



Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022

Tuovi Hakulinen
Kirsi Otronen
Maria Kuronen (toim.)

OHJAUS



Ohjaus 24/2017

Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022

*Tuovi Hakulinen, Kirsi Otronen,
Maria Kuronen (toim.)*



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Rodeo

Taitto: Taittotalo PrintOne

ISBN 978-952-302-948-4 (painettu)

ISBN 978-952-302-949-1 (verkkojulkaisu)

ISSN 2341-8095 (painettu)

ISSN 2323-4172 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-949-1>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Helsinki, 2017

ESIPUHE

Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022 on jo toinen laaja-alainen imetyksen edistämisen ohjelma Suomessa. Ohjelman on laatinut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asettama Imetyksen edistämisen seurantaryhmä. Toimintaohjelman tarkoituksena on linjata imetyksen edistämistyötä ja sen keskeisenä tavoitteena on nostaa Suomi imetyksen kärkimaaksi. Toimintaohjelma nojaa vahvasti WHO:n suosituksiin ja kansainväliseen tutkimusnäyttöön. Samalla huomioidaan tärkeät kansalliset suositukset ja ohjeet, kuten ravitsemussuositukset ja lasten kasvun seuranta.

Toimintaohjelmassa esitetään Vauva- ja perhemyönteisyysohjelman jalkauttamista Suomen äitiys- ja lastenneuvoloihin yhdenmukaistamaan ja tehostamaan imetyksen edistämistä perusterveydenhuollossa.

Toimintaohjelma on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisille, jotka tapaavat työssään lasta odottavia ja lapsen saaneita perheitä, ja heidän esimiehilleen. Ohjelmasta hyötyvät myös kouluttajat, tutkijat ja opiskelijat. Lisäksi toimintaohjelma soveltuu sosiaalialan työntekijöille ja järjestöille sekä seurakunnille, jotka edistävät lasta odottavien ja pientä lasta kasvattavien perheiden hyvinvointia. Toimintaohjelmasta hyötyvät myös oppivelvollisuusikäisten ja toisen asteen koulutuksen edustajat. Toimintaohjelmaa ei voida toteuttaa ilman johdon sitoutumista ja laaja-alaista yhteistyötä, ja siksi päättäjillä ja johtavassa asemassa olevilla viranhaltijoilla on vastuu ohjelman tavoitteiden ja toimenpiteiden toteuttamisesta.

Saimme toimintaohjelman luonnokseen arvokkaita kommentteja 17 taholta. Kiitämme lämpimästi kaikkia Imetyksen edistämisen toimintaohjelman laatimiseen osallistuneita asiantuntemuksesta ja yhteistyöstä!

Helsingissä 12.10.2017

Kansallinen imetyksen edistämisen seurantaryhmä

KIRJOITTAJAT

Kansallinen Imetyksen edistämisen seurantaryhmä:

Tuovi Hakulinen, puheenjohtaja, tutkimuspäällikkö, dosentti,
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

Kirsi Otronen, sihteeri, osastonhoitaja, imetyškouluttaja,
Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto/Neuvola- ja perhetyö

Arja Lyytikäinen, ravitsemusterapeutti,
Valtion ravitsemusneuvottelukunnan pääsihteeri

Arja Lång, lehtori, imetyškouluttaja

Kaija Mikkola, lastentautien erikoislääkäri, neonatologi

Anitta Nykyri, kättilö, imetyškouluttaja, IBCLC

Kirjoittajat:

Bildjuschkin, Katriina

Hakulinen, Tuovi

Heimonen, Aura

Kivilaakso, Nina

Kolanen, Heta

Lyytikäinen, Arja

Lång, Arja

Mikkola, Kaija

Mäkinen, Niina

Nykyri, Anitta

Otronen, Kirsi

Pelkonen, Marjaana

Salo, Jarmo

Stranius, Leo

Vainikka, Lotta

Virtanen, Suvi

TIIVISTELMÄ

Tuovi Hakulinen, Kirsi Otronen, Maria Kuronen. Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ohjaus 24/2017. 128 sivua. Helsinki 2017.

ISBN 978-952-302-948-4 (painettu); ISBN 978-952-302-949-1 (verkkojulkaisu)

Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022 esittää tutkimuksen ja muiden suositusten pohjalta kansallisia imetyssuosituksia. Toimintaohjelmassa on kahdeksan osatavoitetta: 1) tukea lapsen terveen kasvun ja kehityksen edellytyksiä varhaisravitsemuksen osalta, 2) parantaa äitien ja perheiden valmiuksia ja mahdollisuuksia imettää lastaan toivomustensa mukaisesti, 3) pidentää imetyksen ja täysimetyksen kestoa Suomessa WHO:n suositusten tasolle, 4) kaventaa imetyksessä esiintyviä sosioekonomisia eroja, 5) lisätä väestön tietoa imetyksen terveyshyödyistä ja tavoista edistää imetystä sekä edistää myönteistä suhtautumista imetykseen, 6) lisätä eri ammattilaisten ja toimijoiden yhteistyötä imetyksen edistämiseksi, 7) vahvistaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä tukemalla imetystä ja 8) tukea kestävää kehitystä.

Rintamaito riittää useimmille normaalipainoisina syntyneille lapsille ainoaksi ravinnoksi ensimmäisen kuuden kuukauden ajan. Täysimetystä suositellaan 4–6 kuukauden ikään saakka. Lapsen pääasiallinen ruoka on rintamaito kuuden kuukauden ikään saakka. Kiinteä ruoka suositellaan aloitettavaksi maisteluannoksilla 4–6 kuukauden välillä lapsen valmiuksien mukaan. Suosituksessa esitetään uusinta tutkimustietoa rintamaidon terveysvaikutuksista lapselle ja imetyksen hyödyistä äidille. Toimintaohjelmassa käsitellään tutkimusnäytön perusteella imetyksen erityistilanteita kuten esimerkiksi ennen aikaisena syntyneen lapsen imetystä, äidin tupakointia ja päihteiden käyttöä sekä psyykkistä sairautta tai oiretta. Äidin imety luottamus vaikuttaa imetyksen aloitukseen ja sen jatkumiseen, joihin myös puolison ja muiden läheisten sekä julkisen palvelujärjestelmän tuki vaikuttavat.

Sairaalan ja neuvolan yhdenmukainen imetysohjaus on erittäin tärkeää ja sitä tukee Vauvamyönteisyysohjelma. Vauvamyönteisyysohjelman auditointeja on toistaiseksi tehty vain synnytyssairaaloissa. Suomessa on neljä sertifikaatin saanutta sairaalaa vuonna 2017, mutta moni sairaala on osoittanut kiinnostuksensa vauvamyönteisyysohjelman mukaisiin toimintakäytänteisiin. Pohjoismaissa Norjassa on otettu käyttöön perusterveydenhuollon vauvamyönteisyysohjelma, ja sen avulla on saatu hyviä tuloksia imetyksen edistämässä. Imetysohjaus aloitetaan jo raskauden alussa äitiysneuvolassa ja ohjausta annetaan kaikille raskaana oleville. Raskausaikana ohjauksen tavoitteena on imetystä koskevien tietojen lisääntyminen ja positiivisen asenteen vahvistaminen, mikä tukee täysimetystä. Imetysohjaus aloitetaan äitiysneuvolan vastaanottokäynnillä ja se jatkuu kotikäynnillä sekä perhevalmennuksessa. Riskiryhmien tunnistaminen auttaa kohdentamaan ohjausta niille, jotka sitä eniten tarvitsevat kuten ensisynnyttäjille, teinivanhemmille, yksin lasta odottaville, maa-

hanmuuttajille ja tupakoitsijoille sekä niille, joilla on ollut aiemmin imetyksessä ongelmia.

Synnytyssairaalassa jatketaan äitiysneuvolassa aloitettua samansuuntaista, yksilöllistä imetysohjausta. Imetyksen käynnistämiseksi vastasyntynyt laitetaan varhaiseen ihokontaktiin ja ensi-imetykseen pyritään tunnin sisällä syntymästä. Synnytyksen jälkeinen imetysohjaus jatkuu synnyttäneitä perheitä hoitavilla vierihoito-osastoilla ja ohjausta annetaan kaikille synnyttäneille. Ympärivuorokautinen vierihoito, lapsentahtinen imetus ja tutittomuus tukevat imetystä. Lisämaidon antaminen ilman lääketieteellistä syytä vähentää täysimetyksen kestoa. Sairaalaan kotiutuaessa perheellä tulee olla tieto imetyksen turvamerkeistä, joiden avulla on mahdollista arvioida, saako vastasyntynyt riittävästi ravintoa. Kotiutuksen yhteydessä on tärkeää varmistaa tiedonkulku sairaalan ja neuvolan välillä. Osassa synnytyssairaloita toimii imetyspoliklinikka, josta on saatavilla imetystukea.

Lastenneuvolassa annetaan imetysohjausta kaikille perheille. Neuvolan terveydenhoitaja ottaa yhteyttä perheeseen 1–3 päivän kuluttua kotiutumisesta, viimeistään vauvan ollessa viikon ikäinen ja sopii kotikäynnistä, jossa varmistetaan imetyksen sujuminen. Myös perhe voi ottaa yhteyttä neuvolaan vauvan synnyttyä sovitun käytännön mukaisesti. Tehostettua imetysohjausta annetaan erityistä tukea tarvitseville. Tukikeinoja ovat esimerkiksi lisäkäynnit neuvolaan, puhelintuki, imetyspoliklinikan vastaanottokäynnit, vertaistuki ryhmätapaamisissa ja imetysohjaajan kotikäynnit sekä paikallisista imetystukiryhmistä tiedottaminen.

Imetysohjaajakoulutus on lisääntynyt sekä kättilö- että terveydenhoitajakoulutuksessa verrattuna vuoden 2009 tilanteeseen. Perustietoja imetyksestä sisältyy lääketieteen ja hammaslääketieteen lisensiaatin, ravitsemusterapian/ravitsemustieteen ja suuhygienistin koulutukseen satunnaisesti. Lasta odottavia ja lapsen saaneita perheitä hoitavissa organisaatioissa tulee olla riittävä määrä imetysohjaajia asiantuntijoina. Työpaikoilla tulee järjestää säännöllisesti henkilökunnan lisä- ja täydennyskoulutusta imetyksestä. Terveydenhuollon työntekijä voi koulututtaa imetyškouluttajaksi tai imetyksen asiantuntijaksi suorittamalla kansainvälisen imetyksen asiantuntijakoulutuksen IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) -tutkinnon. Vuoden 2017 ensimmäisellä puoliskolla Suomessa oli 14 edellä mainitun tutkinnon suorittanutta imetyksen asiantuntijaa.

Imetyksen toteutumista on seurattava säännöllisin väliajoin. Suomen imetystilanteen seurantatutkimukset on vakiinnutettava määräväuosittain tehtäväksi. Myös erillistutkimuksia tarvitaan esimerkiksi eri väestöryhmien varhaisravitsemuksen selvittämiseksi, jotta pystytään räätälöimään ravitsemusneuvontaa asiakasperheiden tuen tarpeisiin ja vähentämään eriarvoisuutta. On tärkeää selvittää erilaisten interventioiden (esim. informaatio- ja terveysteknologia) vaikutuksia imetykseen ja sen määrään. Myös systemaattisille katsauksille on tarvetta, koska niiden avulla on mahdollista saada arvioitua ja luotettavaa tietoa leviämään nopeasti käytäntöön tukemaan tutkimusnäyttöön perustuvaa työtä imetyksen edistämässä.

Tulevaisuudessa imetyksen toteutumista on mahdollista seurata ja arvioida äitiys- ja lastenneuvolan sähköisten potilaskertomustietojen ja rekistereiden (esim.

syntymärekisteri, Avohilmo) avulla. Synnytyssairaaloissa on tärkeää seurata lisämaidon antamista ja imetysohjauskäytäntöjä. WHO:n ja Unicefin Vauvamyönteisyysohjelma auttaa synnytyssairaaloita laadun arvioinnissa. Tulevaisuudessa myös neuvoloiden Vauva- ja perhemyönteisyysohjelmaa voidaan käyttää toiminnan kehittämisessä ja laadun arvioimisessa.

SAMMANDRAG

Tuovi Hakulinen, Kirsi Otronen, Maria Kuronen. Kansallinen imetyksen edistäminen toimintaohjelma vuosille 2018–2022. [Publikations namn på svenska]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Handledning 24/2017. 128 sidor. Helsingfors, Finland 2017. ISBN 978-952-302-948-4 (tryckt); ISBN 978-952-302-949-1 (nätpublikation)

Det nationella handlingsprogrammet för att främja amning 2018–2022 lägger fram nationella amningsrekommendationer som bygger på forskning och andra rekommendationer. Handlingsprogrammet har åtta delmål: 1) att stödja förutsättningarna för en sund uppväxt och utveckling hos barnet med fokus på spädbarnskosten, 2) att förbättra mammans och familjens färdigheter och möjligheter att amma barnet efter eget önskemål, 3) att förlänga amningstiden och helamningen i Finland till den nivå som WHO rekommenderar, 4) att minska de socioekonomiska skillnaderna i amningen, 5) att öka befolkningens kunskap om amningens hälsofördelar och olika sätt att underlätta amning och att främja en positiv inställning till amning, 6) att öka samarbetet mellan olika yrkespersoner och aktörer för att främja amning, 7) att stärka det arbete som främjar hälsan och välfärden genom att stödja amning och 8) att stödja en hållbar utveckling.

För de flesta barn med normal födelsevikt räcker modersmjölken som enda näring under de första 6 månaderna. Helamning rekommenderas ända fram till 4–6 månaders ålder. Bröstmjolk är barnets primära kost fram till 6 månaders ålder. Rekommendationen är att barnet börjar få smakportioner av fast föda vid 4–6 månaders ålder, beroende på barnets förutsättningar. Handlingsprogrammet lyfter fram de nyaste forskningsrönen om bröstmjölakens hälsoeffekter på barnet och amningens fördelar för mamman. Med utgångspunkt i forskningsrön tar handlingsprogrammet upp särskilda amningssituationer, till exempel amning av för tidigt födda barn och mammans rökning, alkohol- eller drogbruk, psykiska sjukdomar eller symtom. Hur amningen kommer igång och hur den fortsätter beror på mammans tilltro till amningen, men också stödet av partnern, andra närstående och det offentliga service-systemet påverkar.

Det är mycket viktigt att sjukhuset och rådgivningen har en enhetlig amningshandledning, vilket får stöd av initiativet till amningsvänliga sjukhus. Auditeringar enligt initiativet har tills vidare genomförts endast på förlossningssjukhus. År 2017 har fyra sjukhus i Finland certifikatet, men många sjukhus har visat intresse för att införa praxis enligt initiativet till amningsvänliga sjukhus. Bland de nordiska länderna har Norge infört initiativet inom primärvården, vilket har gett goda resultat i det amningsfrämjande arbetet. Amningshandledningen inleds redan i början av graviditeten vid mödrarrådgivningen och ges till alla gravida kvinnor. Under graviditeten syftar amningshandledningen till att öka kunskapen om amning och att stärka en positiv inställning, vilket också främjar helamning. Amningshandledningen inleds vid besöken på mödrarrådgivningen och fortsätter på hembesöken och vid fa-

miljetränningen. När riskgrupper identifieras kan handledningen riktas till dem som har det största behovet, såsom förstföderskor, tonåriga föräldrar, mammor som väntar barn ensamma, invandrare och rökare, liksom också de som tidigare haft problem med amningen.

På förlossningssjukhuset fortsätter samma individuella amningshandledning som inletts på mödrarådgivningen. För att amningen ska komma igång får det nyfödda barnet tidigt komma i hudkontakt, och den första amningen ska helst ske redan inom en timme efter förlossningen. Efter förlossningen fortsätter amningshandledningen på avdelningarna för samvård av familjer som fått barn, och handledning ges till alla som fött barn. Samvård dygnet runt, amning som följer barnets rytm och undvikande av napp stödjer amningen. Om tilläggsmjölk ges utan medicinsk anledning leder det till att helamningstiden blir kortare. Vid utskrivningen ska familjen känna till tecknen på en trygg amning som gör det möjligt att avgöra om den nyfödda får tillräckligt med näring. I samband med utskrivningen är det viktigt att säkerställa att information förmedlas mellan sjukhuset och rådgivningen. Vissa förlossningssjukhus har en amningspoliklinik som ger stöd för amningen.

Vid barnrådgivningen får alla familjer amningshandledning. Rådgivningens hälsovårdare kontakter familjen 1–3 dagar efter utskrivningen, senast när babyn är en vecka gammal, och kommer överens om ett hembesök under vilket man försäkrar sig om att amningen fungerar. I enlighet med överenskommen praxis kan också familjen ta kontakt med rådgivningen efter att barnet fötts. Intensifierad amningshandledning ges till dem som har ett behov av särskilt stöd. Stödformer är till exempel extra besök på rådgivningen, stöd per telefon, besök på amningspolikliniken, gruppträffar med personer i samma situation, hembesök av en amningshandledare och information om lokala amningsstödgrupper.

Utbildningen i amningshandledning har ökat inom både barnmorske- och hälsovårdarutbildningen sedan år 2009. Grundläggande kunskaper om amning ingår oregelbundet i utbildningen av medicine och odontologie licentiater, utbildningen i näringsterapi/näringslära och utbildningen av munhygienister. Sådana organisationer som vårdar familjer som väntar barn och familjer som fått barn ska ha tillräckligt många amningshandledare bland sina experter. Arbetsplatsen ska regelbundet ordna fortbildning och kompletterande utbildning i amning för personalen. Anställda inom hälso- och sjukvården kan bli amningshandledare eller amningsexperter genom att utbilda sig till internationellt certifierade amningskonsulter IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant). Under det första halvåret av 2017 fanns det 14 amningsexperter med ovan nämnda examen i Finland.

Amningen måste följas upp regelbundet. De undersökningar som följer upp amningen i Finland bör etableras som regelbundet återkommande undersökningar. Också separata undersökningar behövs till exempel för att utreda spädbarnskosten i olika befolkningsgrupper så att kostrådgivningen ska kunna skraddarsys efter klientfamiljernas stödbehov och så att ojämlikheten ska kunna minskas. Det är viktigt att klarlägga effekterna av olika interventioner (t.ex. informations- och hälsoteknologi) på amningen och dess omfattning. Det behövs också systematiska översik-

ter, eftersom de ger möjlighet att snabbt sprida granskad och tillförlitlig information som stöd för det evidensbaserade amningsfrämjande arbetet i praktiken.

I framtiden är det möjligt att följa upp och utvärdera amningen med hjälp av mödra- och barnrådgivningarnas elektroniska journalhandlingar och register (t.ex. registret över födelser, Avohilmo). Vid förlossningssjukhusen är det viktigt att följa upp användningen av tilläggsmjölk och praxis kring amningshandledning. WHO:s och Unicefs initiativ till amningsvänliga sjukhus hjälper förlossningssjukhusen vid kvalitetsbedömningen. I framtiden kan också rådgivningarnas program för amnings- och familjevänlig verksamhet användas vid utvecklingen av verksamheten och vid kvalitetsbedömningen.

SANASTO

Ensi-imetyks	Tunnin sisällä syntymästä toteutuva imetyks.
Ensimmäito, kolostrum	Ensimmäitoa muodostuu ensimmäisen kahden vuorokauden aikana synnytyksestä. Ensimmäito sisältää lukuisia infektiolta suojaavia tekijöitä.
Hörpytyks	Lisämaidon antamista vauvalle lääkeimitalla tai pienellä mukilla.
Imetyksen tukeminen	Terveydenhuollon ammattilaisen, vertaisen tai läheisen henkilön kannustus tai tuki imettämiseen ja sen jatkumiseen.
Imetysohjaus	Kontekstisidonnaista toimintaa, jossa terveydenhuollon ammattilainen (ohjaaja) ja äiti ja toinen vanhempi (ohjattava) ovat aktiivisessa ja vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksen tavoitteet ja sisältö rakentuvat yhteistyössä ohjaajan ja ohjattavan kesken ja perustuvat parhaaseen ajantasaiseen tietoon ja hyvään käytäntöön.
Lapsentahtinen imetyks	Lapsi määrää imetystiheyden ja imemiskerran keston. Lapsi säätelee itse syömäänsä maitomäärää.
Luovutettu äidinmaito, pankkimaito	Äidinmaitokeskuksen käsittelemä pastöroitu terveiden äitien luovuttama rintamaito, jonka turvallisuus on varmistettu infektioestauksin.
Lääketieteellinen lisämaito	Lääketieteellisestä syystä annettu lisämaito, jonka tulee ensisijaisesti olla äidin omaa lypsymaitoa tai tarvittaessa luovutettua rintamaitoa tai äidinmaidonkorviketta.
Osittainen imetyks	Lapsi saa rintamaidon ohella kiinteää ruokaa (maisteluannoksina, soseateriana tai sormiruokana), äidinmaidonkorviketta, vieroitusvalmistetta, imeväiselle tarkoitettua kliinistä ravintovalmistetta, velliä tai vettä.
Rintamaito-ruokinta	Ravitsemuksena rintamaito, joka voi olla äidin omaa tuore- tai pakastemaitoa tai luovutettua rintamaitoa, jonka lapsi saa joko imetettynä, pullosta tai muulla tavoin annettuna. Tuoremaidolla tarkoitetaan rintamaitoa, joka on imetty suoraan rinnasta tai säilytetty jääkaapissa enintään 2–3 vuorokautta.
Täysimetyks	Lapsi saa ravintona vain rintamaitoa joko imettämällä tai lypsettynä. Lisäksi lapselle voidaan antaa ravintolisävalmisteita kuten D-vitamiinia. ¹
Vauvantahtinen/ tahdistettu pulloruokinta.	Pulloruokinnassa jäljitellään luontaista imemisen rytmiä tauoin, mikä antaa vauvalle mahdollisuuden syödä haluamansa määrän maitoa siihen tahtiin kuin itse kokee hyväksi.

¹ WHO 2003

Sisällys

Esipuhe	3
Kirjoittajat	4
Tiivistelmä.....	5
Sammandrag	8
Sanasto	11
1. Suomi imetyksen kansainväliseksi kärkimaaksi.....	15
1.1 Johdanto	15
1.2 Toimintaohjelman tarkoitus ja tavoitteet.....	17
1.3 Kansalliset imetyssuositukset	18
1.4 Imetyksen edistämistä koskevat säädökset ja kansainväliset suositukset.....	20
1.5 WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälinen markkinointikoodi	22
1.6 Imetys ja kestävä kehitys	25
1.7 Imetys suomalaisessa yhteiskunnassa	26
2. Imetyksen edistämisen seuranta ja arviointi	30
3. Rintamaitoruokinta.....	34
3.1 Rintamaidon koostumus.....	34
3.2 Rintamaidon terveysvaikutukset imeväiselle	35
3.2.1 Rintamaito suojaa infektioilta	35
3.2.2 Rintamaito ja ravitsemus	36
3.2.3 Rintamaidon vaikutus kognitiiviseen kehitykseen.....	36
3.2.4 Rintamaito ja imeväisikäisen kasvu.....	37
3.2.5 Rintamaito ja pitkäaikaissairaudet.....	38
3.2.6 Rintamaidon terveysvaikutukset keskosena syntyneille.....	39
3.3 Imetyksen terveysvaikutukset äidille.....	40
3.4 Imetys ja suun terveys	40
4. Lapsen liittyviä imetyksen erityistilanteita.....	45
4.1 Vastasyntyneen kuivuman ehkäisy	45
4.2 Kireä kieli- ja huulijänne	46
4.3 Keltaisuus	47
4.4 Ennenaikaisena syntyneen lapsen imetys	48
5. Äitiin liittyviä imetyksen erityistilanteita.....	53
5.1 Korvikemaitoruokinta ja äitien psyykinen tukeminen.....	53
5.2 Imetyksen lääketieteelliset vasta-aiheet	54
5.3 Tupakka ja alkoholi	56
5.4 Äidin psyykinen sairaus tai oire	57
5.5 Raskausdiabetes ja imetys.....	58

6.	Imettävä perhe	61
6.1	Imetysluottamus	61
6.2	Puolison ja muiden läheisten tuki imetyksessä ja vauvan hoidossa	62
6.3	Yöimetys	64
6.4	Ehkäisy imetyksen aikana	65
6.5	Monikulttuurinen perhe ja imetys	66
7.	Sairaalan ja neuvolan Vauvamyönteisyysohjelmat	72
7.1	Synnytyssairaalan vauvamyönteisyysohjelma	72
7.2	Neuvolan vauva- ja perhemyönteisyysohjelma	73
7.3	Vauvamyönteisyysohjelman toteutumisen seuranta ja arviointi	75
8.	Imetysohjaus julkisessa palvelujärjestelmässä	78
8.1	Jatkuvuus	78
8.2	Imetysohjaus äitiysneuvolassa	80
8.3	Imetysohjaus synnytyssairaalassa	83
8.4	Imetysohjaus lastenneuvolassa	88
8.5	Onnistuneen imetystuen edellytyksiä	91
8.6	Imetysohjausta tukeva kirjallinen aineisto	94
9.	Kansalaisjärjestöt imetyksen tukemisessa	99
10.	Imetyškoulutus terveydenhuollon peruskoulutuksessa	102
10.1	Imetysohjaaajakoulutus kätilö- ja terveydenhoitajakoulutuksessa	102
10.2	Imetysopetus muussa terveydenhuollon koulutuksessa	105
11.	Tutkimushaasteet	110
	Liitteet	112
	Liite 1. Tavoitteen ”Suomi imetyksen kärkimaaksi” saavuttamiseksi ehdotetut tavoitteet, toimenpidekokonaisuudet ja seuranta, arviointi sekä vastuutahot	112
	Liite 2. 10 askelta onnistuneeseen imetykseen	114
	Liite 3. Neuvolan Vauva- ja perhemyönteisyysohjelma – neuvolan 7 askelta	115
	Liite 4. Näyttöön perustuvan imetysohjauksen kehittäminen terveydenhuollon palveluketjussa Oulun seudulla	120
	Liite 5. Golden Hour – varhaisen ihokontaktin toteuttaminen äidin ja vastasyntyneen välillä sektiossa	121
	Liite 6. Kohti vauvamyönteisenpää Pirkanmaata	123
	Liite 7. Imetyspoliklinikat	125
	Tukiaineistot	127
	Esimerkkejä imetystä tukevista materiaaleista	127
	Raskauden aikainen imetysohjaus	127
	Imetysohjaus ensimmäisinä viikkoina syntymän jälkeen	127
	Imetysohjaus vauvan kasvaessa	128

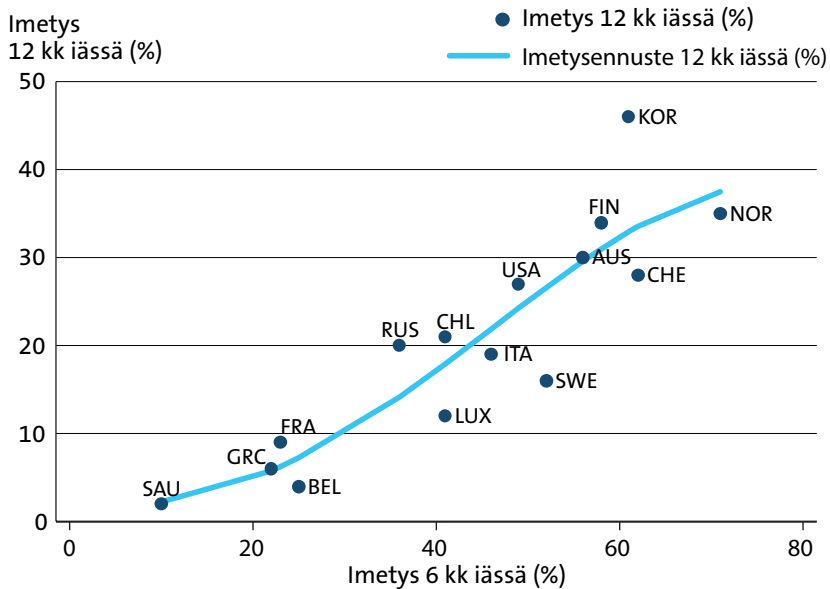
1. SUOMI IMETYKSEN KANSAINVÄLISEKSI KÄRKIMAAKSI

1.1 Johdanto

Tuovi Hakulinen

Imetyksen edistäminen on yksi tehokkaimmista ja vaikuttavimmista keinoista edistää lasten ja imettävien äitien terveyttä (Victora ym. 2016). WHO (2016) painottaa imetyksen edistämistä ja oikea-aikaista ruokintaa tarttuvien tautien, pitkäaikaissairauksien ja lihavuuden ehkäisyssä. Pitkäkestoinen imetys suojaa muun muassa myöhemmältä ylipainolta ja tyypin 2 diabetekselta (Horta ym. 2015). Kansalliset imetyssuositukset ohjaavat aloittamaan imetyksen tunnin sisällä lapsen syntymästä ja täysimetttämään lasta 4–6 kuukautta. Turvallisten ja ravitsemuksellisesti täysipainoisten kiinteiden ruokien antaminen aloitetaan maisteluannoksina 4–6 kuukauden iässä lapsen valmiuksien mukaan ja imetystä jatketaan yhteen ikävuoteen asti ja perheen niin halutessa myös pidempään. (VRN 2016.) WHO:n vastaavat suositukset ovat täysimetus 6 kuukauden ikään ja kiinteiden ruokien aloittaminen 6 kuukauden iässä sekä imetyksen jatkaminen kahteen ikävuoteen saakka (WHO 2016).

Vuonna 2010 Suomessa puolen vuoden ikää lähestyvistä lapsista 66 % oli imettyjä ja 9 % täysimetettyjä. Noin vuoden iässä runsas kolmannes sai vielä rintamaitoa. (Uusitalo ym. 2012.) Vuosina 2009–2011 lapsia imetettiin keskimäärin 7–8 kuukautta ja täysimetyksen kesto oli keskimäärin kaksi kuukautta (Vaarno 2016). Suomi on Euroopan tilastoissa kolmannella sijalla (kuvio 1) pitkään imettävistä maista (Victora ym. 2016). Suomessa haasteena on tukea varhaisvaiheen imetyksen käynnistymistä ja täysimetyksen toteutumista vähintään neljään kuukauteen saakka (VRN 2016).



Kuvio 1. Ennustava (prediktiivinen) malli siitä, miten imetys 6 kuukauden kohdalla ennakoii imetystä 12 kuukauden kohdalla teollistuneissa maissa. (Maalyhenteet: SAU: Saudi-Arabia, GRC: Kreikka; FRA: Ranska, BEL: Belgia, RUS: Venäjä, LUX: Luxembour, CHL: Chile, ITA: Italia, SWE: Ruotsi, USA: Yhdysvallat, AUS: Australia, FIN: Suomi, CHE: Sveitsi; KOR: Etelä-Korea, NOR: Norja) Lähde: The Lancet, Vol. 387, Cesar G Victora, Rajiv Bahl, Aluisio J D Barros, ym. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Webappendix s. 22. 2016. Julkaistu Elsevierin luvalla.

Vuodesta 1994 lähtien suomalaisissa synnytyssairaaloissa on voitu ottaa käyttöön WHO:n ja Unicefin vuonna 1989 julkaisema Vauvamyönteisyysohjelma ja sen osana vuonna 1991 julkaistu 10 askelta onnistuneeseen imetykseen (Stakes 1994). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisi ensimmäisen kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman vuonna 2009. Ohjelman laatimisesta vastasi Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä vuosina 2007–2009. Vuodesta 2010 alkaen Kansallinen imetyksen edistämisen seurantaryhmä on tukenut ja seurannut toimintaohjelman toteutumista. Toimintakaudella 2016–2018 ryhmän tehtävinä ovat olleet Vauvamyönteisyysohjelman kansallinen soveltaminen ja kehittäminen, toteutumisen seuranta ja koordinointi, kansallisen imetystilanteen seuranta ja ehdotusten tekeminen imetyksen edistämiseksi tutkimusnäyttöön perustuen. Ryhmän ajankohtaisena ja konkreettisena tehtävänä on ollut Vauvamyönteisyysohjelman auditoinnit synnytyssairaaloissa ja imetyksen edistämisen toimintaohjelman uudistaminen.

Auditointia hakevien sairaaloiden määrä on lisääntynyt ja uusia sairaaloita on sertifioitu vauvamyönteisiksi sairaaloiksi viime vuosina. Myönteisestä kehityksestä huolimatta suurin osa vastasyntyneistä saa lisämaitoa jo ensimmäisinä elinpäivinänsä sairaalassa (Koskinen ym. 2014). Vuonna 2016 toteutetun synnytyssairaaloitten

asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan perheet toivovat parempaa imetystukea. Sairaaloiden tarjoama imetystuki koetaan vähäiseksi ja ristiriitaiseksi. (Sainio 2017.)

Imetyksen edistämisen toimintaohjelma on tukenut myös neuvoloita imetyksen edistämässä. Myös neuvoloiden imetysohjaus kaipaa tehostamista (Sainio 2017). Suomessa vauvamyönteisyysohjelman jalkauttaminen äitiys- ja lastenneuvoiloihin ei ole toteutunut suunnitellusti. Yhtenä syynä tähän on ollut se, että kansallista imetyскоordinaattoria ei ole nimetty.

Sosioekonomisten tekijöiden vaikutukset näkyvät erityisen selvästi imetyksen yleisyydessä ja onnistumisessa. Havaittuja eroja imetyksen kestossa selittää erityisesti äidin koulutus. Ylimpään koulutusryhmään kuuluvista äideistä 80 % imettää lasta kuuden kuukauden iässä, mutta matalampaan koulutusryhmään kuuluvista vain 20 %. (Uusitalo ym. 2012.) Muita imetyksen kestoa selittäviä tekijöitä ovat äidin ikä, taloudellinen asema ja vähemmistökuultuuriin kuuluminen. Käytännössä kaikki raskeana olevat, synnyttäneet ja imettävät äidit tarvitsevat imetysohjausta. Suomessa on kattava neuvolaverkosto ja lähes kaikki perheet käyttävät julkisen terveydenhuollon palveluita, jolloin on mahdollista vaikuttaa riskiryhmien imetykseen. Riskiryhmien tunnistaminen auttaa kohdentamaan imetysohjausta erityisesti niille ryhmille, jotka sitä eniten tarvitsevat.

1.2 Toimintaohjelman tarkoitus ja tavoitteet

Tuovi Hakulinen, Kirsi Otronen

Tämä uusi Imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022 on laadittu kansainvälisten tutkimusten ja toimenpideohjelmien perusteella. Eri luvuissa esitetään toimenpiteitä, joilla imetystä voidaan tukea sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä yhteiskunnassa laajemminkin. Toimintaohjelmassa korostetaan imetyksen terveyshyötyjä imettävälle äidille ja lapselle sekä vauvaperheen hyvinvoinnille. Lisäksi ohjelmassa painotetaan imetyksen edistämisen yhdenmukaisia käytänteitä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Ohjelma luo perustan Vauvamyönteisyysohjelman toteuttamiselle ja Vauvamyönteisyysertifikaatin saannille Suomessa. Toimintaohjelmassa tehdään ehdotuksia ammattihenkilöstön valmiuksien edistämiseksi, imetyksen kansalliseksi seuraamiseksi ja imetystä koskevan tutkimuksen edistämiseksi. Imetyksen edistämässä on tärkeää nimetä kuntiin ja tuleviin maakuntiin vastuutahot.

THL seuraa imetyksen toteutumista ja Imetyksen edistämisen toimintaohjelman toteutumista Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) vastaa sosiaali- ja terveyspolitiikkaa koskevan lainsäädännön (ml. imetyksen edistäminen) valmistelusta, suunnittelusta, päätöksenteosta ja toimeenpanosta sekä vastuullaan olevan politiikan valvonnasta ja ohjauksesta.

Imetyksen edistämisen toimintaohjelman vuosille 2018–2022 tavoitteena on nostaa Suomi imetyksen kärkimaaksi. Tämä edellyttää kansallista koordinaatiota,

tilastointia ja yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Erityisen tärkeää on ottaa huomioon meneillään oleva sote-uudistus. Kunnat ja tulevat maakunnat tarvitsevat imetyksen edistämisen työn tueksi kansallisia linjauksia. Suomessa tarvitaan vahvempaa sitoutumista imetyksen edistämiseen kansallisella tasolla siten, että imetys nostetaan vahvan tutkimusnäytön perusteella kuntien terveyden edistämisen suunnitelmiin. Täysimetyksen tulee olla yksi hyvinvointikertomuksen indikaattoreista, jolloin imetyksen toteutumista on mahdollista seurata säännöllisesti. Tavoitteena on myös luoda kansallisen tason imetyksen edistämisen strategia (liite 1).

Uudistetun toimintaohjelman keskeiset linjaukset:

- Yhtenäisiä, tutkimusnäyttöön perustuvia imetysohjauksen käytäntöjä edistetään äitiys- ja lastenneuvolassa ja synnytys- ja sairaalassa sekä muissa lapsia ja perheitä hoitavissa toimintayksiköissä.
- Imetyksen edistämistyössä toimivien ammattihenkilöiden osaamista vahvistetaan.
- Tarvittavat paikalliset, alueelliset ja kansalliset rakenteet imetyksen edistämiseksi luodaan yhteistyössä eri ammattilaisten ja toimijoiden kanssa.

Toimintaohjelman tavoitteena on:

- tukea lapsen terveen kasvun ja kehityksen edellytyksiä varhaisravitsemuksen osalta
- parantaa äitien ja perheiden valmiuksia ja mahdollisuuksia imettää lastaan toivomustensa mukaan
- pidentää täysimetyksen ja imetyksen kestoa Suomessa
- kaventaa imetyksessä esiintyviä sosioekonomisia eroja
- lisätä väestön tietoa imetyksen terveyshyödyistä ja tavoista edistää imetystä sekä edistää myönteistä suhtautumista imetykseen
- lisätä eri ammattilaisten, kansalaisjärjestöjen ja muiden toimijoiden yhteistyötä imetyksen edistämiseksi
- vahvistaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä tukemalla imetystä
- tukea kestävästä kehityksestä.

Tavoitteen ”Suomi imetyksen kärkimaaksi” saavuttamiseksi ehdotetaan osatavoitteita, toimenpiteitä ja vastuutahoja.

1.3 Kansalliset imetyssuosituks

Arja Lyytikäinen, Suvi Virtanen

Äidinmaito riittää ainoaksi ravinnoksi ensimmäisten kuuden kuukauden ajan

Täysimetystä suositellaan 4–6 kuukauden ikään saakka. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan lapsiperheiden ruokasuositusten (VRN 2016) mukaan lapsen pääasial-

linen ruoka on rintamaito kuuden kuukauden ikään saakka. Kiinteät ruoat suositellaan aloitettavaksi maisteluannoksilla 4–6 kuukauden iässä. Kiinteiden ruokien aloittamisen ohella imetystä suositellaan jatkettavaksi ainakin vuoden ikään ja perheen niin halutessa myös tätä pidempään. Äidinmaito riittää ainoaksi ravinnoksi ensimmäisten kuuden kuukauden ajan useimmille normaalipainoisina syntyneille lapsille D-vitamiinia lukuun ottamatta. Kaikille lapsille tarjotaan kiinteitä ruokia viimeistään kuuden kuukauden iässä ja tällöin ne ovat ravitsemuksellisesti tarpeen rintamaidon lisäksi. (VRN 2016).

Maisteluannokset aloitetaan monipuolisesti 4–6 kuukauden iässä

Kiinteät ruoat suositellaan aloitettavaksi maisteluannoksilla (lusikankärjellisestä muutamaan teelusikalliseen) 4–6 kuukauden välillä lapsen valmiuksien mukaan. Maisteluannoksina annetut kiinteät ruuat eivät syrjäytä imetyskertoja, vaan rintamaito on edelleen lapsen pääasiallinen ravinto. Alle puolivuotiaalle maisteluannokset annetaan imetyksen jälkeen, ja lapsentahtista imetystä jatketaan samoin kuin tätä ennen. Imeväiselle 4–6-kuukauden iässä tarjottavat maisteluannokset ovat niin pieniä, että niillä ei vielä ole ravitsemuksellista merkitystä. Sen sijaan puolen vuoden iästä lähtien kaikki lapset tarvitsevat rintamaidon ohella kiinteitä ruokia kasvun ja kehityksen turvaamiseksi.

Sopiva maisteluannosten aloitusikä riippuu vauvan yksilöllisestä kehityksestä ja valmiuksista. Lapsi on motoriselta kehitykseltään valmis maistelemaan kiinteitä ruokia, kun hän pystyy kannattamaan päätään ja koordinoimaan silmiä ja käsiä. Valmiuksia kuvaa myös se, että lapsi osoittaa kiinnostusta muiden ruokailemista kohtaan ja seuraa katseellaan muiden syömistä sekä kurottelee ruokia. Toisilla vauvoilla nämä valmiudet ovat neljän kuukauden iässä, toisilla lähempänä kuuden kuukauden ikää.

Uusi suositus maisteluannosten antamisesta 4–6 kuukauden iässä perustuu viimeaikaiseen tutkimusnäyttöön (Käypä hoito -suositus Ruoka-allergia 2014, Nwaru 2013, Roduit 2012). Sekä rintamaito että 4–6 kuukauden iässä alkava monipuolinen kiinteiden ruokien aloitus tukevat vauvan suoliston kypsymistä ja sietokyvyn kehittymistä, ja ehkäisevät allergioita ja atooppisia sairauksia.

Täysimetyksen ja osittaisen imetyksen keston ja kiinteiden ruokien aloituksen ohjaamisessa on tärkeä huomioida äidin vointi, perheen oma tavoite ja lapsen yksilöllinen kehittyminen. Suomessa erityisenä haasteena on tukea varhaisvaiheen imetyksen käynnistymistä ja täysimetyksen toteutumista vähintään neljän kuukauden ikään saakka (VRN 2016).

1.4 Imetyksen edistämistä koskevat kansalliset ja kansainväliset säädökset

Arja Lyytikäinen

Maaailman terveysjärjestö WHO edellyttää vahvaa kansallista sitoutumista imetyksen suojeluun ja tukemiseen (WHO & UNICEF 2003). Imetys tuottaa lyhyt- ja pitkäkestoisia terveydellisiä, taloudellisia ja ympäristöhyötyjä lapsille, naisille ja yhteiskunnalle. Edellä mainittujen hyötyjen saavuttamiseksi tarvitaan myös poliittisia päätöksiä ja rahallista tukea (Rollins ym. 2016).

Imetyksen edistämistä ja oikea-aikaista lisäruokintaa painotetaan lasten lihavuuden ehkäisyn perustoimenpiteenä WHO:n (2016) *Ending childhood obesity* -asiakirjassa (*Lasten lihavuuskehityksen pysäyttäminen* -raportti). Imetyksen edistäminen on myös osa Euroopan unionin ravitsemus- ja liikuntaohjelmaa (EU 2014), jossa imetyksen edistämisen perustana mainitaan WHO:n vauvamyönteisyysohjelma ja yhtenä lasten terveyden edistämisen indikaattorina imetys. Keskeiset imetyksen suojeluun ja edistämiseen liittyvät kansainväliset asiakirjat ja lainsäädäntö on koottu taulukkoon 1 ja 2.

Taulukko 1. Keskeinen imetystä suojeleva ja edistävä lainsäädäntö.

Valtioneuvoston asetus (338/2011) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuollosta	Asetuksessa velvoitetaan tukemaan äidin voimavaroja imettää sekä lapsen ja vanhempien välistä vuorovaikutusta.
Terveydenhuoltolaki (1326/2010)	Neuvolapalveluissa on edistettävä ja seurattava lapsen tervettä kasvua, kehitystä ja hyvinvointia.
WHO äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälinen markkinointikoodi (1981)	Suoran ja epäsuoran markkinoinnin rajoittava ohjeistus. Poliittinen ja moraalinen painoarvo. Koodin toteutumista koskeva ja valvova lainsäädäntö on edellytys imetyksen suojelemiselle.
YK:n Lasten oikeuksien sopimus (1989)	Lapsen oikeus parhaaseen mahdolliseen ravitsemukseen, sitoutumista suojella ja edistää lasten terveyttä.

Taulukko 2. WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin sisällöt imetyksen suojelusta ja edistämisestä on viety EU:ssa ja Suomessa lainsäädäntöön imetyksen edistämiseksi seuraavissa säädöksissä:

- Komission delegeoitu asetus (EU 2016/127) Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksen EU N:o 609/2013 täydentämisestä äidinmaidonkorvikkeiden ja vieroitusvalmisteiden koostumusta ja niistä annettavia tietoja koskevien erityisvaatimusten sekä imeväisten ja pikkulasten ravitsemisesta annettavia tietoja koskevien vaatimusten osalta.

- Euroopan neuvoston ja parlamentin asetus imeväisille ja pikkulapsille tarkoitetuista ruoista, erityisiin lääkinällisiin tarkoituksiin tarkoitetuista elintarvikkeista ja painonhallintaan tarkoitetuista ruokavalionkorvikkeista (EU N:o 609/2013).
- Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus elintarviketietojen antamisesta kuluttajille (EU N:o 1169/2011).
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus imeväisen ja pikkulapsen ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta (STM 267/2010).
- Kauppa- ja teollisuusministeriön asetus äidinmaidonkorvikkeesta ja vieroitusvalmisteesta (KTM 1216/2007).
- Euroopan neuvoston ja parlamentin asetus elintarvikkeita koskevasta ravitsemus- ja terveysväitteistä (EY N:o 1924/2006).
- Komission direktiivi äidinmaidonkorvikkeista ja vieroitusvalmisteista (2006/141/EY).
- Komission asetus tiettyjen elintarvikkeissa olevien vierasaineiden enimmäismäärien vahvistamisesta (EY N:o 1881/2006).

Lisätietoa Elintarviketurvallisuusvirasto (Evira): <https://www.evira.fi/elintarvikkeet/valmistus-ja-myynti/elintarvikeryhmat/erityisruokavaliovalmisteet/aidinmaidonkorvikkeet-ja-vieroitusvalmisteet/>

Imeväisen ja pikkulapsen ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta ja sen jakelusta on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (STM 267/2010). Asetus astui voimaan 1.5.2010. Tiedotusaineiston sisällön osalta on noudatettava, mitä äidinmaidonkorvikkeesta ja vieroitusvalmisteesta annetun kauppa- ja teollisuusministeriön asetuksen (1216/2007) pakkausmerkintöjä koskevissa pykälissä säädetään. Valmistajan ja myyjän sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille antamien äidinmaidonkorviketta ja vieroitusvalmistetta koskevien tietojen on rajoituttava tieteelliseen ja tosiasioihin perustuvaan tietoon (STM 267/2010). Tiedotusaineistossa ei saa esimerkiksi ilmaista tai antaa ymmärtää, että pulloruokinta olisi samanarvoista tai parempi vaihtoehto kuin imetys. Imeväisen ruokintaa koskevan kaupallisen tiedotusaineiston on oltava Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kirjallisesti ennalta hyväksymää. Aineiston hyväksyminen siirtyi sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (267/2010) myötä sosiaali- ja terveysministeriöstä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle.

Kaiken materiaalin, joka käsittelee pikkulasten ravitsemusta, tulee tukea imetystä sekä noudattaa voimassaolevia suosituksia. Vauvojen ja pienten lasten ravitsemukseen liittyy myös vahvoja kaupallisia intressejä, siksi STM ja EU haluavat turvata perheille oikeuden saada puolueetonta tietoa asettamalla kriteereitä ja rajoituksia imeväisten ja pikkulasten ravitsemusta koskevalle tiedotusmateriaalille. Tiedotusmateriaalin tulee erottua mainonnasta ja kaupallisesta materiaalista. (STM 267/2010.)

Kaupallinen aineisto ei saa sisältää imeväisille tai pikkulapsille tarkoitettujen tuotteiden nimiä. Ainoana poikkeuksena ovat kliiniset ravintovalmisteet ja niitä käsittelevät aineistot. Äidinmaidonkorvikkeita ja vieroitusvalmisteita sekä kliinisiä ravintovalmisteita käsitteleviä tiedotusmateriaaleja saa jakaa vain terveydenhuollon kautta ja vain tarvittaessa lapsen hoidosta vastaavalle perheelle tai muulle hoitajalle. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiloja ei myöskään saa käyttää äidinmaidonkorvikkeiden tai vieroitusvalmisteiden esittelyyn tai markkinointiin. (STM 267/2010.)

1.5 WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälinen markkinointikoodi

Arja Lång, Arja Lyytikäinen

Maailman terveysjärjestö (WHO) ja Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) lastenapurahanasto (UNICEF) korostavat rintaruokinnan merkitystä pienten lasten terveyden ja parhaan mahdollisen kasvun turvaamisessa. Rintaruokinnan edistäminen kuuluu kummankin järjestön ohjelmiin ja WHO:n yleiskokous hyväksyi vuonna 1981 äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin. Sen mukaan jokaisen maailman terveysjärjestöön kuuluvan jäsenvaltion tulee edistää rintaruokintaa ja valvoa äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia. Markkinointikoodi koskee terveydenhuoltohenkilöstöä sekä niitä, jotka valmistavat tai jälleen myyvät äidinmaidonkorvikkeita ja niitä vastaavia valmisteita sekä korvikemaitoruokinnassa tarvittavia välineitä (pullot ja tutit) tai jotka välittävät niistä tietoa ja neuvovat niiden käyttöä. (WHO 1981.) Koodin tarkoituksena on, että äiti tekee puolueettoman tiedon perusteella valinnan lapsen ruokintatavasta ilman kaupallista informaatiota ja että hän saa toiminnalleen tukea. Yhtälailta luotettava ja johdonmukainen tieto hyödyttää vastasyntyneiden ja pienten lasten perheiden kanssa työskenteleviä terveys- ja sosiaalialan ammattilaisia sekä kansalaisjärjestöjen työntekijöitä. (WHO 2017.)

Äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälinen markkinointikoodi sisältää yksitoista artiklaa, joiden avulla edistetään rintaruokintaa ja valvotaan äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia. Markkinointikoodin tavoitteena on vaikuttaa vauvojen turvalliseen ja riittävään ravitsemukseen estämällä imetystä syrjäyttävä äidinmaidonkorvikkeiden ja vieroitusvalmisteiden käyttö riittävän tiedon, asianmukaisen markkinoinnin ja jakelun avulla. Markkinointikoodi koskee äidinmaidonkorvikkeita, kaikkia imeväisikäisten maitoseoksia ja muita maitoseoksia ja elintarvikkeita, joita markkinoidaan sopiviksi korvaamaan äidinmaito osittain tai kokonaan sellaisinaan tai muunneltuina. Koodi koskee myös tuttien ja tuttipullojen mainontaa sekä kaikkien edellä mainittujen valmisteiden laatua, saatavuutta ja käyttöä koskevaa informaatiota. (WHO 1981.) WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin sisällöt imetyksen suojelusta ja edistämisestä lukuun ottamatta ruokintavälineitä ja tutteja on viety EU:ssa ja Suomessa lainsäädäntöön (taulukko 2).

Markkinointikoodin mukaan viranomaisten tulee vastata siitä, että vastasyntyneiden ja pienten lasten ruokinnan kanssa toimivien käytössä on asiallista tietoa aiheesta. Tiedotus- ja koulutusaineiston tulee sisältää selkeää tietoa seuraavista asioista: imetyksen edullisuus ja paremmuus, äidin ravitsemus ja valmentautuminen imetykseen ja sen ylläpitämiseen, osittaisen pulloruokinnan aloittamisen vaikutus rintaruokintaan, vaikeudet päätöksen muuttamisessa, jos on luopunut imetyksestä, ja tarvittaessa teollisesti valmistetun tai kotitekoisen äidinmaidonkorvikkeen oikea käyttö. Tiedotus- ja koulutusaineistossa ei saa olla kuvia tai tekstejä, jotka ihannoivat äidinmaidonkorvikkeiden käyttöä. (WHO 1981.) Kuluttajille jaettavassa tiedotusaineistossa ei saa mainita imeväisille tai pikkulapsille tarkoitettuja valmisteita kaup-

panimillä, mutta imeväisille tarkoitettuja kliinisiä ravintovalmisteita käsittelevässä tiedotusaineistossa saa olla valmisteen kaupan nimi (STM 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (267/2010) edellyttää, että kaikki perheille jaettava kaupallinen tiedotusaineisto on ennakkotarkastettu. Asetus perustuu Euroopan unionin komission äidinmaidonkorvikkeita ja vieroitusvalmisteita koskevaan direktiiviin (EU 2006). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tarkastaa kaiken pikkulasten ruokintaa käsittelevän tiedotusaineiston ja valvoo, että materiaaleissa on esillä imetyksen edut (THL 2015).

Valmisteita, jotka kuuluvat markkinointikoodin piiriin ei saa mainostaa eikä niiden myyntiä saa muulla tavalla edistää suuren yleisön keskuudessa (WHO 1981). Äidinmaidonkorvikkeista saa tiedottaa ainoastaan terveydenhuollon ammattihenkilöstölle tarkoitetuissa lastenhoidon erikoisjulkaisuissa ja tieteellisissä julkaisuissa (KTM 2007). Valmisteita markkinoivat henkilöt eivät saa ammattiroolissaan pyrkiä suoriin tai välillisiin suhteisiin odottavien äitien tai vastasyntyneiden tai pienten lasten äitien kanssa. Terveydenhuollon tiloja ei saa käyttää markkinointikoodin piiriin kuuluvien valmisteiden käytön edistämiseen kuten valmisteiden näytteille asettamiseen, mainosten tai julisteiden esillepanoon tai valmistajan tai jälleenmyyjän toimitaman aineiston jakeluun muulloin kuin terveydenhuoltoviranomaisten erillisestä pyynnöstä. (WHO 1981.)

Jos imeväisikäinen ei saa riittävästi äidinmaitoa imetyksen tehostamisesta huolimatta, äiti ei halua imettää tai imetystä ei voi toteuttaa lääketieteellisistä syistä, lapselle annetaan äidinmaidonkorviketta. Tällöin on hyvä tarkistaa, että korvikkeen käytön aloittaminen ei johdu korjattavissa olevista seikoista, kuten imetysohjauksen puutteesta. Vanhemmat tarvitsevat ohjausta äidinmaidon korvikkeiden ja vieroitusvalmisteiden aloittamiseen ja antamiseen (VRN 2016). Äidinmaidonkorvikkeilla ruokintaa saa esitellä vain terveydenhuoltohenkilökuntaan kuuluva ja vain ohjeita tarvitseville äideille ja perheenjäsenille, ja ohjeiden tulee sisältää selkeä selvitys korvikkeiden virheellisen käytön aiheuttamista vaaroista (WHO 1981).

Äitien ja vastasyntyneiden parissa työskentelevien tulee suojata imetystä ja tutustua markkinointikoodin mukaisiin velvollisuuksiin. Valmistaja tai jälleenmyyjä ei saa tarjota terveydenhuollon ammattilaiselle tai hänen perheenjäsenilleen taloudellisia tai aineellisia etuja koodin piiriin kuuluvien valmisteiden myynnin edistämiseksi eikä terveydenhuollon ammattilainen tai hänen perheenjäsenensä saa ottaa niitä vastaan. Terveydenhuollon ammattilainen ei saa antaa äidinmaidonkorvikkeenäytteitä lasta odottaville äideille, vastasyntyneiden tai pienten lasten äideille tai heidän perheenjäsenilleen. (WHO 1981.)

Markkinointikoodin piiriin kuuluvat valmisteet eivät saa kuulua markkinointihenkilöiden myynninkannustamisjärjestelmien erikoishyvitysten (bonusten) arviointiin eikä valmisteille tule asettaa myyntikiintiöitä. Valmisteiden myyntipäällyksmerkintöjen tulee sisältää valmisteen käyttöä koskevat tarpeelliset tiedot, mutta ne eivät saa rajoittaa imetystä. Äidinmaidonkorvikkeiden myyntipäällyksmerkinnöissä on oltava seuraavat merkinnät: imetyksen paremmuutta koskeva maininta, selvitys, jonka mukaan valmistetta tulee käyttää vain terveydenhuollon ammattilaisen

antamien ohjeiden perusteella, asianmukaista valmistusta koskevat ohjeet ja varoitus epäasianmukaisen valmistuksen aiheuttamista vaaroista. Myyntipäällyksissä tai myyntipäällysmarkkinöissä ei saa olla pienten lasten kuvia tai kuvia ja tekstejä, jotka ihannoivat äidinmaidonkorvikkeiden käyttöä. (WHO 1981.)

Markkinointikoodin piiriin kuuluvien valmisteiden laadun tulee vastata Codex Alimentarius -neuvoston suosittamia normeja. Maan hallituksen tulee ryhtyä toimenpiteisiin koodin tavoitteiden ja periaatteiden toteuttamiseksi ja valvoa markkinointikoodin soveltamista. Markkinointikoodin piiriin kuuluvien tuotteiden valmistajat ja jälleenmyyjät ovat vastuullisia valvomaan markkinointikäytäntöjään ja varmistamaan, että markkinointikoodin mukainen toiminta toteutuu kaikilla tasoilla. (WHO 1981.) Äidinmaidonkorvikkeiden myyntiä ja markkinointia valvovat ensisijaisesti kuntien valvontaviranomaiset. Kuluttajat ja terveydenhuollon henkilöstö voivat ottaa yhteyttä kunnan terveystarkastajaan äidinmaidonkorvikkeiden myyntiä ja markkinointia koskevissa ongelmatilanteissa.

Noudatettavia vaatimuksia

- Synnytyssairaaloiden, vastasyntyneitä hoitavien yksiköiden ja neuvoloiden tiloissa, vastaanottohuoneissa ja ilmoitustauluissa ei saa olla seuraavaa mainosmateriaalia: äidinmaidonkorvikkeet, vieroitusvalmisteet ja muut imeväisikäisen maitoseokset ja juomat kuten pulloruokintaiset lisäravinteet silloin, kun niitä markkinoidaan tai muuten esitetään sopiviksi korvaamaan äidinmaitoa osittain, kokonaan tai muunneltuina, sekä pullojen ja tuttien mainosmateriaalia.
- Äidinmaidonkorviketta, vieroitusvalmistetta tai imeväiselle tarkoitettua kliinistä ravintovalmistetta koskevaa kaupallista tiedotusaineistoa saa jakaa vain terveydenhuoltojärjestelmän kautta ja vain niille perheille ja lapsen hoitajille, jotka terveydenhuoltohenkilöstön arvion mukaan sitä tarvitsevat.
- Vanhemmille ei saa jakaa materiaalia, joka sisältää mainoksia tai tuotemerkkejä.
- Terveydenhuoltohenkilökunta jakaa perheille vain THL:n hyväksymää lastenruoka-aineistoa.

1.6 Imetys ja kestävä kehitys

Leo Stranius ja Anitta Nykyri

Imetys on osa kestävästä kehitystä. Sen avulla voidaan pelastaa maailmanlaajuisesti vastasyntyneiden henkiä sekä parantaa äidin ja lapsen elämänlaatua terveystilasta. Imetyksen edistämiseen investointi on samalla sijoitus naisten ja lasten terveyteen. Tänä päivänä ympäristöasiat, ilmastonmuutos ja kestävä kehityksen kysymykset ovat erottamaton osa päätöksentekoa.

YK:n kestävä kehityksen tavoitteet ja imetys

Määritelmän mukaan ”kestävä kehitys on kehitystä, joka tyydyttää nykyhetken tarpeet viemättä tulevilta sukupolvilta mahdollisuutta tyydyttää omat tarpeensa” (Brundtlandt 1987). Kestävä kehitys jaetaan usein kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat taloudellinen, sosiaalinen ja ekologinen kestävyys.

Kestävä kehityksen tavoitteet – Agenda 2030 määrittelee 17 päätavoitetta, joita ovat esimerkiksi

- tavoite kaksi: poistaa nälkä, saavuttaa ruokaturva, parantaa ravitsemusta ja edistää kestävästä maataloudesta ja
- tavoite kolme: taata terveellinen elämä ja hyvinvointi kaiken ikäisille (YK 2015).

Kansallinen yhteiskuntasitoumus 2050 sisältää myös tavoitteen yhdenvertaisista mahdollisuuksista hyvinvointiin (Ympäristöministeriö 2013). Kaikki edellä mainitut osa-alueet liittyvät keskeisesti raskaana olevien naisten ja imettävien äitien, lasten ja koko perheiden terveyden ja hyvinvoinnin tasavertaiseen mahdollistamiseen ja kokonaisvaltaiseen edistämiseen. Erityisesti Suomessa haasteena on parantaa lasten yhdenvertaisuutta imetyksen toteutumisessa lapsen perhetilanteesta, perheen koulutustasosta, äidin iästä tai terveyskäyttötymisestä riippumatta.

Imetys liittyy useaan kestävä kehityksen tavoitteeseen. Imetys edistää terveyttä ja on sosiaalisesti oikeudenmukainen, taloudellisesti kannattava sekä ekologisesti kestävä tapa tarjota ravintoa vauvalle (WHO 2003). Imetys auttaa ehkäisemään nälkää, aliravitsemusta, ylipainoa ja elintapasairauksia. Rintamaito on luonnollista ja uusiutuvaa ravintoa, joka on ympäristölle turvallista. (WHO 2014.) Rintamaidon tuottaminen ja kuljetus eivät vaadi sähköä tai pakkausmateriaalia eikä siitä synny jätettä. Imetys palvelee siirtymistä vähähiiliseen yhteiskuntaan, joka ei ole riippuvainen fossiilisista polttoaineista. Imetys tarkoittaa korvikeruokintaan verrattuna vähemmän kasvihuonekaasupäästöjä ja veden kulutusta sekä pienempää ympäristökuormaa. Epäsuorasti päästöjä tulee imettävän äidin lisääntyneestä ravinnontarpeesta, ja niiden määrä riippuu äidin omasta ruokavaliosta. Imettävä äiti voi niin halutessaan vaikut-

taa kestäväen kehityksen toteutumiseen kiinnittämällä huomiota omiin ruokavalintoihinsa. Uusien ravitsemussuositusten (VRN 2016) mukaan kasvikunnan tuotteet, kasvikset, mukaan lukien palkokasvit, hedelmät ja marjat, muodostavat raskaus- ja imetyksen ruokavalion perustan. Ruokasuosituksen mukainen kasvispainotteinen ruokavalio tai ravitsemuksellisesti riittävä kasvisruokavalio sopivat niin lasta odottaville kuin myös imettäville vanhemmille sekä imeväisikäisille ja pikkulapsille.

WHO ja Unicef ovat muistuttaneet, että imetys ei ole vain lapsen terveyden kulmakivi vaan maan kehityksen perusta. Imetys on globaalisti yksi merkittävä keino vähentää alle viisivuotiaiden kuolleisuutta, imetys parantaa lapsen pitkän ajan terveysodotetta sekä suojaa äitiä rinta- ja munasarjasyövältä (WABA 2016). Jos imetys toteutuisi maailmalla paremmin, voisi sen avulla pelastua vuodessa 800 000 ihmisen henkeä, joista suuri osa olisi alle kuuden kuukauden ikäisiä lapsia. Imetys vaikuttaa myös äitikuolleisuuteen: tällä hetkellä estetään imetyksen avulla vuositasolla globaalisti noin 20 000 rintasyöpäkuolemaa, ja edelleen 20 000 kuolemaa voitaisiin estää imetystä lisäämällä. (Victora ym. 2016.)

1.7 Imetys suomalaisessa yhteiskunnassa

Anitta Nykyri

Imetys on parhaimmillaan vuoropuhelua äidin omien toiveiden, läheisten sekä sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristön välillä. Synnytyksen jälkeen äidit aloittavat imetyksen, mutta epätietoisuus maidon riittävydestä, heikko tuki imetyksen jatkamiseen sekä muut sosiaaliset ja kulttuuriset syyt johtavat usein lisäruokien varhaiseen aloitukseen (Vaarno 2016). Äidin päätökseen ja toiveisiin imetyksen pituudesta vaikuttavat hänen omien toiveidensa lisäksi puolison (Laanterä 2011) ja isovanhempien, erityisesti imettävän äidin oman äidin, ajatukset imetyksestä.

Imetys on perheiden oma asia, joka koskettaa myös koko yhteiskuntaa. Imetys säästää yhteiskunnan varoja, koska täysimetetyt pienet lapset sairastavat vähemmän kuin korvikeruokitut, ja työssäkäyvät vanhemmat ovat siksi vähemmän poissa töistä. Yhteiskuntaan kuuluu myös ympäristönäkökulma: rintamaitoa ei tarvitse pakata tölkkeihin, joista tulisi jätettä. (OWH 2017.)

Suomessa yhteiskunta ja lainsäädäntö tukevat vanhemmuutta sekä raskausaikana että synnytyksen jälkeen. Raskauden kestänyt 154 vuorokautta raskaana olevalle naiselle kirjoitetaan raskaustodistus, joka tarvitaan haettaessa äitiysrahaa sekä äitiysavustusta. (Kansaneläkelaitos 2017). Äitiysvapaa, vanhempainvapaa ja hoitovapaa tukevat omalta osaltaan imetystä. Vanhempainvapaajärjestelmää ollaan uudistamassa, sillä vapaiden käyttöön on toivottu poliittisissa kannanotoissa erilaisia joustoja. Joustot ovat kannatettavia, mutta niiden tulee tukea myös niitä perheitä, joissa halutaan imettää pitkään.

Suomalaisessa työelämän lainsäädännössä huomioidaan imettävien äitien erityisiä tarpeita melko vähän. Työturvallisuuslain (738/2002) 48 pykälän mukaan

raskaana olevilla naisilla ja imettävillä äideillä on tarvittaessa oltava mahdollisuus mennä lepohuoneeseen tai muuhun sopivaan paikkaan lepäämään. Suomi ei ole ratifoinut kansainvälisen työjärjestön ILO:n äitiyssuojelusopimusta (ILO:n yleissopimus n:o 183) vuodelta 2000, johon sisältyy imettävien äitien oikeus taukoihin työpäivän aikana tai työajan lyhentäminen (Työministeriö 2001).

Perheet saavat tukea koko perheen terveyteen ja hyvinvointiin äitiys- ja lastenneuvoista sekä synnytyssairaalasta. Äitiys- ja lastenneuvolat ovat osa tulevista perhekeskuksista, jotka tarjoavat erimuotoisia lasten ja perheiden palveluja, ehkäisevistä palveluista erityispalveluihin. Perhekeskuksia on jo perustettu eri puolille maata. Tarkoituksena on ottaa perhekeskustoimintamalli käyttöön koko maassa. Perhekeskustoiminnan avulla pyritään turvaamaan perheille kokonaisvaltainen ja tarpeen mukainen tuki. Imetyksen tulisi jatkossakin olla yksi terveyden edistämisen näkökulmasta huomioitava, perhepalveluihin liitettävä kokonaisuus kunnissa ja tulevaisuudessa maakunnissa. (THL 2017). Sosiaali- ja terveysministeriön Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmassa tavoitteena ovat lapsi- ja perhelähtöiset, yhteen sovitettut, oikea-aikaiset ja tarpeenmukaiset palvelut (STM 2016). Imetys on yksi kokonaisuus, joka tulisi tässä muutosohjelmassa erityisesti huomioida.

Yhteiskunta voi tukea imetyksen aloitusta ja jatkumista erilaisin keinoin, joista yksi on sosiaalisessa mediassa, joukkoviestimissä tai erilaisissa ryhmätilanteissa annettu tiedotus (Vaarno 2016). Esimerkki imetysasenteisiin ja -kulttuuriin vaikuttavasta kampanjasta on Ensi- ja turvakodin sekä Folkhälsanin Imetysrauha-kampanja, jonka tavoitteena on nostaa imetystä ja imetykulttuuria esiin positiivisella tavalla – kiittämällä, kehumalla ja kertomalla siitä, mikä toimii. Myös monella muulla kansanterveysjärjestöllä on imetystä tukevaa toimintaa.

Terveyden edistämisessä on hyväksyttyä käyttää yhteiskunnallista ja sosiaalista markkinointia, jossa otetaan huomioon psykologia, sosiologia, antropologia ja viestinnän teoria etsittäessä keinoja vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen. Sosiaalisen markkinoinnin yksi tavoite on muuttaa mielipiteitä ja lisätä tietoisuutta imetyksestä. (Schmidt 2013.)

Viime vuosina Suomessa on käyty paljon keskustelua eri foorumeilla julki-imetyksen puolesta ja sitä vastaan. Erityisesti sosiaalisen median foorumit ovat olleet aktiivisen keskustelun alustoja. Imettävät äidit ovat kuvanneet julkiseen imetykseen liittyviä epämuukavuuden tunteita, epävarmuutta ja pelkoa siitä, että he tulisivat provosoineeksi samassa tilassa olevia muita ihmisiä (Säilävaara 2016).

Imetyksestä ja sen terveysvaikutuksista äitiin ja lapseen on paljon tietoa tarjolla. Imetyksestä saatetaan siksi puhua perheille ”biomedikaalisena” ilmiönä terveysvaikutuksiin rajoittuen. Imetysvaikeuksien kanssa kamppaileva äiti saattaa mieltää terveyshyötyjen kautta markkinoidun imetyksen joksikin hienoksi ja hänelle saavuttamattomaksi tavoitteeksi. Jos imetyksestä puhuttaisiin yhteiskunnassa tavallisena, arkipäiväisenä asiana, olisivat haasteet ja vastoinkäymisetkin asiaankuuluvia, ratkaistavia asioita. Imetyksestä kannattaa puhua perheille tavallisena tapana ruokkia vastasyntynyttä, jolloin imetys olisi arkipäiväistä, normaalia toimintaa. (Berry & Gribble 2008)

Suosituks

- Äidin oikeus imettää lastaan julkisesti turvataan lainsäädännöllä.
- Yhteiskunta tukee ja edistää imetykseen liittyviä kampanjoita.
- Vanhempainvapaan uudistuksissa huomioidaan äidit, jotka haluavat imettää pitkään.
- ILO:n Äitiyssuojelusopimus tulee ratifioida.
- Imetyksen terveyshyödyistä kerrotaan lasten ja nuorten terveystiedon oppiaineessa.

LÄHTEET

- Berry N & Gribble K. 2008. Breast is no longer best: promoting normal infant feeding. *Maternal and child nutrition*, Jan; 4(1):74–9.
- Brundtlandt GH. 1987. Our common future. <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>
- EU.2014. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf
- Horta BL, Loret de Mola C & Victora CG. 2015. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.*104:30–37.
- Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009. Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma 2009–2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 32/2009.
- Kansaneläkelaitos. 2017. Pikaopas perhe-etuuksiin.
- Koskinen K, Aho A, Hannula L & Kaunonen M. 2014. Maternity hospital practices and breastfeeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery* 30(4), 464–70.
- KTM. 2007. Kauppa- ja teollisuusministeriön asetus äidinmaidonkorvikkeesta ja vieroitusvalmistesta (1216/2007). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071216>
- Käypähoitosuositus. 2014. Ruoka-allergia (lapset). <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50026>
- Laanterä S. 2011. Breastfeeding counseling at the maternity and healthcare. Väitöskirja. Dissertations in health sciences 52. Itä-Suomen yliopisto.
- Nwaru M, Takkinen HM, Niemelä O, Kaila M, Erkkola M ym. 2013. Timing of infant feeding in relation to childhood asthma and allergic diseases Bright I. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Vol 131, Iss 1, 78–86.
- OWH. 2017. Office on women's health U.S. Department of Health and human services. <https://www.womenshealth.gov/breastfeeding/making-decision-breastfeed>
- Roduit C, Frei R, Loss G ym. 2012. Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. *JACI*;130(1):130–6.
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK ym. 2016. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices. *The Lancet*, 387, 491–504.
- Sainio S. 2017. Synnytyssairaaloiden ja neuvoloiden asiakastyytyväisyyskysely. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalaute/synnytyssairaaloiden-ja-neuvoloiden-asiakaspalautetulokset>
- Schmidt M. 2013. Social marketing and breastfeeding: a literature review 2013. *Global journal of health science*, 5(3). doi:10.5539/gjhs.v5n3p82
- STAKES. 1994. Vauvamyönteisyysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen.

- STM. 2016. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma 2016:29. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3813-7>
- Säilävaara J. 2016. Imettämässä kaapissa. Pitkään imettäneet äidit ja normatiiviset tilat. Sukupuolentutkimus Genusforskning 29:2, 7–20.
- STM. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus imeväisen ja pikkulapsen ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta 267/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100267>
- THL. 2015. Ohjeita imeväisikäisen ruokintaan liittyvän tiedotusaineiston tuottajalle. <https://www.thl.fi>
- THL. 2017. Perhekeskus. <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/perhekeskus>
- Työministeriö. 2001. Kansainvälisen työjärjestön ILO:n yleissopimukset. TyVM 5/2001 vp HE 88/2001 vp – Edilex
- Työturvallisuuslaki 738/2002. Suomen säädöskokoelma nro 738–754.
- UNICEF. The International Code of Marketing of Breastmilk substitutes. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/the-code/>
- Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T & Virtanen S. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Raportteja 8/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaarno J. 2016. Parental influences and mothers' experiences on infant and young child feeding practices. Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D, tom. 1233. Turun yliopisto.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJ ym. 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet; 30(387):475–90. DOI:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- VRN. 2016. Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kide 26. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-599-8>
- WABA. 2016. Lake, A (UNICEF) & Chan, M (WHO). Breastfeeding: a key to sustainable development. World breastfeeding week message 2016. <http://waba.org.my/breastfeeding-a-key-to-sustainable-development-unicef-world-breastfeeding-week-2016-message/>
- WHO. 1981. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
- WHO & UNICEF. 2003. The global strategy for infant and young child feeding. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1&ua=1>
- WHO. 2014. Global nutrition targets 2025: policy brief series. Geneva.
- WHO. 2016. Ending childhood obesity. Report of the WHO commission. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf
- WHO. 2017. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes Frequently Asked Questions. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1>
- YK. 2015. Kestävän kehityksen tavoitteet - Agenda 2030. <http://www.ykliitto.fi/yk70v/yk/kehitys/post-2015>
- Ympäristöministeriö. 2013. Kestävän kehityksen yhteiskuntasitoumus. <http://kestavakehitys.fi/sitoumus2050/tavoitteet>

2. IMETYKSEN EDISTÄMISEN SEURANTA JA ARVIOINTI

Tuovi Hakulinen, Suvi Virtanen, Marjaana Pelkonen

Imetyksen edistämisen systemaattinen seuranta on välttämätön osa imetyksen edistämistyötä. Seurantatietoa tarvitaan kansainvälisellä, kansallisella, alueellisella ja toimintayksikkötasolla. Jatkossa tarvitaan maakuntatasoista tietoa, jotta myös imetyksen edistämistä kyetään johtamaan tiedolla. Lisäksi seurannan avulla saadaan tietoa siitä, miten tämän toimintaohjelman tavoitteet saavutetaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö on seurannut Suomen imetystilannetta imeväisruokintaselvitysten avulla vuodesta 1995 alkaen noin viiden vuoden välein (Hasunen ym. 1996, Hasunen 2001, Hasunen & Rynnänen 2006). Viimeksi imeväisruokintaselvitys toteutettiin vuonna 2010 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä (Uusitalo ym. 2012). Tuolloin kerättiin valtakunnallisesti kattavaa tietoa alle yksivuotiaiden lasten imetyksestä, lapsen lisäruokintahistoriasta, perheen sosioekonomisesta taustasta ja neuvolatyöntekijöiden koulutuksesta. Vastaavaa selvitystä ei ole tehty vuoden 2010 jälkeen niukentuneiden voimavarojen vuoksi.

Imetystilanteen seurantatiedot on esitetty edellä mainituissa raporteissa WHO:n (2003) imetyssuosittelun mukaisesti kuuden kuukauden ajan täysimetettyjen osuuksina. Seurantatiedot on myös välitetty WHO:n käyttöön. Suomen imetystilanteen seurantatietoja ei ole pystytty toimittamaan WHO:n käyttöön vuoden 2010 jälkeen. Täysimetys 0–5 kuukauden iässä ja imetyksen aloittaminen sisältyvät WHO:n sadan tärkeimmän terveysindikaattorin luetteloon (WHO 2015).

Tulevaisuudessa imetyksen toteutumisen systemaattinen seuranta ja arviointi on mahdollista toteuttaa raskausajan ja myös lasten sähköisen potilaskertomuksen tietojen avulla. Sähköistä potilaskertomusta varten on tehty rakenteiset tietomäärittelyt keskeisistä raskausajan ja lasten kasvua ja kehitystä koskevista tiedoista ja seurantamenetelmistä. Imetystä koskeviksi tietosisällöiksi on määritelty äidinmaidon saanti tiedonkeruun hetkellä, täysimetyksen kesto, imetyksen kokonaiskesto ja suosituksen mukainen D-vitamiinilisän käyttö. Näiden määrittelyjen yhtenäinen saaminen Kanta-arkistoon on edellytys tiedonkeruulle suoraan potilastietojärjestelmistä. Täysimetys on esitetty myös tietosisällöiksi Avohilmoon.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on lakisääteinen tehtävä ylläpitää syntyneiden lasten rekisteriä, johon kerätään tiedot kaikista Suomessa elävänä syntyneistä lapsista sekä kaikista kuolleena syntyneistä lapsista, joiden syntymäpaino on vähintään 500 grammaa tai kun raskauden kesto on vähintään 22 viikkoa sekä edellä mainittujen äitejä koskevat tiedot. Syntymärekisterin tietosisältöihin vuonna 2016 tehty uudistus tuli voimaan vuoden 2017 alusta. Rekisteriin kerättäviin tietosisältöihin on lisätty tieto lapsen saamasta ravinnosta 7 vrk:n iässä tai sitä ennen sairaalasta pois-

tuttaessa (täysimetys, osittaisimetys, korvikeruokinta) ja tieto siitä, onko lapsi saanut lisämaitoa (korvikemaito ja/tai luovutettu äidinmaito) sairaalassa.

Syntymärekisterin osana ovat Pienet keskoset -tiedosto, jonka tiedonkeruu on aloitettu 1.11.2004. Tähän tiedostoon kerätään erillisen lomakkeen mukaiset lisätiedot kaikista Suomessa elävänä syntyneistä lapsista, joiden syntymäpaino on alle 1501 g tai kun raskauden kesto on syntymähetkellä alle 32+0 viikkoa. Tiedot kerätään 42 raskausviikkoa vastaavaan ikään asti. Pienet keskoset -tietosisällöissä on tieto lapsen ruokavaliosta kotiinlätövaiheessa tai 42 raskausviikkoa vastaavassa iässä.

Useat synnytyssairaalat seuraavat omien rekistereidensä avulla imetykseen liittyviä tietoja, kuten täysimetystä ja lisämaidon antamista sairaalassa sekä imetysohjauskäytäntöjä. Vauvamyönteisyysohjelman edellyttämiä tilastointeja on mahdollista hyödyntää toiminnan arvioimisessa ja laadun kehittämisessä.

Varhaisravitsemusta ja imetystä käsittelevät tiedot kirjataan äitiysneuvolassa Äitiyskorttiin (2016), jota raskaana oleva nainen kuljettaa mukanaan muun muassa asioidessaan neuvolassa ja äitiyspoliklinikalla. Vastaavat tiedot sisältyvät Lapsuusiän terveystietokorttiin (2016), joka kulkee lapsen syntymän jälkeen vanhempien mukana asioitaessa lastenneuvolassa. Lasta odottavan perheen ja neljän kuukauden ikäisen lapsen laajaan terveystarkastukseen kehitteillä oleviin esitetielomakkeisiin sisällytetään tieto varhaisravitsemuksesta mukaan lukien imetys.

Suositukset

- Sosiaali- ja terveysministeriö seuraa ja tukee imetyksen edistämistä osana pikkulasten ravitsemuksen kehittymistä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.
- Imetyksen edistämiseksi tarvitaan kansallista koordinaatiota ja tukea. THL:n nimeämän kansallisen imetyksen edistämisen seurantaryhmän toiminta vakiinnutetaan.
- THL nimeää kansallisen imetyksen edistämisen koordinaattorin, joka vastaa mm. varhaisravitsemuksen seurantatietojen raportoinnista ja vauvamyönteisyysohjelman auditoinnin organisoinnista.
- Imeväisen ravitsemusta koskevan kaupallisen tiedotusaineiston hyväksyminen jatkuu THL:ssä.
- THL tekee selvityksen suomalaislasten imetyksestä viiden vuoden välein. Kuntiin ja tuleviin maakuntiin nimetään imetyksen edistämisen koordinaattorit.
- Synnytyssairaalat seuraavat toimintaansa Vauvamyönteisyysohjelman mukaisesti.

- Vauva- ja perhemyönteisyysohjelma jalkautetaan äitiys- ja lastenneuvolaan. Jatkossa kunnat ja tulevat maakunnat seuraavat ohjelman toteutumista.
- Syntymärekisterin ja sähköisten potilaskertomusten (Kanta-arkisto) sekä Avohilmon varhaisravitsemusta ja imetystä käsittelevät tietosisällöt tähtäävät valtakunnallisesti yhtenäiseen tilastointiin, ja tietosisällöt päivitetään jatkossa tarpeen mukaan.
- Äitiyskortin ja Lapsuusiän terveystietokortin imetystä käsittelevät tietosisällöt päivitetään vastaavasti tarpeen mukaan. Tavoitteena on, että edellä mainitut tietosisällöt saadaan sähköiseen muotoon Omakantaan.
- Lasta odottavan perheen ja neljän kuukauden ikäisen lapsen laajaan terveystarkastukseen kehitteillä oleviin esitietolomakkeisiin sisällytetään tieto imetyksestä/varhaisravitsemuksesta. Lomakkeet saatetaan sähköiseen muotoon Omakantaan.

Vaikuttavat menetelmät

Tavoitteena on, että imetyksen edistämässä ja tukemisessa käytetään menetelmiä, joiden vaikuttavuudesta on näyttöä. Vaikuttaviksi ovat todettu seuraavat menetelmät:

- Monen eri vaiheessa (raskaus, synnytyssairaala ja lapsivuodeaika) ja eri tavoin tapahtuvan edistämistoimenpiteen vaikuttavuus on parempi kuin yhteen aikavaiheeseen rajoittuvan tukitoimenpiteen. Vauvayönteisyysohjelman vaikuttavuus on osoitettu.
- Terveystieteiden toimenpiteet ovat erityisen vaikuttavia, kun nykykäytännöt ja opetuksen sisällöt vastaavat toisiaan ja käytetään eri tapojen yhdistelmää: henkilöstön kouluttamista, imetyksen koordinaattorin rekrytoimista, kirjallista informaatiota henkilöstölle ja asiakkaille sekä vierihoidtojärjestelmää.
- Suullinen ohjaus kirjallisen aineiston lisänä on vaikuttavaa.
- Usean näyttöön perustuvan menetelmän ja strategian yhdistelmällä on toisiaan tukevaa synergististä vaikutusta.
- Vertaistukiohjelmat lisäävät monipuolisten menetelmien vaikuttavuutta; vertaistuellalla on vaikutusta erityisesti imetyksen kestoon ja täysimetykseen.

LÄHTEET

- Hasunen K, Sairanen S, Heinonen K & Lyytikäinen A. 1996. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 1995. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1996:2.
- Hasunen K. 2001. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:12.
- Hasunen K & Ryytänen S. 2006. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:19.
- Lapsuusiän terveystkortti. 2016. <https://www.lekolar.fi/valikoima/painettu-materiaali/kuntalomakkeet-ja-kalenterit/terveystoimi/lapsuusiän-terveystkortti-32-siv-95x148mm-ty-25-kpl-nipuissa/>
- Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T & Virtanen S. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Terveystden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2012/8.
- WHO. 2003. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Geneva, Switzerland.
- WHO. 2015. Global reference list of 100 core health indicators. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173589/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf?ua=1
- Äitiystkortti. 2016. <https://www.lekolar.fi/valikoima/painettu-materiaali/kuntalomakkeet-ja-kalenterit/terveystoimi/aitiystkortti-16-siv-92x148mm-ty-25-kpl-nipuissa/>

3. RINTAMAITORUOKINTA

Kaija Mikkola

Tuore rintamaito on lajinmukaista, biologisesti aktiivista ravintoa, jonka infektiolta suojaavat ominaisuudet tähtäävät välittömästi syntymän jälkeen vastasyntyneen eloonjäämiseen. Täysimetys riittää ravitsemuksellisesti yleensä takaamaan terveen täysiaikaisen lapsen normaalin kasvun ja kehityksen kuuden kuukauden ajan (Kramer & Kakuma 2012). Sen jälkeen imetystä suositellaan osana ravitsemusta vähintään 1–2 vuoden ikään asti. WHO:n (2014) imetyssuosituksen perustuvat rintamaidon terveystieteisiin lapselle ja äidille. Terveystieteiden lisäksi imetyksellä on ekologisia ja taloudellisia vaikutuksia. Imetyksen aiheuttama äidin lisäravinnon tarve on minimaalinen verrattuna äidinmaidonkorvikkeiden kustannuksiin. Imetyksessä saatu infektiotaso vähentää imeväisen sairaalahoidon tarvetta, millä saavutetaan merkittävät kustannussäästöt (Cattaneo ym. 2006). Kehittyneissä maissa imetyksen vähentää imeväisten sairaalahoidon tarvetta hengitystietulehdusten ja ripulitautien takia (Dennehy ym. 2006, Quigley ym. 2007).

3.1 Rintamaidon koostumus

Kaija Mikkola

Raskausaikana rintarauhasen epiteelisolut erilaistuvat laktosyyteiksi, jotka tuottavat välittömästi syntymän jälkeen ensimmäistä eli kolostrumia. Kolostrumin tarkoituksena on jälkeläisen pitäminen hengissä suojaamalla voimakkaasti infektioilta. Kolostrum sisältää myöhempää kypsää maitoa enemmän proteiinia, immunoglobuliineja, laktoferriiniä ja oligosakkarideja sekä muita bioaktiivisia infektiotekijöitä. Synnytyksen jälkeen äidin progesteronitaso putoaa ja prolaktiinin, kortisolien, oksitosiinin sekä muiden hormonien vaikutuksesta käynnistyy maidon muuttuminen kypsäksi maidoksi. Kypsä maito on ravitsevaa: Siinä on proteiinia vähemmän kuin ensimmäisessä, mutta laktoosia ja rasvaa on enemmän. Rintamaito sisältää keskushermoston ja näön kehitykselle suotuisia monityydyttymättömiä pitkäketjuisia rasvahappoja (Fleith & Clandinin 2005), joiden määrään rintamaidossa voidaan vaikuttaa äidin raskaus- ja imetysajan ruokavaliolla suosimalla esimerkiksi kalaa sisältäviä ruokia (Bravi ym. 2016). Rintamaidon koostumus vaihtelee sen mukaan, onko lapsi syntynyt ennen- vai täysiaikaisena. Myös kypsä maito sisältää koko imetyksen ajan sekä infektiotekijöitä suojaavia että kudosten kasvuun vaikuttavia aktiivisia tekijöitä (Furman & Schanler 2012).

Rintamaidon oligosakkaridit ovat lajille ominaisia sokeriyhdisteitä, joita tunnetaan ihmisellä 150–200. Ne estävät bakteerien kiinnittymistä epiteelisoluihin ja vaikuttavat mm. suolen limakalvon solujen toimintaan. Oligosakkaridit muovaavat

puolustusjärjestelmää vaikuttaen T-valkosolujen toimintaan ja valkosolujen kykyyn liikkua ja kiinnittyä. Oligosakkarideista 10–30 % sisältää siaalihapporyhmän. Nämä yhdisteet mahdollisesti vaikuttavat suotuisasti keskushermoston kehitykseen. Äidin oligosakkaridituotantoon vaikuttavat sekä äidin makroympäristön että hänen oman elimistönsä mikrobikanta. Tästä syystä jokainen vastasyntynyt on oman äitinsä tuoremaidon kautta ”täsmäsuojattu” ympäristön taudinaiheuttajilta (Bode 2012).

Rintamaito sisältää laktoferriniä, jonka rakenne on ihmisellä ja nautakarjalla hyvin samanlainen. Laktoferrini on proteiini, joka vaikuttaa raudan imeytymiseen. Sillä on antibakteerinen vaikutus taudinaiheuttajiin, vaikka se samalla edistää suotuisten bifidobakteerien kasvua suolessa ja suolen kypsymistä. Nautaperäistä laktoferriniä voidaan käyttää hyvin pienipainoisten keskosten alkuhoidossa infektiosuojana (Manzoni ym. 2009).

Rintamaidon bioaktiivinen koostumus tekee siitä ainutkertaisen, ja siksi korvikemaidolla ei ole vastaavia infektiolta suojaavia ja kudoskasvua tukevia ominaisuuksiin. Rintamaidon muita aktiivisia yhdisteitä ovat muun muassa (Furman & Schanler 2012):

- sekretorinen IgA: spesifiseen antigeeniin kohdennettu vasta-aine
- lysosyymit: bakteerien hajotus
- K-kaseiini: estää taudinaiheuttajamikrobien kiinnittymistä epiteelisoluihin, edesauttaa hyvänlaatuista bakteerikantaa
- sytokiinit: anti-inflammatorisia, vahvistavat limakalvon epiteelisuojaa
- kasvutekijät: edistävät epiteelin kasvua ja korjaavat vaurioita etenkin suolistossa
- hermokasvutekijät
- PAF-asetyylihydrolaasi: vaikuttaa verihiutaleitten toimintaan
- glutationiperoksidaasi: estää rasvahappo-oksidaatiota
- nukleotidit: tukevat vasta-aineiden toimintaa ja vahvistavat suotuista bakteerikantaa
- vitamiinit A, E, C: antioksidantteja
- glutamiini: vaikuttaa suoliston ravitsemukseen ja immuunipuolustukseen
- rasvat: infektiolta suojaavia ominaisuuksia.

3.2 Rintamaidon terveysvaikutukset imeväiselle

3.2.1 Rintamaito suojaa infektiolta

Kaija Mikkola

Rintamaito vähentää imeväisten sairastavuutta ja kuolleisuutta sekä kehittyneissä että kehittyvissä maissa. Imetyksen on laskettu ehkäisevän 72 % ripulitaudeista ja 57 % hengitystieinfektioista johtuvista sairaalahoidoista. Imetys suojaaa alle kaksivuotiaita korvatulehduksilta (Victora ym. 2016). Imetyksen antama infektiosuoja keuhkokuu-

metta, korvatulehduksia, ripulitauteja ja virtsatieinfektioita vastaan ensimmäisen ikävuoden aikana on osoitettu merkittäväksi useissa tutkimuksissa myös länsimais-
sa (Pisacane ym. 1992, Marild ym. 2004, Chantry ym. 2006, Rebhan ym. 2009).

3.2.2 Rintamaito ja ravitsemus

Kaija Mikkola

Täysimetyks riittää turvaamaan terveiden, täysiaikaisina syntyneiden lasten kasvun ja kehityksen kuuden kuukauden ajan (Kramer & Kakuma 2012). Vastasyntynyt tarvitsee kuitenkin K- ja D-vitamiinilisät. Syntymän jälkeen lapselle annetaan lihakseen 1 mg K-vitamiinia, joka suojaa imeväistä verenvuodoilta, joista vakavin on aivoverenvuoto (Gartner ym. 2005). Imeväis- ja lapsuusiän ajan D-vitamiinin käyttö on välttämätöntä kasvun ja luuston kehityksen turvaamiseksi. D3-vitamiinivalmistetta annetaan kahden viikon iästä kahden vuoden ikään asti 10 µg (400 IU) vuorokaudessa ympäri vuoden. Kahden vuoden iästä alkaen D-vitamiinivalmistetta käytetään 7,5 µg (300 IU) vuorokaudessa ympäri vuoden koko lapsuusiän. Raskaana oleville ja imettäville äideille suositellaan D-vitamiinia 10 µg päivittäin. (VRN 2014.)

Imetyksen ohella on viimeistään puolen vuoden iän jälkeen aloitettava rautapitoiset kiinteät ruoat raudanpuuteanemian välttämiseksi (Gartner ym. 2005, Chantry ym. 2007, Kramer & Kakuma 2012). Rintamaidon B12-vitamiinipitoisuus voi olla niukka eläinkunnan tuotteita välttävillä vegaaniäideillä tai äideillä, joilla on heikentynyt B12-vitamiinin imeytyminen. Imeväiselle voi tulla neurologisia puutosoireita jo alle puolen vuoden iässä riittämättömästä rintamaidon B12-vitamiinin pitoisuudesta (Dror & Allen 2008).

3.2.3 Rintamaidon vaikutus kognitiiviseen kehitykseen

Kaija Mikkola

Rintamaitoravitsemuksen vaikutusta älykkyyteen ja kognitiivisten tiedonkäsittelytaitojen kehittymiseen on haasteellista tutkia, koska niiden kehitykseen vaikuttavat monet eri tekijät, etenkin perimä (Horta & Victora 2013). Muita huomioitavia tekijöitä ovat lapsen liittyvät muuttajat kuten syntymähetken raskausviikot, syntymämitat, mahdolliset muut sairaudet tai sairastuvuutta lisäävät komplikaatiot. Myös äidin raskausajan vointi ja tupakointi, vanhempien koulutustaso ja sosioekonominen asema vaikuttavat lapsen kehitykseen. Imetyksen terveysvaikutuksista ei voi tehdä satunnaistettuja tai sokkoutettuja tutkimuksia, koska olisi epäeettistä rintamaidon edut tuntien evätä vertailuryhmältä rintamaitoruokinta. Tutkimustulokset rintamaidon kognitiivisista vaikutuksista perustuvat pääasiassa vanhempiin tapaus-verrokkitutkimuksiin, tuoreisiin havaintotutkimuksiin ja näistä tehtyihin meta-ana-

lyyseihiin. WHO:n julkaisemassa meta-analyysissä, jossa arvioitiin 14 havaintotutkimuksen tuloksia, todettiin rintamaitoruokinnan yhteys 3,5 pistettä korkeampaan älykkyydosamäärään sekä lapsuus- että nuoruusiässä (Horta & Victora 2013). Myöhemmin meta-analyysistä julkaistiin ala-analyysi, johon valittiin neljä mahdollisimman vähäisen virhelähteen sisältävää tutkimusta. Niistä tehdyn meta-analyysin mukaan rintamaitoruokinta paransi älykkyydosamäärää 1,76 pistettä korvikeruokintaan verrattuna (Horta ym. 2015a). Ero on pieni, mutta tilastollisesti todettavissa.

Myös keskostutkimuksissa on todettu rintamaitoruokinnan parantavan kognitiivista suoriutumista (Lucas ym. 1992, Vohr ym. 2007). Tuoreessa irlantilaisessa rekisteritutkimuksessa luotiin imetetyistä ja ei-imetetyistä lapsista keskenään vertailupareja useiden lapsen, äitiin tai ympäristöön liittyvän muuttujien avulla. Tässä tutkimuksessa ei todettu älykkyyseroja ryhmien välillä kolmen ja viiden vuoden iässä, mutta vähemmän imetetyillä lapsilla esiintyi kolmen vuoden iässä hyperaktiivisuutta käyttäytymisessä (Girard ym. 2017). Brasiliassa tehdyssä laajassa väestöseurantatutkimuksessa todettiin 1980-luvun alussa syntyneillä vuoden ikään rintamaitoruokituilla lapsilla 30 vuoden iässä korkeampi älykkyydosamäärä ja pidempi koulutus sekä korkeammat kuukausitulot kuin korvikeruokituilla. Tutkimustuloksessa oli pyritty sulkemaan pois muiden merkittävien tekijöiden vaikutus (Victora ym. 2015). Mahdollisesti rintamaidon suotuisiin keskushermostovaikutuksiin päästään, kun rintamaidon määrä ravitsemuksessa on merkittävä (Vohr ym. 2007) ja imetys kestää tarpeeksi pitkään lähes yksivuotiaaksi asti (Victora ym. 2015, Mortensen ym. 2002).

3.2.4 Rintamaito ja imeväisikäisen kasvu

Jarmo Salo

Uudet suomalaiset kasvukäyrät ja -seulat (<http://www.kasvukayrat.fi/>) on julkaistu vuonna 2011, ja ne ovat käytössä suurimmassa osassa Suomen neuvoloita (Saari ym. 2011, Salo ym. 2011). Uuden vertailuaineiston lapset ovat syntyneet vuosina 1983–2009, jolloin imetys on ollut huomattavasti yleisempää kuin aiemman vertailuaineiston lasten ollessa imeväisiässä vuosina 1954–1972. Uuden aineiston lapset ovat kasvaneet imeväisiässä aiempaa enemmän pituutta suhteessa painoon, ja uusia kasvuseuloja käytettäessä imeväisiän aiheettomien alipainohälytysten määrä putoaa murto-osaan aiemmasta (Saari ym. 2011, Salo ym. 2011).

WHO julkaisi keväällä 2006 multietnisen kasvustandardin, joka perustuu terveiden, täysiäikäisenä syntyneiden, 4–6 kk täysimetettyjen ja vuoden ikään imetettyjen lasten kasvuun (WHO 2006). Kasvu on suurelta osin geneettisesti määräytynyt, ja suomalaiset lapset ovat kaikissa ikäryhmissä huomattavasti pitempiä, kuin WHO:n kasvustandardin lapset (Saari ym. 2013). Käytettäessä WHO:n kasvukäyriä suomalaisten lasten kasvuun vaikuttavien sairauksien havaitsemiseen herkkyys putoaa puoleen suomalaisiin kasvukäyriin verrattuna, joten ne eivät sovellu suomalais-

ten lasten kasvun seurantaan (Saari ym. 2013). WHO:n kasvustandardin käyttöä on perusteltu täysimetettyjen lasten kasvun erityyspiirteillä, mutta kansainvälisten tutkimusten mukaan täysimetyksen kesto vaikuttaa imeväisen kasvuun vain hieman (Hornell ym. 2013). Lisäksi täysimetettyjen ja äidinmaidonkorvikkeella ruokittujen suomalaisten lasten välillä ei ole eroa pituuskasvussa (Salo ym. 2011).

3.2.5 Rintamaito ja pitkäaikaissairaudet

Kaija Mikkola

Äideille suositellaan monipuolista ravitsemusta raskaus- ja imetysaikana, sillä välttämisruokavalio voi lisätä lapsen allergiariskiä (Ruoka-allergia lapset, Käypä hoito -suositus 2015). Atooppisten sairauksien ilmaantumiseen vaikuttavat nykykäsityksen mukaan rintaruokinnan ohella aloitettujen lisäruokien aloitusaikataulu. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että hyvä suoliston sietokyky, joka ehkäisee allergioita, saavutetaan aloittamalla kiinteät soseet jo 4 kk iästä alkaen (ks. myös luku 1.3). Lisäruokien varhaisempi aloitus ei lyhennä imetyksen kestoa (Abrams ym. 2017). Varhainen altistuminen kiinteille ruuille suojaa ruoka-aineallergioilta yleisesti (Perkin ym. 2016), jopa vaikeilta allergioilta kuten maapähkinäallergialta (Du Toit ym. 2015). Suomalaisessa lapsiaineistossa todettiin, että mitä useammalle ruoka-aineelle lapset olivat altistuneet 6–12 kuukauden ikään mennessä, sitä vähemmän lapsilla esiintyi myöhemmin allergista nuhaa ja astmaa. Ruoka-altistuksen ohella pitkäkestoinen rintaruokinta oli suojaava tekijä (Nwaru ym. 2014). Ensimmäisen ikävuoden aikana usealle eri ruoka-aineelle altistuminen näyttää suojaavan myös atooppiselta ihottumalta (Roduit ym. 2012). Suomalainen Käypä hoito -suositus tarjoaa päivitettyä tietoa lasten ruoka-allergioista (Ruoka-allergia lapset, Käypä hoito -suositus 2015).

Rintamaitoravitseminen ylläpitää hyvänlaatuista suoliston bifidobakteerikantaa, ja osa rintamaitoon yhdistyvistä positiivisista myöhäisvaikutuksista selittyy suolen limakalvovälitteisen vastustuskyvyn parantumisella ja tulehdusvälitteisten reaktioiden vähenemisellä (Collado ym. 2015). Esimerkiksi atooppisesti oireilevien lasten suoliston hyvänlaatuisten bifidobakteerien määrä on todettu alentuneeksi jo imeväisiässä (Kalliomäki ym. 2001). