



PAINAVA ODOTUS

Ylipainon vaikutus hedelmällisyyteen,
raskauteen ja synnytykseen

Henna-Emilia Lamminpää

Tytti Salminen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön
suuntautumisvaihtoehto
Tampereen
ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

HENNA-EMILIA LAMMINPÄÄ & TYTTI SALMINEN:

Painava odotus

Ylipainon vaikutus hedelmällisyyteen, raskauteen ja synnytykseen

Opinnäytetyö 56 sivua, josta liitteitä 1 sivua

Huhtikuu 2012

Ylipaino on lisääntynyt nyky-yhteiskunnassa räjähdysmäisesti. Yhä useampi hedelmällisessä iässä oleva nainen on selvästi ylipainoinen. Tämä ilmiö kuormittaa suomalaista äitiysterveysterveysthuoltoa, sillä ylipaino altistaa raskaana olevat yhä useammille raskauden- ja synnytyksen aikaisille komplikaatioille.

Opinnäytetyön tehtävänä on tuoda esiin ylipainon asettamat haasteet äitiysterveysterveysthuololle sekä selvittää miten ylipaino vaikuttaa naisen hedelmällisyyteen, raskauteen ja synnytykseen. Keräsimme äitien omia kokemuksia raskausajasta, synnytyksestä ja saadusta ohjauksesta. Tavoitteena opinnäytetyössä on kehittää raskauden aikaista ohjausta äitiysterveysterveysthuollossa saamiemme vastausten pohjalta.

Tutkimuksemme on laadullinen, eli kvalitatiivinen. Tutkimus toteutettiin Internet-kyselyn avulla. Tuloksia saimme yhteensä 10, joista voidaan päätellä, että ylipaino hankaloittaa raskaaksi tuloa, odotusaikaa ja synnytystä lisäten erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia.

Kehitystehtävänä teimme oppimateriaalin koulumme Moodle-oppimisympäristöön. Tarkoituksena on antaa kätilö- ja terveydenhoitajaopiskelijoille tietoa ja lisäeväitä kohdata työelämässä ylipainosta kärsivä odottaja.

Asiasanat: raskaus, riskiraskaus, ylipaino, ohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme of Nursing and Health Care
Option of Midwifery

HENNA-EMILIA LAMMINPÄÄ & TYTTI SALMINEN:
Heavy Gravidity
Influence of Obesity on Women's Fertility, Pregnancy and Labour

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 1 pages
April 2012

Obesity has become alarmingly common in our society. An increasing amount of fertile aged women are clearly obese. This phenomenon strains maternity health care, because obesity exposes pregnant women to several complications during pregnancy and childbirth.

The mission of this Bachelor's thesis is to reveal the challenges obesity brings to maternity health care and investigate how it influences women's fertility, pregnancy, delivery and the quality of guidance received in maternity health care. The purpose of this thesis is to improve the quality of guidance during pregnancy in maternity health care.

Our study is qualitative. The data was gathered with an online survey, resulting in 10 responses. Our findings indicate that obesity complicates pregnancy and childbirth, can make it harder to conceive and increases the possibility of various physical and psychological problems.

Based on our findings we created new online learning material for our school's midwife and public health nurse students on how to face obese women in their line of work.

Key words: pregnancy, high risk pregnancy, obesity, guidance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OHJAUS KÄTILÖTYÖSSÄ.....	8
3	YLIPAINO.....	9
3.1	Ylipainon määrittely.....	9
3.2	Lihavuuden syyt.....	10
3.3	Lihavuudesta aiheutuvia ongelmia.....	11
3.3.1	Tyypin 2 diabetes.....	11
3.3.2	Insuliiniresistenssi.....	13
3.3.3	Metabolinen oireyhtymä.....	14
3.3.4	Muita ongelmia.....	14
3.4	Yleisyys.....	15
4	YLIPAINO JA NAISEN LISÄÄNTYMISTERVEYS.....	16
4.1	Ylipainon vaikutus naisen hormonituotantoon ja hedelmällisyyteen.....	16
4.2	Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS).....	17
5	YLIPAINO JA RASKAUS.....	19
5.1	Ylipainon aiheuttamat diagnostiset ongelmat.....	19
5.2	Keskenmeno.....	22
5.3	Hypertensio ja pre-eklampsia.....	22
5.4	Raskausdiabetes.....	24
5.5	Raskausdiabeteksen vaikutus sikiöön.....	25
6	YLIPAINOISEN SYNNYTYYS.....	26
6.1	Gestaatiidiabeteksen ja pre-eklampsian vaikutus synnytyksen hoitoon.....	26
6.2	Ylipainon vaikutus synnytysajankohtaan.....	27
6.2.1	Ennenaikainen synnytys.....	27
6.2.2	Yliaikainen raskaus.....	28
6.3	Lihavuuden vaikutus synnytyksen hoitoon.....	29
6.3.1	Ylipainoisen synnyttäjän tuomat haasteet synnytyssalissa.....	29
6.3.2	Ongelmat kivunlievityksessä.....	30
6.3.3	Sektoriski.....	31
6.4	Synnytys ja laskimotukos.....	32
7	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT.....	33

8	MENETELMÄKUVAUS JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	34
8.1	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	34
8.2	Aineiston keruu	35
8.3	Aineiston analyysi	35
8.4	Tutkimuksen luotettavuus	38
9	TUTKIMUSTULOKSET	39
9.1	Kohderyhmä ja taustatekijät	39
9.2	Raskauden kulku	39
9.3	Synnytyskokemus.....	42
9.4	Neuvolasta saatu ohjaus	43
9.5	Johtopäätökset	44
10	POHDINTA	46
	LÄHTEET.....	49
	LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Ylipainosta on tullut maailmanlaajuinen ongelma ja sitä esiintyy kaikissa ikäryhmissä. Myös hedelmällisessä iässä olevien keskuudessa ylipainoa esiintyy joko lievänä tai jopa hyvinkin vaikea-asteisena. Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksessa vuonna 2009 synnyttäjistä joka kolmas ylitti ylipainon (BMI yli 25) rajan. Merkittävästi ylipainoisia (BMI yli 30) oli 11,5 % synnyttäjistä, eli useampi kuin joka kymmenes. (Vuori ja Gissler 2010)

Raskaus jo itsessään koettelee naisen kehoa ja elimistöä. Kun nainen kärsii ylipainosta, raskauden ja synnytyksen aikaisten komplikaatioiden riskit lisääntyvät suuresti. Vaikka Suomessa nykyään onkin kattava äitiyshuolto ja laadukas raskauden- ja synnytyksenhoito mahdollistavat turvallisen syntymän, on ylipainoisen naisen raskaus aina riskiraskaus. Tämän takia ylipainoisen odottajan raskaus vaatii enemmän ja tarkempaa seurantaakin kuin normaalipainoisen.

Opinnäytetyössämme määrittelemme lihavuuden ja käsittelemme ylipainon vaikutuksia hedelmällisyyteen, raskauteen ja synnytykseen. Tavoitteenamme on kerätä tuoretta tietoa ylipainosta ja sen vaikutuksista raskauteen sekä saada tietoa ylipainoisten äitien raskauteen liittyvistä kokemuksista. Saamiemme tietojen pohjalta loimme Tampereen ammattikorkeakoulun moodle-alustalle tietopakettin, joka on kätilö- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden vapaassa käytössä. Haluamme tätä kautta antaa tietoa yleisesti ylipainon vaikutuksista raskausaikaan, ja kehittää ylipainoisille annettavaa ohjausta. Kätilö- ja terveydenhoitajaopiskelijat ovat avainasemassa, sillä he valmistuttuaan kohtaavat työssään ylipainoisia odottajia ja jakavat tietoa sekä ohjausta heille.

Valitsimme ylipainon ja raskauden opinnäytetyömme aiheeksi, koska aihe on ajankohtainen sekä kokoajan kasvava ongelma. Suomen terveydenhuollossa ylipaino on lisääntynyt paljon viime vuosina, mutta kokonaisuudessaan ylipaino on maailmanlaajuinen ongelma.

Kättilön työssä kohtaamme enemmän ja enemmän ylipainosta kärsiviä nuoria naisia, jolloin kättilön täytyy olla tietoinen ylipainon tuomista ongelmista. Myös kättilön tulee osata puuttua jo varhaisessa vaiheessa ongelmaan ja antaa oikeanlaista ohjausta. Hedelmällisessä iässä olevat naiset kärsivät yhä useammin ylipainon tuomista ongelmista, jotka kuormittavat terveydenhuoltojärjestelmää.

2 OHJAUS KÄTILÖTYÖSSÄ

Ohjauksella tarkoitetaan erilaisia menetelmiä käyttäen annettavaa suullista tai kirjallista neuvontaa, ohjeita ja opastusta. Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaalle annettavaa ohjausta säätelevät monet eri lait ja asetukset. Ohjauksessa sovelletaan erilaisia vuorovaikutuksen keinoja ja teorioita, mm. persoonallisuus-, oppimis- ja käyttäytymisteorioita. Ohjauksen tavoitteena on parantaa ohjattavan elämäntilannetta antamalla tietoa ja valmiuksia päätöksien tekoon. Lisäksi ohjauksella pyritään antamaan ohjattavalle valmiuksia ongelmanratkaisuun ja kokemusten käsittelyyn. (Vänskä ym. 2011)

”--Kätilöllä on tärkeä tehtävä terveysneujana ja kasvattajana. Tämä tehtävä ei kohdistu ainoastaan asiakkaisiin vaan myös heidän perheisiinsä ja koko yhteisöön. Työhön tulee sisältyä synnytystä edeltävää ohjausta ja vanhemmuuteen valmentamista. Työn tulee myös laajentua naistentautien hoidon alueille, perhesuunnitteluun ja lastenhoitoon.” Kätilöliitto

Kätilön työhön kuuluu suurelta osin olla vuorovaikutussuhteessa naisen ja tämän perheen kanssa. Hyvä vuorovaikutus on toimivan ohjaustilanteen perusta, se luo pohjan tasavertaiselle kätilö-asiakassuhteelle. Työssään kätilö jakaa omaa ammatillista osaamistaan antamalla ohjattavalle tietoa ja erilaisia vaihtoehtoja lähestyä hyviä ja terveellisiä valintoja seksuaali- ja lisääntymisterveydessä. (Äimälä, 2009)

Ei ole vain yhtä oikeaa tapaa antaa ohjausta vaan kaiken ohjauksen tulee olla asiakaslähtöistä. Nykykäsityksen mukaan asiakas itse on oman elämänsä asiantuntija ja päättää itseään koskevista asioista. Asiakkaalla on oikeus saada kätilöltä tarvitsemaansa tietoa ja ohjausta. Näin toimimalla kätilön työn taustalla näkyvät eri kätilötyötä ohjaavat periaatteet. (Väyrynen 2009)

3 YLIPAINO

3.1 Ylipainon määrittely

Lihavuudella tarkoitetaan elimistön rasvakudoksen suurta määrää. Ylipainon syntyyn vaikuttavat useat eri geenit, elämäntapa ja ympäristötekijät yhdessä (Uusitupa 2003 s.208-215). Paino kasvaa, kun ylimääräinen rasva varastoituu kehon eri osiin. Perimällä on tässä merkitystä, sillä se pääasiassa määrää mihin kehon osiin ylimääräinen rasva varastoituu (Mustajoki 2010 a). Vatsaontelon sisään kerääntyvää viskeraalirasvaa on pidetty terveydelle haitallisimpana, sillä sen tiedetään olevan valtimonkovettumataudin vaaratekijä ja sen merkitys lihavuuteen liittyvien rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden synnylle on suuri (Fogelholm 2006, s.51-54).

Koska rasvakudoksen määrän arvioiminen suoraan on hankalaa, on sitä varten kehitetty erilaisia epäsuoria menetelmiä, joista yleisimpiä ovat painoindeksin ja vyötärön ympäryksen mittaaminen (Uusitupa 2003 s.208-215). Painoindeksi (BMI, body mass index) mitataan jakamalla paino pituuden neliöllä (kg/m^2). Painoindeksi on hyvä suhteellisen painon mittari, mutta se ei kuitenkaan erota onko paino ylimääräistä rasvakudosta vai mahdollisesti suurta lihasmassaa tai turvotusta. Painoindeksi 25 kg/m^2 on normaalipainon raja, jonka ylittäminen tarkoittaa eriasteista ylipainoa sekä kasvanutta sairauksien vaaraa (Aikuisen lihavuus käypähoito-suositus 2007).

TAULUKKO 1. Painoindeksi

BMI	Määritelmä
18.5-24.9	normaalipaino
25.0-29.9	liikapaino (ylipaino)
30.0-34.9	lihavuus
35.0-39.9	vaikea lihavuus
yli 40	sairaalloinen lihavuus

Toinen menetelmä arvioitaessa rasvakudoksen määrää on vyötärön ympäryksen mittaaminen. Viskeraalinen rasva suurentaa vyötärön ympärysmittaa, jolloin puhutaan vyötärö- tai keskivartalolihavuudesta (Aikuisen lihavuus käypähoito-suositus 2007). Vyötärön ympäryys on osaltaan parempi lihavuuteen liittyvien terveysriskien, heikentyneen toimintakyvyn ja huonon lihaskunnan ennustaja kuin painoindeksi (Fogelholm 2006, s.51-54). Naisilla 90cm vyötärön ympäryksen ylittyminen tarkoittaa huomattavaa riskiä sairastua johonkin lihavuuteen liittyvään sairauteen. 80 cm ylittyminen merkitsee hieman kohonnutta sairastumisen vaaraa (Aikuisen lihavuus käypähoito-suositus 2007).

Käytännön hoitotyössä lihavuuden asteen arvioinnin tarkoitus on terveysriskien kartoittaminen ja lihavuuden hoidon seuranta, joihin painoindeksi ja vyötärön ympäryksen mittaaminen soveltuvat hyvin ja mieluiten vielä rinnakkain käytettyinä. Painoindeksiin ja vyötärön ympärykseen molempiin vaikuttavat ikä, sukupuoli sekä fyysinen kunto ja nämä ovat nimenomaan laadittu mittaamaan aikuisen suhteellista painoa (Fogelholm 2006, s.51-54).

3.2 Lihavuuden syyt

Lihavuuden syynä on pitkäaikainen energiatasapainon positiivisuus, toisin sanoen ihmisen elimistö saa enemmän energiaa kuin se kuluttaa (Mustajoki 2007, s.10-15). Syytä siihen on keskeisesti vähäinen fyysinen aktiivisuus ja runsas rasvan saanti ravinnosta. Elämäntapamuutosten seurauksena perusenergiankulutuksemme on vähentynyt. Perusenergiankulutusta on vähentänyt paljolti istuva elämäntapa, jota ovat edesauttaneet erilaiset viihdykkeet ja hyödykkeet, joiden takia taas työ- ja arkiliikunta on vähentynyt. Energian saanti puolestaan on lisääntynyt ruoka-annosten koon kasvaessa sekä napostelu- ja pikaruokakulttuurin yleistyessä (Mustajoki 2010 b). Alkoholin ja tupakoinnin yhteyttä lihomiseen on tutkittu ja niiden yhteys lihomiseen mahdollisesti perustuu haitallisten elämäntapojen kasaantumiselle (Rissanen ym. 2006, s.14-23).

Myös geeneillä on vaikutusta lihomiseen, sillä ne määrittävät perusenergiankulutuksemme. Pieni perusenergiankulutus altistaa lihomiselle. Samoin lihomisen taustalla voi joissain tapauksissa olla sairaus tai lääkitys (Uusitupa 2003, s.208-215). Sosioekonomisella asemalla on ollut yhteys lihavuuteen kautta aikojen. Siinä missä se ennen oli rikkaiden keino näyttää varakkuutensa ja hyvinvointinsa on se nykyään alempien sosioekonomisten luokkien ongelma. Syitä tähän saattaa olla koulutuksen vähyydestä johtuva terveystietämättömyys, kuin myös huonommat mahdollisuudet harrastaa liikuntaa sekä syödä ympäri vuoden monipuolisesti kasviksia (Rissanen ym. 2006, s.14-23).

3.3 Lihavuudesta aiheutuvia ongelmia

Kehoon kertynyt ylimääräinen rasva aiheuttaa monenlaisia ongelmia terveydelle. Se altistaa moniin työ- ja toimintakykyä rajoittaviin sairauksiin sekä vaikuttaa koettuun elämänlaatuun (Rissanen ym. 2006, s. 14-23 ja Kaukua 2006, s. 39-48). Liikapaino altistaa etenkin monille sydän- ja verisuonitaudeille sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksille. Erityisesti vyötärölihavuus altistaa sairauksille, jotka johtuvat vatsaontelon sisälle kertyneen liikarasvan aiheuttamista aineenvaihdunnan häiriöistä (Mustajoki 2010 b).

Yleisimmät krooniset taudit, joihin lihavuus lisää alttiutta sairastua ovat: tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine sekä nivelten artroosi. Lihavuus liittyy olennaisesti metaboliseen oireyhtymään ja sillä on yhteyttä myös uniapneaan sekä osaan syöpäsairauksista. (Uusitupa 2003, s. 208-215)

3.3.1 Tyypin 2 diabetes

Tärkeimpänä lihavuudesta johtuvana sairautena pidetään tyypin 2 diabetestä, eli aikuistyyppin diabetesta. Lihavilla riski sairastua diabetekseen on moninkertainen verrattuna normaalipainoisiin (Mustajoki 2010 c). Varsinkin keskivartalolihavuuden on todettu olevan keskeinen vaaratekijä diabeteksen puhkeamista tutkittaessa (Uusitupa 2006, s 24-37).

Lihavuuden yleistyessä myös tyypin 2 diabeteksen sairastavuus lisääntyy, mikä kuormittaa suuresti terveydenhuoltoamme. Tyypin 2 diabetes voi aiheuttaa monia liitännäissairauksia, joiden mukana myös kustannukset nousevat korkeiksi (Uusitupa 2003, s. 216-225).

Tyypin 2 diabetes on seurausta insuliiniresistenssistä, eli elimistön heikentyneestä kyvystä käyttää insuliinia sekä eriasteisista insuliinin erityksen häiriöistä. Alttiuteen sairastua diabetekseen vaikuttaa vahvasti perinnöllisyys, mutta ulkoiset tekijät, erityisesti vähäinen liikunta ja runsasenerginen, rasvainen ruoka, vaikuttavat siihen puhkeako tauti. Hoitamattomana diabetes johtaa veren suurentuneeseen glukoosipitoisuuteen, jonka syynä on juuri insuliinin puute tai sen tehottomuus elimistössä. (Uusitupa 2003, s. 216-225).

Tyypin 2 diabetekselle on myös olennaista rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, kuten suurentunut triglyseridipitoisuus ja pieni HDL-kolesterolin, eli ns. hyvän kolesterolin, pitoisuus plasmassa. Tyypin 2 diabetekseen sairastutaan usein aikuisiällä, josta se onkin saanut nimensä aikuistyyppin diabetes. Nykyään lihavuuden ja liikapainon yleistyessä koko väestössä, myös nuoremmilla ja jopa lapsilla on todettu joko jo puhjennut diabetes tai sen esiaste. (Uusitupa 2003, s. 216-225).

Hoitamattomana tai huonosti hoidettuna diabetes voi aiheuttaa monia vakaviakin ongelmia. Ongelmina voi olla hypoglykemia, eli verensokerin liiallinen lasku voi pahimmassa tapauksessa johtaa tajuttomuuteen. Myös verensokerin liiallisella nousulla, hyperglykemiällä voi olla vakavia seurauksia, joista pahin on nonketoottinen hyperosmolaattinen kooma. Pitkäaikaisongelmia diabeteksessa ovat mm. kohonnut verenpaine, ateroskleroosi, nefropatia (munuaisten vajaatoiminta), retinopatia (silmänpohjan rappeumatauti) sekä neuropatia (hermomuutokset). Nämä liitännäissairaudet tuovat lisähaasteita diabetespotilaan hoitoon. (Diabeteksen Käypähoito-suositus 2011)

Ennen kuin diabetes varsinaisesti puhkeaa, on henkilöllä voinut olla jo vuosia lievääasteinen sokeriaineenvaihdunnan häiriö, eli heikentynyt glukoosinsieto. Keskeisen riskiryhmän tyyppin 2 diabetekselle muodostavat henkilöt, joilla on metabolinen oireyhtymä, sillä heillä on monia diabetekselle altistavia tekijöitä, mukaan lukien lihavuutta. Diabeetikoista n. 80 - 90 % on lihavia. (Uusitupa 2003, s. 216-225).

3.3.2 Insuliiniresistenssi

Insuliiniresistenssi yksinkertaisimmillaan tarkoittaa insuliinin tehottomuutta elimistössä, mutta se on käsitteenä varsin laaja. Sitä aiheuttavat geneettiset tekijät ja monet elämäntapatekijät, joista keskeisin on keskivartalolihavuus (Uusitupa 2006, s.24-37). Insuliiniresistenssi on nähtävissä maksan toiminnassa, lihaksissa sekä rasvakudoksessa. Insuliiniresistenssissä maksa tuottaa liikaa sokeria, eikä insuliini tehoa tarpeeksi hyvin jarruttaakseen sen tuotantoa. Tämän seurauksena verensokeri nousee normaalia korkeammalle tasolle. Lihakset puolestaan eivät kykene varastoimaan kaikkea sokeria tai käyttämään sitä polttoaineena normaalisti. (Virkamäki 2009).

Rasvakudoksessa insuliinin tehtävä on estää rasvahappojen liiallista vapautumista, mutta insuliiniresistenssissä insuliini ei kykene tähän, vaan rasvahappojen tarjonta maksaan on lisääntynyt ja se lisää maksan sokeri- ja rasvatuotantoa. Tämä näkyy seerumin kohonneena rasvapitoisuutena, joka puolestaan on sepelvaltimotaudin riskitekijä (Virkamäki 2009).

Koska insuliini ei kykene hillitsemään rasvahappojen vapautumista on niitä maksan lisäksi liikaa myös verenkierrrossa, jossa sokeri joutuu kilpailemaan rasvan kanssa lihasten energianlähteenä olemisesta. Tämä kilpailutilanne voi johtaa sokerin käytön häiriöihin ja sitä kautta heikentyneeseen sokerinsietoon sekä diabetekseen. Insuliiniresistenssi liittyy myös useisiin sairauksiin sekä raskauteen, josta johtuu tyyppin 2 diabetekselle alttiiden naisten taipumus gestatiidiabetekseen (Uusitupa 2006, s. 24-37).

Insuliiniresistenssiin liittyvät muutokset lisäävät sydän- ja verisuonitautien riskiä, joka on sitä isompi mitä suurempi elimistön insuliiniresistenssi on. Insuliiniresistenssi on keskeinen tekijä metabolisessa oireyhtymässä ja se vaikuttaa myös munasarjojen monirakkulaoireyhtymässä, johon liittyy lapsettomuutta. (Koivunen ym. 2002).

3.3.3 Metabolinen oireyhtymä

Lihavuus liittyy vahvasti metaboliseen oireyhtymään, jolla tarkoitetaan niitä riskitekijöitä ja poikkeavuuksia joiden tiedetään liittyvän sydänsairauksiin ja joiden taustalla on insuliiniresistenssi. Oireyhtymän esiintyvyys länsimaisella aikuisväestöllä on jopa 20 - 36 % ja se on sepelvaltimotaudin keskeisimpiä riskitekijöitä. Vaara sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on 2-3 kertaa suurempi henkilöillä, joilla on metabolinen oireyhtymä kuin terveillä (Uusitupa 2006, s.24-37).

Metabolisesta oireyhtymästä on kyse silloin, kun vyötärön ympärysmitta on miehellä yli 94 ja naisella yli 80 cm. Vyötärön ympäryksen lisäksi metabolisen oireyhtymän määrittämiseen tarvitaan muitakin tekijöitä. Näitä tekijöitä ovat veren suurentunut triglyseridien pitoisuus, mutta pienentynyt HDL-kolesterolin pitoisuus, kohonnut verenpaine sekä häiriintynyt sokeriaineenvaihdunta, eli esimerkiksi suurentunut verensokeripitoisuus tai diabetes. Osalla oireyhtymää sairastavista on kaikki oireet, osalla vain joitakin niistä (Mustajoki 2010 d).

3.3.4 Muita ongelmia

Kohonneen verenpaineen yhteys lihavuuteen on tunnettu pitkään. Arvioiden mukaan puolella henkilöistä, joiden painoindeksi on vähintään 30 kg/m², kärsii myös kohonneesta verenpaineesta. Verenpaineen kohoamista ylipainoisilla saattavat selittää monet lihavuuteen liittyvät hemodynaamiset (mm. sydämen lisääntynyt isku - ja veritilavuus) ja hormonaaliset muutokset (mm. insuliiniresistenssi). Koholla oleva verenpaine altistaa hoitamattomana aivohalvaukselle, sydänkohtaukselle ja sydämen ja munuaisten vajaatoiminnalle (Uusitupa 2006, s.24-37).

Ylipaino voi kuormittaa myös kantavia niveliä, jonka seurauksena voi olla nivelten artroosi eli nivelrikko. Lihavuus on yhdistetty ainakin polven ja lonkan nivelrikkoon (Pohjolainen 2010).

Lihavuudella on myös yhteyttä osaan gynekologisista syöivistä, mm. kohdun runko-osan-, kohdunkaulan - ja munasarjojen syöpään ja rintasyöpään. Syynä näihin ovat lihavuuden aiheuttamat hormonaaliset muutokset naisen elimistössä (Uusitupa 2006, s. 24-37).

3.4 Yleisyys

Ylipaino on yleistynyt ja lisääntyy edelleen koko väestössä. Samalla sen aiheuttamat ongelmat kuormittavat yhä enemmän terveydenhuoltoa, aiheuttavat sairauksia ja heikentävät työ- ja toimintakykyä. Raskaana olevista naisista yhä useampi on ylipainoinen ja ilmiö yleistyy yhä. Suomessa odottajista 18,8 %:lla painoindeksi oli yli 25 kg/m² vuonna 1990, vuonna 2000 osuus oli jo 24,5 %. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2009 tilastojen mukaan 32,9 % odottajista ylittää normaalipainoindeksirajan (25kg/m²) tullessaan raskaaksi (Vuori ja Gissler 2010). Vuonna 2010 33,8 % odottajista ylitti normaalipainoindeksirajan (25kg/m²) ja jopa 11,8 % odottajista BMI oli yli 30kg/m² (Vuori ja Bissler 2011). Ylipainon esiintyvyys on kymmenessä vuodessa lisääntynyt yli yhdeksällä prosenttiyksiköllä naisilla ennen raskauden alkua. Ylipaino raskausaikana altistaa monille raskausajan ongelmille sekä asettaa haasteita synnytyksen hoidolle ja lapsivuodeajalle (Raatikainen ym. 2006).

4 YLIPAINO JA NAISEN LISÄÄNTYMISTERVEYS

4.1 Ylipainon vaikutus naisen hormonituotantoon ja hedelmällisyyteen

Naisen normaalisti toimivaan lisääntymisterveyteen vaikuttavat aivoissa hypotalamuksen ja aivolisäkkeen erittämät hormonit GnHR (gonadotropiiniin vapauttajahormoni) sekä itse gonadotropiinit FSH (follikkeleita stimuloiva hormoni) ja LH (luteinisoiva hormoni). Myös munasarjat erittävät hormoneja, jotka ovat yhteydessä naisen lisääntymisterveyteen. Munasarjat erittävät mm. estrogeenejä ja androgeenejä. Androgeeneistä suurin osa on testosterooneja eli ns. ”mieshormoneja”. (Koivunen ym. 2002).

Ylipainosta kärsivien hormonituotanto on häiriintynyt, mikä vaikuttaa naisen lisääntymisterveyteen. Viskeraalisen rasvakudoksen on yhdistetty lisäävän insuliiniresistenssin kehittymistä. Insuliiniresistenssi vaikuttaa moniin eri hormonaalisiin toimintoihin, ja on näin ollen yhteydessä ylipainoisen naisen lisääntymisterveyteen. (Kantola ym. 2010, Koivunen ym. 2002). Insuliiniresistenssi aiheuttaa ylipainoisilla ja munasarjojen monirakkulaoireyhtymää sairastavilla hirsutismia eli liikakarvoitusta, kuukautishäiriöitä, anovulaatiota sekä lapsettomuutta. Insuliiniresistenssi on myös yhteydessä osaan raskaudenaikaisista ongelmista lisäämällä keskenmeno- ja raskausmyrkytyksen riskiä sekä raskausdiabetesta (Koivunen ym. 2002).

Ylipainon on tutkittu vähentävän spontaanin raskauden mahdollisuutta. Insuliiniresistenssistä johtuvan hyperinsulemian, eli insuliinin liiallisen määrän, takia SHBG:n (sex hormone binding globulin, suom. sukupuolihormoneja sitova proteiini) pitoisuus naisen kehossa pienenee, koska vapaana oleva insuliini estää SHBG:n synteesiä maksassa. Tämän seurauksena keho kärsii liiallisesta androgeenipitoisuudesta, kun maksa ei insuliinin vaikutuksesta tuota riittävästi SHBG:tä. (Martikainen ym. 2004).

SHBG:n tehtävänä on siis sitoa sukupuolihormoneja, jotta vapaana olevien sukupuolihormonien määrä ei olisi liiallinen (Martikainen ym. 2004). Naisilla varsinkin androgeeneistä testosteronin (mieshormoni) sitominen proteiineihin on tärkeää. Suuri androgeenipitoisuus voi ilmetä kuukautiskierron häiriöinä ja anovulaation eli ovulaation jäämisenä kokonaan pois. Se voi myös näkyä munasarjojen monirakkulaoireyhtymänä (PCOS) (Huda ym. 2010)

4.2 Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS)

Monet (jopa 60%) munasarjojen monirakkulataudista kärsivistä naisista on ylipainoisia. PCOS:ssa tavallista on insuliiniherkkyyden väheneminen, jonka myötä insuliinipitoisuus kehossa on suurentunut. Muina oireita munasarjojen monirakkulataudissa voi olla akne, liiallinen karvojen kasvu, anovulaatio, kuukautiset voivat olla epäsäännöllisiä tai puuttua kokonaan ja hedelmällisyys on yleensä heikentynyt. (Martikainen ym. 2004)

Tavallisimmat monirakkulaiset munasarjat ovat suurentuneet ja sileäpintaiset, kuorikerros on paksuuntunut ja tämän kuorikerroksen alla on pieniä follikkeleita. (Martikainen ym. 2004) Kun munasarjan tilavuus on suurentunut, munasarjan keskellä olevan ns. stroomakudoksen määrä on lisääntynyt. Kun stroomakudoksen määrä on normaalia suurempi, se voi johtaa lisääntyneeseen androgeenien eritykseen. (Martikainen ym. 2004)

PCOS:ssa tavallisimpia muutoksina näkyvät luteinisoivan hormonin (LH) ja insuliinin suurentuneet pitoisuudet. Suuri LH:n pitoisuus ja hyperinsulinismi lisäävät munasarjojen androgeenien eritystä ja vähentävät SHBG:n eritystä maksasta. Kun SHBG:tä ei ole riittävästi elimistössä sitomaan suurta androgeenimäärää, seurauksena on toistuva anovulaatio. (Tiitinen ym. 2000)

Laihduttaminen on lihaville PCOS-potilaille ensisijainen hoitokeino (Martikainen ym. 2004). Jo pienikin laihduttaminen vähentää insuliiniresistenssiä, jonka seurauksena vapaana olevan insuliinin määrä pienenee.

Kun elimistössä ei enää ole liikaa insuliinia, maksa voi normaalisti tuottaa SHBG:tä sitomaan verenkierrossa vapaina olevia androgeeneja. Tämän seurauksena ovulatorinen kierto saattaa käynnistyä ja hedelmällisyys parantua. (Tiitinen ym. 2000)

5 YLIPAINO JA RASKAUS

5.1 Ylipainon aiheuttamat diagnostiset ongelmat

Ylipaino lisää eri komplikaatioiden riskiä sekä äidin että sikiön näkökulmasta. Nykytiedon mukaan vaikeaksi BMI luokiteltavaa lihavuutta esiintyy jo noin 13 prosentilla odottavista äideistä (Raatikainen 2009). Käytännön työssä kätilö kohtaa monia lihavuuden aiheuttamia haasteita. Ylimääräinen rasvakudos asettaa haasteita sisä- ja ulkotutkimuksen tekemiselle, sikiön sydänäänten kuuntelulle ja sydänäänikäyrän piirtymiselle sekä erilaisille toimenpiteille raskauden ja synnytyksen aikana. Ylipainosta kärsivän naisen raskaus on aina riskiraskaus, ja vaatii sen vuoksi tarkempaa seuranta.

Raskauden alussa katsotaan aina **laskettu aika**, eli milloin 40 raskausviikkoa tulee täyteen viimeisten kuukautisten ensimmäisestä vuotopäivästä katsottuna. Tämän lasketun ajan määrittäminen ylipainoisilla voi myös vaikeutua, sillä ylipaino on yhteydessä epäsäännöllisiin kuukautiskiertoihin. Näin ollen lasketun ajan ollessa epätarkka, voi sikiö tuntua pienikokoiselta raskausviikkoihin verrattuna. Myös symfyysi-fundus-mitta on usein epätarkka ylipainoisella raskaana olevalla. (Wuntakal ym. 2009) Jos raskausviikot heittävät paljon, ne voivat vaikuttaa myös mahdollisiin sikiöseulontoihin. Mm. Downin oireyhtymän (21-trisomia) toteaminen raskaana olevan seeruminäytteestä otetaan 9.-12 raskausviikkojen välissä, ja jos raskausviikot ovat virheelliset, voi myös seulonnan tulos antaa virheellisiä tietoja. (Väyrynen 2007, s. 168)

Jo raskauden alussa voi naisen ylipaino luoda ongelmia luotettavalle raskauden seurannalle. **Ulkotutkimus** antaa parhaimmillaan paljon informaatiota kohdusta sekä sikiön tilanteesta. Ulkotutkimuksella voidaan selvittää yleiskuvaa kohdusta, sen voinnista ja mahdollisista poikkeavuuksista sekä sikiön asentoa kohdussa ja sikiöiden lukumäärä. Ulkotutkimus antaa myös tiedon siitä, paljonko lapsivettä kohdussa on, minkä kokoinen sikiö on, ja onko mahdollista epäsuhtaa sikiön tarjoutuvan osan ja lantion välillä. (Raussi-Lehto 2009 b, s.225-228)

Synnytyksen aikana ulkotutkimuksella voidaan selvittää synnytyksen etenemistä seuraamalla tarjoutuvan osan kiinnittymistä ja etenemistä synnytyskanavassa. Ulkotutkimuksen avulla saadaan myös tietoa supistuksista, niiden tiheydestä sekä kestosta. (Raussi-Lehto 2009 b, s.225-228)

Jos synnyttäjän ihonalainen rasvakerros on paksu, se vaikeuttaa huomattavasti kohdun ja sikiön tunnustelua. Kun kohtu ja sikiö tuntuvat huonosti vatsan päältä, voi osa ulkotutkimuksella saatavasta informaatiosta jäädä saamatta ja tämä johtaa siihen, että esimerkiksi lantion ja tarjoutuvan osan epäsuhta voi jäädä huomaamatta. (Raussi-Lehto 2009 b, s.225-228)

Ultraäänitutkimus on tärkein muita tutkimuksia täydentävä tutkimusmenetelmä, jonka avulla saadaan monipuolista tietoa sikiön kasvusta, liikkeistä, reagoinnista ja elintoiminnoista. Ultraäänitutkimuksen avulla voidaan tehdä päätelmiä sikiön hyvinvoinnista ja mahdollisista poikkeavuuksista. (Taipale 2009, s. 340-348)

Ultraääni tehdään joko vatsanpeitteiden päältä tai emättimen kautta, joskus käytetään molempia. Tässäkin tutkimuksessa odottajan ylipaino ja suuri rasvakerros haittaavat ultraäänen luotettavuutta, sillä näkyvyys kohtuun rasvakerroksen läpi on heikentynyt. Jos kohtuun ja sikiöön ei saada kunnolla näkyvyyttä, voi esimerkiksi rakennepoikkeavuudet jäädä löytämättä. (Taipale 2009, s. 340-348)

Sisätutkimuksella seurataan synnytyksen etenemistä tutkimalla kohdunkaulan ja kohdunsuun tilannetta, sekä selvitetään sikiön tarjoutuvaa osaa ja etenemistä synnytyskanavassa. Sisätutkimuksella selvitetään myös synnytyskanavan pehmeän osan vastus sekä saadaan tietoa luisesta synnytyskanavasta. (Raussi-Lehto 2009 b, s. 228-232)

Ylipainoisilla rasvaa kertyy myös sisäsynnyttimiin ja hankaloittaa varsinkin luisen synnytyskanavan tunnustelua, jolloin ei välttämättä saada kaikkea tarvittavaa tietoa. Esimerkiksi sikiön tarjoutuvan osan korkeutta mitataan sen suhteesta istuinkyhmyjen, eli spinojen, kärkiin. Spinojen löytäminen on haasteellista ja jos synnyttäjällä on runsas rasvakerros, voi niiden löytäminen lantiosta olla lähes mahdotonta. (Raussi-Lehto 2009 b, s. 228-232)

Seuraamalla sikiön sykettä ja sen suhdetta supistuksiin saadaan synnytyksen kulusta valtavasti tietoa. Yleisimmin sikiön sykkeen ja supistusten tarkkailu tapahtuu elektronisen valvonnan, KTG, avulla, joka voi tapahtua joko ulkoisesti tai sisäisesti. (Raussi-Lehto 2009 c, s.240-243)

KTG tarkoittaa **kardiotokografiaa**, joka tulee sanoista kardio (sydämen toiminta), toko (kohdun paine) ja grafi (ilmaisee tiedon paperille tai monitorille graafisesti). KTGn avulla saadaan luotettavaa tietoa sikiön sykkeestä, joka kertoo sikiön voinnista kohdussa, ja sykkeen suhteesta sekä reagoinnista supistuksiin. KTG-käyrästä voidaan päätellä miten sikiö voi kohdussa ja onko viitteitä mahdollisesta hapepuutteesta. (Raussi-Lehto 2009 c, s.240-243)

Tavallisemmin synnytyksen alussa KTG-käyrä piiryy ulkoisten antureiden avulla ja sikiökalvojen puhjettua voidaan siirtyä sisäiseen seurantaan. Sisäisellä KTG-seurannalla saadaan kaikkein luotettavin tulos, kun syke saadaan piirtymään suoraan sikiöstä ja kohdun paine saadaan mitattua suoraan kohdusta. (Raussi-Lehto 2009 c, s.240-243)

Koska ulkoinen KTG rekisteröi sikiön sykettä ja kohdun supistelua vatsanpeitteiden päältä, voi suuri rasvakerros häiritä rekisteröintiä. KTGn luotettavuus heikkenee, jos rekisteröinti on huonoa ja voidaan joutua siirtymään sisäiseen KTG-seurantaan jo aiemmin puhkaisemalla sikiökalvot. (Raussi-Lehto 2009 c, s.240-243)

Ylipaino ei ainoastaan vaikeuta raskauden diagnostista seurantaa, vaan sillä on myös yhteys raskaana olevan terveyteen. Ylipainosta kärsivä on suuremmassa riskissä saada keskenmeno, kärsiä hypertensiosta, sairastua raskausdiabetekseen ja pre-eklampsiaan. Myös laskimotukosten riski on suurentunut. (Väyrynen 2007, s. 168)

5.2 Keskenmeno

Keskenmenosta puhutaan silloin, jos raskaus keskeytyy ennen 22. raskausviikon päättymistä ja sikiön paino on alle 500 grammaa. Tarkkaa lukumäärää keskenmenojen yleisyydestä ei tiedetä, mutta eri lähteiden mukaan jopa 30 prosenttia alkaneista raskauksista keskeytyy. Kuitenkin todetuista raskauksista noin 15 prosenttia päättyy keskenmenoon. Keskenmenon oireina on tavallisesti verenvuoto, johon liittyy usein myös krampimaiset alavatsakivut. (Äimälä 2007)

Keskenmenon riski on suurentunut ylipainoisilla naisilla. Tarkkaa syytä tähän ei tiedetä, mutta syyn on oletettu ehkä johtuvan huonosta alkion laadusta tai huonosta endometriumin laadusta vastaanottaa munasolu, joita lihavuus aiheuttaa. (Metwally ym. 2007) On havaittu, että juuri alkuraskauden keskenmenon riski on selvästi suurempi ylipainoisilla kuin normaalipainoisilla naisilla. Jarvien & Ramsayn tekemässä tutkimuskatsauksessa havainnoitiin myös, että spontaanien keskenmenojen määrä kasvoi, kun insuliiniherkkyys pieneni ylipainoisilla naisilla. Samaisessa tutkimuskatsauksessa huomattiin, että myös toistuvien keskenmenojen riski suureni ylipainosta kärsivillä naisilla. (Jarvie ja Ramsay 2010)

5.3 Hypertensio ja pre-eklampsia

Verenpaineen nousu on tavallisin raskausajan komplikaatio. Verenpainetta seurataan neuvoloissa jokaiselta odottajalta. 4-10 % odottavista äideistä todetaan verenpaineen nousua. Jos verenpaine nousee yli 140/90 elohopeamillimetrin, voidaan puhua kohonneesta verenpaineesta. Joskus kuitenkin riittää verenpaineen nousu normaalista arvosta yli 15mmHg:n verran tehostamaan seurantaa. Verenpaineen nousu johtuu yleisimmin pre-eklampsiasta, joka tarkoittaa raskausmyrkytystä. (Wuntakal ym. 2009). Pre-eklampsia voidaan luokitella eri ryhmiin, joista yleisimmät ovat lievä pre-eklampsia (pre-eclampsia levis) ja vaikea pre-eklampsia (pre-eclampsia gravis). Pahimmassa tapauksessa, pre-eklampsia voi muuttua eklampsiaksi, joka tarkoittaa kouristuskohtausta. Eklamptinen kouristuskohtausta muistuttaa hyvinkin paljon epileptistä kouristuskohtausta. (Wuntakal ym. 2009).

Pre-eklampsiaan liittyy myös muitakin oireita kuin verenpaineen nousu: virtsasta löytyy valkuaisaineita (proteinuria) ja odottajalla voi esiintyä muita subjektiivisia oireita, kuten päänsärkyä, ylävatsakipuja ja jopa näköoireita. Joissain tapauksissa virtsan vuorokausimäärä pienenee huomattavasti. Pre-eklampsiaa voi kuitenkin esiintyä ilman subjektiivisia oireita, jolloin virtsan proteiinipitoisuuden seuraaminen on erityisen tärkeää. Juuri lievässä pre-eklampsian muodossa odottajalla ei esiinny muita oireita kuin kohonnut verenpaine sekä proteiinia virtsassa. Jos odottaja kärsii näiden kahden oireen lisäksi edes yhdestä subjektiivisesta oireesta, voidaan hänellä diagnosoida vaikea pre-eklampsia (gravis). (Wuntakal ym. 2009).

Pre-eklampsia puhkeaa yleensä vasta raskauden viimeisessä kolmanneksessa, n. 32.-36. raskausviikon välillä. Syytä pre-eklampsian syntyyn ei täysin tiedetä, mutta on olemassa erilaisia tekijöitä, joiden takia riski sairastumiseen kasvaa. On todistettu, että pre-eklampsiaa kärsivän insuliiniherkkyys on jopa 30-40% pienempi kuin terveellä raskaana olevalla. Insuliiniresistenssi on siis suurempi pre-eklampsiaa sairastavilla. (Wuntakal ym. 2009).

Monet asiantuntijat katsovat, että pre-eklampsia olisi istukkaperäinen sairaus (Laivuori ym. 2004), sillä pre-eklampsiaa istukan läpivirtaavuus on vähentynyt. Ylipainoon liittyy vahvasti myös elimistön dyslipidemia ja insuliiniresistenssi. Rasvasolut erittävät peptidejä, joita ovat mm. leptiini, adiponektiini, resistiini ja interleukiini-6. Nämä tekijät ovat yhteydessä elimistön tulehdukseen. Näin ollen rasvakudoksen määrän ollessa suuri, elimistö kärsii ns. kroonisesta tulehduksellisesta tilasta, koska näiden peptidien pitoisuudet ovat selvästi suureneet. Nämä kaikki yhdessä saattavat edistää endoteelin toimintahäiriötä johtaen pre-eklampsiaan. (Wuntakal ym. 2009, Kantola 2010).

Weiss:n ym. tekemässä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa selvisi, että ylipainoisten raskaana olevien riski sairastua raskausajan verenpaineen nousuun oli 2.5 kertaa suurempi ja sairaalloisesti ylipainoisten raskaana olevien kohdalla riski sairastua oli 3.2 kertaa suurempi kuin normaalipainoisilla raskaana olevilla. Samaisessa tutkimuksessa pre-eklampsian riski oli 1.6 kertaa suurempi ylipainoisilla ja sairaalloisen ylipainoisilla riski sairastua oli jopa 3.3 kertaa suurempi. Tästä on helppo havainnoida, että ylipaino altistaa raskaana olevan pre-eklampsialle. (Weiss ym. 2004)

Pre-eklampsia vaikuttaa myös kasvavaan sikiöön. Pre-eklampsia vaikuttaa istukan verenkiertoon heikentäen sitä. Heikko verenkierto istukassa hidastaa sikiön kasvua, sekä vaikuttaa myös sikiön hapensaantiin. Jos sikiö ei saa kohdussa tarpeeksi happea, voi sikiö joutua asfyksiaan, jolloin sikiö voi kärsiä kasvun hidastumisesta sekä vastasyntyneen perinataalikuolleisuuden riski voi lisääntyä. Myös istukan ennenaikaisen irtoamisen riski kasvaa pre-eklampsiaa kärsivillä, joka myös lisää sikiön kuolleisuuden riskiä (Heinonen 2011).

Hoitamattomana pre-eklampsia voi johtaa eklamptiseen tajuttomuuskouristuskohtaukseen. Eklampsian lääkehoitoina käytetään magnesiuminfuusiota sekä diatsepaamia per rectum tai suonensisäisesti. Eklampsian seurauksena voi äidille joskus kehittyä aivoödeema, aivoverenvuoto tai jopa kuolema. Äidin voinnista sekä raskauden kestosta riippuen raskaus on päätettävä yksilöllisesti. (Stefanovic 2007, b)

5.4 Raskausdiabetes

Raskaus vaikuttaa naisen sokeriaineenvaihduntaan raskauden alusta alkaen. Veren glukoosipitoisuus aterian nauttimisen jälkeen suurenee enemmän kuin ei-raskaana olevalla. Tätä ilmiötä kutsutaan ns. diabetogeeniseksi vaikutukseksi, ja ilmiö on voimakkaammillaan raskauden viimeisellä kolmanneksella. Raskauden aikana kuitenkin myös insuliinin eritystä tehostuu pitäen näin veren glukoosipitoisuutta tasapainossa. (Teramo ym. 2007, s. 531-541)

Raskaana olevilla naisilla on myös todettu, että insuliinin vaikutus heikentyy, ja näin kehittyä insuliiniresistenssi. Ylipainosta kärsivällä raskaana olevalla tämä insuliiniresistenssi on usein normaalia suurempi. Kun erittyvä insuliini ei pysty pilkkomaan sokeria riittävästi äidin elimistössä, voi tällöin kehittyä raskaus- eli gestatiiodiabetes. (Teramo ym. 2007, s. 531-541)

Gestaatiidiabetes voidaan todeta, jos sokeriaineenvaihdunnan häiriö todetaan ensimmäisen kerran vasta raskaana ollessa. Ennen diagnoosia äidille tehdään sokerirasituskoet. Raskausdiabetes ei välttämättä tarvitse insuliinipistoshoitoa, joillekin riittää pelkkä ruokavaliohoito. (Teramo ym. 2007, s. 531-541)

5.5 Raskausdiabeteksen vaikutus sikiöön.

Jos äidin gestaatiidiabetes tarvitsee insuliinihoidon, on sikiön riskit sairastua makrosomiaan suurentunut. Sikiön makrosomia, eli suuri koko ei kuitenkaan aina ole seurausta raskausdiabeteksestä, vaan se voi olla myös seurausta naisen raskautta edeltävästä ylipainosta sekä runsaasta painonnoususta raskauden aikana. (Raatikainen ym. 2010). Sikiötä pidetään poikkeavan kookkaana silloin, kun sen paino ylittää täysiaikaisena 4500 grammaa (Tiitinen 2010).

Kookas sikiö altistaa synnytyskomplikaatioille; (Tiitinen 2010). Makrosomia lisää alatiesynnytyksien yhteydessä sekä äidin että sikiön vaurioriskiä. Sikiön suuri koko voi aiheuttaa hartioiden kiilautumisen eli hartiadystokian, joka on pelätyin makrosomiaan liittyvä komplikaatio. Sen seurauksena voi olla sikiön olkapunoksen vaurio ns. erbin pareesi. (Teramo ym. 2004, s.538). Erbin pareesin ja jopa sikiön kuolleisuuden riskit ovat insuliinihoitoisessa gestaatiidiabeteksessä suurentuneet. (Teramo ym. 2007, s.531) Sikiön suuri koko lisää myös sikiön asfyksian, eli hapenpuutteen, riskiä synnytyksen aikana. (Käypä hoito, 2008).

6 YLIPAINOISEN SYNNYTYS

6.1 Gestaatiidiabeteksen ja pre-eklampsian vaikutus synnytyksen hoitoon

Lihavuus itsestään asettaa haasteita synnytyksen hoidolle ja altistaa sen lisäksi monille raskausajan ongelmille, esimerkiksi raskausdiabetekselle, kohonneelle verenpaineelle ja pre-eklampsialle, jotka puolestaan asettavat omat haasteensa synnytyksen hoidolle. Yhdessä liittämissairauksien kanssa lihavuuden merkitys synnytykselle on huomattava. Ennen raskautta ilmenevän ylipainon on todettu olevan yhteydessä synnytysongelmiin, ei niinkään painon suuren nousun raskauden aikana (Tiitinen ym. 2000).

Raskausdiabeteksestä aiheutuva sikiön makrosomia altistaa alatiesynnytyksessä äidin ja sikiön vaurioille (Teramo ym. 2004, s. 538). Diabeteksen aiheuttamat ongelmat synnytykseen ovat vähenemässä. Nykyään, uusien ohjeiden myötä, sokerirasituskokeita tehdään entistä useammalle odottajalle ja niin myös löydetään paremmin raskausdiabetesta sairastavat. Kun raskausdiabetes löydetään paremmin, eivät sikiötkään huomaamatta pääse kasvamaan liian isoiksi. Jos sikiö on kasvanut tai kasvamassa liian sokerin vuoksi isoksi, voidaan synnytys käynnistää ennen laskettua aikaa tai suorittaa synnytys keisarinleikkauksella. (Kervinen 2010)

Raskausdiabetesta sairastaneella äidillä on synnytyksen jälkeen suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Raskausdiabetesta sairastaneille tulisikin tehdä uusi sokerirasituskoe synnytyksen jälkeen. Raskausdiabetes uusiutuu monesti seuraavissa raskauksissa, jonka vuoksi olisikin tärkeää puuttua sen riskitekijöihin, liikapainoon ja vähäiseen liikuntaan, ennen seuraavaa raskautta. (Raskausdiabetes – käypä hoito suositus)

Synnytyksen jälkeen vauva saattaa kärsiä matalasta verensokeripitoisuudesta, joka on estettävissä hyvällä rintaruokinnalla ja mahdollisella lisämaidolla. Raskausdiabeetikkoa suositellaan synnyttämään isommassa sairaalassa, jossa on mahdollista varautua mahdollisiin synnytyskomplikaatioihin ja vastasyntyneen tarkempaan voinnin seurantaan. (Raskausdiabetes – käypä hoito suositus)

Pre-eklampsian kehittymistä ei voida estää ja tällä hetkellä ainoana hoitona on synnytys. Synnytyksen jälkeen verenpaine laskee normaaliin ja valkuainen häviää virtsasta. Pre-eklampsiaa sairastavien naisten raskaus päättyy usein synnytyksen käynnistämiseen, sillä pre-eklampsian oireet pahenevat raskauden edetessä. Pre-eklampsian ollessa lievä, eikä vaarallisia oireita ilmaannu, voidaan raskauden antaa jatkua lähemmäs laskettua aikaa. Synnytyksen käynnistämistä tulee harkita, kun raskaus on kestänyt 37. raskausviikolle asti. (Stefanovic 2009b s.408-415)

Raskauden alussa alkanut pre-eklampsia johtaa usein istukan vajaatoimintaan, jonka vuoksi sikiön kasvu hidastuu, eikä elimistö kehity normaaliin tahtiin. Jos synnytys joudutaan käynnistämään varhain, ennen raskausviikkoa 34, annetaan äidille kortisonihoito sikiön keuhkojen kypsyttämiseksi. Pre-eklampsia voi pahentua ja aiheuttaa komplikaatioita myös vielä 3-4 vrk synnytyksen jälkeen sekä johtaa joissain tapauksissa jopa äitikuolemaan (Pre-eklampsia. Nonna Heiskanen, LT, naistentautien- ja synnytysklinikka, KYS). Naisilla, jotka ovat sairastaneet pre-eklampsian, on todettu myöhemmällä iällä enemmän sydän- ja verisuonitauteja verrattuna raskauden aikana terveisiin naisiin (Stefanovic 2009b s.408-415).

6.2 Ylipainon vaikutus synnytysajankohtaan

6.2.1 Ennenaikainen synnytys

Ennenaikaisesta synnytyksestä puhutaan silloin, kun synnytys käynnistyy ennen kuin 37 raskausviikkoa on kulunut. Raskauden tulee olla kestänyt vähintään 22 raskausviikkoa tai sikiön painon tulee olla vähintään 500g, muutoin kyseessä on keskenmeno.

Joskus puhutaan hyvin ennenaikaisesta synnytyksestä, jos synnytys tapahtuu ennen 32 raskausviikkoa. (Uotila 2009, s. 430-431) Laajassa, 84 tutkimusta kattavassa, meta-analyysissä on todettu, että lihavuus lisää riskiä ennenaikaiseen synnytykseen. Riski synnyttää ennen 32 raskausviikkoa on suurentunut lihavilla äideillä verrattuna normaalipainoisiin. Lihavilla on myös kohonnut riski synnytyksen käynnistykseen ennen 37 raskausviikkoa. (McDonald ym. 2010)

Kreikkalaisen tutkimuksen mukaan ennenaikaisen synnytyksen riski on lähes kolminkertainen metabolista oireyhtymää sairastavilla verrattuna terveisiin naisiin. Lihavuus liittyy kiinteästi metaboliseen oireyhtymään; sen ulkoisia oireita ovat juuri ylipaino ja keskivartalolihavuus (aikakauskirja duodecim: metabolinen oireyhtymä ja ennenaikainen synnytys).

Ennenaikaisuus lisää merkittävästi vastasyntyneen riskiä sairastua tai kuolla. Neonataaliajan kuolemista 75-90%:n taustalla on ennenaikainen syntymä. Suurimmassa vaarassa ovat hyvin pienet, hyvin varhaisilla viikoilla syntyneet keskoset. Pienten keskosten ryhmässä on paljon hoito-ongelmia elintoimintojen epäkypsyydestä johtuen. Pieniviikkosilla keskosilla ilmenee paljon neurologisia häiriöitä, jopa cp-vammaisuutta ja älyllistä kehitysvammaisuutta. (Stefanovic 2009 a, s.398-407)

Muita keskeisimpiä ongelmia ovat keuhkojen epäkypsyys, infektioalttius sekä lämmönsäätelyn, verenkierron ja aineenvaihdunnallisten toimintojen epäkypsyys. Aina ongelmat eivät rajoitu vain neonataaliajalle, vaan ennenaikaisesti syntyneet lapset voivat tarvita vielä useiden vuosien ajan monenlaisia sairaanhoidollisia tukitoimia. (Stefanovic 2009 a, s.398-407)

6.2.2 Yliaikainen raskaus

Raskaus määritellään yliaikaiseksi, kun se on kestänyt yli 42 raskausviikkoa. Jokaisen raskaana olevan biologia on kuitenkin yksilöllinen, samoin siis se missä vaiheessa yliaikaisuuden oireita alkaa ilmetä (Uotila 2009, s. 431-432).

Kun raskaus etenee yliaikaiseksi, sitä seurataan neuvolassa tiiviisti ja se pyritään käynnistämään viimeistään kahden viikon kuluttua lasketusta ajasta, sillä yliaikaisuuden aiheuttamat ongelmat suurenevät raskauden edetessä yhä pidemmälle (Timonen 2010).

Yliaikainen raskaus aiheuttaa monia ongelmia; istukan toiminta heikkenee, lapsiveden määrä on vähäisempi, lapsiveden vihreä vetisyys, eli suuri mekonium-pitoisuus on yleisempää, jolloin mekoniumaspiraation riski kasvaa. Asfyksian, makrosomian ja napanuorakomplikaation todennäköisyys kasvaa raskauden edetessä yliaikaiseksi. (Saarikoski 2004, s. 427-429)

Istukan toiminnan heikkeneminen tarkoittaa vaaraa sikiön hyvinvoinnille, koska istukka ei kykene kuljettamaan happea ja ravintoaineita sikiön tarvitsemalla tavalla. Sikiön voimien heikkeneminen johtaa herkemmin synnytyksen aikaisiin ongelmiin. Myös äidin synnytyskomplikaatiot yleistyvät raskauden yliaikaistuesssa, joka johtuu pääosin lapsen koon kasvusta. (Timonen 2010)

Yliaikaisuutta esiintyy lihavilla synnyttäjillä enemmän kuin normaalipainoisilla. Stotland ym. (2007) totesivat yliaikaisuutta esiintyvän 7,3 %:lla ylipainoisista synnyttäjistä ja lihavista 7,2 %:lla. Normaalipainoisilla synnyttäjillä yliaikaisuutta esiintyi 5,4 %:lla. Caugheyn ym. (2009) aineiston mukaan laskettu aika ylittyi 59 %:lla ylipainoisista synnyttäjistä. Vastaava prosentti normaalipainoisilla oli 55 %. Todellisuudessa ylipainoisen todennäköisyys yliaikaisuuteen saattaa olla suurempi kuin tutkimuksissa todetut, sillä ylipaino lisää raskaudenaikaisia komplikaatioita, joiden vuoksi osa synnytyksistä käynnistetään ennen laskettua aikaa (Timonen 2010).

6.3 Lihavuuden vaikutus synnytyksen hoitoon

6.3.1 Ylipainoisen synnyttäjän tuomat haasteet synnytyssalissa

Ylipaino tuo monia haasteita kättilölle synnytystä hoidettaessa. Suuri rasvakudos vaikeuttaa synnytyksen aikaista seurantaa. Ulkotutkimus ja sisätutkimus vaikeutuvat sekä sikiön sydänäänten luotettava rekisteröinti KTG:llä hankaloituu.

Myöskään ultraäänellä ei aina saada tarvittavaa tietoa synnytyksen kulusta. Näistä ongelmista kerrotaan kappaleessa neljä, Ylipaino ja raskaus; ylipainon aiheuttamat diagnostiset ongelmat.

6.3.2 Ongelmat kivunlievityksessä

Kivunlievityksessä esiintyy ongelmia varsinkin niillä ylipainoisilla synnyttäjillä joiden painoindeksi on suurempi kuin 35. Näiden synnyttäjien kohdalla anestesia-*l*ä*ä*kärin tulisi ymmärtää lihavuuden fysiologiaa. Nämä odottajat myös oletettavasti hyötyvät raskaudenaikaisesta anestesiakonsultaatiosta, jossa suunnitellaan synnytyksen aikaista kivunlievitystä ja mahdollista anestesiaa. (Raatikainen ym. 2010). Suurimpia ongelmia aiheuttavat selkäpuudutukset, joiden laittaminen vaatii tarkan paikan löytämistä selkärangan alueelta. Rasvakudoksen ollessa suuri, voi oikean puudutuspaikan löytäminen olla hankalaa ja pääseminen suuren rasvakerroksen läpi voi vaatia pidempää neulaa. Näiden lisäksi oikean ja hyvän puudutusasennon löytäminen voi olla hyvinkin haasteellista ylipainoiselle naiselle. Istuma-asennossa on yleensä helpompi löytää oikea puudutuskohta, mutta asennon saaminen voi olla mahdotonta jo pelkän raskauden vuoksi ja erityisen hankalaa, jos raskaana oleva on obeesi. (Wuntakal & Hollingworth 2009). Edellä mainittujen syiden vuoksi onkin tärkeää varata ylipainoisen synnyttäjän selkäpuudutukseen riittävästi aikaa. Epiduraalikatetri olisikin mahdollisesti hyvä asettaa paikoilleen jo varhaisessa vaiheessa, mikä sektiotaapauksissa vähentäisi nukutusanestesian tarvetta ja siten vaikean intubaation aiheuttamia riskejä. Vaikea intubaatio on yleinen ylipainoisilla, etenkin paksukaulaisilla naisilla. Myös riski spinaalianestesian komplikaatioon, korkeaan spinaalipuudutukseen, lisääntyy painoindeksin suurentuessa (Raatikainen ym. 2010).

Ylipainoisilla elimistön rasvakerros voi olla suuri myös ohuilla ihoalueilla, kuten kämmenselässä. Tämä voi vaikeuttaa suonensisäisen reitin saamista (kanylointi). Suoniyhteyden saaminen on synnytyksen aikana tarpeellista ja joissakin tapauksissa välttämätöntä. (Wuntakal & Hollingworth 2009).

6.3.3 Sektoriski

Suomessa noin 16 % lapsista syntyy keisarinleikkauksella. Keisarinleikkausten määrä on maailmanlaajuisesti noussut tasaisesti. Keisarinleikkauksista noin puolet on ennalta suunniteltuja eli elektiivisiä ja toinen puolikas tehdään päivystyksellisesti. Päivystyssektion kiireellisyys vaihtelee hätäsektiosta useamman tunnin päästä aloitettavaan leikkaukseen (Uotila 2009, s. 490-494).

Keisarinleikkauksen riski ylipainoisilla odottajilla on noin kaksinkertainen verrattuna normaalipainoisiin (Vehkaoja ym. 2006). Myös erityisesti hätäkeisarinleikkausten riski on suurentunut ylipainoisilla. Keisarinleikkaukseen päätyminen johtuu ylipainoisilla usein synnytyksen hidastumisesta tai pysähtymisestä, jotka ovat ylipainoisilla yleisempiä normaalipainoisiin verrattuna (Tiitinen ym. 2000).

Ylipainoisen mahdollisuudet alatiesynnytykseen seuraavissa raskauksissa keisarinleikkauksen jälkeen ovat vähentyneet verrattuna normaalipainoisiin. (Juhasz ym. 2005). Prosentuaalinen mahdollisuus normaaliin synnytykseen keisarinleikkauksen jälkeen on normaalipainoisella 79,9 %, mutta vähenee painoindeksiin suurentuessa ja on sairaanloisen lihavilla enää vain 15 %. (Raatikainen ym. 2010)

Lihavuus altistaa äidin myös leikkaukskomplikaatioille, jotka pidentävät sairaalahoitoa ja lisäävät hoitokustannuksia. Mahdollisia komplikaatioita ovat leikkauksen aikainen verenhukka, haava-, virtsatie- ja kohtutulehdukset sekä leikkaushaavojen aukeaminen, joiden estoon yhä yleisimmin käytetään tromboosi- ja antibioottilääkitystä äidin painoindeksiin ylittäessä 30 (Raatikainen ym. 2010). Joskus raskaana olevan ylipaino voi asettaa vaatimuksia myös leikkaukspöydän koolle. Pöydän tulee kestää painavampikin synnyttävä, jotta vältetään potilaan ja henkilöstön tapaturmilta. (Wuntakal & Hollingworth 2009)

6.4 Synnytys ja laskimotukos

Laskimotukosten, tromboembolioiden, vaara lisääntyy normaalin raskauden myötä, sillä veren hyytymistäipumus lisääntyy raskauden myötä. Suurimmillaan riski on loppuraskaudesta ja synnytyksen jälkeen. Riski lisääntyy selvästi, jos synnytykseen liittyy pitkäkestoista vuoteessa oloa, infektio tai leikkaus. (Uotila 2009, s.378-379)

Lihavuus altistaa raskaana olevaa entisestään laskimotukoksille (Väyrynen 2009, s.167-168). Riski saada laskimotukos on suurin synnytyksen jälkeen, jolloin tulisikin tukoksien välttämiseksi lähteä liikkeelle mahdollisimman pian synnytyksen jälkeen. Varsinkin jalkoihin on suurempi riski saada tukos, koska raskauden ja synnytyksen aikainen paine laajentaa niiden laskimoita, jolloin laskimoihin helposti syntyy tukoksia. (Raussi-Lehto 2009 a, s.270-273)

Suomessa yleisin äitikuolemia aiheuttava syy on keuhkoembolia, joka on tromboembolisista tiloista vakavin. Selvästi yleisempää on alaraajojen pinnallisten laskimoiden tulehdukselliset tukokset, jotka eivät ole vaarallisia. Keuhkoemboliaa yleisempää on myös alaraajojen syvät laskimotukokset, jotka vaativat hoitoa. (Uotila 2009, s.378-379)

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Lihavuudesta on tullut maailmanlaajuinen epidemia ja siitä on myös tullut yleinen ongelma äitiysterveysdenhuollon piirissä. Yhä useampi hedelmällisessä iässä oleva nainen kärsii ylipainosta. Opinnäytetyömme ”Ylipaino ja raskaus” tavoitteena on kehittää ylipainoisten raskaana olevan ohjausta äitiysterveysdenhuollossa kokoamalla tuoretta tietoa ylipainon vaikutuksista naisen lisääntymisterveyteen ja raskauteen.

Tarkoituksemme on kuvata Internet-haastattelun avulla, millaisia kokemuksia ylipainoisilla naisilla on raskaaksi tulosta, raskausajasta, synnytyksestä ja saadusta ohjauksesta sekä lopulta tuottaa tietopaketti ylipainoisen raskaudesta Tampereen ammattikorkeakoulun kättilö- ja terveydenhoitajaopiskelijoille.

Opinnäytetyömme tehtävänä on selvittää:

- Ylipainosta kärsivän raskaana olevan asettamat haasteet suomalaiselle äitiyshuollolle
- Miten ylipaino voi vaikuttaa naisen hedelmällisyyteen, raskauteen ja synnytykseen
- Millaisia kokemuksia ylipainoisilla naisilla on raskausajasta
- Millaista tukea ja ohjausta he ovat kokeneet saaneensa

8 MENETELMÄKUVAUS JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen tutkimus tuo esiin laadun ja koskee merkityksiä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan todellista elämää. Kvalitatiivinen tutkimus tutkii asioita monesta näkökulmasta ja mahdollisimman monipuolisesti. Todellisuutta kuvattaessa tulee ottaa huomioon mahdollisimman moni tutkittavaan asiaan vaikuttava tekijä, jotta saadaan luotettavia tuloksia. Tämä tuo lisää haasteellisuutta laadullisen tutkimuksen tekoon. Tutkimuksessa pyritään aina objektiivisuuteen, mutta tutkijan omat näkemykset muokkaavat kuitenkin tutkimuksen suuntaa. (Hirsjärvi ym. 2000, s.151-157.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tärkeää yrittää todistaa jotain tiettyä väitettä todeksi, vaan tarkoituksena on löytää tutkimuksen avulla uusia näkökulmia. Uusien näkökulmien löytämiseen käytetään usein ihmisten omia kokemuksia, joiden mukaan tutkimuksen painopiste muovautuu koko ajan tutkimuksen edetessä. Tutkimuksen kohderyhmä valitaan tutkimuksen tarkoitukseen sopivasti, satunnaisotantaa ei laadullisessa tutkimuksessa käytetä. (Hirsjärvi ym. 2000, s.151-157.)

Usein kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston hankinnassa käytetään erilaisia metodeja, joissa tutkittavien omat mietteet ja ajatukset tulevat esille. Tällaisia metodeja ovat mm. teemahaastattelu, ryhmähaastattelu, tutkittavien erilainen havainnointi sekä erilaisten dokumenttien ja tekstien analyysit. (Hirsjärvi ym. 2000, s.151-157.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä kaiken kattaviin tuloksiin eikä mittaamiseen. Kvalitatiivinen tutkimus on kiinnostunut aineiston laadusta, ei niinkään määrästä. Laadullinen tutkimus vaatii kuitenkin vahvan teoreettinen pohjan, ettei tutkimus jää vain mielipiteiden ja oletusten varaan. (Koivula ym. 2002, s.31-32)

8.2 Aineiston keruu

Tutkimus oli kvalitatiivinen, eli laadullinen, koska aihetta tarkasteltiin äitien omien kokemusten kautta. Aineiston keruumenetelmäksi valittiin Internet – kysely, joka toteutettiin vauva.fi:n keskustelupalstalla. Nykyään monet odottavat ja jo synnyttäneet äidit jakavat kokemuksiaan ja mietteitään keskustelupalstoilla ja toivoimme, että he olisivat halukkaita jakamaan mielipiteitään ja kokemuksiaan myös meidän kyselyyn. Kysely toteutettiin avoimella kyselylomakkeella. Avoin kysely on menettelytapa, jossa vastaajat itse täyttävät heille esitetyn kyselylomakkeen, joko valvotussa ryhmätilanteessa tai kotonaan (Tuomi & Sarajärvi 2006, s. 74-76).

Vastaajien annettiin kertoa omista kokemuksistaan vapaasti omin sanoin, jolloin heillä on enemmän mahdollisuuksia tuoda julki omia ajatuksiaan sekä tunteitaan. Kohteena olivat äidit ja raskaana olevat, joiden BMI oli ennen raskautta > 30 . Vastausaikaa kyselylle annettiin neljä viikkoa. Vastaukset tulivat meille sähköpostin kautta. Tutkimuspyynnössä vastaajille taattiin vastausten pysyvän anonyymeinä ja ainoastaan meidän käytössä tätä tutkimusta varten.

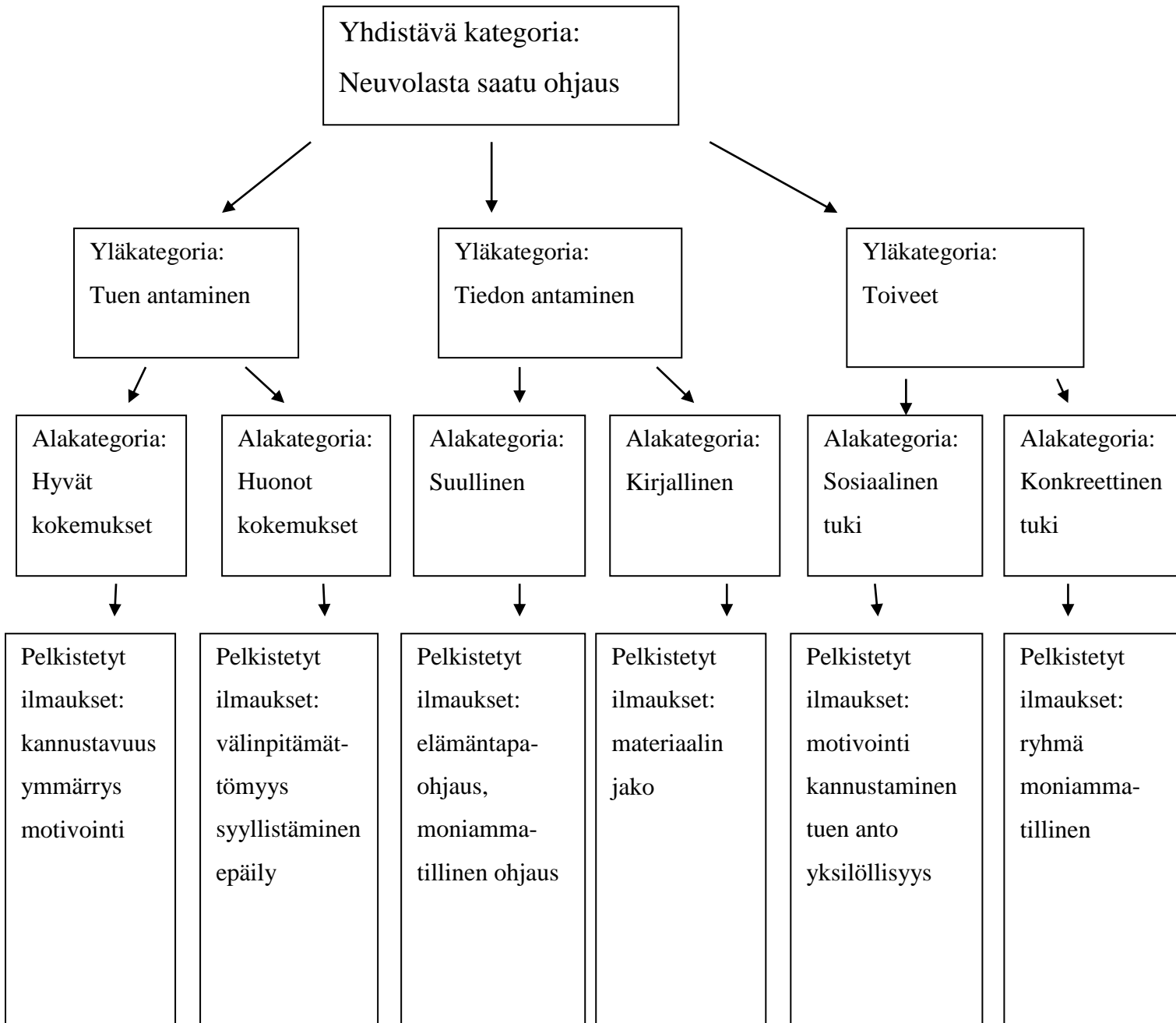
8.3 Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysia. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään kohti käsitteellistä näkemystä tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi, 2006 s.93-115)

Sisällönanalyysin tavoitteena on löytää uusia näkökulmia. Sisällönanalysoiminen jaetaan tässä työssä kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe käsittää aineistosta kiinnostavien asioiden löytämisen ja pelkistämisen. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään ja sitten muodostetaan aineistoa kokoavat käsitteet. Lopuksi tehdään johtopäätökset ja käsitellään niitä. (Tuomi & Sarajärvi, 2006 s.110-115)

Aluksi vastaukset tulostettiin sähköposteista ja niitä luettiin monta kertaa. Sen jälkeen aineistosta poimittiin alleviivaamalla kiinnostavat ilmaisut. Tässä vaiheessa työtä oli vaikeaa löytää ne asiat, jotka ovat merkityksellisiä tutkimuksen kannalta. Aineiston suorien ilmaisujen valitsemisen jälkeen ilmaisut pelkistettiin. Pelkistämisen jälkeen aineistoa alettiin ryhmitellä ensin alakategorioihin ja sen jälkeen yläkategorioihin. Lopuksi muodostettiin yläkategorioista yhdistäviä ilmaisuja. Aineisto nivoutui kolmeen eri aihealueeseen, joita olivat raskauden kulku, synnytyskokemus ja neuvolasta saatu ohjaus. Näitä aiheita avataan enemmän luvussa yhdeksän.

Malliesimerkki aineiston analysoinnista.



8.4 Tutkimuksen luotettavuus

Arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei ole löytynyt samanlaisia kriteerejä kuin määrällisessä tutkimuksessa. Määrällistä tutkimusta arvioitaessa käsitellään tutkimuksen validiteettiä, eli pätevyyttä ja reliabiliteettiä, eli toistettavuutta. Näitä arviointikriteerit eivät kuitenkaan sovellu käytettäväksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Tuomi ja Sarajärvi (2006) kirjoittavat, että tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen johdonmukaisuus korostuu. Arviointi kohdistuu aineiston keruuseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2006, s. 131-138)

Tutkimuksemme luotettavuutta tarkastellessa tulee ottaa huomioon tutkimukseemme osallistumisen vapaaehtoisuus ja vastaajien aktiivisuus, määrä sekä millaisessa ympäristössä kysely toteutettiin. Myös kyselyyn saamiemme vastausten laatu tulee ottaa huomioon.

Vastauksia saimme kyselyymme yhteensä yksitoista, joista kymmenen olivat kyselymme kriteerejä vastaavia. Määrällisesti kymmenen ei ole paljon, mutta vastaukset olivat laadultaan laajoja, koska vastaajat käsitelivät aihetta kattavasti. Kun kysely toteutettiin Internetin keskustelupalstalla, oli siihen vastaaminen luonnollisesti vapaaehtoista. Internet-kyselyyn vastaajat ovat usein kiinnostuneita aiheesta, joten he haluavat aktiivisesti jakaa kokemuksiaan. Omia kokemuksia jakamalla vastaajat toivovat kehittävänsä aihetta ja tuomaan siihen uusia näkökulmia. Internet-kyselyn heikkona puolena voi nähdä sen, että siinä voi jäädä arvokasta tietoa pois, joka tulisi esille mm. henkilökohtaisen haastattelun yhteydessä. Internetin välityksellä tapahtuva kysely antaa mahdollisuuden suurellekin määrälle ihmisiä jakaa kokemuksiaan, sekä luo myös rauhallisen ja turvallisen paikan vastata kyselyyn, kun vastaaminen tapahtuu omassa kotiympäristössä. Toisaalta toinen puoli taas tällaisessa kyselytavassa on, ettei olla välittömässä kontaktissa vastaajaan, jolloin ei voida olla varmoja vastausten totuudenmukaisuudesta.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Kohderyhmä ja taustatekijät

Opinnäytetyön aihe käsittelee arkaa, mutta ajankohtaista ilmiötä. Tämä vaati myös vastaajilta oma-aloitteisuutta sekä halua muuttaa suhtautumista ylipainoon ja sen tuomiin ongelmiin. Aiheen arkuuden takia vastauksien määrä oli suhteellisen pieni.

Kuten on jo mainittu, saimme käyttökelpoisia vastauksia yhteensä kymmenen. Etsimme vastaajia, joiden BMI oli yli 30 ennen raskautta. Vastaajien BMI vaihteli välillä 30 – 44. Kahdeksan vastaajista ilmoitti raskaushistoriansa. Näistä puolet oli ensisynnyttäjiä ja puolet uudelleensynnyttäjiä.

Monet vastaajista olivat kärsineet ylipainosta jo vuosia ennen raskaaksi tuloa. Osalla äideistä oli taustalla monien vuosien ajan kestänyttä yritystä tulla raskaaksi. Taustalta löytyi mm. PCOS, keskenmenoja ja hedelmöityshoitoja. Muutama vastaajista oli saanut laihdutettua, jonka jälkeen hedelmöittyminen onnistui. Vastausten joukosta löytyi myös muutama, jotka kokivat raskaaksi tulon olleen helppoa ja onnistuneen siinä nopeasti ylipainosta huolimatta.

9.2 Raskauden kulku

Raskausaikaa käsittelevistä asioista muodostuu yhdistävä ilmaus Raskauden kulku. Tämä ilmaus yhdistää jo aiemmin muodostuneet yläkategoriat, joita olivat raskaaksi tulo, raskauden ajan ongelmat ja kokemukset raskaudesta.

Raskaaksi tulo. Yläkategoria muodostuu yhdestä alakategoriasta, joka käsittelee raskaaksi tulon taustatekijöitä. Kuusi vastaajista koki raskaaksi tulon olleen helppoa, eikä ylipainolla koettu olevan siihen mitään vaikutusta. Kuitenkin kolmen vastaajan raskaaksi tulon taustalla oli painonpudotus, jonka jälkeen raskaus alkoi.

”...painoni kyllä hankaloitti raskautumistani ja pienellä laihdutuksella sain hormonitoimintani toimimaan paremmin ja tulin raskaaksi.”

Vastaajista kaksi oli kärsinyt vuosia kestäneestä lapsettomuudesta, jonka takia toinen äideistä oli hakenut apua hedelmöityshoidoista. Vastauksista nousi esille, että ylipainon tiedettiin vaikuttavan hedelmällisyyteen ja vaikeuttaen näin raskaaksi tulemistä. Kolmella vastaajista oli häiriintynyt kuukautiskierto, jonka taustalla oli mm. PCO-syndrooma.

Raskauden ajan ongelmat koostuvat niin fyysisistä kuin psyykkisistäkin puolista. Fyysisinä ongelmina koettiin erilaisia tuki - ja liikuntaelinvaivoja, esim. selkäsärkyä, nivusten kovaa kipua aiheuttava löystyminen. Jo ennestään olevat liikakilot ja niiden tuomat fyysiset haasteet ovat rasitus elimistölle, jotka voivat lisääntyä raskausajan fyysisten muutosten myötä. Osalla fyysinen kuormittavuus ei kuitenkaan vaikeuttanut raskausajan fyysisistä vointia.

”Varmasti olo olisi ollut kevyempi kun maha kasvoi, jos olisin ollut valmiiksi laihempi.”

”Ehkä kroppani oli tottunut kantamaan raskasta taakkaa siinä määrin, ettei olo muuttunut olennaisesti enää huonommaksi...”

Raskautta komplisoivat erilaiset sairaudet, kuten raskausdiabetes, jota esiintyi neljän vastaajan raskauksista. Neljän vastaajan raskaus eteni yliaikaiseksi, mutta myös vakava ennenaikaisuuden uhka (rv 25 alkaen) vaikeutti yhden vastaajan loppuraskautta. Vastaajilla esiintyi myös kovaa ja pitkään kestävää pahoinvointia sekä hepatoosia. Kahdella vastaajista raskaus oli päättynyt keskenmenoon. Keskenmeno vaikuttaa myös odottajan psyykkiseen hyvinvointiin.

”Fyysisistä vaivoista ehkä pahin oli nivusten löystyminen. Välillä ihan pelkkä kävely toi vedet silmiin...”

”Molemmissa raskauksissa on ollut ongelmaa verensokerin kanssa.”

Raskausaika on kaikille odottajille psyykkisesti herkkää aikaa. Kahdeksan vastaajista kertoi olon olleen uupunut ja raskas raskauden aikana. Erilaisina psyykkisinä ongelmina esiintyi mm. väsymystä, stressiä ja unettomuutta. Kolme vastaajista koki mm. verensokeriseurannan ja tarkan ruokavalion noudattamisen raskausdiabeteksen vuoksi hankalaksi ja stressiä aiheuttavaksi. Lisäksi jännitettiin muiden suhtautumista ylipainoiseen odottajaan.

”Omaa raskausdiabetestani on hoidettu ruokavaliolla, joka on varsinkin stressitilanteissa joskus supervaikeaa.”

”Hankalaa siinä oli ehkä kellon kanssa syöminen ja jatkuva mittaaminen.”

Kokemukset raskausajasta jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin. Kahdeksan vastaajista koki raskausajan positiivisena ja sen sujuneen hyvin, vaikka osalla esiintyi joitakin raskausajan fyysisiä ongelmia. Kahdelle odottajista raskausdiabeteksen tuoma ruokavalion noudattaminen oli helppoa, ja näin kokemus raskausajasta jäi positiiviseksi. Minäkuvan muuttuminen ylipainoisesta odottajaksi helpotti kolmea äitiä näkemään raskauskilot positiivisena asiana, eikä näin ollen ainainen toive laihtumisesta ollut ajankohtainen.

”Peilistäkään ei katsonut takaisin mikään ryhävalas siihen verrattuna mitä aikaisemmin olin ollut, maha vain kasvoi kauniisti ja se teki painoasian tavallaan hyväksytyimmäksi. Hassu ajatus, mutta kerrankin oli elämässä sellainen hetki, ettei tarvinnut ajatella varsinaista painon pudottamista lainkaan!”

Negatiivisia kokemuksia raskausajalta on jättänyt odottajan sairastama raskausdiabetes ja sen vaikea hoito. Viisi vastaajista koki jollain tasolla olonsa raskaaksi ja kömpelöksi, joka vaikutti yleiseen jaksamiseen. Tämän vuoksi koko raskausajasta jäi hieman negatiivinen muisto. Kahta vastaajista harmitti, ettei raskaus näkynyt ylipainon vuoksi ulospäin kuin vasta viimeisillä viikoilla.

9.3 Synnytyskokemus

Synnytyskokemus muodostuu synnytystä ja synnytyksen jälkeistä aikaa yhdistäväksi tekijäksi. Synnytys jakaantuu siihen liittyviin ongelmiin ja synnytyksen kokemiseen. **Ongelmia synnytykseen liittyen** tuli synnytyksen käynnistymisessä. Kolmella vastaajista synnytys ei käynnistynyt, joten raskaus eteni yliaikaiseksi ja synnytys jouduttiin käynnistämään. Vastaajilla esiintyi myös pitkittynyttä synnytyksen kestoa. Synnytyksiä olivat hankaloittaneet vauvan laskeutumattomuus ja äidin exhaustio eli väsyminen synnytykseen.

Synnytys koettiin pääosin normaalina ja sujuneen ilman ongelmia. Eräällä vastaajalla ilmeni kovaa pelkoa toista synnytystä kohtaan, kun edellisestä synnytyksestä oli jäänyt huono kokemus.

”Nyt tässä toisessa raskaudessa...suunniteltuun sektioon aiemman KAMALAN yliaikaisuus - ja synnytyskokemuksen perusteella.”

Synnytyksen jälkeinen aika jakautuu äidin ja vastasyntyneen vointiin. **Äidit** kokivat, että synnytyksen jälkeen fyysinen palautuminen alkoi huonosti ja vei aikaa. Neljä vastaajista uskoi, että imetyksen aikana laihtuu ja synnytyksen jälkeinen aika motivoi liikkumaan, mutta pettymys oli suuri, kun näin ei tapahtunutkaan. Viisi äideistä kuitenkin koki synnytyksestä palautumisen normaalina.

”Ylipaino saattoi vaikeuttaa kunnon kohentumista, koska aluksi lyhyetkin kävelylenkit väsyttivät minua.”

Vastasyntyneen vointi ja terveys huolestutti suurinta osaa äideistä. Neljä vastaajista kertoi vauvan painon. Kaksi vauvoista oli yli 4,5 kiloa, ja kolme vauvoista kärsi hypoglykemiasta eli matalista verensokerista. Nämä vauvat joutuivat erityistarkkailuun, jonka vuoksi kotiin pääsy viivästy.

”Vauva kasvoi liian isoksi, 4.5kg ja oli muutaman päivän ihan raato, tarvitsi sokeria, happea, nenämahaletkua yms.”

9.4 Neuvolasta saatu ohjaus

Vastaajat olivat saaneet hyvin eritasoista ohjausta äitiysterveysthuollossa. Pääosin terveydenhoitajiin oltiin tyytyväisiä, mutta ohjauksen määrä olisi äitien mielestä kovin vähäistä. Kuusi äideistä kuitenkin koki, ettei ollut saanut minkäänlaista ohjausta eikä ylipainoon puututtu lainkaan.

Neuvolasta saatu ohjaus koostui tuen antamisesta, tiedon antamisesta sekä äitien toiveista. **Tuen antaminen** jakautuu hyviin ja huonoihin kokemuksiin. Hyvänä tuen antamisena koettiin terveydenhoitajan kannustava ja positiivinen suhtautuminen asiakkaaseen. Positiivisena koettiin myös terveydenhoitajan ymmärtäväinen eikä lainkaan syyllistävä ote raskaana olevana ylipainoon. Huonona tukena koettiin terveydenhoitajan välinpitämätön suhtautuminen raskaana olevan ylipainoon ja ongelmiin. Välinpitämättömyyttä kuvastaa se, ettei kuusi vastaajista ollut saanut minkäänlaista tukea ja ohjausta ylipainosta raskausaikana tai synnytyksen jälkeen. Neuvolalääkäri nousi kolmen vastaajan kertomuksesta esille negatiivisessa mielessä, koska lääkärin puuttuminen ylipainoon koettiin syyllistävänä ja loukkaavana. Eräs odottaja kertoi myös kokeneensa hoitotaholta epäilyä liittyen painonhallintaan.

”Mielestäni olen neuvolassa saanut juuri sen verran ohjausta painoasiassa, kun olen tarvinnut. Th on tukenut ja kannustanut, mutta ei ole tyrkyttänyt eikä painostanut millään tavalla painoon liittyvissä asioissa.”

”Neuvolalääkäri sen sijaan ei osannut suhteuttaa asioita ihan oikealla tavalla, vaan kohteli minua varsin epäkunnioittavasti, osoittaen selvästi eleillään ja ilmeillään ettei uskonut terveellisiin elämäntapoihini.”

Tiedon antaminen. Tietoa saatiin sekä kirjallisena että suullisena. Vaikka tietoa saatiin, kahdeksan vastaajista ei kuitenkaan kokenut saatua tietoa laadukkaaksi tai hyödylliseksi. Tietoa annettiin suullisesti ruokavalioon ja liikuntaan liittyen. Yksi vastaajista oli saanut ohjausta ja tietoa myös ravitsemusterapeutilta, jolloin taustalla oli moniammatillinen hoitoryhmä. Neljä äideistä taas oli saanut kirjallista tietoa esim. ruokavaliolen muodosssa, joka jäi heillä ainoaksi ylipainoon liittyväksi ohjaukseksi.

Vaikka neuvolassa vastauksien perusteella jaetaan suhteellisen paljon kirjallista ohjemateriaalia, vastaajat kertovat, että tiedon anto jää vain tähän, eikä ohjaus siten ole yksilöllistä, jokaisen asiakkaan omat tarpeet huomioon ottavaa tai laadukasta.

”En saanut minkäänlaista ohjausta ylipainosta raskauden aikana...”

”Saamani ohjeet olivat kaikki sinänsä hyviä, toimivia, käytännönläheisiä ym., mutta tapa antaa ne tosi ymmärtämätön.”

Toiveet. Seitsemän saamistamme vastauksista sisälsi toiveita kannustavasta ohjauksesta ja painoon liittyvästä motivoinnista, jossa ei kuitenkaan asiakasta syyllistetä. Toiveet kuvastivat selkeästi sitä, mikä vastaajien omasta ohjauksesta oli jäänyt puuttumaan. Vastaajat toivoivat yksilöllistä ohjausta, niin tuen kuin tiedonkin antamisessa. Lisäksi yksi vastaaja olisi toivonut jotakin ryhmällistä toimintaa, jossa ylipainoiset odottajat olisivat voineet jakaa kokemuksiaan ja näin saaneet vertaistukea toisiltaan.

”Ohjaukselta toivoisin enemmän ymmärrystä siitä, miltä potilaasta tuntuu ruokavalion noudattaminen.”

”Olin mielelläni osallistunut raskausaikana ylipainoisten ryhmään, jossa olisi yhdessä liikuttu ja saatu ohjausta...”

9.5 Johtopäätökset

Vastausten perusteella käy ilmi, että ylipainoisen raskauteen liittyy monia ongelmia ja haasteita. Ongelmista huolimatta raskaus koetaan pääosin iloisena ja positiivisena asiana. Monet vastaajistamme olivat sitä mieltä, että ylipaino oli vaikeuttanut raskautta ja he kokivat huolta miten ylipainon vaikuttaa heidän omaan jaksamiseen ja raskauteen sekä millaisia vaikutuksia ylipainolla voi olla syntyvään lapseen.

Ohjaukseen liittyen johtopäätöksinä voidaan pitää ohjauksen yksipuolisuutta, ja ettei ohjauksessa oteta huomioon asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. Eniten vastauksista nousi esille kannustamisen, tuen antamisen ja motivoinnin tarve raskausaikana.

”Varsinkin raskauden herkässä tilassa kannustuksella ja positiivisella asenteella voidaan tehdä ihmeitä!”

10 POHDINTA

Opinnäytetyömme aiheeksi valikoitui lihavuus ja raskaus. Emme halunneet kuitenkaan rajata työtämme käsittelemään pelkkää raskausaikaa, vaan halusimme tietää myös ylipainon vaikutuksista raskaaksi tuloon, synnytykseen sekä hieman lapsivuodeaikaan. Aihe kiinnostaa meitä molempia ja sen takia työtä oli helppo ja mukava työstää. Ylipainon vaikutusta naisen elimistöön ja raskauteen on tutkittu paljon ja löysimme useita niin kotimaisia kuin ulkomaalaisiakin tutkimuksia ja artikkeleita. Monet lähteistämme ovat varsin tuoreita, sillä aihe on hyvin ajankohtainen ja lisääntyvä ongelma kansakunnassamme. Aiheen ajankohtaisuuden vuoksi se herättää paljon kiinnostusta niin tutkijoiden kuin maallikkojenkin keskuudessa.

Ylipaino on jatkuva puheenaihe yhteiskunnassa ja kättilön työssä törmäämme ongelmaan päivittäin. Jo opiskeluaikana olemme huomanneet aiheen ajankohtaisuuden ja tärkeyden. Lihavuus aiheuttaa paljon sairauksia ja ongelmia potilaille, ja näin kuormittaa terveydenhuoltoa. Monet sairaaloissa hoidettavista ylipainoisista potilaista kärsivät myös ylipainon tuomista liitännäissairauksista, jotka olisivat estettävissä painonhallinnalla. Vaikka tietoisuus ylipainon aiheuttamista sairauksista ja ongelmista on lisääntynyt herää kysymys, miksi ongelma ei ole pienentynyt, vaan päinvastoin lisääntynyt suuresti? On myös ihmeellistä, että vaikka ravitsemustietoisuus lisääntyy, ja kaikki mediat syöttävät uusinta tutkimustietoa kansalle, niin siltikään ongelma ei väisty. Uutena ongelmana ovat tulleet entistä lihavimmat potilaat, jotka tarvitsevat jo hoidossaan aiempaa suurempia sänkyjä ym. hoitotarvikkeita. Sairaalloisen lihavat ovat myös riski hoitohenkilökunnalle, sillä heidän siirtämisensä yksiköstä toiseen ei enää ole niin helppoa.

Kättilön työssä lihavuus tulee vastaan entistä useammin ja vaatii tietoisuutta ylipainon vaikutuksista ja asiaan paneutumista. Ylipainosta kärsivillä odottajilla on entistä enemmän raskautta komplisoivia ongelmia. Neuvolan kättilöt ja terveydenhoitajat ovat avainasemassa ohjaukseen liittyvissä asioissa. Ylipainoisen naisen kohtaaminen voi tuntua hankalalta, ja onkin vaativaa. Hoitosuhteelta vaaditaan tietynlaista kemian löytymistä, jotta vaikean asian puheeksi ottaminen olisi helpompaa.

Raskausaika on kuitenkin usein monille odottajille helppoa aikaa muutoksille, sillä kannustimena toimii oma syntyvä vauva. Neuvolassa tulisi rohkeasti ottaa asia puheeksi ja kannustaa uusiin ja terveellisiin elämäntapoihin. Näin kirjoitettuna ylipainon puheeksi ottaminen kuulostaa hyvinkin yksinkertaiselta, mutta todellisuudessa aiheen ollessa näin arka ja henkilökohtainen, jää usein ohjaus vain pelkäksi yleiskatsaukseksi eikä todellista muutosta näin ollen pääse syntymään. Tuntuu, että suurin osa hoitohenkilökunnasta sivuuttaa ylipainon tuomat haasteet, eikä tartu asian ytimeen kunnolla. Tutkimustulostemme perusteella on huomattavissa, että ylipaino on arka aihe, eikä asiaa neuvoloissa juurikaan oteta esille. Myös toiveita erilaisista puuttumiskeinosta tuli esille vastauksia lukiessamme, joten tuntuu, että kohdeyleisö olisi varsin vastaanottavainen muutosehdotuksille.

Teoriaosa on yleinen katsaus lihavuuteen raskausaikana. Teoriaosasta olisi toki saanut paljon laajemmankin, sillä aiheesta löytyy paljon tietoa ja moni asia liittyy läheisesti ylipainoon. Työn pituuteen olemme pääosin tyytyväisiä, sillä käsitelimme juuri niitä asioita, joita työtä aloittaessamme suunnittelimme. Nyt jälkeenpäin ajateltuna aihetta olisi voinut vieläkin enemmän rajata pienemmäksi, jolloin olisi helpompi keskittyä syvemmin koko kirjoitettavaan aiheeseen. Käytimme työssämme laadullista tutkimusmenetelmää, sillä halusimme tietää miten ylipainoiset synnyttäjät ovat kokeneet raskausaikansa ja millaista ohjausta he ovat saaneet. Pohdimme millainen kyselykaavake auttaisi meitä tutkimuksessamme kaikkein parhaiten ja päädyimme melko avoimeen kyselyyn. Tässä vastaajilla oli tilaa tuoda esille omia kokemuksiaan, ja näin vältettäisiin mahdollisesti oikea- ja väärävastaus ajattelutapaa. Korostimme omien kokemusten tärkeyttä, ja olimme kiinnostuneet niistä. Mielestämme kysely oli onnistunut, sillä saimme hyviä ja laajoja vastauksia. Toisaalta joissakin vastauksista olisi tarvittu vielä täsmentäviä lisäkysymyksiä, joita ei tällaisessa kyselyssä ollut mahdollista tehdä. Kyselyn toteuttamisessa tarvittiin myös meidän aktiivisuutta, jotta kysely pysyi keskustelupalstan ensimmäisillä sivuilla nähtävissä. Aluksi tarkoituksena oli laittaa kysely useammalle sivustolle, mutta teknisten häiriöiden vuoksi tämä ei kuitenkaan onnistunut.

Kehittämistehtävänä alussa meillä oli suunnitelmana tehdä Internet-sivu, josta raskaana olevat odottajat saisivat oikeaa ja ajantasaista tietoa ylipainon vaikutuksista raskauteen. Lopulta päädyimme kuitenkin tekemään Moodle-materiaalin koulumme kätilö- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden käytettäväksi. Koemme tämän olevan parempi ratkaisu, sillä työssämme keskityimme ohjaukseen. Näin ollen tämän päivän opiskelijat hyötyvät materiaalista, ja kehittävät tulevaisuudessa ohjauksen laatua sekä saavat eväitä ylipainoisen odottajan kohtaamiseen.

Työtä tehdessä nousi välillä mieleen erilaisia kysymyksiä, joista osa sopisi hyvin myöhempien tutkimusten aiheiksi. Meitä jäi kiinnostamaan, miten kätilöt kokevat sen, kun hoitavat ylipainoista raskaana olevaa ja synnyttäjää. Olisi mielenkiintoista tietää millaisia ajatuksia kätilöiltä nousisi esille. Myös mietityttää, tiedostavatko kaikki ylipainoiset odottajat omien mahdollisten ongelmien liittyvän juuri ylipainoon. Tuntuu, että moni ylipainoinen nainen kieltäytyy uskomasta itse voivansa vaikuttaa raskauden etenemiseen ja omaan jaksamiseen painonhallinnan kautta. Toki on myös normaalipainoisia, joilla ilmenee samoja ongelmia, mutta riski sairastua on ylipainoisilla kuitenkin suurempia. Mielenkiintoista olisi tietää myös ylipainon vastakohtan, eli alipainon vaikutuksista raskauteen. Sekin on suuri komplikaatioiden aiheuttaja sekä haaste äitiyshuollolle. Eräässä vastauksessa toivottiin erilaisia ryhmätoimintamuotoja, jotka helpottaisivat painonhallintaa raskausaikana ja sen jälkeen. Tällaisen toiminnallisen ryhmän järjestäminen olisi esimerkiksi oiva idea kehittämistehtävälle.

LÄHTEET

Aikuisen lihavuuden Käypähoito -suositus 2007. Luettu 25.5.2010.
<http://www.kaypahoito.fi>

Fogelholm, M. 2006. Vyötärön ja lantion ympärysmittat. Teoksessa Mustajoki, P. Fogelholm, M. Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus, ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Hämeenlinna: Duodecim, 51-54.

Heinonen, S. 2011. Raskauden jälkipuoliskon verenvuodot. Teoksessa Ylikorkala, O., Tapanainen, J. Naistentaudit ja synnytykset. Hämeenlinna. Duodecim. s. 435-437.

Heiskanen, N. LT, Naistentautien- ja synnytysklinikka, KYS. Pre-eklampsia. Asiantuntijakirjoitus. Luettu 8.1.2011.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino Oy. s.151-157.

Huda, S., Brodie, L. & Sattar, N. Obesity in pregnancy: prevalence and metabolic consequences. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 2010;15(2):70-76.

Jarvie, E., & Ramsay, J. Obstetric management of obesity in pregnancy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 2010; 15(2):83-88.

Juhasz, G. Gyamfi, C. Gyamfi, P. Tocce, K. & Stone, JL. 2005 Effect of body mass index and excessive weight gain on success of vaginal birth after cesarean delivery. Luettu 15.9.2010.
http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2005/10000/Effect_of_Body_Mass_Index_and_Excessive_Weight.13.aspx

Kantola, T., Pellas, E. & Tinkanen, H. 2010. Lihavuus ja lisääntymisterveys. Tays Keskiviikkomeeting 17.2.2010.

Kaukua, J. 2006. Lihavuus, laihduttaminen ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. Teoksessa Mustajoki, P. Fogelholm, M. Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus, ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Hämeenlinna: Duodecim, 39-48.

Kervinen, K. 2010. Raskausdiabetes herättää terveisiin tapoihin vain hetkeksi. Yle uutiset. Luettu 9.1.2011.
http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2010/03/raskausdiabetes_herattaa_terveellisiin_tapoihin_vain_hetkeksi_1479468.html

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible – Opas opinnäytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1. s.31-32.

Koivunen, R. & Morin-Papunen, L. Insuliiniresistenssi ja lisääntymisterveys. Duodecim 2002;118(5):509-515.

Koivunen, R. & Morin-Papunen, L. 2002. Insuliiniresistenssi ja hedelmättömyys. Aikakauskirja duodecim, 2002;118(5):509-515.

Käypä hoito. 2011. Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Suomen Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Duodecim.

Käypä hoito. 2008. Raskausdiabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkäriineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Duodecim.

Laivuori, H. & Ylikorkala, O. 2004. Pre-eklampsia ja muu raskaudenaikainen verenpaineen nousu. Teoksessa Ylikorkala, O., Tapanainen, J. Naistentaudit ja synnytykset. Hämeenlinna. Duodecim. s.430-439.

Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2009;125(21):2314 Metabolinen oireyhtymä ja enneaikainen synnytys. 2009. Luettu 28.11.2010.

Martikainen, H. & Laatikainen, T. 2004. Hirsutismi ja virilismi. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. s.110-117.

McDonald, S. Han, Z. Mulla, S. & Beyene, J. 2010. Owerweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses. *British Medical Journal* 2010;341:c3428.

Metwally, M., Li, T.C & Ledger, W.L. Complications of Obesity. The impact of obesity on female reproductive function. *Obesity reviews* 2007; 8: 515-523.

Mustajoki, P. Ylipaino. 2007. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. 2. painos. Hämeenlinna: Duodecim, 10-15.

Mustajoki, P. 2010 a. Vyötärölihavuus. Luettu 3.9.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00890

Mustajoki, P. 2010 b. Lihavuus. Luettu 30.10.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042

Mustajoki, P. 2010 c. Ylipaino ja lihavuus -lyhyt potilasohje. Luettu 28.8.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01033

Mustajoki, P. 2010 d. Metabolinen oireyhtymä. Luettu 30.11.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045

Pohjolainen, T. 2010. Nivelrikko. Luettu 30.8.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00673

Raatikainen, K. & Heinonen, S. 2006. Lihavuus on vaaraksi raskaudelle. *Aikakauskirja Duodecim*, 2006;122(20):2421-2

Raatikainen, K. 2009. Lihavuus vaarantaa lapsenteon. Artikkelin Savon Sanomat 7.2.2009. Päivitetty 7.2.2009. Viitattu 3.11.2011.
<http://www.savonsanomat.fi/uutiset/savo/lihavuus-vaarantaa-lapsenteon/355066>

Raatikainen, K. Härmä, K. & Randell, K. 2010. Ylipainoisen raskaus. Suomen lääkärilehti, 12/2010 vsk 65 1103-1108.

Raskausdiabeteksen käypä hoito-suositus. 2008.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnut/khp00076>

Raussi-Lehto, E. 2009 a. Lapsivuoteisen perustarpeista huolehtiminen. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 270-273.

Raussi-Lehto, E. 2009 b. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 225-232.

Raussi-Lehto, E. 2009 c. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 240-243.

Rissanen, A. & Fogelholm, M. 2006. Aikuisten lihavuus Suomessa ja muualla. Teoksessa Mustajoki, P. Fogelholm, M. Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus, ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Hämeenlinna: Duodecim, 14-23.

Saarikoski, S. 2004. Yliaikainen raskaus. Teoksessa Ylikorkkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 427-429.

Savonia amk. 2009. Raskaudenaikaisia häiriöitä – raskausmyrkytys eli pre eklampsia. <http://www.tervesuomi.fi/fi/julkaisu/11627>

Stefanovic, V. 2007 a. Uhkaava ennenaikainen synnytys. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 398-407.

Stefanovic, V. 2007 b. Pre-eklampsia. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 408-415.

Suomen Kätilöliitto, 2004. ”Laatua kätilötyöhön – kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet”. Raportti. Luettu 16.11.2011.

http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

Taipale, P. 2009. Sikiödiagnostiikka. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 340-348.

Teramo, K., Kaaja, R. & Leinonen, P. 2004. Diabetes ja raskaus. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. s.531-541.

Teramo, K. Kaaja, R. & Leinonen, P. 2004. Makrosomia. Teoksessa Ylikorkkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 538.

Tiitinen, A. Rissanen, A. & Mustajoki, P. 2000. Lihavuus ja naisen lisääntymisterveys. Aikakauskirja Duodecim, 2000;116(5):495-501.

Tiitinen, A. 2010. Makrosomia (poikkeavan kookas sikiö). Luettu 20.12.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00875

Timonen, S. 2010. Kun laskettu aika on ohi. Aikakauskirja Duodecim, 2010;126(7):773-9.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino oy, 74-76, 93-115, 131-138.

Uotila, J. 2009. Ennenaikainen synnytys. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 430-431.

Uotila, J. 2009. Keisarinleikkaus. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 490-494.

Uotila, J. 2009. Tromboemboliset sairaudet ja trombofilia. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 378-379.

Uotila, J. 2009. Yliaikainen raskaus. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 431-432.

Uusitupa, M. 2003. Aineenvaihdunnan ja ravitsemuksen häiriöt. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim, 208-215

Uusitupa, M. 2003. Diabetes. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim, 216-225.

Uusitupa, M. 2006. Lihavuus ja terveys. Teoksessa Mustajoki, P. Fogelholm, M. Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus, ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Hämeenlinna: Duodecim, 24-37.

Vehkaoja, L-I. Gardberg, M. & Laakkonen, E. 2006. Synnyttäjien painoindeksin jakauma ja ylipainon vaikutus synnytyksen kulkuun. Suomen lääkärilehti, 39/2006 vsk 61 3955-3958.

Virkamäki, A. 2009. Insuliiniresistenssi ja metabolinen oireyhtymä. Luettu 28.8.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01101

Vuori, E. & Gissler, M. 2010. Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti.

Vuori, E. & Gissler, M. 2011. Perinataalitulostatot – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2010. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita. Helsinki.

Väyrynen, P. 2009. Kätilötyön etiikka. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, s.35-36

Väyrynen, P. 2007. Ylipaino ja naisen terveys. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 167-168.

Weiss, JL., Malone, FD., Emig, D., Ball, RH., Nyberg DA., Comstock, CH., Saade, G., Eddleman, K., Carter SM., Craigo, SD., Carr, SR. & D'Alton, ME. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate – A population-based screening study- American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004;190(4):1091-1097.

Wuntakal, R. & Hollingworth, T. The implications of obesity on pregnancy. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive medicine. 2009;19(12): 344-349.

Äimälä, A-M. 2009. Kätilö naisen tukijana. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, s 39-40

Äimälä, A-M. 2007. Verenvuoto raskausaikana. Teoksessa Paananen. Pietiläinen. Raussi-Lehto. Väyrynen. & Äimälä. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 385-386.

LIITTEET

Liite 1

Opinnäytetyö-kysely aiheesta Ylipaino ja raskaus

Hei, olemme kaksi kättilöopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta, ja teemme opinnäytetyötä ylipainon vaikutuksista hedelmällisyyteen, raskauteen ja synnytykseen liittyen. Tavoitteenamme on kehittää tämän kyselyn avulla raskaudenaikana annettavaa ohjausta. Kyselyyn etsimme raskaana olevia tai jo synnyttäneitä naisia, joiden BMI on yli 30. Jos et tiedä omaa BMI:täsi, tässä laskukaava:

$\text{paino (kg)} / (\text{pituus (metreinä)} \times \text{pituus (metreinä)})$

esim. paino 75kg, pituus 162 cm kaava on: $75 / (1,62 \times 1,62)$

Haluaisimme kuulla Sinun omia kokemuksiasi siitä, miten korkea BMI on mielestäsi vaikuttanut raskaaksi tulemiseen, raskausaikaasi ja/tai synnytykseesi.

Olemme myös kiinnostuneita kuulemaan saamastasi ohjauksesta, tai millaista ohjausta olisit toivonut saavasi raskausaikana liittyen opinnäytetyöemme aiheeseen.

Vastatessasi toivomme Sinun kertovan omin sanoin kokemastasi. Vastauksia käytämme ainoastaan opinnäytetyöhömmä ja ne pysyvät anonyymeinä. Kaikki kokemasi on arvokasta tietoa ja jokainen vastaus on meille tärkeä. Toivomme vastaustasi 1.1.2012 mennessä. Vastaukset voit lähettää sähköpostina osoitteeseen henna.e.lamminpaa@piramk.fi tai tytti.salminen@piramk.fi

Kiitos avustasi ja mielenkiinnostasi aihetta kohtaan!

Henna Lamminpää & Tytti Salminen
Kättilöopiskelijat, TAMK