self-efficacy as a predictor of behavior change: Interaction with type of training for pain tolerance. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 79-94.
- Vartiainen, H.(1989) *Psyykkisten tekijöiden, erityisesti työstressin vaikutus hedelmällisyyteen ja raskauteen*. Lääketiede 13. Kuopio: Kuopion yliopisto.



- Vazquez, C.V.(1987) Judgement of contingency: Cognitive biases in depressed and nondepressed subjects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 412-431.
- Wachs, T.D. & Gruen, G.E.(1982) Early experience and human development. New York: Plenum.
- Wainwright, W.(1966) Fatherhood as a precipitant of mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 123, 40-44.
- Wang, A.Y. & Richarde, R.S.(1988) Global versus task-specific measures of self-efficacy. *Psychological Reports*, 38, 533-541.
- Watson, J.P., Elliot, S.A., Rugg, A.J.& Brough, D.I.(1984) Psychiatric disorder in pregnancy and the first post-natal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.
- Weissman, A.(1980) Assessing depressogenic attitudes: A validation study. *Käsikirja*. Chilton Research Services.
- Williams, J.M., Watts, F.N., Macleod, C. & Mathews, A.(1988) *Cognitive psychology and emotional disorders*. New York: John Wiley.
- Wing, J.K., Cooper, J.& Sartorius, N.(1974) *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winter, D.(1985) *Neurotic disorders: The curse of certainty*. Teoksessa E. Button (toim.), *Personal construct theory & mental health* (ss. 103-131). London: Croom Helm.
- Wise, E. H. & Barnes, D.R.(1986) The relationship among life events, dysfunctional attitudes and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 257-266.
- Wolf, D.(1982) *Understanding others: A longitudinal case study of the concept of independence agency*. Teoksessa G. Forman (toim.), *Action and thought*. New York: Academic Press.
- Wrate, R.M., Rooney, A.C., Thomas, P.E. & Cox, J.L.(1985) Postnatal depression and child development. The three-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 146, 622-627.
- Zadny, J. & Gerard, H.B.(1974) Attributed intentions and informational selectivity. *Journal of Experimental*

- Social Psychology, 10, 34-52.
- Zajonc, R.B.(1980) Feeling and thinking: Preferences need no inferences. American Psychologist, 35, 151-175.
- Zaslow, M.J., Pedersen, F.A., Cain, R.L., Suwalsky, J.T.D. & Kramer, E.L.(1985) Depressed mood in new fathers. Associations with parent-infant interactions. Psychology Monographs, 111, 135-150.
- Zekoski, E.M., O'Hara, M.W. & Wills, K.(1987) The effects of maternal mood on mother-infant interaction. Journal of Abnormal Child Psychology, 15, 361-378.
- Zilboorg, G.(1931) Depressive reactions related to parenthood. American Journal of Psychiatry, 10, 927-962.
- Zuroff, D.C. & Monograin, M.(1987) Depending and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states. Journal of Abnormal Psychology, 96, 14-22.

Luettelo kyselylomakkeen LAPSEN ODOTUS eri osista tutkimuksen eri vaiheissa.

#### Kyselytutkimus I

- Taustatiedot
- Tyytyväisyys avio/avoliittoon
- Grid
- Tuntemukset
- Lapsenhoito
- DAS
- BDI (ks. s. 219)

#### Kyselytutkimus II

- Yleinen osa
- Päivä lapsen kanssa
- Tuntemukset (sama kuin s. 207)

#### Kyselytutkimus III

- Yleinen osa
- Lapsenhoito
- Tuntemukset (sama kuin s. 207)
- Päivä lapsen kanssa (sama kuin s. 213)

#### Kyselytutkimus IV

- Yleinen osa
- Lapsenhoito
- Tuntemukset (sama kuin s. 207)
- Päivä lapsen kanssa (sama kuin s. 213)

#### Kyselytutkimus V Äiti/Isä

- Yleinen osa
- Lapsenhoito
- Tuntemukset (sama kuin s. 207)
- BDI

#### Äitiysneuvonta

- Terveyskertomustiedot raskaus-, synnytys- ja lapsivuodeajalta
- Huomioita äidin voinnista ja käyttäytymisestä
- Havainnot isän voinnista ja käyttäytymisestä

#### Lastenneuvonta

- Terveyskertomustiedot lapsen terveydestä ja kehityksestä
- Arvio vanhemman ja lapsen kontaktista
- Arvio äidistä lapsen hoitajana
- Arvio isästä lapsen hoitajana
- Huomioita äidin terveydentilasta ja voinnista
- Huomioita isän terveydentilasta ja voinnista
- Perheen tukiverkosto

HELSINGIN KAUPUNKI  
TERVEYSVIRASTO

LAPSEN ODOTUS  
Kyselytutkimus I

Vastaajan nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Merkitse vastauksesi rastilla (x) ellei ohjeessa toisin mainita. Täydennä vastauksiasi kirjoittamalla lisätietoja kääntöpuolelle, mikäli tarpeen.

1. Syntymävuotesi: 19 \_\_\_\_
2. Asutko: \_\_\_\_ yksin, \_\_\_\_ avoliitossa, \_\_\_\_ avioliitossa
3. Kuinka kauan olette asuneet yhdessä ennen raskautta: \_\_\_\_ v
4. Mitä kouluja olet käynyt ja suorittanut loppuun:
 

<input type="checkbox"/> peruskoulu kesken	<input type="checkbox"/> peruskoulu, keskikoulu	<input type="checkbox"/> lukio
<input type="checkbox"/> ammattikoulu	<input type="checkbox"/> opistotasoinen ammattitutkinto	<input type="checkbox"/> akateeminen loppututkinto

Ammattisi: \_\_\_\_\_

5. Millaista työaikaa teet:
 

<input type="checkbox"/> säännöllistä päivätyötä	<input type="checkbox"/> kokopäivätyötä
<input type="checkbox"/> vuorotyötä, periodityötä	<input type="checkbox"/> osapäivätyötä
<input type="checkbox"/> epäsäännöllistä työtä	<input type="checkbox"/> osaviikkoista työtä
<input type="checkbox"/> työssä hankalat työajat	
<input type="checkbox"/> opiskelen	
<input type="checkbox"/> en ole työssä	

6. Kuinka pitkällä lapsen odotus nyt on: \_\_\_\_ raskausviikkoa

Vastaa seuraavaan ja myöhemmin vastaavanlaiseen kysymykseen merkitsemällä rasti (x) sopivaan välikköön. Kuta lähemmäksi ääripäätä rastin merkitset, sitä vakuuttuneempi olet asiasta.

7. Oliko lapsi yllätys \_\_\_\_ suunniteltu,  
miten kauan \_\_\_\_\_
8. Mikä seuraavista vaihtoehtoista vastaa parhaiten sitä, mitä tällä hetkellä ajattelet äidiksi/isäksi tulostasi?
 

<input type="checkbox"/> en haluaisi vielä äidiksi/isäksi
<input type="checkbox"/> en ajattele sitä vielä, ehtii myöhemmin
<input type="checkbox"/> välillä haluan ja välillä en
<input type="checkbox"/> olen iloinen siitä, että olen tulossa äidiksi/isäksi
<input type="checkbox"/> mutta on hyvä että minulla on aikaa tottua tähän
<input type="checkbox"/> haluaisin jo olla äiti/isä
9. Kerro yhdellä lauseella, mitä koit kun raskaus oli todettu? Mitä tunteita se Sinussa herätti? Mitä mieleesi tuli?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





TUNTEMUKSET

Alla on lueteltu joukko erilaisia tunte-  
muksia, joita Sinulla saattaa nyt olla.

Merkitse ympyröimällä sopiva vaihtoehto,  
miten paljon kuluneen viikon aikana ko.  
tuntemusta on esiintynyt. Jos siitä on  
ollut tuntuvaa haittaa, merkitse rasti  
(x) viereiseen sarakkeeseen ( ).

	ei lainkaan	vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon	ollut haittaa työ-tai toiminta- kyvyille
pahoinvointia	1	2	3	4	5	( )
väsymystä	1	2	3	4	5	( )
valoisuutta, onnellisuutta	1	2	3	4	5	( )
erilaisia mielitekoja, mitä _____	1	2	3	4	5	( )
saamattomuutta, "pitäis"-oloa	1	2	3	4	5	( )
jännittyneisyyttä	1	2	3	4	5	( )
mielialojen heilahtelua	1	2	3	4	5	( )
vapauden tunnetta	1	2	3	4	5	( )
itkuisuutta	1	2	3	4	5	( )
ärtyisyyttä, "pinnan palamista"	1	2	3	4	5	( )
epämääräisen raskasta oloa	1	2	3	4	5	( )
rauhallisuutta	1	2	3	4	5	( )
sukupuolista haluttomuutta	1	2	3	4	5	( )
suuttumusta puolisolle	1	2	3	4	5	( )
mustasukkaisuutta	1	2	3	4	5	( )
väsymystä elämään, masennusta	1	2	3	4	5	( )
tyhjyyden tunnetta	1	2	3	4	5	( )
tunnetta "ettei tunne oikealla tavalla"	1	2	3	4	5	( )
äitiyden/ isyyden onnea	1	2	3	4	5	( )
kummallisia mielikuvia	1	2	3	4	5	( )
itsemurha-ajatuksia	1	2	3	4	5	( )
minulla on uusia voimia	1	2	3	4	5	( )
vihaisuutta omasta tilanteesta	1	2	3	4	5	( )
erilaisia pelkoja, mitä _____	1	2	3	4	5	( )
halua olla poissa kotoa kavereiden kanssa	1	2	3	4	5	( )
kiirettä tehdä ylitöitä/opiskella	1	2	3	4	5	( )
mietin lastani	1	2	3	4	5	( )
unettomuutta	1	2	3	4	5	( )
samana toistuvia pakkoajatuksia tai -toimintoja, millaisia _____	1	2	3	4	5	( )
kipuja, särkyjä, mitä _____	1	2	3	4	5	( )

## LAPSENHOITO

Alla on lueteltu vauvan hoitoon liittyviä tehtäviä ja tilanteita. Arvioi, miten itse pystyt selviämään ko. tehtävistä ja tilanteista tämän hetkisen käsityksesi mukaan. Arviointiasteikkona on:  
1 = en selviydy .... 10 = selviydyn erittäin hyvin.

<u>Tehtävä/tilanne</u>	ARVIO OMASTA SELVIYTYMISESTÄ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vauvan kylvettäminen										
Vaipanvaihto										
Yöllä nouseminen ja hoito										
Imettäminen										
Vauvan syöttäminen (miehet)										
Vauvan itkujen tunnistaminen										
Vauvan hoitaminen yksin kotona										
Itkevän vauvan tyynnyttäminen										
Sairastuneen vauvan hoitaminen										
Vauva itkee joka ilta yli 2t										
Vauvan hoitaminen kun itse on väsynyt ja rasittunut										
Päiväohjelman toistuminen sama										
Vauvan hoitaminen yksin ilman apua										

Arvioi, miten hyvin avio/avopuoliso tulee selviytymään lapsen hoitotehtävistä ja - tilanteista?

hyvin \_\_\_\_\_ huonosti

Jos/kun tarvitset apua lapsen hoidossa, mistä ja keneltä todennäköisesti saat tarvitsemasi avun?

---



---



## DAS - kyselylomake

Merkitse sopivin vaihtoehto  
rastilla (x)

	täysin samaa mieltä	paljon samaa mieltä	hieman samaa mieltä	ei kantaa	hieman eri mieltä	paljon eri mieltä	täysin eri mieltä
1. On vaikeata olla onnellinen ja tyytyväinen, jollei ole hyvän näköinen, älykäs ja menestyvä.							
2. Onnellisuus riippuu enemmän siitä, miten suhtaudun itseeni kuin siitä, miten muut suhtautuvat minuun.							
3. Jos teen virheen, arvoni ihmisenä laskee muiden silmissä.							
4. Minua ei arvosteta, jollen ole alati hyvä työssäni.							
5. On tyhmää ottaa riskejä, koska asiat voivat mennä "päin seiniä" pienenkin epäonnistumisen vuoksi.							
6. On mahdollista, että ihmistä kunnioitetaan, vaikkei hän ole erityisen lahjakas juuri missään.							
7. En voi olla onnellinen ja tyytyväinen, elleivät useimmat tuttavani noteeraa minua.							
8. Avun pyytäminen on heikkouden merkki.							
9. Jollen pärjää yhtä hyvin kuin muut, olen ihmisenä vähempiarvoinen.							
10. Jos epäonnistun työssäni, olen myös ihmisenä epäonnistunut.							
11. Jos ei osaa asiaa kunnolla, sitä ei kannata tehdä ollenkaan.							
12. Virheiden tekeminen on hyvä asia, koska niistä voi ottaa opikseen.							

	täysin samaa	paljon samaa	hieman samaa	ei kantaa	hieman eri	paljon eri	täysin eri
13. Jos joku on eri mieltä kanssani, hän todennäköisesti ei pidä minusta.							
14. Jos epäonnistun osittain, se on yhtä paha kuin olisin epäonnistunut täydelleen.							
15. Jos muut tietäisivät, millainen todella olen, he arvostaisivat minua vähemmän.							
16. En olisi mitään, jollei rakastamani ihminen pitäisi minusta.							
17. Tekemisestä sinänsä voi nauttia riippumatta siitä, mikä on lopputulos.							
18. On turha ryhtyä mihinkään, jollei ole edes kohtuullisia takeita onnistumisesta.							
19. Arvoni ihmisenä paljolti riippuu siitä, mitä muut ajattelevat minusta.							
20. Jos en aseta tavoitteitani mahdollisimman korkealle, jään "toisen luokan kansalaiseksi".							
21. Jotta olisin arvostettu ihminen, minun on oltava etevä ainakin yhdessä asiassa.							
22. Ihmiset, joilla on hyviä ideoita, ovat muita arvokkaampia.							
23. Pasmani menevät sekaisin, jos teen virheen.							
24. Omat käsitykset itsestäni ovat tärkeämpiä kuin muiden mielipiteet minusta.							
25. Jotta olisin hyvä, moraalinen ja kunnioitettava ihminen, minun on autettava jokaista avuntarvitsijaa.							
26. Jos esitän kysymyksiä, paljastan tyhmyyteni.							
27. Olisi kamalaa, jos minulle tärkeät ihmiset eivät hyväksy minua.							

	täysin samaa	paljon samaa	hieman samaa	ei kantaa	hieman eri	paljon eri	täysin eri
28.Elämästä tulee kurja, ellei ole ihmisiä, joihin tukeutua.							
29.Minun on mahdollista saavuttaa tärkeitä tavoitteita elämässäni, vaikka en raadakaan kuin orja.							
30.Ihminen saattaa joutua haukutuksi eikä siitä mene tolaltaan.							
31.En voi luottaa muihin ihmisiin, koska he voivat olla katalia.							
32.Ihminen ei voi olla onnellinen, jollei hänestä pidetä.							
33.On paras luopua omista tarpeistaan, jos aikoo olla muiden mieleen.							
34.Onneni riippuu enemmän muista kuin minusta itsestäni.							
35.En tarvitse muiden hyväksyntää ollakseni onnellinen.							
36.Jos välttelee ongelmia, ne häviävät itsestään.							
37.Voin olla onnellinen, vaikka monet hyvät asiat menevät "sivu suun" elämässäni.							
38.On tärkeätä, mitä muut ihmiset ajattelevat minusta.							
39.Jos joutuu erilleen muista ihmisistä, tulee onnettomaksi.							
40.Voin olla onnellinen, vaikkei kukaan rakastakaan minua.							

Weissman, A. (1980), Dysfunctional Attitude Scale.  
Suomentaja Irma Karila.

---

Hyvä lasta odottava vanhempi,

Kiitos kiinnostuksestasi olla mukana Lapsen odotus -tutkimuksessa. Ensimmäisestä kyselystä on jo kulunut muutama viikko. Tämän kyselyn tarkoituksena on kirjata nykyhetken tuntemuksia ja tunteita, myös millaisia mielikuvia Sinulla jo nyt on arkipäivästäsi lapsen kanssa.

Toivon, että täytät oman lomakkeesi itsenäisesti ja palautat sen oikeassa palautuskuoressa noin viikon sisällä.

Parhain terveisin

Irma Karila  
johtava psykologi

-----  
Vastaajan nimi:

Osoite (jos muuttunut)

---

1. Kuinka pitkällä lapsen odotus nyt on: \_\_\_\_\_ raskausviikkoa

2. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten sitä, miten usein äidiksi/isäksi tulo on mielessäsi?

- \_\_\_ ajattelen sitä vähän väliä, useita kertoja päivän mittaan  
 \_\_\_ ajattelen sitä päivittäin suunnilleen kerran, esim. illalla kotona  
 \_\_\_ voi mennä päiviä etten ajattele koko asiaa, sitten havahdun  
 \_\_\_ olen keskittynyt työhön ja muihin asioihin etten ehdi ajattelemaan koko asiaa  
 \_\_\_ asia ei ole mielessäni, ei ole ajankohtainen vielä, otan kantaa kun synnytys tulee lähemmäksi  
 \_\_\_ muu, mikä \_\_\_\_\_
- 

3. Arvioi, missä määrin koet että

paljon

ei lainkaan

taloudellinen asemasi on turvattu \_\_\_\_\_

parisuhde on vakiintunut, pysyvä \_\_\_\_\_

lapseton vaihe parisuhteessa on ohi \_\_\_\_\_

4. Millaisia muutoksia olet havainnut omassa tai muiden suhtautumisessa Sinuun sitten raskauden toteamisen? Suhteessa puolisoon/kumppaniin? Sukulaisiin? Työtovereihin?

---



---



---

Tarvittaessa jatka kääntöpuolelle!

## PÄIVÄ LAPSEN KANSSA

Kirjoita tarina päivästäsi vauvan kanssa, kun vauva on noin 2 kuukauden ikäinen. Yritä kuvitella ja eläytyä siihen, millainen tavallinen arkipäiväsi voisi silloin olla.

Vastajan nimi:  
Osoite (jos muuttunut)

1. Kuinka pitkällä lapsen odotus nyt on: \_\_\_\_\_ raskausviikkoa

2. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten tämänhetkistä suhtautumistasi äidiksi/isäksi tuloon?

- en haluaisi vielä  
 en ajattele sitä vielä, ehtii myöhemmin  
 välillä haluan ja välillä en  
 olen iloinen siitä, että olen tulossa äidiksi/isäksi  
 mutta on hyvä asia että minulla on aikaa tottua siihen  
 haluaisin jo olla äiti/isä

3. Arvioi, miten pystyt selviämään seuraavista vauvan hoitoon liittyvistä tehtävistä ja tilanteista. Merkitse rasti (x) sopivaan ruutuun.

Asteikkona on: 1= en selviydy.. 10= selviydyn erittäin hyvin

Tehtävä/tilanne	ARVIO OMASTA SELVIYTYMISESTÄ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Imettäminen, syöttäminen										
Vaipanvaihto										
Vauvan itkujen tunnistaminen										
Vauvan kylvettäminen										
Vauvan hoitaminen yksin kotona										
Itkevän vauvan tyyntyttäminen										
Yöllä nouseminen ja hoito										
Sairastuneen vauvan hoitaminen										
Päivöohjelman toistuminen samana										
Vauvan hoitaminen ilman apua										
Vauva itkee joka ilta yli 2 t										
Vauvan hoitaminen kun itse on väsynyt ja rasittunut										

4. Mitä muutoksia olet havainnut omassa suhtautumisessasi äidiksi/isäksi tuloon? Suhteessa puolisoon/kumppaniin? Sukulaisiin? Työtovereihin? Suhtautuvatko he Sinuun nyt eri tavalla kuin ennen? Onko elämäntilanteessasi tapahtunut muutoksia?

---



---



---



---



---



---



---

Tarvittaessa jatka kääntöpuolelle!



---

 Vastaaajan nimi:
 

---

1. Lapsi on \_\_\_ poika, \_\_\_ tyttö
2. Oliko synnytys  
 \_\_\_ tavallinen, normaali alatiesynnytys  
 \_\_\_ keisarinleikkaus, sektio  
 \_\_\_ perätila, imukuppisynnytys, muu \_\_\_\_\_

3. Oliko synnytys kivulias  
 \_\_\_ hyvin kivulias, sietämätön  
 \_\_\_ melko kivulias  
 \_\_\_ vähän kivulias  
 \_\_\_ ei juuri lainkaan kivulias

Saitko kivun lievitystä ja auttoiko se? \_\_\_\_\_

---

4. Oliko synnytys perhesynnytys  
 \_\_\_ kyllä, \_\_\_ ei
5. Millainen synnytys oli kokonaisuutena  
 erittäin myönteinen \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ kielteinen, inhottava

6. Vointisi synnytyssairaalassa. Oliko Sinulla silloin  
 paljon jonkin verran ei ollenkaan
- |                     |     |     |     |
|---------------------|-----|-----|-----|
| itkuherkkyyttä      | ___ | ___ | ___ |
| ahdistuneisuutta    | ___ | ___ | ___ |
| ärtyisyyttä         | ___ | ___ | ___ |
| univaikeuksia       | ___ | ___ | ___ |
| levollinen olo      | ___ | ___ | ___ |
| helpottunut olo     | ___ | ___ | ___ |
| "jalat irti maasta" | ___ | ___ | ___ |
| muuta: _____        | ___ | ___ | ___ |

7. Lapsi on tällä hetkellä  
 helppohoitoinen \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ vaikeahoitoinen  
 kiltti, rauhallinen \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ hankala, levoton

8. Luuletko, että tunnistat milloin lapsesi itkee siksi,  
 että hän \_\_\_\_\_ en voi erottaa  
 varmasti \_\_\_\_\_ muista itkuista
- |               |     |     |     |     |
|---------------|-----|-----|-----|-----|
| on nälkäinen  | ___ | ___ | ___ | ___ |
| tuntee kipua  | ___ | ___ | ___ | ___ |
| on märkä      | ___ | ___ | ___ | ___ |
| haluaa seuraa | ___ | ___ | ___ | ___ |

9. Kuvaa parilla lauseella hermostuttavin tilanne, joka Sinulla  
 on ollut lapsen kanssa viimeksi kuluneen viikon aikana
- 
- 
- 
-



HELSINGIN KAUPUNKI  
TERVEYSVIRASTO

LAPSEN ODOTUS Isä  
Kyselytutkimus 5

Vastaaajan nimi:

---

1. Lapsi on: \_\_\_ kk ikäinen

2. Osallistuitko synnytykseen

\_\_\_ en, \_\_\_ kyllä ja kokemuksena se oli \_\_\_ myönteinen  
 \_\_\_ yhdentekevä  
 \_\_\_ ikävä

3. Muistele sitä hetkeä, kun olit saanut tietää, että lapsesi oli syntynyt ja olit kotona (juuri palannut kotiin). Millainen olo Sinulla silloin oli, mitä ensiksi teit, keneen otit yhteyttä jne.?

---



---



---



---

4. Lapsi on mielestäsi tällä hetkellä

helppohoitoinen	___	___	___	___	___	vaikeahoitoinen
kiltti, rauhallinen	___	___	___	___	___	hankala, levoton

5. Luuletko, että tunnistat milloin lapsesi itkee siksi, että hän

	varmasti	___	___	___	___	en voi erottaa
on nälkäinen		___	___	___	___	muista itkuista
tuntee kipua		___	___	___	___	
on märkä		___	___	___	___	
haluaa seuraa		___	___	___	___	

6. Kuvaa parilla lauseella hermostuttavin tilanne, joka Sinulla on ollut lapsen kanssa viimeksi kuluneen viikon aikana

---



---



---



---

Alla on lueteltu lapsen hoitoon liittyviä tehtäviä ja tilanteita. Merkitse rasti (x) kaikkiin niihin kohtiin, joita olet VIIMEISEN VUOROKAUDEN aikana tehnyt.

Tämän jälkeen arvioi, miten niistä olet selviytynyt.

	EN	KYLLÄ	kehnosti	Selviydyin				hyvin
kylvettäminen	___	___		___	___	___	___	___
vaipanvaihto	___	___		___	___	___	___	___
yöllä nouseminen	___	___		___	___	___	___	___
imettäminen/ syöttäminen	___	___		___	___	___	___	___
hoitaminen yksin kotona	___	___		___	___	___	___	___
itkevän vauvan tyynnyttäminen	___	___		___	___	___	___	___
pukeminen, riisuminen	___	___		___	___	___	___	___
seurustelu, viihdytys	___	___		___	___	___	___	___
nukuttaminen	___	___		___	___	___	___	___
itku kestää yli 2 t	___	___		___	___	___	___	___
päiväohjelman toistuminen samana	___	___		___	___	___	___	___
hoitaminen kun itse väsynyt, rasittunut	___	___		___	___	___	___	___
sairaana vauvan hoitaminen	___	___		___	___	___	___	___

Arvioi, miten hyvin avio/avopuoliso selviää lapsenhoitotehtävistä ja -tilanteista?

hyvin \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ huonosti

Kuvaa muutamalla sanalla tunnelmiasi lapsen kanssa, millaista on ollut tänään

---



---



---

Mitä muuta päivääsi on kuulunut?

