

Opinnäytetyö (AMK)

Kättilö (AMK)

2016

Elina Nordström

MUUTTUNUT SYNNYTTÄJÄVÄESTÖ

– Haasteet kättilön työssä

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURKU AMK

Kätilö (AMK)

Kevät 2016 | 30 sivua + liitteet 11 sivua

Elina Nordström

MUUTTUNUT SYNNYTTÄJÄVÄESTÖ

- Haasteet kätilön työssä

Väestönrakenteen muuttuessa myös maamme synnyttäjäväestö muuttuu. Muutoksilla on vaikutusta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen jotka tuovat osaltaan haasteita kätilön työhön.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää suurimpien muutosten vaikutus (ikä, ylipaino ja etninen tausta) Suomen synnyttäjäväestöön raskaudenajan ja synnytyksen hoitotyössä ja mitä haasteita ne tuovat kätilön työhön. Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja tutkimuksia haettiin kotimaisista ja kansainvälisistä sähköisistä tietokannoista; Medic, Pubmed, Cochrane Library ja Cinahl.

Tutkimuksista käy ilmi äidin iän, ylipainon ja etnisten taustojen lisäävän mahdollisuutta monille raskauden ja synnytyksen aikaisille riskeille ja komplikaatioille. Lätkäillä äideillä esiintyy usein mm. pre-eklampsiaa, keskenmenoja ja ennenaikaisuutta. Heillä voi olla entuudestaan kansantauteja kuten korkeaa verenpainetta tai diabetesta. Ylipainoisten äitien lapset ovat usein makrosomisia tai LGA-lapsia (large for gestational age), mikä lisää haastetta synnytykseen ja voi johtaa keisarileikkaukseen. Maahanmuuttajataustaisen naisen ja perheen kohtaamisen haasteita ovat erilainen kulttuuri ja kieli.

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että raskauden aikaisella hoitotyöllä on erittäin suuri merkitys komplikaatioiden välttämiseksi. Jatkossa tulisi kiinnittää vielä enemmän huomiota ennaltaehkäisevään hoitotyöhön ja jokaisen odottavan äidin ja perheen yksilölliseen kohtaamiseen. Hoitohenkilökunnan henkilökohtaiset tuntemukset tai ristiriidat eivät saisi olla esteenä avoimelle keskustelulle.

ASIASANAT:

kätilötyö, raskaana olevat naiset, raskauskomplikaatiot

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Bachelor of Health Care

Spring 2016 | 30 pages + appendix 11 pages

Elina Nordström

CHANGES IN PARTURIENT POPULATION

- Challenges in the midwife's work

Changes in population structure affect the parturient population in our country. These changes have effects on sexual – and reproductive health, which will add challenges in midwife's work.

The aim of the study was to clarify what the three biggest changes (age, overweight and ethnic background) in parturient population will mean in prenatal care. And how these changes challenges midwife's work. This thesis was carried out as a literature review. The studies were searched for from domestic and international electric databases: Medic, Pubmed, Cochrane Library and Cinahl.

The results showed that mother's age, overweight and the ethnic backgrounds are increasing the possibility to many risks and complications during the prenatal and intrapartum care. Among older mothers preeclampsia, miscarriages and prematurity appear more often than in younger mothers. They can previously have diseases as high blood pressure or diabetes. The children of the overweight mothers are more often macrosomic or LGA children (large for gestational age), which adds challenges to the birth and can lead to a caesarean section. Some of the biggest challenges when meeting an immigrant woman and their family are the different culture and language.

In conclusion, good prenatal care has a great importance to avoid complications during labor. In the future, more attention should be paid to the preventive health care and the needs of every pregnant mother and family should be seen as individual. The obstacle to the open discussion should not be the personal opinions or conflicts of the nursing staff.

KEYWORDS:

midwifery, pregnant women, pregnancy complications

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	5
1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	7
2.1 Muuttunut synnyttäjäväestö	7
2.1.1 Synnyttäjien keski-ikäen nousu	7
2.1.2 Lihavuus ja ylipaino	9
2.1.3 Maahanmuutto	10
2.2 Kätilötyö	11
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	13
4 MENETELMÄT	14
5 TULOKSET	15
5.1 Raskausajan ja synnytyksen hoitotyö - Synnyttäjän korkea ikä	15
5.2 Raskausajan ja synnytyksen hoitotyö - Lihavuus ja ylipaino	16
5.3 Raskausajan ja synnytyksen hoitotyö - Ulkomaalaistaustaiset synnyttäjät	18
6 POHDINTA	20
6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	22
6.2 Kätilötyön kehittäminen/jatkotutkimusaiheita	24
LÄHTEET	25

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyössä analysoidtavat tutkimukset

KÄYTETYT LYHENTEET

Lyhenne

Lyhenteen selitys

BMI - Body Mass Index, kehon painoindeksi

GDM - Gestatio diabetes mellitus, raskausdiabetes

ICM - International Confederation of Midwives, Kansainvälinen Kätilöliitto

LGA - Large for gestational age, raskauden keston nähden suuripainoinen lapsi

NRC - National Research Council

SGA - Small for gestational age, raskauden keston nähden pienipainoinen lapsi

TENK - Tutkimuseettinen neuvottelukunta

THL - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

WHO - World Health Organization, Maailman Terveysjärjestö

1 JOHDANTO

Suomen väestörakenne muuttuu koko ajan ja muutokset näkyvät myös synnyttäjäväestössä. Tilastollisesti merkittäviä muutoksia on tapahtunut muun muassa synnyttäjien iässä, painossa ja etnisissä taustoissa ja nämä ovat myös THL:n kehittämistarpeina ja –kohteina vuosille 2014–2020. (Paananen ym. 2013, 12–14; Klemetti & Raussi-Lehto 2013.) Muutokset tuovat uusia haasteita kättilön työhön, ja erityisesti maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveydessä on eroja Suomen kantaväestöön (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Raskauden aikainen hoitotyö on osa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Sillä on erittäin suuri merkitys äidin, sikiön ja syntyvän lapsen terveyden kannalta. Näihin voidaan vaikuttaa muun muassa laadukkaalla ja riittävällä seurannalla ja neuvonnalla. (Mäkinen 2014.) Tunnistamalla raskaudenaikaiset ongelmat ajoissa, voidaan niihin puuttua järjestämällä vaadittavaa hoitoa, apua ja tukea. Raskauden aikainen hoitotyö on myös osa isompaa kokonaisuutta ja sen tavoitteena on pyrkiä edistämään kansanterveyttä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013.)

Kättilön työ on vaativaa ja vastuullista ja kättilö työskentelee synnytysosaston lisäksi eri naistentautien osastoilla ja poliklinikoilla, neuvoloissa ja terveyskeskuksissa. Kättilön työ on itsenäistä ja osaamisalue laaja. Suomessa kättilö nähdään koko perheen, hyvinvoinnin, terveyden ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäjänä. (Paananen ym. 2015, 33). Aiheeseen perehtyminen on tärkeää, sillä synnyttäjäväestön muuttuessa, myös hoidon tulee seurata muutosta. Näin voidaan vastata hoidon, ohjauksen ja neuvonnan tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla vaikuttaen positiivisesti myös kansanterveyteen (Klemetti & Raussi-Lehto 2013). Hyvällä ennaltaehkäisyllä voidaan vähentää myös synnytyksen aikaisia komplikaatioita (Gaudet ym. 2014).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää jo tutkitun tiedon avulla Suomen synnyttäjäväestössä tapahtuneita suurimpia muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana ja millaisia haasteita ne tuovat kättilön työhön.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

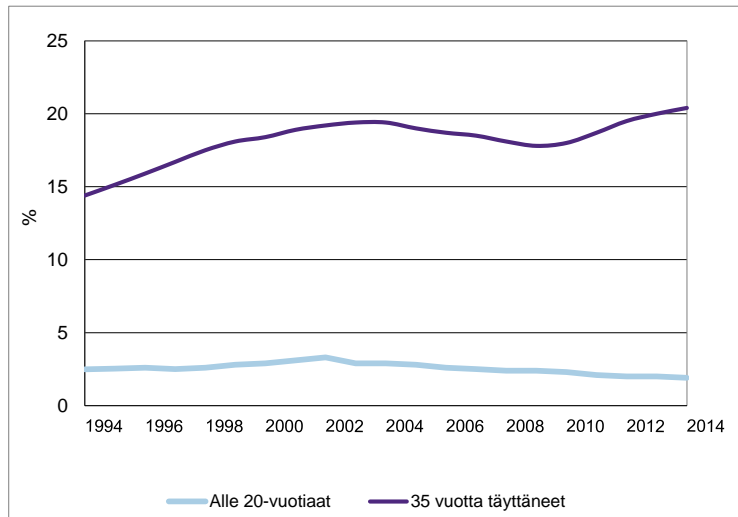
Suomi on kansainvälisesti katsottuna monilla mittareilla mitattuna erinomainen seksuaali- ja lisääntymisterveydessä. THL:n toimintaohjelmasta vuosille 2014–2020 käy kuitenkin ilmi, että tästä huolimatta kehitettävää on monella saralla. Ensisynnyttäjät ovat yhä vanhempia ja yli 35-vuotiaiden osuus on kasvanut, synnyttäjillä on useammin kroonisia sairauksia ja vuonna 2012 joka kolmas synnyttäjä oli ylipainoinen. Raskauden aikaisessa tupakoinnissa ei ole tapahtunut muutosta ja 20–24-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrä on edelleen korkea. Maahanmuuttajien osuus väestössä on kasvanut tuoden uusia ja erilaisia haasteita. Suurimmat muutokset koskevat synnyttäjien ikää, painoa ja etnistä taustaa. (Klemetti & Raussi-Lehto 2013; THL 2015a.)

2.1 Muuttunut synnyttäjäväestö

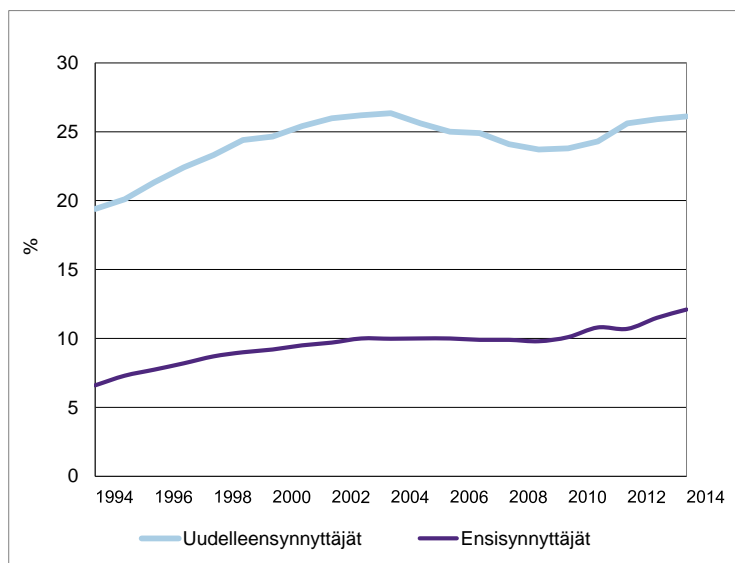
Muutokset synnyttäjissä ovat yhteydessä naisen ja syntyvän lapsen terveyteen. Ikääntyneellä synnyttäjällä on suuremmalla todennäköisyydellä häiriöitä sokeriaineenvaihdunnassa tai verenpaineessa ja ikä on yhteydessä myös kohonneeseen painoon, raskaudenaikaiseen verenvuotoon ja synnytyskomplikaatioihin (Paananen ym. 2015, 155). Korkea ikä ja ylipaino lisäävät myös supistusheikkoutta, jonka seurauksena voidaan päätyä keisarileikkaukseen. Keisarileikkaus taas aiheuttaa osaltaan lyhyen ja pitkän aikavälin ongelmia ja komplikaatoriski kasvaa. (Laes 2005.)

2.1.1 Synnyttäjien keski-ikänsä nousu

Yksi tilastoissa merkittävimpiä näkyvä muutos on suomalaisten synnyttäjien keski-ikänsä nousu. Erityisesti yli 35-vuotiaiden synnyttäjien määrä on noussut viimeisen kymmenen vuoden aikana. (Kuvio 1.) Ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut 2000-luvulla yhdellä ikävuodella ja nousun ennustetaan jatkuvan myös tulevaisuudessa. Myös yli 35-vuotiaiden ensisynnyttäjien määrä on kasvanut (Kuvio 2.) (THL 2015a).



Kuvio 1. Alle 20-vuotiaiden ja 35 vuotta täyttäneiden synnyttäjien määrä vuosina 1994–2014 (Lähde: THL/Syntymärekisteri 2014)



Kuvio 2. Yli 35-vuotiaiden ensi- ja uudelleensynnyttäjien määrä vuosina 1994–2014 (Lähde: THL/Syntymärekisteri 2014)

Alle 30 vuoden ikää pidetään optimaalisena ikänä raskaudenajan ja synnytyksen komplikaatioiden välttämiseksi. Komplikaatoriskit ovat jo erittäin suuret 35 ikävuoden jälkeen ja 40-vuotiaiden naisten raskauksissa kaikkien komplikaatioiden riski lisääntyy. Yli 45-vuotiaiden keskenmenot ovat jo erittäin yleisiä. (Paananen ym. 2015, 155; Ylikorkala & Tapanainen 2011.)

Yksi yleisimmistä syistä keskenmenoon on sikiön kromosomipoikkeavuus, jonka riski lisääntyy naisen ikääntyessä (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 378). Yleisin kromosomipoikkeavuus ikääntyneiden lapsilla on 21-trisomia, joka on paremmin tunnettu nimellä Downin oireyhtymä. Vaikka sen esiintyvyys Suomessa on vähäinen hyvien seulontamenetelmien ansioista, on riski siihen olemassa. (Paananen ym 2015, 57.)

Korkea ikä vähentää myös hedelmällisyyttä ja lisää hedelmöityshoitojen määrää. Hedelmöityshoitojen seurauksena monisikiöraskauden riski kasvaa, jossa on aina suurempi riski komplikaatioille kuin yksisikiöisessä raskaudessa. (Paananen ym. 2015, 57.) Monisikiöraskaus lisää ennenaikaisia synnytyksiä ja sikiöiden pienipainoisuutta. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 430, 433).

Komplikaatoriskiä lisäävät myös muut perussairaudet. Iäkkäällä naisella voi olla perussairautena esimerkiksi verenpainetauti tai diabetes. Nainen on voinut altistua myös muille hedelmällisyyttä alentaville tekijöille kuten tupakalle, ylipainolle tai syöpähoidoille. (Paananen ym. 2015, 57.)

2.1.2 Lihavuus ja ylipaino

Huomattavaa muutosta on tapahtunut myös synnyttäjäväestön painossa. Ylipainoisten osuus kasvoi neljällä prosenttiyksiköllä ja lihavien noin kolmella prosenttiyksiköllä vuodesta 2006 vuoteen 2013. Vuodesta 2013 vuoteen 2014 tapahtui molempien osalta pientä laskua, pysyen silti korkeampana kuin aiemmin. Synnyttäjän ikä ja kohonnut paino ovat tilastojen mukaan myös yhteyksissä toisiinsa. Yli 35-vuotiaiden synnyttäjien painoindeksin keskiarvo oli muita synnyttäjiä hieman korkeampi. (THL 2015a.)

Lihavuus määritellään BMI-luokkiin (paino jaettuna metreinä mitatun pituuden neliöllä, kg/m²). Luokittelussa käytetään termejä alipaino, normaali paino, ylipaino ja liikalihava ja näille on asetettu raja-arvot, jotka esitellään Taulukossa 1. Raskaudenaikainen suositeltu painonnousu on riippuvainen naisen BMI:stä ennen raskautta (Taulukko 1.). (IOM & NRC 2009.)

Äidin ylipaino ja korkea ikä ovat riskitekijöitä mm. raskausdiabeteksen puhkeamiselle (Tiitinen 2015). Lihavuus lisää myös todennäköisyyttä vastasyntyneen makrosomiaan ja hypoglykemiaan. Äidin riski sairastua myöhemmin tyypin 2 diabetekseen ja valtimotautiin kasvaa. (Ihme & Rainto 2014, 287.) Todennäköisyys keisarileikkaukseen on suurempi ja leikkauksesta toipuminen on aina haasteellisempaa, kun kyseessä on lihava ihminen (Raatikainen ym. 2010).

Taulukko 1. BMI raja-arvot ja suositukset painon nousulle raskausaikana:

BMI ennen raskautta:	Painon nousu koko raskauden aikana, kg:
Alipaino (<18,5 kg/m²)	12.5–18
Normaali paino (18.5–24.9 kg/ m²)	11.5–16
Ylipaino (25.0–29.9 kg/ m²)	7-11.5
Liikalihava (≥ 30.0 kg/m²)	5-9

(Lähde: IOM & NRC 2009)

2.1.3 Maahanmuutto

Jatkuva globalisaatio on lisännyt myös maahanmuuton määrää. Maahanmuutto on lähes kaksinkertaistunut viimeisen seitsemän vuoden aikana. Vuonna 2014 Suomen kansalaisuuden saaneita ihmisiä oli 8260 ja Suomessa asuvia ulkomaiden kansalaisia oli 219 675. (Tilastokeskus 2015.) Maahanmuuttaja on yleensä ulkomaan kansalainen, joka on muuttanut Suomeen. Tätä määritelmää käytetään yleisesti tilastoissa ja tutkimuksissa. Maahanmuutto voi olla väliaikaista tai pysyvää ja se voi tapahtua monista eri syistä. (Väestöliitto 2016.)

Oman haasteensa tuo myös maahanmuuttajien erilaiset taustat, jotka ovat merkittävä haaste kättilön työssä. Kättilön tulee ymmärtää eri kulttuureja ja tapoja hoitaessaan ulkomailta muuttaneita asiakkaita. (Laes 2005.) Esimerkiksi yli puolet somalialaistaustaisista

naisista ja lähes kolmasosa kurdi-taustaisista naisista on ympärileikattu (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Kaikissa kulttuureissa on eri käsityksiä seksuaalisuudesta eikä hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden toteutuminen saa olla kulttuurista riippuvaista (THL 2015b). Väestöliitto (2009) on jaotellut maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden haasteet kolmeen kategoriaan; sairauksien ja riskien epidemiologia, psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät sekä kommunikaation haasteet.

2.2 Kätilötyö

Suomen Kätilöliiton laatutyöryhmä on laatinut vuonna 1998 kätilön ammatin laatukuvauksen ”Laatua kätilötyöhön – kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet”. Siinä määritellään kätilötyön kymmenen eettistä periaatetta, jotka toimivat lähtökohtana kätilön työssä. Nämä ovat itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, turvallisuus, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys, omatoimisuus sekä kokonaisvaltaisuus. (Suomen Kätilöliitto 2004.)

Kätilötyö perustuu kokonaisvaltaiseen hoitoon ja kätilötyön laatu ja hoitokäytännöt ovat taattu erilaisilla ohjeilla, määritelmillä ja määräyksillä, joita ovat laatineet muun muassa ICM (International Confederation of Midwives), Kansainvälinen Naistentautien ja Synnytyslääkäreiden Liitto ja WHO (World Health Organization). Kätilön tehtävät on määritelty myös kätilödirektiivissä ja kansallisella tasolla kätilötyötä säätelee lainsäädäntö, kansalliset ohjeet ja suositukset, terveydenhuoltoalan ja kätilötyön eettinen ohjeisto sekä kätilötyön näyttöön perustuva tietoperusta. (Paananen ym. 2015, 28–32; Suomen Kätilöliitto 2004)

Kätilön työ on itsenäistä ja vaativaa. Normaalin raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi ovat kätilön vastuulla. (Paananen ym. 2015, 32–33.) Kätilön tulee tarpeiden mukaan kyetä ohjaamaan ja neuvomaan naisia kaikissa raskauden vaiheissa ja raskauden jälkeen. Synnytysten itsenäinen hoito ja vastasyntyneen hoito ovat kätilön vastuulla. Kätilön työhön kuuluu ennaltaehkäisevät toimenpiteet ja hoito, poikkeavuuksien havaitseminen äidissä tai lapsessa, lääkärin tarpeen arvioiminen ja hankkiminen ja hätätoimenpiteiden suorittaminen, kun lääkärin apua ei saada. (Suomen Kätilöliitto 2004.) Kätilötyössä erittäin keskeisessä asemassa ovatkin

siis ennakointi ja moniammatillinen yhteistyö. Myös elintapojen merkitys lisääntymisterveyteen ja ikääntyvien naisten terveyteen liittyvät kysymykset tulevat korostumaan synnyttäjien paino – ja ikämuutoksista johtuen. (Paananen ym. 2015, 32–33.) Kätilö on tärkeässä asemassa terveysneujana ja kasvattajana. Työ kohdistuu asiakkaan lisäksi koko perheeseen ja yhteisöön. Kätilön työ voi sijoittua sairaalaan, neuvolaan, terveyskeskukseen, asiakkaiden koteihin tai muiden palveluiden piireihin. (Suomen Kätilöliitto 2014.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää jo tutkitun tiedon avulla kolmea suurinta (ikä, paino ja maahanmuutto) Suomen synnyttäjäväestössä tapahtunutta muutosta viimeisen vuosikymmenen aikana ja millaisia haasteita ne tuovat kättilön työhön.

Tutkimusongelmat:

1. Mitä muutokset merkitsevät naisen raskausajan ja synnytyksen hoitotyön näkökulmasta?
2. Millaisia haasteita muuttunut synnyttäjäväestö tuo kättilön työhön raskauden ja synnytyksen aikana?

4 MENETELMÄT

Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena, joka on itsenäinen tutkimusmenetelmä. Kirjallisuuskatsauksella kootaan yhteen jo olemassa olevaa tietoa tutkimusaiheesta ja luodaan aihepiirille kokonaisuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74.)

Tutkimusten hauissa käytettiin seuraavia tiedonhakuportaaleja: Cinahl Complete, Cochrane Library, Medic, ja PubMed. Hakuja tehtiin myös manuaalisesti. Mahdollisimman kattavan, mutta myös ajantasaisen aineiston saamiseksi, haut rajattiin vuosille 2006–2015. Haut tehtiin suomen ja englannin kielellä.

Tutkimushauissa käytettiin muun muassa seuraavia hakusanoja: *synnyttävä, synnytys, synnyttäjän ikä, komplisoitunut synnytys, kätilötyö ja kokemukset*. Osassa hauista aineistoa kertyi runsaasti ja hakuja jouduttiin muuttamaan esimerkiksi rajaamalla pois yli 5 vuotta vanhat tutkimukset. Tutkimukset valikoituivat ensin otsikon perusteella ja tämän jälkeen vielä suuri osa tutkimuksista karsittiin abstraktin perusteella pois. Osa hakusanoista tuotti myös samoja tuloksia. Työhön valikoitui lopulta 29 tutkimusta.. Pois karsituivat sellaiset tutkimukset, jotka eivät täysin vastanneet rajauksia tai niiden mittarit eivät olleet tarpeeksi luotettavia. Tutkimuksia ja tietoa haettiin paljon ja tiedon tuli täyttää vaadittavat kriteerit luotettavuudessa. Tutkimusten hauista tehtiin tiedonhakutaulukko (Taulukko 2), josta selviää hakusanat ja niiden tuottamat osumat ja valikoituneiden tutkimusten määrä. Analysoiduista tutkimuksista tehty taulukko löytyy liitteistä (Liite 1.).

5 TULOKSET

Kätilöt kokevat työssään olennaisimpina asioina vastuun jakamisen, tietoisien ja aidon läsnäolon, rauhallisen tunnelman luomisen vastavuoroisessa suhteessa, hallitun tiedon ilmentämisen ja tasapainoilun vanhemmuuteen siirtymisessä. Erityisesti kätilöiden jakama vastuu ja heidän hallitsemansa tieto synnytyksestä korostuu. Ainutlaatuinen tieto kootaan yhdessä naisen, lapsen ja partnerin kanssa. (Thelin ym. 2014.)

5.1 Raskausajan ja synnytyksen hoitotyö - Synnyttäjän korkea ikä

Synnyttäjän ikä vaikuttaa synnytystapaan ja synnytykseen liittyviin riskeihin (Blomberg 2014). Korkean iän synnyttäjä on 30-vuotias tai vanhempi ja suositeltu ikä raskaudelle on noin 20–29 vuotta (Kenny ym. 2013). Nuoria ja ikääntyneitä synnyttäjiä verrattaessa käy ilmi, että raskauteen ja synnytykseen liittyvien komplikaatioiden riski kasvaa mitä vanhempi synnyttävä nainen on. (Liu & Zhang 2014). Riskit kasvavat jo 30 ikävuoden jälkeen ja ne pysyvät korkeana vaikka synnyttäneisyys, BMI ja sosioekonomiset taustat otettaisiin huomioon. Yli 40-vuotiaat synnyttäjät ovat suurimassa riskissä mm. lapsen kuolleena syntyvyyteen, ennenaikaiseen ja erittäin ennenaikaiseen synnytykseen, makrosomiaan, LGA lapseen ja keisarileikkaukseen. (Kenny ym. 2013.)

Synnyttäjän korkea ikä on yhdistetty myös pre-eklampsiaan eli raskausmyrkytykseen, keskenmenoon, insuliinia vaativaan raskausdiabetekseen, istukan enneaikaiseen irtoamiseen, etiseen istukkaan, synnytyksen jälkeiseen verenvuotoon, välilihan repeämiin ja epäsuotuisiin tuloksiin vastasyntyneillä kuten SGA (small for gestational age) lapsiin. Myös keisarileikkausten ja käynnistettyjen synnytysten määrä lisääntyy kaikissa ikään-tyneiden synnyttäjien ryhmissä. (Baser ym. 2013; Blomberg ym. 2014; Canhaço ym. 2015; Khalil ym. 2013; Lamminpää ym. 2012.) Ruotsalaisessa tutkimuksessa yli 40-vuotiaiden synnytyksistä noin viidesosa oli käynnistettyjä, kun taas 20–24-vuotiailla määrä oli lähes puolta pienempi (Blomberg ym. 2014). Vastasyntyneissä synnyttäjän ikä (30+) näkyi pienipainoisuutena, sikiön hapenpuutteena, alhaisempina apgar pisteinä 5 min kohdalla (<7), lisääntyneissä mekoniumaspiraatioissa ja kuolleena syntyvyydessä. (Blomberg ym. 2014.) Tutkimukset osoittavat myös, että korostettu tarkkailu raskausai-

kana voisi olla hyödyllistä mahdollisten riskien ja komplikaatioiden ennaltaehkäisyn kannalta (Kenny ym. 2013). Esimerkiksi ennaltaehkäisevä progesteronihoito voi vähentää ennenaikaisuutta 30 %:lla (Schleußner 2013).

Äidille riskiryhmään kuulumisen aiheuttaa ahdistusta ja huolta. Vanhemmat synnyttäjät yrittävät helpottaa oloaan informaatiolla. Informaation määrä voi kuitenkin olla hämmentävää äidille. Äitiyshuollossa on tärkeää tiedostaa synnyttäjien erilaiset tunteet ja kokemukset, jotta heidän yksilölliset tarpeet huomioitaisiin hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. (Lampinen ym. 2009.) Erityisesti ne äidit, joilla on iän lisäksi muita riskitekijöitä (pre-eklampsia, tupakointi, ylipaino ja raskausdiabetes) hyötyisivät raskauden ajan neuvonnasta (Lamminpää ym. 2012). Raskauden ajan neuvonnan ja synnytyksen hoitotyön tulisi olla yksilöllistä riippuen äidin iästä. Yksilöllisellä hoitotyöllä voidaan mahdollisesti vaikuttaa epäsuotuisiin tuloksiin synnytyksessä ja vastasyntyneessä. (Blomberg ym. 2014.)

Tärkeää olisi myös huomioida ja tuoda esille jo raskautta suunniteltaessa mitä komplikaatioita ja riskejä ikään liittyy raskauden ja synnytyksen kannalta (Liu&Zhang 2014). Lastenhankinnan siirtäminen myöhemmälle iälle on nouseva huoli terveydenhuollossa eikä neuvonnassa tulisi unohtaa nuoria synnyttäjiä. Heille tulisi korostaa nuoren iän positiivisia vaikutuksia synnytystuloksiin ja informoida iän tuomista riskeistä. (Blomberg ym. 2014.) Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tuoda ongelmaa enemmän esille perhe-suunnittelussa. Nuoret pariskunnat hyötyisivät sosiaalisesta, ekonomisesta ja emotionaalista tuesta motivoitukseen saamaan lapset aiemmin. (Klementti ym. 2013.)

5.2 Raskausajan ja synnytyksen hoitotyö - Lihavuus ja ylipaino

Lihavuus ja ylipaino ovat yhteydessä moniin sairauksiin. Erityisesti synnyttäjän ja sikiön kannalta haitallisia sairauksia ovat diabetes ja verenkiertoelimistönsairaudet. Ylipaino lisää verenpaineongelmien riskiä (Li ym. 2013). Lihavuudella ja ylipainolla on merkitystä raskauden, synnytyksen ja synnytystulosten kannalta ja äidin korkean BMI:n ja komplikaatioiden välillä on yhteys. Lihavilla ja ylipainoisilla äideillä esiintyy useammin pre-eklampsiaa (Bautista-Castano ym. 2013) ja raskausdiabetesta (Klementti 2015; Liu ym. 2014; Scott-Pillai ym. 2013). Raskausdiabeteksella on yhteys lapsen suureen syntymäkokoon (Makgoba 2012). Lihavuus lisää myös riskiä välilihan repeämiin synnytyksessä

(Bautista-Castano ym. 2013) ja istukkaperäisiin ongelmiin kuten etiseen istukkaan ja repeämiin (Liu ym. 2014).

Lihaville äideille syntyy tutkitusti enemmän LGA lapsia. Erityisesti äidit, jotka ovat lihooneet enemmän kuin IOM määritelmän rajat (Taulukko 1.) suosittelevat ovat suuremmassa riskissä (Berggren ym. 2015). Sikiöissä on todettu myös useammin makrosomisuutta (Klementti 2015; Gaudet ym. 2014; Liu ym. 2014; Li ym. 2013 Scott-Pillai ym. 2013). Ennenaikainen synnytys (Liu ym. 2014) ja lapsen tehohoidon tarve on myös yleisempää lihavilla naisilla (Klementti 2015; Scott-Pillai ym. 2013).

Synnytyksen käynnistämiseen ja keisarileikkaukseen päädytään useammin verrattuna normaalipainoisiin synnyttäjiin. (Vinturache ym. 2014; Liu ym. 2014; Bautista-Castano ym. 2013; Li ym. 2013; Scott-Pillai ym. 2013). Suomessa tehdyssä tutkimuksessa keisarileikatuista äideistä yli neljäsosalla esiintyi yksi tai useampi toimenpiteeseen liittyvä komplikaatio ja 10 %:lla komplikaatio oli vakava. Riskitekijöitä oli mm. äidin lihavuus, ikä, pre-eklampsia ja DM. Tutkimus osoitti myös, että vaginaalisessa synnytyksessä on alhaisimmat komplikaatioluvut verrattuna elektiiviseen ja kiireelliseen keisarileikkaukseen. (Pallasmaa 2014.) Kerrigan ym. (2015) ovat ehdottaneet, että lihaville naisille annettaisiin enemmän aikaa synnytyksessä ennen kuin tehtäisiin päätös keisarileikkauksesta. Tätä perusteltiin mahdollisuudella normaaliin synnytykseen ja komplikaatioiden minimoimiseen.

Lihavuus vaikuttaa myös naisen sukupuolihormoneihin ja fertiliteettiin ja lihavilla naisilla esiintyy enemmän lapsettomuutta kuin normaalipainoisilla naisilla (Withworth ym. 2010). Myös sikiökuolemia esiintyy enemmän lihavilla ja ylipainoisilla synnyttäjillä (Liu ym. 2014 Scott-Pillai ym. 2013).

Äidin varhaisella painoon puuttumisella voidaan vaikuttaa myös syntyvän lapsen painoon (Berggren ym. 2015) ja vähentää riskejä synnytyksessä (Kaplan-Sturk ym. 2013). Äidin painoon tulisi pyrkiä vaikuttamaan jo ennen raskautta ja optimoimaan painon lisääntyminen raskausaikana (Gaudet ym. 2014). Hoitohenkilökunnan olisi hyvä informoida äitejä synnytyksestä ja valmistaa heitä henkisesti siihen, jotta he olisivat tietoisia siitä mitä odottaa synnytykseltä (Kerrigan ym. 2015).

Obeesien naisten synnytykset ovat hyvin medikalisoituneita ja komplikaatiokeskeisiä. Keskittyminen kohdistuu usein vain synnytykseen liittyviin riskeihin sen sijaan, että keskittyttäisiin positiivisempaan työotteeseen ja interventioiden järjestämiseen jo ennen syn-

nytystä. (Kerrigan ym. 2015.) Lihavuus koetaan ongelmana äitiydelle ja hoitotyön isoimpia haasteita on keskustelun vaikeus. Keskustelu on lähtökohtana interventiolle, jolla voitaisiin vaikuttaa pidemmällä tähtäimellä obesiteetin kierteeseen. Obeesin naisen kohtaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta itsevarmaa lähestymistapaa. Elämäntapa neuvonta raskausaikana voisi motivoida laihtumiseen ja vaikuttaa suuremmassa mittakaavassa myös kansanterveyteen. (Smith ym. 2012.) Synnytyksen haasteina hoitohenkilökunnan erilaisten asenteiden ja käytöksen lisäksi, ovat konkreettiset asiat kuten sikiön sydänäänten kuuntelun haasteellisuus ja äidin mobilisaatio synnytyksen aikana. (Kerrigan ym. 2015.)

5.3 Raskausajan ja synnytyksen hoitotyö - Ulkomaalaistaustaiset synnyttäjät

Perheen terveys on moniulotteinen kokonaisuus, johon kuuluu sekä fyysinen että henkinen hyvinvointi. Maahanmuuttajan tarpeet kohdistuvat erityisesti erilaiseen tietoon ja tukeen. (Sorvari 2012.) Maahanmuuttajien hoidon haasteena ovat näkemys- ja kulttuurierot sekä osittain käytäntöjen joustamattomuus (Airola 2013). Myös puutteellinen kieli-taito hankaloittaa kommunikointia (Castaneda ym. 2012) ja he tarvitsevat tukea kielen kanssa (Sorvari 2012).

Maahanmuuttajaryhmillä on tutkimuksissa löydetty myös kansantauteja kuten diabetesta ja korkean verenpaineen ongelmia (Malin & Gissler 2009). Maahanmuutto itsessään ei ole terveysuhka, mutta voi lisätä terveyttä heikentäviä tekijöitä (Sorvari 2012). Raskauden ehkäisymenetelmien käyttö on vähäisintä somalialaistaustaisilla naisilla, joilla on myös eniten synnytyksiä. Huomattava osa somalialais- ja kurditaustaisista ovat myös ympärileikattuja. Afrikkalaisilla ja somalitaustaisilla on eniten terveydellisiä ongelmia joka indikoi suurta sikiökuolleisuuden lukumäärää. (Malin & Gissler 2009.) Venäläistaustaiset naiset päätyvät useammin raskaudenkeskeytyksiin. (Castaneda ym. 2012). Aasialaisilla ja Filippiineillä esiintyi erään tutkimuksen mukaan raskausdiabetesta alhaisemmalla BMI:llä (Hedderson ym. 2012). Riippuen naisen lähtömaasta on hänellä myös lisääntynyt riski lapsen alhaiseen syntymäpainoon, SGA lapseen ja ennenaikaisuuteen. Tiettyjen maiden ensisynnyttäjät naisten joukossa havaittiin myös enemmän keisarileikkauksia. (Malin & Gissler 2009.)

Maahanmuuttajanaisten saamassa ja heidän tarvitsemassaan hoidossa on suuria eroavaisuuksia eivätkä etniset taustat vaikuta merkittävästi palveluiden käyttöön. Vaikka palvelukäyttö oli vähäisempää, se ei kuitenkaan selitä eroja synnytystuloksissa. (Malin &

Gissler 2009.) Airolan (2013) tekemissä haastatteluissa selvisi, että maahanmuuttajille saatetaan tarjota jopa herkemmin lääkäriaikaa tai myöntää sairauslomaa. Taustalla on ajatus siitä, että se palvelee paremmin asiakkaan tarpeita ja auttaa asioissa eteenpäin. Myös pienet asiat, kuten potilaan nimen opettelu, lisäävät heidän tasa-arvoisuuden tunnettaan ja hoitomyönteisyyttään. Yksilöllisyyden lisäksi potilaat ovat kokeneet asioiden hitaan läpikäynnin ja mahdollisesti myös asioiden ylös kirjaamisen hyödylliseksi. Maahanmuuttajan kanssa työskentelyä voitaisiin selkeyttää yksinkertaisella ohjeistuksella tai hoitoketju- ja menettelymallilla.

Hoitohenkilökunnalle tulisi tarjota lisäkoulutusta jotta äitiydenhuoltoa voitaisiin kehittää kulttuurisensitiivisemmäksi ja kohdata paremmin raskaana olevien ja vastasyntyneiden tarpeet. Pitkällä tähtäimellä parhaan terveyden- ja hyvinvoinnin lopputuloksen takaamiseksi monet maahanmuuttajaäidit tarvitsisivat myös erityistä tukea ja apua raskauden jälkeen. (Malin & Gissler 2009.)

6 POHDINTA

Opinnäytetyön päätuloksissa käy ilmi äidin korkea iän, ylipainon ja erilaisten etnisten taustojen lisäävän raskauden ja synnytyksen ajan riskejä ja komplikaatioita. Erityisesti synnyttäjien keski-ikä on nousu on haaste terveydenhuollolle, sillä se on kasvava trendi joka lisää konkreettisia riskejä sekä äidille että lapselle. Iäkkäällä äidillä esiintyy useammin mm. pre-eklampsiaa, keskenmenoja ja ennenaikaisuutta kuin nuoremmalla äidillä. Hänellä voi olla entuudestaan kansantauteja, jotka lisäävät osaltaan hoidon haastavuutta. Synnyttäjät ovat myös lihavampia kuin ennen ja heissä yhdistyy usein enemmänkin kuin yksi riskitekijä (Lamminpää 2015). Iäkäs äiti saattaa olla ylipainoinen ja hänellä voi olla valmiiksi ongelmia esim. verenpaineen kanssa (Paananen ym. 2015, 57.) Kätilön työssä merkittävässä osassa onkin tunnistaa iäkkään äidin kohdalla esiintyvät mahdolliset riskit ja pyrkiä ennaltaehkäisemään niitä. Lasten hankinta vanhemmalla iällä on suuri kasvava huoli terveydenhuollolle (Blomberg ym. 2014) ja siihen vaikuttaminen on haasteellista. Nuoret mm. opiskelevat nykyään pidempään, matkustelevat ja haluavat ehkä elää huoltomampaa elämää, jolloin lasten hankinta siirtyy. Myös taloudellinen tilanne halutaan turvata, johon harvemmin on mahdollisuutta ennen kuin opinnot on saatu päätökseen.

Erilainen kulttuuri ja kieli ovat yleisimpiä haasteita maahanmuuttajanaisen kohtaamisessa, mutta myös maahanmuuttajataustaisessa äidissä voi yhdistyä monet riskitekijät (Castaneda ym. 2012; Heddrson ym. 2014; Malin & Gissler 2009) kuten korkea ikä, ylipaino tai erilaiset kansantaudit. Maahanmuuttajien kohtaaminen on jo nyt haaste terveydenhuollossa ja se tulee varmasti korostumaan entisestään tulevaisuudessa maahanmuuton lisääntyessä. Erityiseksi haasteeksi voisi ajatella muodostuvan hoitohenkilökunnan puuttuvat tiedot erilaisista kulttuureista ja siitä miten seksuaalisuus niissä koetaan.

Kätilön työssä avainasemassa on ennaltaehkäisevä työote (Berggren ym. 2015; Gaudet ym. 2014) ja riskien ja komplikaatioiden tunnistamisen. Tämä tulee huomioida jokaisen naisen kohdalla, oli kyseessä iäkäs, lihava tai ylipainoinen tai maahanmuuttajataustainen nainen. Ennaltaehkäisyllä voidaan mahdollisesti välttyä monilta eri tutkimuksissa ilmi käyneiltä synnytyksen aikaisilta ja synnytystä seuraavilta riskeiltä ja komplikaatioilta (Kaplan-Sturk ym. 2013). Ennaltaehkäisevällä työllä voidaan myös vaikuttaa kansanterveyteen (Blomberg ym. 2014) joka on THL:n kehittämiskohteita vuosille 2014–2020 (Klemetti & Raussi-Lehto 2013).

Ennaltaehkäisy toteutuu parhaiten keskittymällä riskiraskauksien löytämiseen ajoissa. Jokainen synnyttäjä tulee kohdata yksilönä riippuen naisen lähtökohdista. Esimerkiksi

iäkkään naisen raskaudessa tulee huomioida erilaisia asioita, mitä nuoremman äidin kohdalla. Jo raskautta suunniteltaessa kättilön tulisi voida informoida naista ja perhettä mahdollisten riskitekijöiden vaikutuksista pidemmällä tähtäimellä. Perhesuunnittelussa ei tule myöskään unohtaa positiivista otetta esim. nuorien pariskuntien kohdalla. Heille olisi hyvä kertoa mitä positiivisia vaikutuksia nuorella iällä on ajatellen raskausaikaa ja synnytystä. Motivointi nuorella iällä lasten saamiseen vaatisi myös sosiaalista, ekonomista ja emotionaalista tukea. (Blomberg ym.2014.) Tämä ei kuitenkaan ole helppoa ja vaatisi myös yhteiskunnan tukea.

Asioiden puheeksi ottaminen ei kuitenkaan aina ole niin yksiselitteistä. Esimerkiksi lihavuuden kohtaaminen voi herättää monia ristiriitaisia tunteita ja niistä selvitäkseen saattaa hoitohenkilökunta päätyä ns. teeskentelemään, jolloin asioiden informointi saattaa jäädä puutteelliseksi (Kerrigan ym. 2015). Keskustelu on lähtökohta interventiolle, jolla taas voitaisiin vaikuttaa naisen painoon raskausaikana (Smith ym. 2012). Samanlaisia ongelmia voisi ajatella tapahtuvan muidenkin riskiryhmien kohtaamisessa. Henkilökohtaiset mielipiteet ja asenteet saattavat vaikuttaa hoitotyöhön vaikka näin ei saisi olla. Hoitohenkilökunnan tulisi pyrkiä siirtämään omat henkilökohtaiset tuntemuksensa taka-alalle sen haastavuudesta huolimatta.

Riskiraskaudet ja erilaiset komplikaatiot (esim. pre-eklampsia ja eklampsia, istukkaperäiset ongelmat, repeämät) tuovat osaltaan omia haasteita synnytyksen hoitoon. Synnytykset ovat useammin medikalisoituneita ja komplikaatiokeskeisiä (Kerrigan ym. 2015). Tällaisissa tilanteissa kättilöiden kokema vastuun jakaminen (Thelin ym. 2014) ja moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu. Kättilön työssä haasteeksi voi myös muodostua aidon ja rauhallisen tunnelman luominen minkä kättilöt kokevat myös tärkeäksi asiaksi hoitaessaan synnytystä (Thelin ym. 2014). Konkreettiset asiat kuten sikiön sydänäänten kuuntelun vaikeus ja äidin mobilisaatio (Kerrigan ym. 2015) voivat aiheuttaa ristiriitaisia tunteita kättilölle. Näihin tulee kuitenkin voida suhtautua tyynesti.

Väestöliiton (2009) toimintasuunnitelmassa tuotiin esille hoitohenkilökunnan valmiuksien lisääminen maahanmuuttajien kohtaamisessa. Tämä sisältäisi asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta sekä tietoa erityistilanteista ja – tarpeista. Erityisesti tietämystä eri uskonnoista, kulttuureista, perheen ja yhteisön vaikutuksesta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen eri maahanmuuttajaryhmissä tulisi lisätä. Monikulttuurisuuskoulutusta vaadittaisiin osaksi sosiaali- ja terveysalojen opetusohjelmaa.

Kättilön työssä keskeistä on vanhempien auttaminen vanhemmuuteen siirtymisessä. Se vaatii tasapainoilua ja hallitun tiedon ilmentämistä. Jokainen nainen ja perhe on ainutlaatuinen ja uniikki tieto kootaan yhdessä naisen, lapsen ja naisen partnerin kanssa. (Thelin ym. 2014.) Jotta jokaisen tarpeet kohdattaisiin yksilönä, tulee kättilöllä olla laaja tietämys siitä miten äidin erilaiset ominaisuudet vaikuttavat raskauteen ja synnytyksen hoitoon.

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkijan tärkeimpiä ominaisuuksia pyrkiä kriittisyyteen sekä lähteitä valitessaan että niitä tulkittaessaan. Opinnäytetyössä käytetyt tilastot ovat uusimpia työn tekohetkellä saatavilla olevia tilastoja ja teoreettisen viitekehyksen tiedon lähteissä on huomioitu niiden ikä. Yli kymmenen vuotta vanhaa tietoa ei ole käytetty ja kirjoista on valittu uusimmat mahdolliset painokset. Osassa tutkimuksista materiaali on kerätty pidemmältä aikaväliltä, mutta julkaisurajana näissäkin toimi 5-10 vuotta.

Tutkimustarkoituksen, -asetelman ja -otoksen valinnan lisäksi arvioidaan tutkimuksen analyysimenetelmää, tulkintaa, reflektiivisyyttä, eettistä näkökulmaa ja tutkimuksen siirrettävyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 164–165.) Nämä seikat huomioitiin opinnäytetyöhön valikoituneissa tutkimuksissa ja tutkimusten tuli myös täyttää Tutkimuseettisen neuvottelukunnan määrittelemän hyvän tieteellisen käytännön kriteerit (TENK 2012). Myös opinnäytetyön teossa noudatettiin näitä kriteerejä (TENK 2012) koko prosessin ajan. Aiheesta ei ole tehty tutkimusta samanlaisia rajoituksia käyttäen, joten tutkimuksia kerättiin jokaisesta aiheesta, jolloin niiden siirrettävyyden arviointi oli suuressa osassa. Tutkimustarkoitus pidettiin koko työn ajan mielessä ja se ohjasi opinnäytetyöprosessia.

Opinnäytetyössä käytettiin eri menetelmin tehtyjä tutkimuksia. Alkuperäistutkimuksia pyrittiin kuitenkin aina ensisijaisesti käyttämään, mutta mukaan valikoitui myös systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Jokaisen kohdalla arvioitiin kuitenkin erikseen niiden mittareita, reliabiliteettia ja tulosten luotettavuutta. Jokaisessa tutkimuksessa on hyvä aina pohtia mahdollisia harhaa aiheuttavia tekijöitä tutkimuksen tuloksiin (Stolt ym. 2015, 32). Opinnäytetyön luotettavuus perustuu siinä käytettyjen tutkimustulosten luotettavuuteen ja niiden vääristelemättömyyteen.

Maahanmuuttajien terveystietäytymistä on tutkittu vielä huomattavasti vähemmän kuin muita aiheita. Myös hoitotyön näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia valittuihin aiheisiin oli haasteellista löytää. Nämä ovat kuitenkin tutkimuksen tekijästä riippumattomia tekijöitä, jotka eivät heikennä työn luotettavuutta. Tarkoituksena oli tutkia Suomen synnyttäväestöä, mutta kotimaisten tutkimusten vähäisyyden vuoksi valittiin mukaan myös kansainvälisiä tutkimuksia. Tutkimusten tulokset ovat kuitenkin relevantteja ja siirrettävissä väestöömme.

Opinnäytetyön vahvuudeksi voidaan laskea sen looginen eteneminen. Tulokset on haettu ja analysoitu systemaattisesti luotettavista hakukannoista. Tuloksista tehtiin taulukko, jolloin niiden päätulokset on helposti lukijan nähtävissä. Myös tiedonhauista koottiin taulukko selventämään tehtyä prosessia. Tutkimukset, jotka eivät täyttäneet vaadittuja kriteerejä jätettiin pois. Raportoinnissa tulee välttää tulosten ja johtopäätösten yliarviointia (Stolt ym. 2015, 33) ja tämä toteutuu opinnäytetyössä. Lähdeviitteisiin on kiinnitetty erityistä huomiota eikä plagiointia eli toisen tekstin suoraa lainaamista ilman viitasta lähteeseen tehty (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 182). Opinnäytetyön teossa ja raportissa täytyvät hyvät tieteellisen käytännön perusteet (TENK 2012).

Tärkeä osa tutkimusta on sen eettisyys, sillä se on perusta hyvälle tieteelliselle työlle. Tämän opinnäytetyön teossa eettinen pohdinta kulki mukana työn jokaisessa vaiheessa aina aiheen valinnasta alkaen. Varsinaista tutkimusta ei tehty, vaan työ perustuu kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsausta ohjasi heti alussa asetetut tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset ja ne olivat tarkoin pohdittuja.

Työn eettiset ongelmat koskivat pääasiassa tiedonhakua, lähdekriittisyyttä ja tutkimustulosten raportointia. Tiedonhaussa oltiin kriittisiä ja lähteiden luotettavuutta ja sovellettavuutta pohdittiin. Jokaisen tutkimuksen kohdalla mietittiin tarkkaan vastaako se opinnäytetyön aiheeseen ja annettuihin tutkimuskysymyksiin.

Aiheen rajaukseen tekijällä oli vapaat kädet. Monia tärkeitä asioita, kuten tupakoinnin ja kroonisten sairauksien vaikutus synnyttäjään, jättyi pois johtuen työn suppeudesta ja siihen käytössä olevasta ajasta. Liian monen muuttujan mukaan ottaminen olisi vaikuttanut tulosten laatuun, jolloin tälle opinnäytetyölle asetetut laadulliset kriteerit eivät olisi täytyneet. Aiheen rajausta helpotti sen perustuminen tuoreisiin tilastotietoihin. Aiheen rajauksessa mietittiin myös tilastollisesti merkittävien muutosten merkitystä sen kannalta miten ne vaikuttavat raskaana olevaan naiseen. Aiheiden rajauksen eettisiä haasteita olivat mm. se miten määritellään lihava-, iäkäs- tai maahanmuuttajataustainen synnyttäjä. Kysymyksiä herätti myös se, että kenellä on oikeus puuttua naisen lihavuuteen tai

lastenhankintaikään ja millä perusteella. Raskaana olevan naisen hoitotyössä ei ole kyse vain naisesta vaan myös kehittyvästä sikiöstä. Syntyvä lapsi ja lapsen oikeudet tulee huomioida raskautta suunniteltaessa ja raskauden aikana.

Työn aiheen haastavuutta lisäsi myös hoitotyön näkökulman vähäisyys tutkimuksissa. Tutkimusten eettisyys on myös kyseenalaista, sillä tutkimuksia ja niiden rahoitusta saattaa ohjata yksittäisten tahojen intressit.

Tutkimusaineistossa tuloksia ei tule myöskään luoda tyhjästä, väärentää tai sepittää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 177, 182). Tämä on huomioitu sekä valituissa tutkimuksissa että omassa opinnäytetyöprosessissa. Työn tuloksia ei ole yleistetty kriittikömmästä eikä niitä ole kaunisteltu. Raportointi ei ole harhaanjohtavaa eikä havaintoja ole vääristelty. Koska opinnäytetyön tekijöitä oli vain yksi, ei tutkimusryhmässä mahdollista olevaa toisen vähättelyä päässyt tapahtumaan.

Opinnäytetyössä on toimittu rehellisesti ja yleistä huolellisuutta noudattaen. Alkuperäisiä lähteitä ja tutkimuksia on kunnioitettu ja asianmukaiset lähdemerkinnät ja viittaukset on tehty.

6.2 Kätilötyön kehittäminen/jatkotutkimusaiheita

Aihe on tärkeä, sillä hyvällä ennaltaehkäisevällä työllä voidaan vaikuttaa paljon raskauden kulkuun ja synnytykseen. Aihetta tulisi tutkia lisää ja laajemmin, jotta saataisiin konkreettisempaa tietoa kätilön työn haasteista ja haasteiden mahdollisesta ehkäisystä tai niiden kanssa työskentelystä. Erityisesti hoitotyön ja kätilötyön näkökulmaa olisi hyvä saada tutkimuksiin. Tutkimuksessa voitaisiin käyttää kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusotetta hyödyntäen tilastoja, mutta myös kätilöiden omia kokemuksia tulisi saada mukaan mm. haastattelun keinoin. Mielenkiintoista olisi myös saada raskaana olevien naisten kokemuksia heidän saamastaan hoidosta ja ohjauksesta. Opinnäytetyöstä jäättyi pois monia muita nousevia tai ennallaan pysyneitä ongelmia kuten tupakointi. Myös näiden seikkojen huomioiminen voisi onnistua paremmin laajemmassa tutkimuksessa. Jatkotutkimuksissa olisi myös hyvä huomioida kolmannen sektorin hyödyntäminen tulevaisuuden terveyspalveluiden järjestämisessä.

LÄHTEET

Airola, E., 2013, Kun kulttuurit kohtaavat – Terveyspalvelujen monikulttuurisuus ja laatu terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kokemana. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö.

Başer E., Seçkin K.D., Erkiliç S., 2013. The impact of parity on perinatal outcomes in pregnancies complicated by advanced maternal age. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2013;14(4):205-209. doi:10.5152/jtgga.2013.62347. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935541/pdf/jtgga-14-4-205.pdf>

Bautista-Castaño I, Henriquez-Sanchez P, Alemán-Perez N, et al., 2013. Maternal Obesity in Early Pregnancy and Risk of Adverse Outcomes. Tomé D, ed. *PLoS ONE*. 2013;8(11):e80410. doi:10.1371/journal.pone.0080410. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3835325/>

Berggren, K., Stuebe, AM., Boggess, KA., 2015. Excess Maternal Weight Gain and Large for Gestational Age Risk among Women with Gestational Diabetes, *Am J Perinatol*. Author manuscript; available in PMC 2016 January 5. Published in final edited form as: *Am J Perinatol*. 2015 February; 32(3): 251–256. Published online 2014 June 27. doi: 10.1055/s-0034-1383848, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4701209/pdf/nihms-746352.pdf>

Blomberg M., Birch, Tyrberg R., Kjølhede P., 2014. Impact of maternal age on obstetric and neonatal outcome with emphasis on primiparous adolescents and older women: a Swedish Medical Birth Register Study., *BMJ Open*, 2014;4:e005840, doi:10.1136/bmjopen-2014-005840, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244420/>

Canhaço E.E., Bergamo A.M., Lippi U.G., Lopes R.G., 2015. Perinatal outcomes in women over 40 years of age compared to those of other gestations, 2015 Jan-Mar;13(1):58-64. doi: 10.1590/S1679-45082015AO3204. <http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/1679-4508-eins-13-1-058.pdf>

Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M., Koskinen S.(toim.), 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL. Raportti 61/2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4>

Gaudet L., Ferraro Z.M., Wen S.W., Walker M., 2014. Maternal Obesity and Occurrence of Fetal Macrosomia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Research International*. 2014;2014:640291. doi:10.1155/2014/640291. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273542/>

Hedderson M., Ehrlich S., Sridhar S., Darbinian J., Moore S., Ferrara A. 2014. Racial/Ethnic Disparities in the Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus by BMI. *Diabetes Care*.

2012;35(7):1492-1498. doi:10.2337/dc11-2267. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379591/>

Ihme A. & Rainto S. 2014. Naisen terveystieteet, 2. uud. p. edn, Edita, Helsinki, 287

IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/12584. <http://www.nap.edu/read/12584/chapter/1#xiv>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2013. Tutkimus hoitotieteessä, 3. uud. p. edn, Sanoma Pro, Helsinki. 70-71, 74

Kaplan-Sturk R., Åkerud H., Volgsten H., Hellström-Westas L., Wiberg-Itzel E., 2013. Outcome of deliveries in healthy but obese women: obesity and delivery outcome. BMC Research Notes. 2013;6:50. doi:10.1186/1756-0500-6-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573993/pdf/1756-0500-6-50.pdf>

Kenny L.C., Lavender T., McNamee R., O'Neill S.M., Mills T., Khashan A.S.. 2013. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: evidence from a large contemporary cohort., PLoS One. 2013;8(2):e56583. doi: 10.1371/journal.pone.0056583. Epub 2013 Feb 20., <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3577849/pdf/pone.0056583.pdf>

Kerrigan, A., Kingdon, C., & Cheyne, H. 2015. Obesity and normal birth: A qualitative study of clinician's management of obese pregnant women during labour. BMC Pregnancy and Childbirth, 15, 256. <http://doi.org/10.1186/s12884-015-0673-2>. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4603577/pdf/12884_2015_Article_673.pdf

Khalil, A., Syngelaki, A., Maiz, N., Zinevich, Y., Nicolaidis, KH., Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study, Ultrasound obstet Gynecol, 2013. Dec;42(6):634-43, doi: 10.1002/uog.12494, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.12494/epdf>

Klementti, M., 2015. Trends in Obstetric and Perinatal Outcomes of Women with Type 1 Diabetes During 1988-2011. Doctoral dissertation. A Finnish Population-Based Observational Study. Helsinki University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine.

Klementti, R., Gissler, M., Sainio, S. & Hemminki, E., 2013. Associations of maternal age with maternity care use and birth outcomes in primiparous women: a comparison of results in 1991 and 2008 in Finland, BJOG. 2014 February; 121(3): 356–362. Published online 2013 August 14. doi: 10.1111/1471-0528.12411, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12415/epdf>

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T., 2013. "Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan", THL, Opas: 29, Viitattu 21.1.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2013. "Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020", THL, Opas: 33. Viitattu 21.1.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>

Laes, E. 2005. "Synnyttäjien terveys", Suomalaisten terveys, Kustannus Oy Duodecim, no.

suo00048. Viitattu 18.1.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00048

Lamminpää, R. 2015. Iäkäs synnyttäjä, raskaus ja synnytys. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 270. 2015. 55 s. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1710-2/urn_isbn_978-952-61-1710-2.pdf

Lamminpää R., Vehviläinen-Julkunen K., Gissler M., Heinonen S., 2012. Preeclampsia complicated by advanced maternal age: a registry-based study on primiparous women in Finland 1997–2008. BMC Pregnancy and Childbirth. 2012;12:47. doi:10.1186/1471-2393-12-47. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495042/pdf/1471-2393-12-47.pdf>

Lampinen R., Vehviläinen-Julkunen K., Kankkunen P. 2009. A Review of Pregnancy in Women Over 35 Years of Age. The Open Nursing Journal, 2009, 3, 33-38, University of Kuopio, Department of Nursing Science

Li N., Liu E., Guo J., 2013. Maternal Prepregnancy Body Mass Index and Gestational Weight Gain on Pregnancy Outcomes. Jaddoe VWV, ed. PLoS ONE. 2013;8(12):e82310. doi:10.1371/journal.pone.0082310. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3869661/?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3869661/?log$=activity)

Liu, X. & Zhang, W., 2014. Effect of maternal age on pregnancy: a retrospective cohort study, Chin Med J (Engl), 2014;127(12):2241-6, http://124.205.33.103:81/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=20133118&flag=1

Makgoba, M., Savvidou, M. D., Steer, P. J., 2012. The effect of maternal characteristics and gestational diabetes on birthweight. BJOG. 2012 August; 119(9): 1091–1097. Published online 2012 June 7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03388.x <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03388.x/epdf>

Malin, M., Gissler, M., 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland, 2009, Research article, Published: 20 March 2009 BMC Public Health 2009, 9:84

doi:10.1186/1471-2458-9-84, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2674879/pdf/1471-2458-9-84.pdf>

Mäkinen, A. 2014. "Normaalin raskauden seuranta", Sairaanhoitajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, no. shk02618, Viitattu 20.1.2016. <http://www.terveysportti.fi> > Sairaanhoitajan käsikirja > Raskaus ja synnytys > Normaalin raskauden seuranta

Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., Rusanen, S., & Laajasalo, S., 2015. Kätilötyö : raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika, 6. uud. p. edn, Edita, Helsinki., 12-14, 28-32, 32-33, 57, 155

Pallasmaa, N., 2014. Cesarean section. – short term maternal complications related to the mode of delivery. Doctoral dissertation. Department of Obstetrics and Gynecology. University of Turku, Turku, Finland. <https://www.doria.fi/handle/10024/9674>

Raatikainen, K., Härmä, K., Randell, K., 2010. Ylipainoisen raskaus, Lääkärilehti, 12/2010 vsk 65, s. 1103-1108, <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/ylipainoisen-raskaus/>

Schleußner E., 2013. The prevention, diagnosis and treatment of premature labor. Dtsch Arztebl Int, 2013; 110(13): 227–36. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0227

Scott-Pillai, R., Spence, D., Cardwell, C. R. , Hunter, A., Holmes, V. A., 2013. The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. BJOG. 2013 July; 120(8): 932–939. Published online 2013 March 27. doi: 10.1111/1471-0528.12193, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12193/epdf>

Smith, D. M., Cooke, A., & Lavender, T. 2012. Maternal obesity is the new challenge; a qualitative study of health professionals' views towards suitable care for pregnant women with a Body Mass Index (BMI) ≥ 30 kg/m². BMC Pregnancy and Childbirth, 12, 157. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-12-157>

Sorvari, A. M., 2012. Maahanmuuttajataustaisten lapsiperheiden terveyttä ylläpitävät voimavaroitekijät: taustalla salutogeeninen orientaatio. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Stolt, M., Axelin, A., & Suhonen, R., 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä, Turun yliopisto, Turku, 9,11.

Suomen Kätilöliitto, 2004. "Tiedolla, taidolla, tunteella – kätilötyön eettiset ohjeet (PDF)" https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

TENK, 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014, "HTK-ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö.", Viitattu 22.1.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

Thelin I. L., Lundgren I., Hermansson E., 2014. Midwives' lived experience of caring during child-birth--a phenomenological study. *Sex Reprod Healthc.* 2014 Oct; 5(3): 113-8. doi: 10.1016/j.srhc.2014.06.008. Epub 2014 Jun 27. [http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756\(14\)00035-4/pdf](http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756(14)00035-4/pdf)

THL 2015a. "Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014", 2015. no.

ISSN: 1798–0887; Tilastoraportti. Viitattu 18.1.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015093014230>.

THL 2015b. "Seksuaali- ja lisääntymisterveys", Viitattu 4.2.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/terveys-ja-hyvinvointi/seksuaali-ja-lisaantymisterveys>.

Tiitinen, A. 2015. Raskausdiabetes, Lääkärikirja Duodecim, Kustannus Oy Duodecim 2016, no. dlk00168, Viitattu 10.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkelid=dlk00168&p_haku=raskausdiabetes

Tilastokeskus 2015. "Väestö", Viitattu 18.1.2016 <http://www.tilastokeskus.fi> > Tuotteet ja palvelut > Suomi lukuina > Väestö > Ulkomaiden kansalaiset

Vinturache A., Moledina N., McDonald S., Slater D., Tough S., 2014. Pre-pregnancy Body Mass Index (BMI) and delivery outcomes in a Canadian population. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2014;14:422. doi:10.1186/s12884-014-0422-y. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4300169/pdf/12884_2014_Article_422.pdf

Väestöliitto 2016. "Maahanmuuttajat". Viitattu 4.2.2016. <http://vaestoliitto.fi> > Tutkimus > Väestöntutkimuslaitos > Tilastoja > Maahanmuuttajat

Väestöliitto 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen – toimintasuunnitelma 15.6.2009, Helsinki. Viitattu 23.2.2016. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/56dc89e033f89f6ec054c102af6e3b20/1456208040/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>

Whitworth K.W., Baird D.D., Stene L.C., Skjaerven R., Longnecker M.P., 2010. Fecundability among Women with Type 1 and Type 2 Diabetes in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. 2010, *Diabetologia.* 2011; 54(3):516-522. doi:10.1007/s00125-010-2003-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3650679/>

WHO, 2016. World Health Organization, <http://who.int>

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.), 2011. Naistenaudit ja synnytykset, 5., uud. Painos, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 378, 430, 433

Tutkimustaulukko

Liite 1. Opinnäytetyössä analysoidtavat tutkimukset

Tutkimuksen tekijä, maa, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos	Tulokset
Airola, E. 2013 Suomi	Tutkia näkemyksiä terveyspalvelujen monikulttuurisuudesta ja laadusta maahanmuuttaja-asiakkaiden ja heitä hoitavan ammattihenkilöstön näkökulmasta.	Haastattelu. Aineisto analysoitiin teema- ja sisällönanalyysin keinoin. Maahanmuuttajien haastattelu tapahtui ryhmissä (4x3 hengen ryhmät).	N=4 terveydenhoitajaa n=12 maahanmuuttajaopiskelijaa (TAKK).	Näkemys palvelujen nykytilasta on melko yhteneväinen sekä maahanmuuttajilla että terveydenhoitajilla. Haasteita tuo näkemys – ja kulttuurierot ja myös osittain käytäntöjen joustamattomuus. Tärkeänä pidetään avointa ja ymmärtäväistä suhtautumista. Kehittäessä palveluja tulee molemmat osapuolet ottaa huomioon.
Başer ym. 2013 Turkki	Vertailla perinataalisia ja neonataalisia tuloksia naisissa jotka olivat ≥ 40 vuotta kontrolliryhmään, jossa naiset olivat 20–30 vuotta.	Retrospektiivinen potilasrekisterianalyysi	N=11 587 naista.	Ennenaikainen synnytys (28,9 %), pre-eklampsia (15,8 %), IUGR (Intrauterine growth restriction), sikiökuolemat, GDM, istukan ennenaikainen irtoaminen ja etinen istukka lisääntyvät ≥ 40 -vuotiailla. Myös keisarileikkauksia tehtiin enemmän ≥ 40 -vuotiaille (58,9 % vrt. 30,7 %). ≥ 40 -vuotiaan ensisynnyttäjän riski kasvanut: ennenaikaiseen synnytykseen (45,3 %), GDM ja etiseen istukkaan (12 %). ≥ 40 -vuotiaan uudelleensynnyttäjällä kohonnut riski: keisarileikkaukseen (56 %) pre-eklampsiaan

				(16,6 %), lapsen makrosomiaan, sikiökuolemaan, istukan ennenaikaiseen irtoamiseen. Tilastollisesti merkittävää eroa ei ollut ≥ 40 -vuotiailla uudelleensynnyttäjiillä ja kontrolliryhmällä ennenaikaisten synnytysten, IUGR:n, etisen istukan, synnytyksen jälkeisen verenvuodon ja sikiön epämuodostumien ilmenemisessä.
Bautista-Castano ym. 2013 Espanja	Arvioida äidin alkuraskauden lihavuuden ja ylipainon seurauksia raskauden patologiaan, synnytykseen ja vastasyntyneeseen.	Populaatiopohjainen kohorttitutkimus	N=6558 naista.	Lihavilla ja ylipainoisilla on suurempi riski raskausdiabetekseen, kohonneeseen verenpaineeseen (ylipainoiset 6,3 % vrt. 0,4 % normaalipainoiset), astmaan ja pre-eklampsiaan verrattuna normaalipainoisiin. Heillä oli myös enemmän kolmannen asteen repeämiä ja alhaisempi riski käynnistettyyn synnytykseen. Molemmilla ryhmillä oli useammin keisarileikkauksia ja manuaalisia istukan poistoja. Syntyneet lapset olivat suuremmassa riskissä makrosomiaan. Vastasyntyneet olivat myös useammin tehohoidettavana. Apgar 1 min pisteet olivat useammin alhaisemmat (< 7) verrattuna normaalipainoisiin synnyttäjiin, 5 minuutin kohdalla ei havaittu merkittävää eroa.
Berggren ym. 2015 USA	Selvittää nostaako raskausdiabetes (IOM määritelmä) riskiä LGA lapsiin.	Retrospektiivinen kohorttitutkimus yksikiöraskaana olleista naisista.	GDM diagnoosin saaneet naiset (n=466).	Ylipainoisilla LGA lapset olivat yleisempiä. Etenkin niillä ylipainoisilla, jotka olivat lihonneet enemmän kuin IOM määrittelemissä rajoissa. Tutkimuksessa lihavilla määrä ei ollut tilastollisesti merkittävä, mihin saattoi vaikuttaa BMI luokan pienempi otoskoko. Tutkimus kuitenkin osoittaa, että varhaisella painonousulla on merkitystä syntyvän lapsen painoon.
Blomberg ym. 2014	Arvioida ensisynnyttävän äidin iän yhteyttä	Populaatiopohjainen kohorttitutkimus,	N=798 674 naista ikäryhmittäin.	Ikä vaikuttaa synnytystapaan ja raskauden ja synnytyksen aikaisiin riskeihin. Naiset ≥ 30 vuotta osoittivat merkittävää kasvanutta riskiä ennenaikaisuuteen, välilihan repeämiin, pre-eklampsiaan,

Ruotsi	synnytykseen ja vastasyntyneeseen, painotuen teini-ikäisiä ja vanhempia naisia.	Ruotsalainen syntymärekisteri.		etiseen istukkaan, synnytyksen jälkeiseen verenvuotoon ja epäsuotuisiin tuloksiin vastasyntyneessä verrattuna kontrolliryhmään. Teini-ikäisillä tulokset olivat päinvastaisia.
Canhaço ym. 2015 Brasilia	Selventää onko iäkkäällä synnyttäjällä suuremmat komplikaattoriskit verrattuna nuorempiin synnyttäjiin.	Data-analyysi (Statistical Package for Social Science (SPSS) software, version 15.0)	N=259 naista ikäryhmiin jaettuna.	Vanhimmilla synnyttäjillä (≥40-vuotiailla) oli tilastollisesti merkittävä määrä keisarileikkauksia ja vähemmän pihti- ja normaalisynnytyksiä. Myös spinaalipuudutuksia tehtiin enemmän. Lapsi oli useammin poika ja ennenaikaisuus oli yleisempää. Apgar pisteet 5 min kohdalla oli muihin ryhmiin verrattuna huonommat (<7).
Castaneda A. E ym. 2012 Suomi	Saattaa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu) keskeisiä havaintoja niitä tarvitsevien henkilöiden ja organisaatioiden käyttöön.	Tutkimusraportti, Maamu-hanke. Laajan tutkimuksen menetelminä olivat haastattelu ja terveystarkastukset. Mukana olivat venäläis-, somalialais- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat.	N=1000/ryhmä.	Maahanmuuttajien terveyspalveluissa tulisi kiinnittää erityishuomiota mielenterveyspalveluihin. Myös terveyden edistämistoimia ja kuntoutusta lihavuuden ja toimintakykyrajoitteisuuden ehkäisemiseksi tarvitaan, jotta vähäinen liikunta ja ravitsemukselliset puutteet saataisiin korjattua. Kansantautien kuten diabeteksen ja korkean verenpaineen ehkäisyyn ja hoitoon tarvitaan toimia. Raskauden ehkäisymenetelmien käyttö oli vähäisintä somalialaistaustaisilla naisilla, joilla oli myös eniten synnytyksiä. Venäläistaustaisilla oli yleisimmin raskaudenkeskeytyksiä. Huomattava osa somalialais- ja kurditaustaisista kertoi olevansa ympärileikattu. Luku- ja kirjoitustaidon tukemiseen tulee myös kiinnittää enemmän huomiota. Hyvänä lähtökohtana terveyden edistämiseksi voidaan pitää hyväksi koettua elämänlaatua ja luottamusta suomalaiseen palvelujärjestelmään.

Gaudet ym. 2014 Kanada	Kerätä kirjallisuutta koskien äitiysajan yli-painoa ja sikiön makrosomiaa ja tehdä näistä meta-analyysi. Tarkoituksena tarjota paras mahdollinen ennustettavuus makrosomialle.	Systemaattinen katsaus & meta-analyysi	N=30 tutkimusta	Äidin paino on merkittävä tekijä sikiön kasvussa. Riskitekijöitä: Diabetes ennen raskautta, aikaisempi makrosominen synnytys, yliaikaisuus (>42), raskauden aikainen suuri painonnousu, kun BMI >25 ennen raskautta, poikalapsi, GDM, tupakoimattomuus. Äidin painoon tulisi pyrkiä vaikuttamaan jo ennen raskautta ja pyrkiä optimoimaan painon lisääntyminen raskausaikana.
Hedderson ym. 2012 USA	Tutkia eroaako raskausdiabeteksen ja BMI:n yhteys eri etnisillä ryhmillä	Kohorttitutkimus	Synnyttäneet naiset n= 123 040.	Kaikissa etnisissä ryhmissä riski oli kasvanut, mutta eroavaisuuksia oli ryhmien välillä. Aasialaisilla ja Filippiineillä esiintyi raskausdiabetesta alhaisemmalla BMI:llä.
Kaplan-Sturk ym. 2013 Ruotsi	Arvioida synnytyskomplikaatioiden riskin yhteyttä BMI:iin.	Tiedonkeruu raskausajalta.	N= 787 naista joilla oli spontaani synnytys ja terve täysiaikainen raskaus.	Ylipaino terveellä naisella indikoi kasvanutta riskiä synnytyksessä verrattuna normaalipainoiseen synnyttäjään. Toisaalta heidän saamansa synnytyksen aikainen hoito ei välttämättä ole optimaalista.
Kenny ym. 2013 UK	Tutkia korkean iän ja epäsuotuisien synnytystulosten yhteyttä, muuttuvien (BMI) tai muuttumattomien (etninen alkuperä) tekijöiden vaikutusta ja iän	Populaatiopohjainen kohorttitutkimus, Log-linear binomial regression.	N=215 307 äitiä.	Äidin korkea ikä lisää riskejä synnytykseen. Riskit kasvavat jo 30–34 ikävuoden kohdalla. Riski pysyi korkeana vaikka synnyttäneisyys, BMI ja sosioekonomiset taustat huomioitiin. Naiset ikäluokassa 40+ olivat suurimmassa riskissä lapsen kuolleena syntyvyyteen, ennenaikaiseen ja erittäin ennenaikaiseen synnytykseen, makrosomiaan, LGA lapseen ja keisarileikkaukseen.

	yhteyttä synnytystuloksiin eri sosiaaliluokkiin kuuluvissa naisissa ja ensi- ja uudelleensynnyttäjäissä.			
Kerrigan ym. 2015 UK	Tutkia ammattilaisten kokemuksia ja strategioita obeesien naisten synnytyksen hoidossa.	Haastattelu	N=24 terveydenalan ammattilaista (n=16 kätilöä).	<p>Tutkimuksesta nousi esille kolme pääasiaa: medikalisaatio, obeesien naisten synnytyksen edistäminen ja ristiriidat henkilökunnan asenteissa ja käytöksessä.</p> <p>Positiivinen lähestymistapa tarjoaa mahdollisuuksia edistää normaalia synnytystä. Silti moni ammattilainen kokee obeesin naisen synnytyksen haastavaksi ja asenteet ja käytökset ovat heterogeenisiä, monimutkaisia ja ristiriitaisia. Synnytykset ovat yleisesti lääkittyjä ja keskittyminen kohdistuu synnytykseen liittyviin riskeihin. Osa ammattilaisista järjestää jo nyt ”interventioita” normaalin synnytyksen saavuttamiseksi. Positiivinen lähestyminen on olennainen asia normaalin synnytyksen maksimoimisessa ja tähän tulisi keskittyä.</p>
Khalil ym. 2013 Espanja	Selvittää äidin iän yhteys monenlaisiin haitallisiin raskauden lopputuloksiin ottaen hu-	Retrospektiivinen tutkimus, kysely.	N=76 158 naista.	Äidin korkea ikä muiden muuttujien (äidin ominaisuudet ja synnytyshistoria) kanssa lisäävät keskenmeno-, pre-eklampsia-, SGA-, GDM- ja keisarileikkauksen riskiä.

	mioon äidin ominaisuudet ja synnytystulosten historian.			
Klementti 2015 Suomi	Analysoida raskautta edeltävän BMI:n, raskautta edeltävän ja sen aikaisen sokeritasapainon sekä verenpaineiden trendejä tyyppin 1 diabeetikoilla ja näiden yhteyttä raskaus- ja synnytystuloksiin sekä sikiön ja vastasyntyneen vointiin.	Väitöskirja.	N=1094 naista.	<p>Tyyppin 1 diabeetikkojen BMI nousi, raskautta edeltävä sekä keski- ja loppuraskauden sokeritasapaino huononi ja alkuraskauden sokeritasapaino ei vastannut suosituksia. Verenpaine yli 130/80 mmHg raskauden aikana kehitti (10–34%) pre-eklampsian.</p> <p>Kiireelliset keisarileikkaukset lisääntyivät ja suunnitellut vähenivät. Ylipaino ja alku- ja loppuraskauden huono sokeritasapaino ennusti pre-eklampsiaa, ennen aikaista synnytystä (rvk <37) sekä lapsen suurta syntymäpainoa ja tehohoidon tarvetta. Loppuraskauden huono sokeritasapaino ennusti vastasyntyneen alhaista napaveren pH-arvoa ja matalia verensokeriarvoja.</p>
Lamminpää Suomi 2015	Vertailla synnytystuloksia ja komplikaatioita normaaliraskauksiin nuoremmilla synnyttäjillä. Tarkoitus oli myös arvioida yli 35-vuoden merkitystä itsenäisenä tekijä riskeihin suhteessa synnytystuloksiin/komplikaatioihin	Kolmen eri kansallisen terveysrekisterin yhdistäminen (valtakunnallinen syntymärekisteri, Hoitoilmoitusrekisteri HILMO ja Epämuodostumarrekisteri) yhdeksi aineistoksi vuosilta 1997-2008.	Synnyttäjät ja heidän vastasyntyneiden lasten tiedot n=690 555.	Riskit vanhemmilla synnyttäjillä lisääntyvät verrattaessa nuorempiin. 35-vuoden ikä itsenäisenä tekijä ei huomattu olevan niin suuri riskitekijä kuin jos siihen yhdistetään jokin muu riskitekijä (tupakointi, ylipaino, raskausdiabetes). Riskitekijät lisäsivät mm. ennen aikaisia synnytyksiä, SGA lapsia, sikiökuolemia, sektioita ja pre-eklampsiaa. Näihin riskiryhmiin tulisi erityisesti kiinnittää huomiota äitiyshuollossa. Mahdolliset riskit ja komplikaatiot tunnistettaisiin varhain ja niitä pystyttäisiin ennaltaehkäisemään paremmin ja puuttumaan niihin ajoissa.

	<p>sekä tupakoinnin, ylipainon ja lihavuuden sekä raskausdiabeteksen vaikutusta iäkkäillä synnyttäjillä suhteessa synnytystuloksiin/komplikaatioihin ja näiden avulla selvittää ovatko riskit iäkkäillä lisääntyneet</p>			
<p>Lamminpää ym. 2012 Suomi</p>	<p>Pre-eklampsia diagnoosin saaneiden alle 35-vuotiaiden vertaaminen ≥ 35-vuotiaisiin ja näiden synnytystulosten eroavaisuuksien selvittäminen.</p>	<p>Rekisteripohjainen tutkimus. Suomen terveysrekisterit.</p>	<p>Alle 35-vuotiaat naiset (n=15 437) verrattuna ≥ 35-vuotiaisiin naisiin (n=2 387).</p>	<p>Pre-eklampsia on yleisempi ikääntyneillä äideillä. ≥ 35-vuotiailla oli myös useammin riski ennenaikaisuuteen (70 % >37rvk, 40 % >34rvk), SGA lapsiin, keisarileikkaukseen ja vastasyntyneen epäsuotuisiin tuloksiin.</p>
<p>Lampinen ym. 2009 Suomi</p>	<p>Selvittää miten yli 35-vuotiaita raskaana olevia naisia on tutkittu ja selvittää riskit jotka liittyvät äidin korkeaan ikään.</p>	<p>Systemaattinen katsaus vuosilta 2000-2008</p>	<p>15 tutkimusartikkelia aiheesta ikääntynyt synnyttäjä.</p>	<p>Äidin ikä yhdistetään tiettyihin riskeihin. Riskiryhmään kuulumisen aiheuttaa äidille ahdistusta ja huolta, jonka vanhemmat synnyttäjät yrittävät helpottaa olemalla tarpeeksi informoituja. Informaation määrä voi kuitenkin olla hämmentävää äidille. Hoitohenkilökunnan on tärkeää olla</p>

				tietoisia siitä mitä erilaisia tunteita ja kokemuksia vanhemmilla synnyttäjillä voi olla, jotta he osaisivat kohdata jokaisen yksilölliset tarpeet äitiydenhuollossa.
Li ym. 2013 Kiina	Selvittää BMI:n ja raskauden aikaisen painonnousun yksittäis- ja yhteisvaikutuksia raskaustuloksiin.	Rekisteripohjainen tutkimus, rekisterit raskauden ajalta ja sen jälkeen.	Tietyt kriteerit täyttävät äiti-lapsiparit (n=33 973).	Raskautta edeltävällä korkealla BMI:llä oli positiivinen vaikutus raskausdiabeteksen, kohonneeseen verenpaineeseen, keisarileikkaukseen, ennenaikaiseen synnytykseen, LGA lapseen ja makrosomiaan. Raskauden aikainen ylenpalttinen painonnousu lisäsi riskejä seuraaviin: kohonnut verenpaine, keisarileikkaus, LGA ja makrosominen lapsi. Äidit, jotka olivat ennestään lihavia ja äidit, jotka lihoivat raskauden aikana, olivat myös suuremmassa riskissä raskausdiabetekseen, kohonneeseen verenpaineeseen ja keisarileikkaukseen.
Liu ym. 2014 Kiina	Tutkia äidin iän yhteyttä synnytystuloksiin	Retrospektiivinen kohorttitutkimus	N=110 450 synnyttäjä.	Raskauden aikaiset ja synnytykseen ja synnytyksen jälkeen liittyvät riskit ovat suuremmat teini-ikäisillä ja iäkkäillä synnyttäjillä. 35–39-vuotiailla ja ≥40-vuotiailla oli suurempi riski mm. leiomyoomaan, diabetekseen ennen raskautta, krooniseen hypertensioon, pre-eklampsiaan, ennenaikaiseen synnytykseen, istukkaperäisiin ongelmiin, keisarileikkaukseen, ja sikiön kuolemaan. 20–30-vuotialla on alhaisimmat komplikaatoriskit.
Makgoba ym. 2012 Englanti	Tutkia korkean iän, korkean BMI:n, etnis-ten taustojen ja raskausdiabeteksen vaikutusta lapsen syntymäpainoon.	Retrospektiivinen rekisterianalyysi prospektiivisesti kerätystä aineistosta.	N=130 549 naista.	Raskausdiabetesta sairastavien äitien lapset olivat painavampia verrattuna äiteihin ilman raskausdiabetesta kaikissa etnisissä ryhmissä. GDM oli yleisempää mustilla ja Eteläaasialaisilla ja he tarvitsivat useammin insuliinihoitoa verrattaessa valkoisiin Eurooppalaisiin. Tutkimus osoitti myös, että vaikka BMI, ikä, tupakointi, DBP ja sosiaalinen status korjattaisiin, on etnisillä taustoilla silti merkitystä GDM kehittymiseen.

Malin & Gissler 2009 Suomi	Verrata äitiyspalveluiden saatavuutta, käyttöä ja lopputuloksia etnisen vähemmistön joukossa Suomessa.	Rekisteripohjainen tutkimus, suomalainen syntymärekisteri (1999-2001).	Ulkomaalaistaustaisia Suomessa asuvia naisia (n=6 532) verrattiin syntyperältään suomalaisiin synnyttäjiin (n=158 469).	Afrikkalaisilla ja somalitaustaisilla oli eniten terveydellisiä ongelmia joka näkyi suurina sikiökuolleisuuslukuina. Eri etnisestä taustasta riippuen riski lapsen alhaiseen syntymäpainoon ja SGA lapseen, ennenaikaisuuteen ja keisarileikkaukseen kasvaa. Maahanmuuttajanaisten saamassa ja heidän tarvitsemassaan hoidossa oli suuria eroavaisuuksia. Tutkimus osoitti, että etninen tausta vaikutti vain vähän palveluiden käyttöön vaikka palvelukäyttö olikin vähäisempää. Se ei kuitenkaan selitä eroja synnytystuloksissa.
Pallasmaa 2014 Suomi	Selvittää keisarileikkaukseen liittyvä välitömiä komplikaatioita ja niiden riskitekijöitä.	Väitöskirja, neljä tutkimusta. Tutkimus IV: rekisteripohjainen kohorttitutkimus	Tutkimus IV: n=292 253 naista.	Tutkimus IV: Vaginaalisessa synnytyksessä alhaisimmat komplikaatioluvut verrattuna elektiiviseen tai kiireelliseen keisarileikkaukseen kaikissa ryhmissä. OR vaihteli riskiryhmän ja synnytystavan mukaan.
Schleußner 2013 Saksa	Tutkimusten tarkoitus on kehittää ennenaikaisten synnytysten primääri – ja sekundaarista ehkäisyä, diagnostista arviointia ja lääkehoitoa.	Kirjallisuuskatsaus vuosilta 1966–2012. Mukaan otettiin tutkimuksen kannalta oleelliset randomoidut tutkimukset, systemaattiset katsaukset ja meta-	N=17 tutkimusta	Ennenaikaiseen synnytykseen vaikuttavat monet tekijät. Ennaltaehkäisevä progesteronihoito voi vähentää ennenaikaisuutta suuren riskin ryhmissä 30 %:lla. Tocolyyttisiä lääkkeitä voidaan käyttää yksilöllisesti. Kalvojen ennenaikainen repeäminen on indikaatio antibiootihoidolle. Ennenaikaisuuden ehkäisyn tavoitteena on parantaa sikiön selviytymismahdollisuuksia.

Scott-Pillai ym. 2013 Irlanti	Tutkia BMI:n vaikutusta raskausaikaan ja synnytystuloksiin	Retrospektiivinen tutkimus	N=30 298 naista BMI-luokkiin jaoteltuna.	Kaikilla luokilla oli kasvanut riski seuraaviin: raskausdiabetes, käynnistetty synnytys, keisarileikkaus, synnytyksen jälkeinen verenvuoto ja lapsen makrosomia. Luokka II & III: Luokka III kasvanut riski enneaikaiseen synnytykseen, lapsikuolemaan ja pidempään sairaalaoloaikaan > 5 päivää. Vastasyntyneet vaativat myös useammin teho-hoitoa.
Smith ym. 2012 UK	Terveydenalan ammattilaisten kokemusten tutkiminen raskaana olevien naisten hoitotyöstä joiden BMI oli ≥ 30 kg/m ² .	Semistrukturoitu haastattelu.	Luoteis-Englanti, 2011. N=30 terveydenalan ammattilaista.	Obesiteetti nähtiin keskustelun lopettajana ja ongelmana äitiyteen. Siitä on haasteellista keskustella ja sillä on vaikutus äidin hoitoon. Interventiota tarvitaan. Interventiolla voidaan pitkällä tähtäimellä rikkoa obesiteetin kierre. Raskauden aikainen elämäntapa neuvonta voi vaikuttaa äidin motivaatioon laihtua ja näin myös yleiseen kansanterveyteen. Äidin obesiteetti on haasteellista ja vaatii ammattilaisilta itsevarmaa lähestymistapaa.
Sorvari 2012 Suomi	Maahanmuuttajataustaisten vanhempien kokemusten perusteella määritellä perheen terveys ja sitä ylläpitävät ja vahvistavat voimavaratekijät suomalaiseseen yhteisuntaan sopeutuessa.	Kvalitatiivinen tutkimus, tutkimusmenetelmänä haastattelu. Taustatietojen selvitys strukturoidulla kyselylomakkeella.	Maahanmuuttajataustaisten vanhempien haastattelu (n=12).	Perheen terveys on moniulotteinen kokonaisuus, johon kuuluu niin fyysinen kuin henkinen hyvinvointi. Terveystarpeet liittyvät erityisesti erilaiseen tietoon ja tukeen. Lasten terveyteen liittyvissä asioissa vanhemmat tarvitsevat tietoa, tukea ja apua. He tarvitsevat tukea myös vanhemmuuteen ja tietoa erilaisista palveluista sekä suomalaisesta kulttuurista. Erityisesti he tarvitsevat tukea kielen oppimisen kanssa. Maahanmuutto ei ole sinänsä terveysuhka, mutta voi lisätä terveyttä heikentäviä riskejä. Heitä tulee auttaa tunnistamaan ja hyödyntämään omia olemassa olevia voimavaratekijöitä.

Thelin ym. 2014 Ruotsi	Ymmärtää syvemmin mitä kätilöt kokevat hoitaessaan synnytystä	Kätilöiden kirjoittamat kertomukset ja haastattelut analysoitiin.	N=10 kätilöä.	Viisi olennaisinta kätilöiden kokemaa asiaa: vastuun jakaminen, tietoinen ja aito läsnäolo, rauhallisen tunnelman luominen vastavuoroisessa suhteessa.
Vinturache ym. 2014 Kanada	Arvioida nousseen BMI:in vaikutusta raskaudenaikaisiin komplikaatioihin ja synnytyskomplikaatioihin lihavilla ja ylipainoisilla naisilla.	Tutkimusartikkeli, sekundaarianalyysi väestöpohjaisesta pitkittäistutkimuksesta	N=1996 naista.	Raskautta edeltävä korkea BMI lisää mm. pre-eklampsian ja raskausdiabeteksen riskiä.
Whitworth ym. 2010 Norja	Arvioida tyypin 1 ja 2 diabeteksen vaikutusta hedelmällisyyteen.	Kohorttitutkimus, Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)	N=58 004 naista.	Diabeetikoilla on huomattavasti alhaisempi hedelmällisyys kuin normaalipainoisilla