---



---

OHJE: VALITSE JOKAISESTA KYSYMYSRYHMÄSTÄ (1-21) SE VAIHTOEHTO, JOKA PARHAITEN KUVAAA SITA, MIILLAISIKSI TUNNET ITSESI TÄMÄÄN -JUURI NYT. RENGASTA VALITSEKASI VAIHTOEHTO.

1. 0 EN OLE SURULLINEN  
1 OLEN ALAKULOINEN JA SURULLINEN  
2A OLEN ALATI ALAKULOINEN JA SURULLINEN, ENKÄ PÄISE TÄSTÄ MIELIALASTA EROON  
2B OLEN TUSKASTUMISEEN ASTI SURULLINEN JA ALAKULOINEN  
3 OLEN NIIN ONNETON, ETTÄ EN ENÄ KESTÄ
2. 0 TULEVAISUUS EI MASENNA EIKI PELOTA MINUA  
1 TULEVAISUUS PELOTTAA MINUA  
2A TUNNEN, ETTÄ TULEVAISUUDELLA EI OLE MITÄÄN MINULLE TARJOTTAVANA  
2B TUNNEN, ETTEN KOSKAAN PÄISE EROON EUOLISTANI  
3 TUNNEN, ETTÄ TULEVAISUUS ON TOIVOTON. EN JAKSA USKOA, ETTÄ ASIAT MUUTTUVAT TÄSTÄ PAREMPAAN PIIN
3. 0 EN TUNNE EPÄONNISTUNEENI  
1 USKON EPÄONNISTUNEENI USEAMMIN KUIN IHMISET KESKIMÄÄRIN  
2A TUNNEN, ETTÄ OLEN SAANUT AIKAAN HYVIN VAHAN  
2B MENNEISYYTENI ON PELKKÄ EPÄONNISTUMISTEN SARJA  
3 TUNNEN OLEVANI EPÄONNISTUNUT TIYSIN IHMISENÄ (VANHEMPANA, PUOLISONA, TYÖNTEKIJÄNÄ JNE.)
4. 0 EN OLE ERITYISEN TYYTYMÄTÖN  
1A MINUA KYLLÄSTYTTÄÄ  
1B EN OSAA NAUTIIA ASIOISTA SAMALLA TAVALLA KUIN ENHEN  
2 TUNNEN, ETTEN SAA ENÄ TYYDYTYSTÄ JUURI MITÄÄN  
3 OLEN TYYTYMÄTÖN KAIKKEEN
5. 0 MINULLA EI OLE ERITYISIÄ SYYLLISYYDEN-TUNTEITA  
1 TUNNEN ITSENI HUONOKSI JA KELVOTTOMAKSI  
2A TUNNEN HELKOISTA SYYLLISYYTTÄ  
2B NYRYKÄÄN TUNNEN ITSENI HUONOKSI JA KELVOTTOMAKSI HELKEIN AINA  
3 TUNNEN OLEVANI ERITTÄIN HUONO JA ARVOTON
6. 0 EN KOE, ETTÄ MINUA RANGAISTAAN  
1 TUNNEN, ETTÄ JOTAKIN PAHAA VOI SATTUA  
2 USKON, ETTÄ KOHTALO RANKAISEE MINUA  
3A TUNNEN, ETTÄ OLEN TERNYTT SELLaista, JOSTA MINUA ON SYYTTÄKIN RANGAISTA  
3B OLEN ANSAINNOT SAAMANI KOHTALONISKUT
7. 0 EN OLE PETTYNYT ITSENI  
1A OLEN PETTYNYT ITSENI  
1B EN PIDÄ ITSESTÄNI  
2 INHOAN ITSENI  
3 VIHAAN ITSENI
8. 0 TUNNEN, ETTÄ OLEN YHTÄ HYVÄ KUIN MUUTKIN  
1 KRITISOIN HEIKKOIKSIAINI JA VIRHEITÄNI  
2 MOITIN ITSEÄNI VIRHEISTÄNI  
3 MOITIN ITSEÄNI KAIKESTA, MIKÄ "MENSE PILEEN"
9. 0 EN OLE AJATELLUT TEHDÄ PAHAA ITSELLENI  
1 OLEN JOSKUN AJATELLUT ITSENI VÄRINGOITÄMÄISTÄ MUTTEN KUITENKAAN NIIN TEE  
2A TUNNEN, ETTÄ OLISI PAREMPI OLLA KUOLLUT  
2B TUNNEN, ETTÄ PERHEELLÄNI MENISI PAREMMIN JOS OLISIN KUOLLUT  
2C MIELESSÄNI ON SELVÄ ITSEMURHASUUNNITELMAT  
3 TAPPAISIN ITSENI, JOS SIIHEN OLISI YLLÄISUUS
10. 0 EN ITKE TAVALLISTA ENEMMÄN  
1 ITKEN NYKYISIN ENEMMÄN KUIN ENHEN  
2 ITKEN NYKYISIN AINA  
3 ENHEN KYKENIN ITKEMÄÄN MUTTA NYT EN VOI VAIKKA HALDAISINKIN
11. 0 EN OLE SEN IRTYNEMPI KUIN ENHSEKÄÄN  
1 IRSYNYNYT NYKYISIN HELPOMMIN KUIN AIKAISEMMIN  
2 TUNNEN ITSENI IRTYNEEKSI KOKO AJAN  
3 MINUA AIEMMIN RAIVOSTUTTANEET ASIAT EIVÄT ENÄ LIIKUTA LAINKAAN
12. 0 OLEN KIINNOSTUNUT MUISTA IHMISSISTÄ EDELLEEN  
1 MUUT IHMISET KIINNOSTAVAT MINUA VIREMMÄN KUIN AIKAISEMMIN  
2 KIINNOSTUKSENI JA TUNTEENI MUITA IHMIÄ KOHTAAN OVAT MILTEI KADONNEET  
3 OLEN HENNETTÄNYT KAIKEN MIELENKIIJINTONI MUIRIN IHMISIIN, ENKÄ VILIPIT BEISTÄ LAINKAAN
13. 0 PYSTYN TEKEMÄÄN PÄÄTÖKSIÄ KUTEN AINA ENHENKIN  
1 YRITÄN LYKÄTÄ PÄÄTÖKSENTEKOJA  
2 MINUN ON HYVIN VAIKEATA TEHDÄ PÄÄTÖKSIÄ  
3 EN PYSTY ENÄ LAINKAAN TEKEMÄÄN PÄÄTÖKSIÄ
14. 0 MIELESTÄNI ULKONÄKÖNI EI OLE MUUTTUNUT  
1 PELKÄÄN, ETTÄ NÄYTÄN VANHALTA JA VIREMMÄN VIEHÄTTÄVILTÄ  
2 TUNNEN, ETTÄ ULKOHAOSSANI ON TAPAHTUNUT PYSTYVÄ MUUTOKSIA, JA NIISTÄ JOHTOEN NÄYTÄN VIREMMÄN VIEHÄTTÄVILTÄ  
3 TUNNEN OLEVANI ROMA JA JA VASTENMIELISEN NÄKÖINEN
15. 0 TYÖKYKYNI ON PYSYNYT SUUNNILLEEN ENMALLAAN  
1A TYÖN ALOITTAMINEN VAATII MINULTA YLIMÄÄRÄISIÄ PÖNNISTUKSIA  
1B EN ENÄ PYSTY TYÖSKENTELEMÄÄN YHTÄ HYVIN KUIN ENHEN  
2 VOIDAKSENI TEHDÄ JOTAKIN MINUN ON SUORASTAAN PAKOTETTAVA ITSENI SIIHEN  
3 EN LAINKAAN KYKENE TEKEMÄÄN TYÖTÄ
16. 0 NUKUN YHTÄ HYVIN KUIN ENHEN  
1 TUNNEN ITSENI AAMUISIN VÄSYYNEEKSI KUIN ENHEN  
2 NEMÄÄN NYKYISIN 1-2 TUNTIA TAVALLISTA AIKAISEMMIN ENKÄ NUKAEDA ENÄ UUDELLEEN  
3 BERIÄN AIKAISIN JOKA AAMU. YOUNEHI JII KORKEINTAAN 5 TUHTIIN
17. 0 EN VÄSY SEN NOPEAMMIN KUIN TAVALLISESTI  
1 VÄSYN NOPEAMMIN KUIN TAVALLISESTI  
2 VÄSYN LÄHES TYHJÄSTÄ  
3 OLEN LIIAN VÄSYNYT TEHDÄKSENI MITÄÄN
18. 0 RUOKAALUNI ON ENMALLAAN  
1 RUOKAALUNI ON HUONOMPI KUIN ENHEN  
2 RUOKAALUNI ON NYT PALJON HUONOMPI KUIN ENHEN  
3 MINULLA EI OLE LAINKAAN RUOKAALUA
19. 0 PÄIHÖNI ON PYSYNYT VIIME AIKONA ENMALLAAN  
1 OLEN LAIHTONUT YLI 2½ KG  
2 OLEN LAIHTONUT YLI 5 KG  
3 OLEN LAIHTONUT YLI 7½ KG
20. 0 EN AJATTELE TERVEYTTÄNI TAVALLISTA ENEMMÄN  
1 KIEMITÄN TAVALLISTA ENEMMÄN HUOHIOTA SÄRKYIEIN JA KIPUIRIN, VATSAVAIVOIEN JA UHMETUKSEEN  
2 TARKKAILLEN RUOKAINTONENKUSIÄNI NIIN PALJON ETTÄI MUILLE AJATUKSILLE JÄI JUURIKAAN AIKAA  
3 TERVEYTTENI JA TUNTEUSTENI AJATTELEMINEN ON KOKONAAN VALLANNUT MIELENI
21. 0 KIINNOSTUKSENI SEKSIIN ON PYSYNYT ENMALLAAN  
1 KIINNOSTUKSENI SEKSIIN ON VÄHENTYNYT  
2 KIINNOSTUKSENI SEKSIIN ON HUONATTAVASTI VÄHÄISEMPÄÄ KUIN ENHEN  
3 EN OLE LAINKAAN KIINNOSTUNUT SEKSISTÄ

## Raskausaika:

paino raskauden aikana: \_\_\_ kg, lopussa: \_\_\_ kg

terveys: \_\_\_ hyvä, ei erikoista

\_\_\_ toksemia, milloin \_\_\_\_\_

\_\_\_ kohonnut verenpaine, milloin \_\_\_\_\_

\_\_\_ muuta \_\_\_\_\_

Huomioita raskauteen vaikuttaneista tekijöistä  
(psykykkiset, sosiaaliset)

## Synnytys:

raskauden kesto \_\_\_ viikkoa

synnytyksen kesto \_\_\_ tuntia

säännöllinen \_\_\_, epäsäännöllinen \_\_\_, miten \_\_\_\_\_

isä läsnä: \_\_\_ kyllä, \_\_\_ ei, \_\_\_ ei tietoa

lapsen apgar: \_\_\_ 60s, \_\_\_ 5 min

vierihoito: \_\_\_ kyllä, \_\_\_ ei

lapsi on: \_\_\_ terve, \_\_\_ sairas, \_\_\_ vammaisen

dg \_\_\_\_\_

tietoja äidin voinnista synnytyssairaalassa:

## Lapsivuodeaika:

säännöllinen \_\_\_, epäsäännöllinen \_\_\_

imetys: \_\_\_ kyllä, \_\_\_ osittain, \_\_\_ ei

muuta: \_\_\_\_\_

Huomioita AIDIN voinnista ja käyttäytymisestä synnytyksen  
jälkeen (merkitse x kaikkiin niihin kohtiin, jotka voidaan  
todeta tai joita voidaan epäillä)\_\_\_ tavallista enmmän fyysistä valittelua (lihassärkyjä,  
vatsaoireita, ummetusta, huimausta, rytmihäiriöitä yms.)

\_\_\_ korostunut huoli lapsen terveydestä (soittaa usein neuvolaan)

vie lapsen lääkäriin vaikka lapsen terveys hyvä, vakuuttelut eivät mene perille)

- \_\_\_ itsen syyttely, mitätöinti (on maailman kurjin äiti, vertaa itseään muihin äiteihin eikä usko selviytyvänsä hyvän äidin odotuksista yhtä hyvin, syyttää itseään lapsen sairaudesta, miehen huonotuulisuudesta yms.)
- \_\_\_ univaikeudet (ei saa unta ja herää AIKAISIN aamulla vaikka lapsi ei itke eikä heräily johdu miehen työstä)
- \_\_\_ alakuloinen, masentunut (valittaa olevansa vetämätön, puheessa toistuu sana "pitäis", kasvojen ilmeet kertovat masentuneesta mielialasta)
- \_\_\_ pelko, että tekee lapselle paha tai on itsemurha-ajatuksia
- \_\_\_ lapsen torjuminen, hyljeksintä (pitää lasta rumana, unohtaa lapsen esim. kauppaan, hoitaa huonosti lasta)
- \_\_\_ lyhytjänteisyys, "pinna palaa herkästi", ärtyy tavallista vähäisemmästä lapsen kitinästä
- \_\_\_ muuta:

Mahdollisia havaintoja ISÄN voinnista ja käyttäytymisestä lapsen syntymän jälkeen

- \_\_\_ kiinnostunut lapsesta, osallistuu hoitoon
- \_\_\_ jatkaa entistä elämää ikäänkuin mitään ei olisi tapahtunut, paljon harrastuksia ja iltamenoja tms.
- \_\_\_ tekee tavallista enemmän ylitöitä/opiskelee, on hyvin menevä
- \_\_\_ mustasukkainen (valittaa, että vauva häiritsee liikaa, on ärtynyt vaimolle, menee mielellään istumaan iltaa kavereiden kanssa pois kotoa yms.)
- \_\_\_ on ahdistuneen, masentuneen tuntuinen
- \_\_\_ jotakin "outoa"
- \_\_\_ on lihonut odotusaikana (yli 3 kg), valittaa erilaisia särkyjä, vatsavaivoja yms. fyysisiä vaivoja
- \_\_\_ muuta:

Neuvolan leima  
Pvm.

KIITOS

Helsingin kaupunki  
Terveysvirasto

LASTENNEUVONTA

Isän synt. aika \_\_\_\_\_ ammatti \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ avioliitto, \_\_\_\_\_ avoliitto, \_\_\_\_\_ naimaton, \_\_\_\_\_ muu

Lapsen terveys tällä hetkellä:

lapsi on \_\_\_\_\_ terve, \_\_\_\_\_ sairauksia, \_\_\_\_\_ vammaisen  
 miten \_\_\_\_\_

jäntevyys \_\_\_\_\_ normaali, \_\_\_\_\_ veltto, \_\_\_\_\_ jäykistelevä  
 pään kasvu \_\_\_\_\_ normaali, \_\_\_\_\_ poikkeava

Lapsen kehitys:

	L/T	V
2 kk		
vatsamakuulla pää pystyssä	_____	_____
kädet enimmäkseen auki	_____	_____
ääntelee	_____	_____
vastaa hymyyn hymyllä	_____	_____

3 kk		
kannattaa päätään käsistä kohotettaessa	_____	_____
jokeltaa	_____	_____
valikoiva hymy esim. äidille	_____	_____

Neuvolavastaanotolla lapsen kanssa

	äiti	isä	molemmat
2 kk			
3 kk	_____	_____	_____

Vanhemman kontakti lapseen neuvolavastaanotoilla

äiti	hellä, _____ lohduttava	_____	_____	_____	_____	kylmä, konemainen
isä	hellä, _____ lohduttava	_____	_____	_____	_____	kylmä, konemainen

Arvio äidistä lapsen hoitajana. Missä määrin äiti pystyy huolehtimaan

lapsen fyysisistä tarpeista	avuton	_____	_____	_____	_____	selviytyvä
-----------------------------	--------	-------	-------	-------	-------	------------

lapsen henkisistä tarpeista	_____	_____	_____	_____	_____
-----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------

kodin hoidosta	_____	_____	_____	_____	_____
----------------	-------	-------	-------	-------	-------

Arvio isästä lapsen hoitajana. Missä määrin isä pystyy huolehtimaan

lapsen fyysisistä tarpeista	avuton	___	___	___	___	___	selviytyvä
lapsen henkisistä tarpeista		___	___	___	___	___	
kodin hoidosta		___	___	___	___	___	

HUOMIOITA ÄIDIN VIIMEAIKAISESTA TERVEYDENTILASTA JA VOINNISTA

---



---



---

Huomioita isän viimeaikaisesta terveydentilasta ja voinnista

---



---

Onko perheellä kontakteja muihin ihmisiin, saako heiltä apua ja tukea?

- \_\_\_ on omaisia, ystäviä, tuttuja  
 \_\_\_ ei ole juurikaan läheisiä ihmisiä, eristäytyvä perhe  
 \_\_\_ tukeutuu neuvolan apuun tavallista enemmän  
 \_\_\_ ei tietoa  
 \_\_\_ muuta

---

Neuvolan leima  
 Pvm.

KIITOS

## Tutkimuksessa käytetyt muuttujat:

- x1 Sukupuoli  
1=mies, 2=nainen
- x3 Ikä vuosissa
- x4 Sivilisääty  
1=yksin, 2=avoliitto, 3=avioliitto
- x5 Yhdessäasuminen ennen raskautta vuosina
- x6 Koulutus  
1=peruskoulu kesken, 2=peruskoulu, 3=ammattikoulu,  
4=lukio, 5=opistotasoinen tutkinto, 6=akateeminen  
loppututkinto
- x7 Ammattiala  
1=terveydenhoito, 2=hallinto,talous, 3=kaupallinen,  
palveluala, 4=tekninen, kuljetus, 5=opiskelija,muu
- x8 Työaika  
1=säännöllinen kokopäivätyö, 2=säännöllinen  
osapäivätyö, 3=vuorotyö, periodityö, 4=vuorotyö,osa-  
aikainen, 5=epäsäännöllinen työ/työssä hankalat  
työajat, 6=opiskelee, 7=ei työssä
- x9 Raskauden kesto viikkoina
- x10 Lapsen hankkimisen suunnitelmallisuus  
1=yllätys .. 5=suunniteltu
- x13 Lapsuuskodin ilmapiiri  
1=huono .. 5=hyvä
- x15 Välit äitiin nuorena  
1=huonot .. 5=hyvät
- x17 Välit isään nuorena  
1=huonot .. 5=hyvät
- x20 Vaikeudet raha-asioissa kuluneen puolen vuoden aikana  
1=ei lainkaan .. 5=paljon
- x21 Vaikeudet työasioissa  
1=ei lainkaan .. 5=paljon
- x22 Vaikeudet asuntoasioissa  
1=ei lainkaan .. 5=paljon
- x23 Vaikeudet ihmissuhteissa  
1=ei lainkaan .. 5=paljon
- x27 Oma vaikea masentuneisuus (ollut lääkärin hoidossa)  
1=ei, 2=kyllä
- x28 Omien vanhempien tai sisarusten masentuneisuus  
1=ei, 2=kyllä
- x35 Avio/avoliitossa harmistunut  
1=ei lainkaan .. 5=paljon
- x36 ikävystynyt
- x37 kireä
- x38 turhautunut
- x39 onneton
- x40 huolestunut
- x41 vailla huomiota
- x42 Grid, pitkäjänteisyys/minä itse  
1=ei sovi lainkaan .. 5=erittäin osuva
- x43 /äitini
- x44 /isäni
- x45 /henkilö, josta en pidä
- x46 /ystäväni



- x47 /henkilö, jota kohtaan tunnen  
myötätuntoa
- x48 /avio/avipuoliso
- x49 /anoppi (tai appi)
- x50 /esimies (tai tärkeä opettaja)
- x51 - x59 seurallinen /kuten edellä
- x60 - x68 luotettava /kuten edellä
- x69 - x77 älykäs /kuten edellä
- x78 - x86 avulias /kuten edellä
- x87 - x95 herkkä /kuten edellä
- x96 -x104 ylpeä /kuten edellä
- x105 Tuntemukset, pahoinvointia  
1=ei lainkaan .. 5=erittäin paljon
- x106 väsymystä
- x107 valoisuutta, onnellisuutta
- x108 erilaisia mielitekoja, mitä
- x109 saamattomuutta, "pitäis" -oloa
- x110 jännittyneisyyttä
- x111 mielialojen heilahtelua
- x112 vapauden tunnetta
- x113 itkuisuutta
- x114 ärtyisyyttä, "pinnan palamista"
- x115 epämääräisen raskasta oloa
- x116 rauhallisuutta
- x117 sukupuolista haluttomuutta
- x118 suuttumusta puolisolle
- x119 mustasukkaisuutta
- x120 väsymystä elämään, masennusta
- x121 tyhjyyden tunnetta
- x122 tunnetta "ettei tunne oikealla tavalla"
- x123 äitiyden/isyyden onnea
- x124 kummallisia mielikuvia
- x126 minulla on uusia voimia
- x127 vihaisuutta omasta tilanteesta
- x128 erilaisia pelkoja, mitä
- x131 mietin lastani
- x132 unettomuutta
- x133 samana toistuvia pakkoajatuksia tai -  
toimintoja,
- x134 kipuja, särkyjä
- x135 Lapsenhoito/  
1 ... 10 vauvan kylvettäminen
- x136 vaipanvaihto
- x137 yöllä nouseminen ja hoito
- x138 imettäminen/vauvan syöttäminen (miehet)
- x139 vauvan itkujen tunnistaminen
- x140 vauvan hoitaminen yksin kotona
- x141 itkevän vauvan tyynnyttäminen
- x142 sairastuneen vauvan hoitaminen
- x143 vauva itkee joka ilta yli 2 tuntia
- x144 vauvan hoitaminen kun itse on väsynyt ja  
rasittunut
- x145 päiväohjelman toistuminen samana
- x146 vauvan hoitaminen yksin ilman apua

- x149 - x188 DAS kysymykset 1 - 40  
1=täysin samaa mieltä ... 7=täysin eri mieltä  
pisteytys käänteinen kysymyksissä  
2,6,12,17,24,29,30,35,37 ja 40
- x189 - x209 BDI kysymykset 1 -21  
0=ei ole ... 3=paljon
- x211 Raskauden kesto viikkoina  
x220 - x249 Tuntemukset/ kuten edellä x105 - x134
- x269 Raskauden kesto viikkoina  
x275 Lapsenhoito/ imettäminen/syöttäminen (miehet)  
x276 / vaipanvaihto  
x277 / vauvan itkujen tunnistaminen  
x278 / vauvan kylvettäminen  
x279 / vauvan hoitaminen yksin kotona  
x280 / itkevän vauvan tyyntyttäminen  
x281 / yöllä nouseminen ja hoito  
x282 / sairastuneen vauvan hoitaminen  
x283 / päiväohjelman toistuminen samana  
x284 / vauvan hoitaminen ilman apua  
x285 / vauva itkee joka ilta yli 2 t  
x286 / vauvan hoitaminen kun itse on  
väsynyt ja rasittunut
- x287 - x316 Tuntemukset/ kuten edellä x105 - x134
- x336 Raskauden kesto viikkoina  
x340 Ongelmat /omassa terveydentilassa  
1=ei lainkaan .. 5=paljon
- x341 /raha-asioissa  
x342 /työasioissa  
x343 /asuntoasioissa  
x344 /ihmissuhteissa
- x349 - x360 Lapsenhoito /kuten edellä x275 - x286  
x361 - x390 Tuntemukset /kuten edellä x105 - x134
- x410 Lapsen ikä viikkoina  
x463 - x492 Tuntemukset /kuten edellä x105 - x134  
x493 - x513 BDI
- x552 Sivilisäädyn muutos siirtymän aikana  
1=avioitunut 2kk  
2=5kk  
3=7kk  
4=9,5kk  
5=2kk lapsen syntymän jälkeen
- x553 Asuinosoitteen muutos siirtymän aikana  
1-5 = kuten edellä

TAULUKKO 1. Minäskeeman rakenteeltaan erilaisten naisryhmien havainnot eri tutkimusvaiheissa, esimerkkinä häiriöoireilu

Minäskeeman rakenne	Häiriöoireilu						
	2kk	5kk	7kk	9,5kk	2kk jälkeen	MANOVA	Kato
	N	N	N	N	N	N	N
Joustava	16	14	12	12	12	11	- 5
Melko joustava	31	30	28	27	32	25	- 8
Jäykkä	11	9	7	8	11	7	- 4
Askemaattinen	6	5	4	4	4	4	- 2
Yhteensä	64	58*	51*	51*	59*	47	-17
Kato/vaihe	-1	-7	-14	-14	-6	-16	
Kato %	1.5	10.8	21.5	21.5	9.2	24.6	

\* = 3 naisen raskaus keskeytyi pian 2kk: n jälkeen

TAULUKKO 2. Minäskeeman sisällöltään erilaisten naisryhmien havainnot eri tutkimusvaiheissa, esimerkkinä häiriöoireilu.

Minäskeeman sisältö	Häiriöoireilu							
	2kk	5kk	7kk	9,5kk	2kk jälkeen	MANOVA	Kato	
	N	N	N	N	N	N**	N	
Positiivinen	19	19	17	16	18	13	15	- 6
Neutraali	33	28	23	25	31	18	22	-15
Negatiivinen	12	11	11	10	12	7	10	- 5
Yhteensä	64	58	51	51	61	38	47	-26**
Kato/vaihe	-1	-7	-14	-14	-4	-27	-16	
Kato %	1.5	10.8	21.5	21.5	6.2	41.5	24.6	

\*\* = aineistosta poistettu 11 naista, joiden BDI >9p

TAULUKKO 3. Minäskeeman rakenteeltaan erilaisten miesryhmien havainnot eri tutkimusvaiheissa, esimerkkinä häiriöoireilu

Minäskeeman rakenne	Häiriöoireilu						
	2kk	5kk	7kk	9,5kk	2kk	MANOVA	Kato
	N	N	N	N	jälkeen N		
Joustava	7	6	6	5	5	5	- 2
Melko joustava	26	21	18	21	25	18	- 8
Jäykkä	14	13	11	12	14	10	- 4
Askemaattinen	9	7	6	6	10	4	- 5
Yhteensä	56	47*	41*	44*	54*	37*	-19
Kato/vaihe	-4	-13	-19	-16	-6	- 23	
Kato %	6.7	21.7	31.7	26.7	10	38.3	

\* = 3 miestä karsiutui vaimon keskeytyneen raskauden takia

TAULUKKO 4. Minäskeeman sisällöltään erilaisten miesryhmien havainnot eri tutkimusvaiheissa, esimerkkinä häiriöoireilu

Minäskeeman sisältö	Häiriöoireilu							
	2kk	5kk	7kk	9,5kk	2kk	MANOVA	Kato	
	N	N	N	N	jälkeen N			N**
Positiivinen	11	11	9	9	12	9	9	- 2
Neutraali	28	24	22	23	25	18	19	-10
Negatiivinen	19	14	11	13	18	9	10	-10
Yhteensä	58	49	42	45	55	36	38	-22
Kato	-2	-11	-18	-15	- 5	-24	-22	
Kato %	3.3	18.3	30	25	8.3	40	36.7	

\*\* = analyysistä poistettu miehet, joiden BDI > 9p

TAULUKKO 1. Naisten ja miesten kieltäminen-summamuuttujan keskiarvot ja hajonnat siirtymävaiheittain

	Siirtymän vaihe									
	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Naiset	2.88	1.34	2.68	1.10	2.77	1.29	2.41	.75	2.64	.86
Miehet	3.90	1.73	4.04	1.88	3.91	1.46	4.09	1.74	4.03	1.71

TAULUKKO 2. Kieltäminen-summamuuttujien interkorrelaatiot siirtymävaiheittain

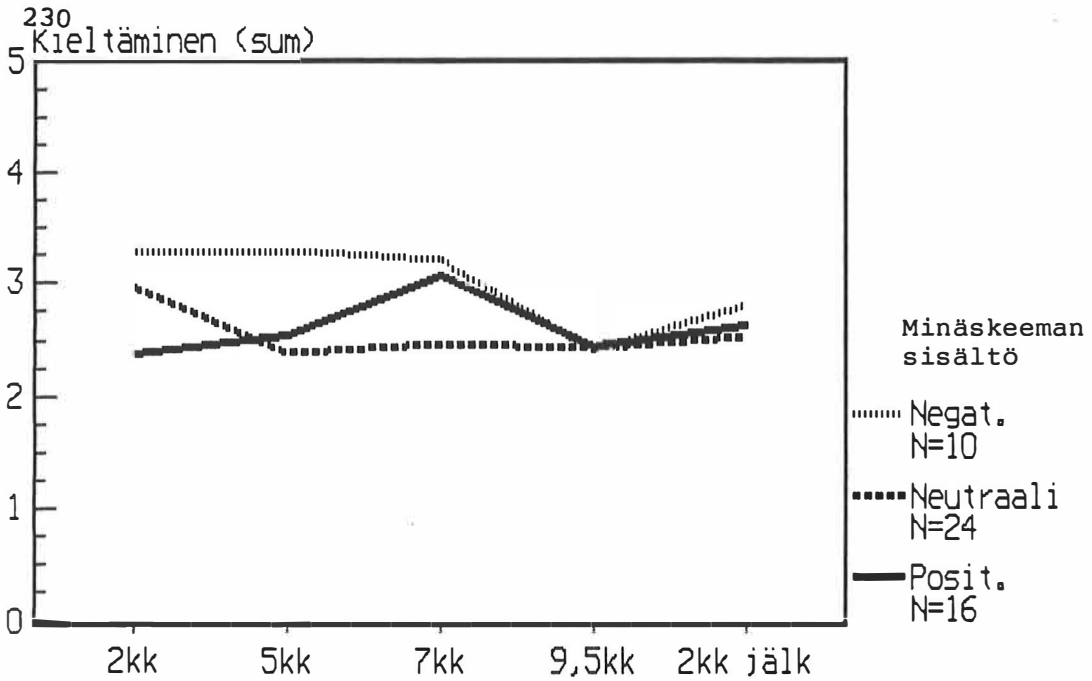
	1	2	3	4	5
Kieltäminen 1 (2kk)					
2 (5kk)	.61				
3 (7kk)	.54	.65			
4 (9,5kk)	.53	.48	.52		
5 (2kk jälk.)	.30	.40	.43	.57	

TAULUKKO 3. Kieltäminen-summamuuttujien interkorrelaatiot BDI:n, normaali- ja häiriöoireilun kanssa

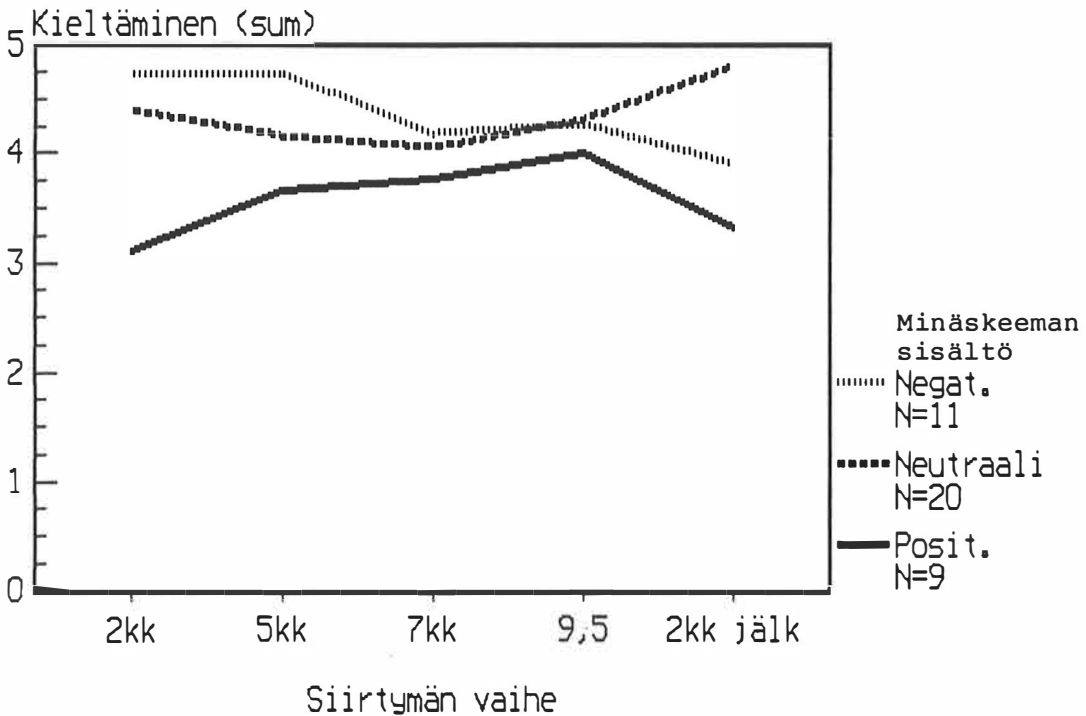
	BDI 2kk	BDI 2kk jälk.	Normaali- oireilu 2kk	Normaali- oireilu 2kk jälk.	Häiriö- oireilu 2kk	Häiriö- oireilu 2kk jälk.
Kieltäminen 1	.11	.22	.11	.17	.23	.31
2	.12	-.06	.17	.20	.31	.23
3	.16	.12	.19	.21	.30	.15
4	.23	.00	.07	.16	.28	.34
5	.25	-.04	.26	.12	.19	.23

Yhteenveto varianssianalyysien tuloksista: naisten tuloksen (MANOVA) mukaan raskauden omavaikutus oli yhteydessä kieltämiseen (Pillais'n  $F(4,44)=2.78$ ,  $p<.05$ ), myös yhdysvaikutus minäskeeman sisältö x siirtymä oli lähes melkein merkitsevä (Pillais'n  $F(8,90)=2.01$ ,  $p=.06$ ). Sen sijaan minäskeeman sisällön omavaikutus kieltämiseen ei ollut merkitsevä (kuvio 1, ks. seuraava sivu). Miesten tulokset eivät olleet merkitseviä (kuvio 2).

Minäskeeman rakenne ei ollut yhteydessä kieltämiseen, ei naisilla eikä miehillä.



KUVIO 1. Naisten kieltäminen, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisältöön (dysfunktionaalisuuteen)



KUVIO 2. Miesten kieltäminen, yhteys siirtymän vaiheeseen ja minäskeeman sisältöön (dysfunktionaalisuuteen)

TAULUKKO 1. Naisten tuntemusten summamuuttujien reliabiliteetit (Cronbachin alfa) siirtymävaiheittain

Siirtymän vaihe	Normaali-oireilu N=12	Häiriö-oireilu N=9	Vanhemmuuden onni N=6
2kk	.81	.62	.62
5kk	.80	.70	.61
7kk	.84	.73	.78
9,5kk	.77	.51	.74
2kk jälkeen	.78	.59	.78

TAULUKKO 2. Miesten tuntemusten summamuuttujien reliabiliteetit (Cronbachin alfa) siirtymävaiheittain

Siirtymän vaihe	Normaali-oireilu N=12	Häiriö-oireilu N=9	Vanhemmuuden onni N=6
2kk	.81	.74	.72
5kk	.80	.72	.70
7kk	.76	.70	.74
9,5kk	.74	.64	.78
2kk jälkeen	.75	.63	.74

TAULUKKO 1. Naisten tuntemusten keskiarvot ja hajonnat

Siirtymän vaihe	Normaali-oireilu			Häiriöoireilu			Vanhemmuuden onni		
	$\bar{x}$	s	N	$\bar{x}$	s	N	$\bar{x}$	s	N
2kk	30.41	7.90	63	13.80	4.04	64	19.01	3.57	64
5kk	26.93	7.29	60	12.84	3.61	58	19.83	3.18	59
7kk	26.98	7.36	52	13.66	4.06	51	20.21	4.10	51
9,5kk	25.67	6.02	48	13.84	3.33	51	21.41	3.75	51
2kk jälk.	23.85	6.20	60	11.75	3.13	61	21.38	3.98	61

TAULUKKO 2. Miesten tuntemusten keskiarvot ja hajonnat

Siirtymän vaihe	Normaali-oireilu			Häiriöoireilu			Vanhemmuuden onni		
	$\bar{x}$	s	N	$\bar{x}$	s	N	$\bar{x}$	s	N
2kk	20.88	6.20	57	11.97	3.68	58	18.12	4.11	60
5kk	20.24	5.75	50	11.36	3.09	49	17.69	3.77	52
7kk	19.62	5.02	42	10.93	2.38	42	18.74	3.90	43
9,5kk	21.21	4.75	42	11.58	2.51	45	18.67	4.20	45
2kk jälk.	20.76	5.23	52	10.98	2.53	55	19.91	3.93	53

TAULUKKO 3. Tuntemusten summamuuttujien interkorrelaatiot vaiheittain

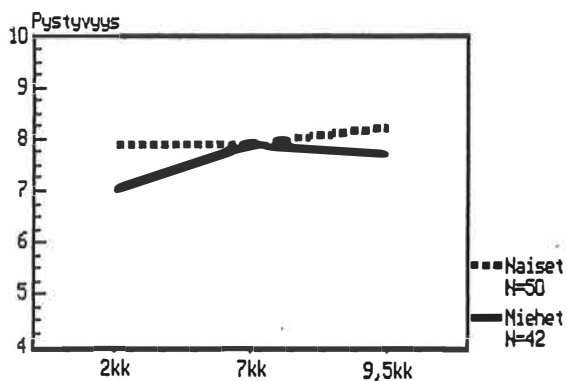
Siirtymän vaihe		Normaali-oireilu	Häiriö-oireilu	BDI 2kk	BDI 2kk jälk
2kk	Normaali				
	Häiriö	.59			
	Vanhem. onni	-.03	-.14	-.30	-.37
5kk	Normaali				
	Häiriö	.69			
	Vanhem.onni	.04	.09	-.04	-.08
7kk	Normaali				
	Häiriö	.59			
	Vanhem. onni	-.23	-.18	.01	-.06
9,5kk	Normaali				
	Häiriö	.63			
	Vanhem.onni	-.14	-.17	-.24	-.36
2kk jälk.	Normaali				
	Häiriö	.54			
	Vanhem.onni	-.12	-.11	-.04	-.45



## LIITE 7

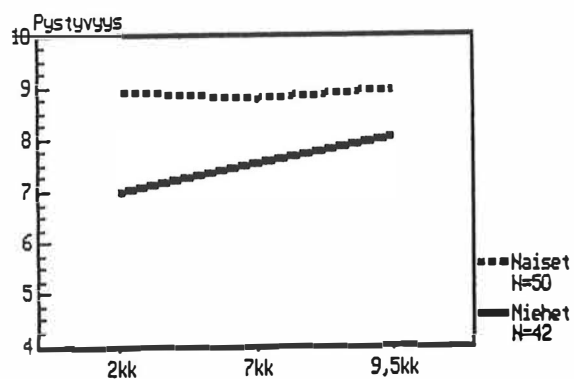
NAISTEN JA MIESTEN HOITOPYSTYVYYDEN OSIOIDEN JAKAUMAT SIIRTYMÄN ERI VAIHEISSA.

MANOVA(varianssianalyysi)  
\* = korjattu F  
(Greenhouse-Geisser)



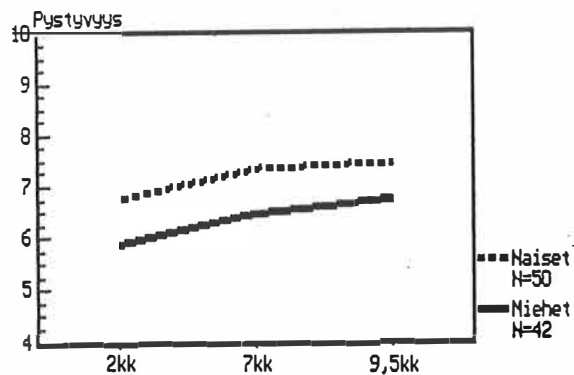
KUVIO 1. Vauvan kylvettäminen

	F	df	p<
Siirtymä	5.20	2,89	.01
Sukupuoli	4.62	1,90	.05
Siirtymä x sp	.60		



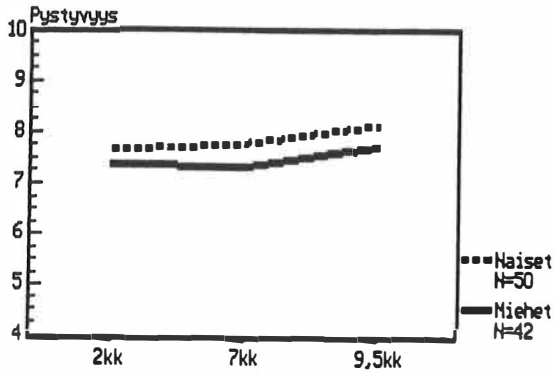
KUVIO 2. Vaipanvaihto

Siirtymä	4.68*	1.50	.05
Sukupuoli	23.35	1,90	.001
Siirtymä x sp	4.35	1.50	.05



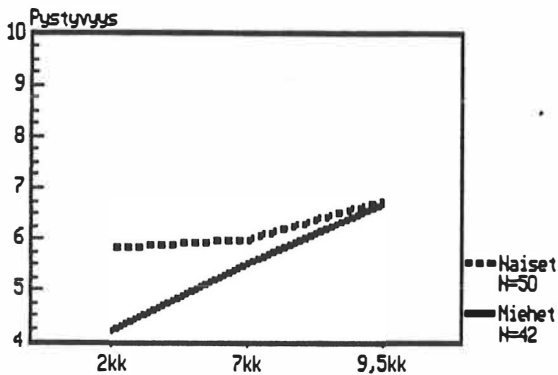
KUVIO 3. Yöllä nouseminen

Siirtymä	8.91*	1.51	.001
Sukupuoli	5.52	1,90	.05
Siirtymä x sp	.13		



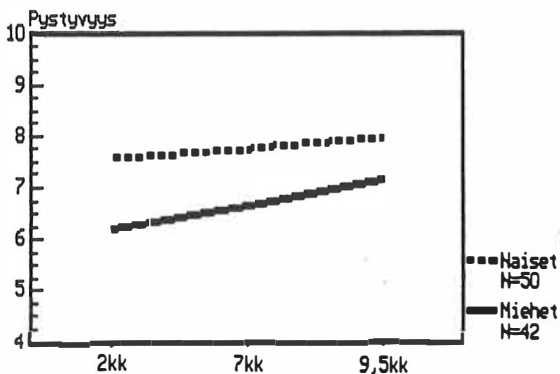
	F	df	p<
Siirtymä	4.38	1.63	.01
Sukupuoli	1.60		
Siirtymä x sp	.13		

KUVIO 4. Imettäminen/syöttäminen



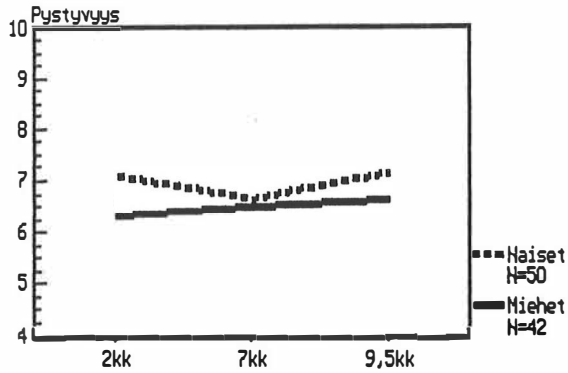
	F	df	p<
Siirtymä	35.71	1.76	.001
Sukupuoli	4.03	1,90	.05
Siirtymä x sp	7.96	1.76	.001

KUVIO 5. Vauvan itkujen tunnistaminen



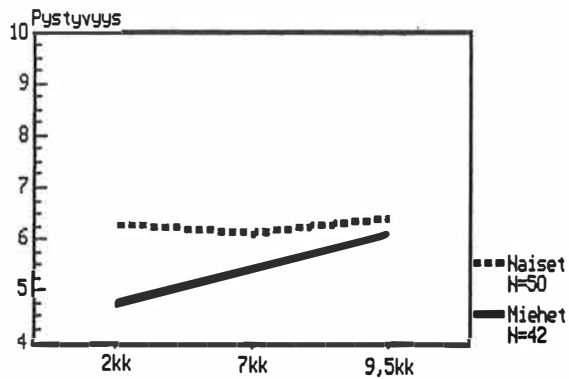
	F	df	p<
Siirtymä	7.15	1.68	.01
Sukupuoli	9.89	1,90	.01
Siirtymä x sp	1.48		

KUVIO 6. Vauvan hoitaminen yksin kotona



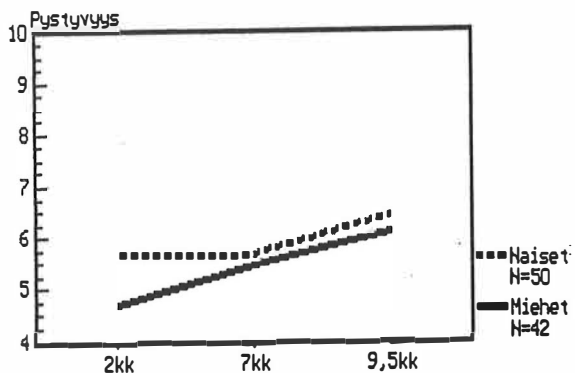
	F	df	p<
Siirtymä	2.32	2,89	.10
Sukupuoli	2.14		
Siirtymä x sp	1.65		

KUVIO 7. Itkevän vauvan tyynnyttäminen



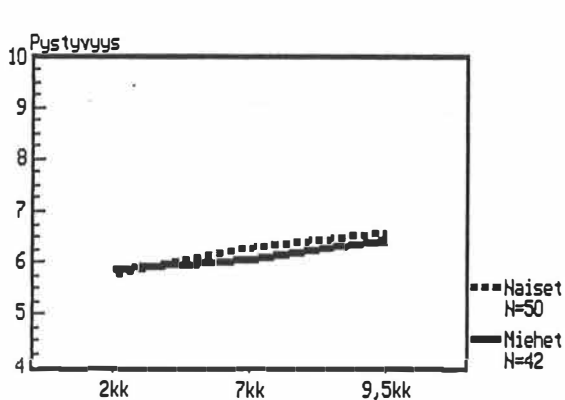
Siirtymä	7.39	2,89	.001
Sukupuoli	4.40	1,90	.05
Siirtymä x sp	4.09	2,89	.05

KUVIO 8. Sairastuneen vauvan hoitaminen



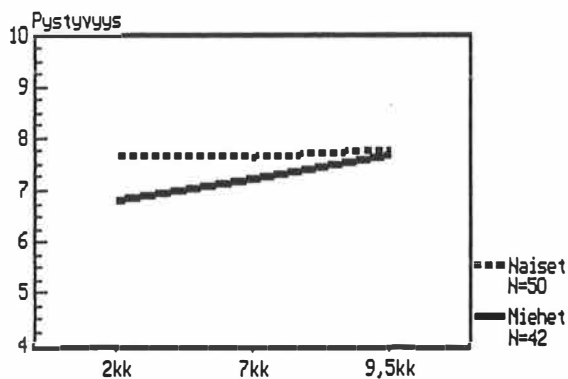
Siirtymä	14.16	2,89	.001
Sukupuoli	1.62		
Siirtymä x sp	1.49		

KUVIO 9. Vauva itkee joka ilta yli 2 tuntia



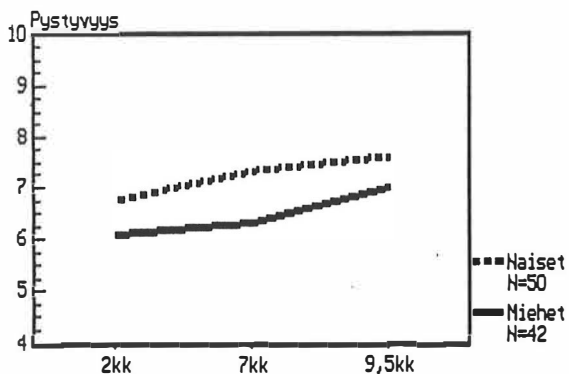
	F	df	p<
Siirtymä	7.58*	1.62	.01
Sukupuoli	.04		
Siirtymä x sp	.60		

KUVIO 10. Vauvan hoitaminen kun itse on väsynyt ja rasittunut



Siirtymä	3.47*	1.64	.05
Sukupuoli	2.23		
Siirtymä x sp	2.40	1.64	.10

KUVIO 11. Päivöohjelman toistuminen samana



Siirtymä	10.10*	1.71	.001
Sukupuoli	4.17	1,90	.05
Siirtymä x sp	.69		

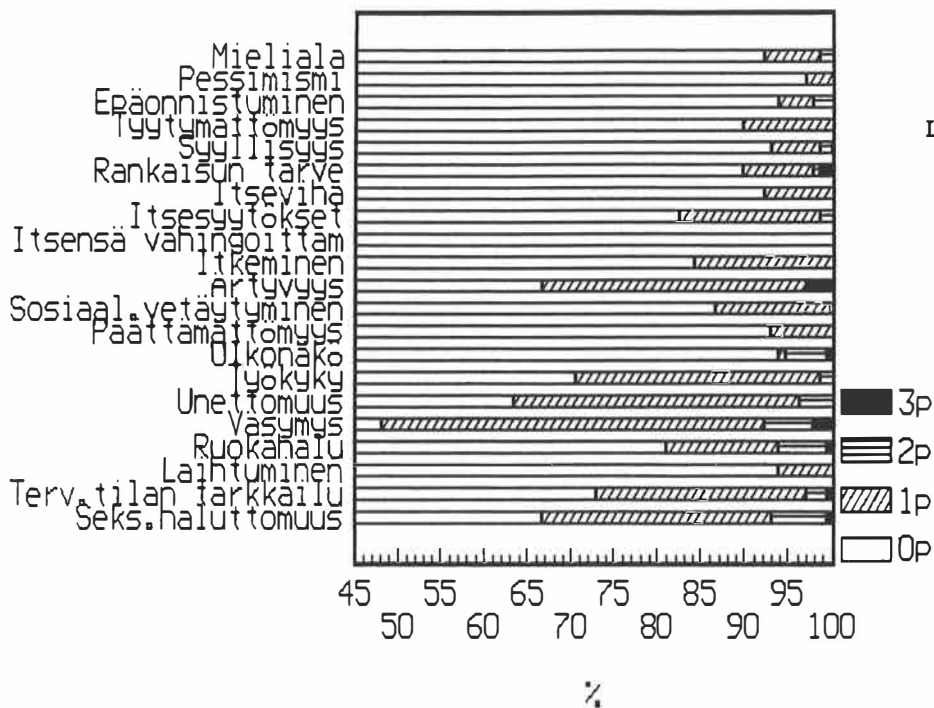
KUVIO 12. Vauvan hoitaminen yksin ilman apua

TAULUKKO 1. Naisten tuntemukset siirtymän eri vaiheissa

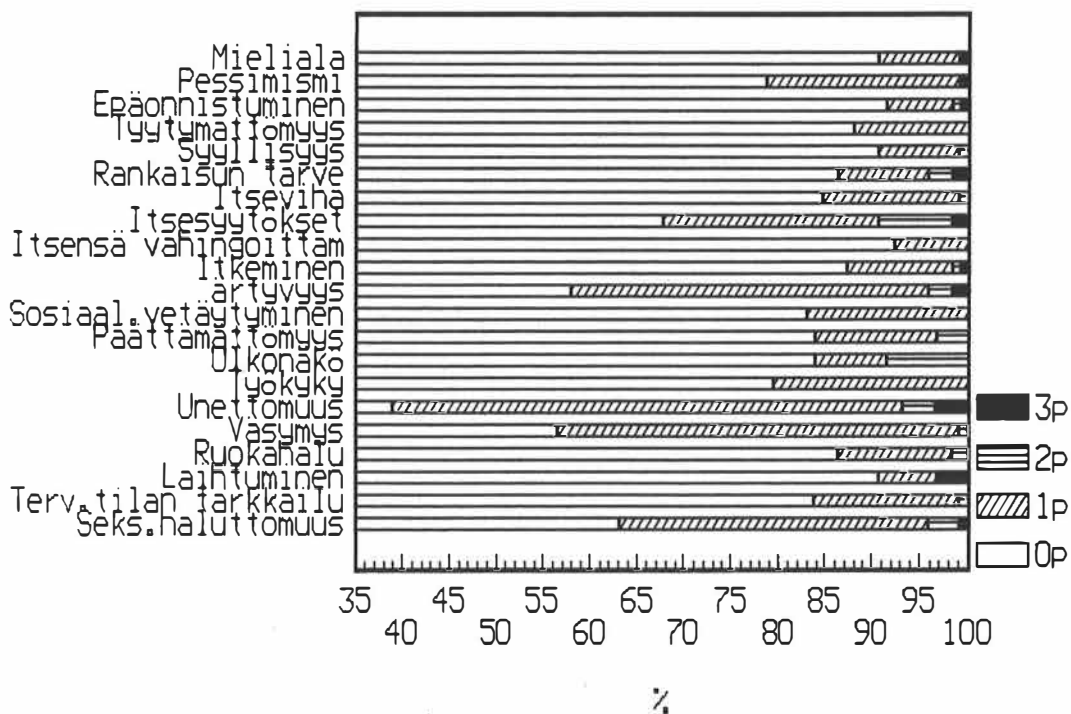
Tuntemukset	% paljon tai erittäin paljon				
	2kk	5kk	7kk	9,5kk	2kk jälk
Pahoinvointia	22.4	15.0	1.9	-	-
Väsymystä	63.0	31.7	34.7	43.2	36.1
Valoisuutta, onnellisuutta	53.8	61.7	51.9	70.6	75.4
Erilaisia mielitekoja	12.5	15.0	17.3	12.0	13.4
Saamattomuutta, "pitäis"-oloa	26.2	21.6	11.6	13.6	9.8
Jännittyneisyyttä	10.8	5.0	3.8	11.8	4.9
Mielialojen heilahtelua	33.9	21.6	17.3	21.6	11.4
Vapauden tunnetta	26.2	23.7	32.6	31.4	18.0
Itkuisuutta	7.7	6.7	7.7	4.0	4.9
Ärtynneisyyttä, "pinnan palamista"	20.0	11.7	17.3	11.7	6.6
Epämääräisen raskasta oloa	16.9	10.0	11.5	17.7	4.9
Rauhallisuutta	61.0	56.6	49.0	60.8	57.3
Sukupuolista haluttomuutta	29.2	20.0	19.2	17.7	11.4
Suuttumusta puolisolle	14.0	11.7	5.8	13.7	8.2
Mustasukkaisuutta	9.2	5.0	5.8	5.9	3.3
Väsymystä elämään, masennusta	10.7			4.0	4.9
Tyhjyyden tunnetta	3.1		1.9	2.0	
Ettei tunne oikealla tavalla	3.1		1.9	2.0	1.6
Äitiyden/isyyden onnea	50.8	53.3	57.7	78.4	85.2
Kummallisia mielikuvia	7.7	6.7	3.9		1.6
Itsemurha-ajatuksia					
Minulla on uusia voimia	10.8	15.0	17.3	19.6	27.9
Vihaisuutta omasta tilanteesta	3.1		1.9	2.0	
Erilaisia pelkoja	17.2	15.5	5.8	9.8	6.5
Halu olla poissa kotoa	1.5	1.7	1.9	2.0	3.3
Kiirettä tehdä ylitöitä/opisk.	7.7	8.4	5.8		1.6
Mietin lastani	61.5	78.3	82.7	86.2	80.4
Unettomuutta	4.6	5.0	5.8	17.6	1.6
Samana toistuvia pakkoajatuksia tai -toimintoja	4.6	1.7	3.8		4.9
Kipuja, särkyjä	17.0	16.6	25.0	2.0	8.2
N	64	60	52	51	61

TAULUKKO 2. Miesten tuntemukset siirtymän eri vaiheissa

Tuntemukset	% paljon tai erittäin paljon				
	2kk	5kk	7kk	9,5kk	2kk jälk.
Pahoinvointia					
Väsymystä	11.7	13.2	11.2	17.8	27.3
Valoisuutta, onnellisuutta	63.3	58.5	53.5	53.4	68.5
Erilaisia mielitekoja	17.0	7.8	9.5	4.4	9.4
Saamattomuutta, "pitäis"-oloa	20.0	11.4		4.4	5.4
Jännittyneisyyttä	6.7	7.6	4.5	6.6	7.3
Mielialojen heilahtelua	6.7	7.6	4.5	4.4	5.4
Vapauden tunnetta	28.4	17.0	18.6	20.0	16.3
Itkuisuutta		1.9			
Ärtyisyyttä, "pinnan palamista"	8.3	5.7	2.3	8.9	14.6
Epämääräisen raskasta oloa	1.7	3.8			
Rauhallisuutta	51.6	51.0	41.9	37.8	46.3
Sukupuolista haluttomuutta	6.7	1.9		6.7	7.3
Suuttumusta puolisolle			2.3	2.2	3.6
Mustasukkaisuutta	5.0	3.8		2.2	1.8
Väsymystä elämään, masennusta	1.7	1.9			
Tyhjyyden tunnetta					
Ettei tunne oikealla tavalla	1.7				
Äitiyden/isyyden onnea	45.0	34.0	50.0	51.1	83.7
Kummallisia mielikuvia	5.0				1.8
Itsemurha-ajatuksia					
Minulla on uusia voimia	11.7	7.7	9.0	8.8	18.2
Vihaisuutta omasta tilanteesta	3.1	3.8			1.8
Erilaisia pelkoja	1.7	2.0			1.8
Halu olla poissa kotoa		1.9	2.3	4.4	7.8
Kiirettä tehdä ylitöitä/opisk.	20.0	26.4	11.4	17.8	14.6
Mietin lastani	31.7	28.3	52.3	60.0	69.1
Unettomuutta	5.0	1.9	2.3	2.2	
Samana toistuvia pakkoajatuksia tai - toimintoja		1.9			
Kipuja, särkyjä	5.2	3.8	4.5	2.3	5.6
N	60	51	43	45	55



KUVIO 1. BDI:n osioiden jakaumat siirtymän alussa (2kk)



KUVIO 2. BDI:n osioiden jakaumat siirtymän lopussa (2 kk lapsen syntymän jälkeen)

TAULUKKO 1. Naisten normaalioireilun keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	35.4	9.6	30.0	8.9	29.0	9.0	27.9	6.6	26.8	8.0
Melko joustava	30.7	6.3	27.5	7.4	26.2	7.0	25.3	5.3	23.3	5.4
Jäykkä	29.5	7.7	23.8	5.6	28.5	5.7	27.3	6.1	23.3	6.6
Askemaattinen	25.8	7.9	24.8	9.3	23.5	7.4	18.5	4.2	23.7	4.7

TAULUKKO 2. Naisten häiriöoireilun keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	15.6	5.5	15.1	5.2	14.8	4.3	14.0	4.5	11.6	2.7
Melko joustava	13.8	4.0	13.1	3.5	13.9	4.7	14.0	3.1	12.4	3.5
Jäykkä	13.0	1.8	11.7	1.8	12.4	2.3	13.0	2.8	10.6	2.1
Askemaattinen	12.0	2.2	10.8	1.3	12.3	3.3	14.3	4.1	9.8	.5

TAULUKKO 3. Naisten vanhemmuuden onnen keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	20.7	3.4	22.0	3.0	23.1	3.6	22.4	3.4	23.0	3.4
Melko joustava	17.8	3.6	18.7	2.8	19.1	3.1	20.6	3.4	21.2	3.8
Jäykkä	17.1	3.5	19.4	3.4	19.0	5.8	20.0	3.7	21.4	4.9
Askemaattinen	22.8	3.3	22.3	2.9	23.3	3.1	25.5	2.1	22.5	4.7

TAULUKKO 4. Naisten masennuksen keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	8.0	4.0	7.8	4.4
Melko joustava	5.5	4.0	5.4	6.0
Jäykkä	6.5	4.0	8.0	7.7
Askemaattinen	5.2	4.0	2.7	3.1



TAULUKKO 5. Miesten normaalioireilun keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	25.2	6.4	21.4	6.0	21.0	4.3	22.8	3.0	20.6	3.6
Melko joustava	20.9	6.5	19.4	5.1	18.0	4.3	21.4	4.5	20.8	4.1
Jäykkä	23.8	7.6	24.0	7.2	23.0	5.8	23.6	5.4	22.4	4.2
Askemaattinen	18.3	4.9	17.0	5.6	18.7	3.1	14.7	3.1	15.7	1.5

TAULUKKO 6. Miesten häiriöoireilun keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	10.6	2.1	11.0	2.8	10.0	1.7	10.8	1.5	10.8	3.0
Melko joustava	12.4	4.5	10.8	2.5	10.4	1.4	11.4	1.9	10.5	2.0
Jäykkä	12.8	4.6	12.6	3.3	13.0	3.2	12.6	3.3	12.0	2.6
Askemaattinen	9.0	0.0	10.0	1.2	9.5	1.0	9.8	1.5	10.3	1.5

TAULUKKO 7. Miesten vanhemmuuden onnen keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	17.6	2.4	18.8	3.4	20.4	2.3	19.4	1.9	21.2	2.6
Melko joustava	18.6	4.0	17.3	4.5	18.4	3.6	18.5	4.0	19.4	4.9
Jäykkä	17.0	3.2	15.9	4.3	16.3	3.4	17.2	3.0	18.0	3.2
Askemaattinen	18.5	6.4	19.8	3.4	21.5	2.9	19.3	9.1	22.8	4.4

TAULUKKO 8. Miesten masennuksen keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	1.8	2.2	3.2	3.6
Melko joustava	2.5	3.8	4.1	3.3
Jäykkä	3.1	4.5	6.0	4.4
Askemaattinen	.5	1.3	2.2	2.1

TAULUKKO 1. Naisten normaalioireilun keskiarvot ja hajonnat minäskeeman sisällön ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman sisältö	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Positiivinen	29.0	8.6	24.0	7.4	25.5	8.0	22.9	6.4	25.7	7.5
Neutraali	31.1	7.6	26.9	7.4	27.3	7.4	28.4	6.4	25.7	5.2
Negatiivinen	35.1	5.4	34.2	4.8	28.4	6.4	29.8	5.2	25.2	5.5

TAULUKKO 2. Naisten häiriöoireilun keskiarvot ja hajonnat minäskeeman sisällön ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman sisältö	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Positiivinen	13.3	5.0	11.7	4.0	12.5	2.7	12.9	2.9	11.0	2.3
Neutraali	13.4	3.1	13.0	3.4	14.1	4.3	13.5	3.0	11.2	3.1
Negatiivinen	16.3	4.0	15.8	3.3	14.8	5.7	16.2	4.2	14.0	3.0

TAULUKKO 3. Naisten masennuksen keskiarvot ja hajonnat minäskeeman sisällön ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman sisältö	2kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Positiivinen	4.7	3.4	5.2	3.7
Neutraali	6.1	3.8	5.1	5.2
Negatiivinen	8.4	4.8	9.9	8.8

TAULUKKO 4. Miesten normaalioireilun keskiarvot ja hajonnat minäskeeman sisällön ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman sisältö	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Positiivinen	21.1	6.3	19.2	5.0	18.7	3.8	22.1	3.7	19.3	3.4
Neutraali	22.4	6.9	20.8	6.0	20.0	5.6	21.9	5.2	22.1	3.7
Negatiivinen	22.3	7.3	21.8	7.1	20.5	5.1	20.5	5.6	19.9	5.1

TAULUKKO 5. Miesten häiriöoireilun keskiarvot ja hajonnat minäskeeman sisällön ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman sisältö	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Positiivinen	10.2	1.4	9.9	1.1	9.9	.8	11.8	2.3	10.0	1.7
Neutraali	11.4	3.0	11.4	2.7	10.7	2.3	10.6	2.0	10.6	2.0
Negatiivinen	14.6	6.1	12.3	3.3	12.4	2.9	12.6	2.6	12.1	2.6

TAULUKKO 6. Miesten masennuksen keskiarvot ja hajonnat minäskeeman sisällön ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman sisältö	2kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Positiivinen	1.3	1.8	2.8	2.6
Neutraali	1.5	3.6	4.4	4.1
Negatiivinen	3.6	4.1	4.4	3.6

TAULUKKO 1. Naisten hoitopystyvyyden keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		7kk		9,5kk	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	88.7	22.5	88.1	19.6	89.7	20.5
Melko joustava	81.7	20.5	82.9	14.8	87.9	16.6
Jäykkä	80.4	12.1	84.6	8.0	89.0	14.9
Askemaattinen	86.3	12.5	90.8	8.8	94.0	8.0

TAULUKKO 2. Miesten hoitopystyvyyden keskiarvot ja hajonnat minäskeeman rakenteen ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman rakenne	2kk		7kk		9,5kk	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Joustava	77.4	19.0	86.4	15.3	94.2	14.2
Melko joustava	68.6	20.8	71.5	19.4	79.1	17.4
Jäykkä	68.2	16.6	75.5	10.5	78.6	11.0
Askemaattinen	84.2	21.1	93.3	17.6	96.0	21.5

TAULUKKO 3. Naisten hoitopystyvyyden keskiarvot ja hajonnat minäskeeman sisällön ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman sisältö	2kk		7kk		9,5kk	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Positiivinen	81.7	22.5	83.7	16.3	90.7	13.8
Neutraali	82.0	16.6	83.4	13.5	89.3	14.4
Negatiivinen	66.6	20.9	74.8	21.7	76.0	22.0

TAULUKKO 4. Miesten hoitopystyvyyden keskiarvot ja hajonnat minäskeeman sisällön ja siirtymän vaiheen mukaan

Minäskeeman sisältö	2kk		7kk		9,5kk	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Positiivinen	66.9	25.6	71.1	13.8	83.4	13.1
Neutraali	78.3	16.6	81.9	15.1	87.4	16.4
Negatiivinen	64.5	17.8	73.8	24.0	77.5	22.1

TAULUKKO 1. Naisten normaalioireilun keskiarvot ja hajonnat hoitopystyvyystason ja siirtymän vaiheen mukaan

Hoitopysty- vyystaso	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Matala	32.1	6.5	29.9	9.0	25.3	6.2	28.9	6.0	22.9	7.2
Keskitaso	32.8	6.7	28.4	6.5	29.7	7.4	26.1	5.6	25.0	6.3
Korkea	28.1	9.5	24.2	8.4	23.4	6.4	22.9	6.0	23.6	5.9

TAULUKKO 2. Naisten häiriöoireilun keskiarvot ja hajonnat hoitopystyvyystason ja siirtymän vaiheen mukaan

Hoitopysty- vyystaso	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Matala	14.2	4.6	13.7	3.6	13.1	3.9	13.7	4.1	12.2	2.9
Keskitaso	13.2	4.4	12.3	3.6	12.4	4.0	12.5	2.7	11.3	2.8
Korkea	11.4	2.4	11.0	2.4	12.2	3.1	12.5	3.3	10.7	2.1

TAULUKKO 3. Naisten vanhemmuuden onnen keskiarvot ja hajonnat hoitopystyvyystason ja siirtymän vaiheen mukaan

Hoitopysty- vyystaso	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Matala	16.6	3.9	19.3	3.1	20.3	2.7	20.0	2.9	19.5	4.6
Keskitaso	18.6	3.5	19.7	3.0	19.9	4.4	21.5	3.5	22.3	3.7
Korkea	20.5	3.9	20.7	3.7	21.5	4.1	21.9	4.2	22.1	3.6

TAULUKKO 4. Naisten masennuksen keskiarvot ja hajonnat hoitopystyvyystason ja siirtymän vaiheen mukaan

Hoitopysty- taso	2kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Matala	7.7	5.0	9.2	8.5
Keskitaso	6.1	4.2	5.6	5.7
Korkea	5.1	3.1	5.8	4.5

TAULUKKO 5. Miesten normaali-oireilun keskiarvot ja hajonnat hoitopystyvyystason ja siirtymän vaiheen mukaan

Hoitopysty- taso	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Matala	21.9	6.2	22.8	6.7	21.1	5.6	22.2	4.5	21.4	4.5
Keskitaso	22.5	7.2	19.8	5.9	19.3	4.9	22.0	5.0	21.0	4.1
Korkea	18.7	4.7	19.7	4.0	18.7	3.8	16.3	2.5	17.0	2.0

TAULUKKO 6. Miesten häiriöoireilun keskiarvot ja hajonnat hoitopystyvyystason ja siirtymän mukaan

Hoitopysty- vyystaso	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Matala	12.9	4.4	12.3	2.4	12.5	2.4	12.8	2.9	11.7	2.1
Keskitaso	11.7	4.2	11.1	2.9	10.5	2.2	11.1	1.9	10.7	2.3
Korkea	10.5	2.4	9.5	1.0	9.5	.6	9.5	1.0	9.8	1.0

TAULUKKO 7. Miesten vanhemmuuden onnen keskiarvot ja hajonnat hoitopystyvyystason ja siirtymän mukaan

Hoitopysty- vyystaso	2kk		5kk		7kk		9,5kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Matala	17.3	4.2	16.0	4.6	17.6	3.4	18.4	2.4	20.4	2.5
Keskitaso	17.6	3.3	17.5	4.1	18.0	3.4	17.3	4.5	18.5	4.5
Korkea	21.5	5.0	20.0	2.5	23.0	2.3	23.3	2.5	24.8	2.6

TAULUKKO 8. Miesten masennuksen keskiarvot ja hajonnat hoitopystyvyyden ja siirtymän mukaan

Hoitopysty- vyystaso	2kk		2kk jälk.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Matala	2.7	4.6	4.7	3.3
Keskitaso	2.2	3.4	3.9	3.9
Korkea	.7	1.1	3.4	3.1

TAULUKKO 1. Taustamuuttujien yhteydet, yhteenveto merkitsevyyksistä

Taustamuuttuja	DAS		Hoitopys- tyvyys		Normaali		Häiriö		Onni		BDI	
	I	I	I	V	I	V	I	V	I	V	I	V
Ikä					**	o					o	*
Koulutustaso	o											
Raskauden suunnitelmallisuus						*						
Lapsuuskodin ilmapiiri		*				*					***	***
Suhde äitiin nuorena											***	**
Suhde isään nuorena												
Tyytymättömyys parisuhteeseen		*	*		***	***	***	***			***	*
Arkihuolet I (sum)					***	**	***	*			***	*
Arkihuolet IV (sum)	*		***	**	***	***	***	***			***	***
Oma/lähisuvun depressio (sum)							o					o

p<.001\*\*\* p<.01\*\* p<.05\* p<.10o; I=2kk, V=2kk syntymän jälk.

**Tulkinta:** Kuta nuorempi vastaaja oli, sitä enemmän hänellä oli normaalioireilua ja masennusta raskauden alussa. Vastaajan oma vakava (lääkärin hoitoa vaatinut) tai hänen lähisukunsa depressio oli jonkin verran yhteydessä em. oireiluun lapsen synnyttyä. Tyytymättömyys parisuhteeseen (x35 - x41) oli merkitsevästi yhteydessä psyykkisiin vaikeuksiin - normaalioireiluun, häiriöoireiluun ja masennukseen. Arkihuolet I tarkoittivat puolen vuoden aikana ennen raskauden alkua koettuja vaikeuksia raha-asioissa, työasioissa, asuntoasioissa ja ihmissuhteissa (x20 -x23). Arkihuolet IV tarkoittivat lapsen odotusaikana koettuja vaikeuksia (x340 -x344). Arkihuolet I ja IV korreloivat erittäin merkitsevästi (r=.52\*\*\*). Lapsuuskodin ilmapiirin positiivisuus korreloi sekä äitisuhteen (r=.51\*\*\*) että isäsuhteen (r=.43\*\*\*) positiivisuuden kanssa erittäin merkitsevästi. Sen sijaan äitisuhteen laatu ja isäsuhteen laatu korreloivat vain vähän keskenään (r=.15). Lapsuuskodin ilmapiiri korreloi naisilla voimakkaammin äitisuhteen laatuun ja miehillä isäsuhteen laatuun.

TAULUKKO 1. Naisten lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien regressioanalyysin muuttujien interkorrelaatiot

Muuttuja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Normaalioireilu										
2. Häiriöoireilu	.51									
3. BDI	.54	.58								
4. DAS	.11	.49	.30							
5. Grid	.11	.13	.17	.05						
6. Hoitopystyvyys (2 kk)	-.06	-.22	-.24	-.40	-.20					
7. Raskauden suunnittelu	-.15	-.06	.03	.11	-.19	-.10				
8. Lapsuuskodin ilmapiiri	-.15	-.14	-.29	-.12	-.20	-.13	.08			
9. Tyytymättömyys parisuhteeseen	.33	.43	.16	.22	.09	-.09	-.16	-.36		
10. Arkihuolet (I)	.23	.15	.18	.12	-.06	.06	.07	-.31	.36	

TAULUKKO 2. Miesten lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien regressioanalyysin muuttujien interkorrelaatiot

Muuttuja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Normaalioireilu										
2. Häiriöoireilu	.54									
3. BDI	.52	.55								
4. DAS	.08	.30	.08							
5. Grid	.05	.24	.33	.01						
6. Hoitopystyvyys (2 kk)	-.16	-.21	-.12	-.08	-.08					
7. Raskauden suunnittelu	-.32	-.18	-.08	-.12	-.05	-.02				
8. Lapsuuskodin ilmapiiri	-.04	-.11	-.12	.05	-.24	-.03	.21			
9. Tyytymättömyys parisuhteeseen	.45	.34	.17	.06	.24	-.11	-.17	-.39		
10. Arkihuolet (I)	.21	.20	.20	.09	.07	-.09	-.13	-.19	.38	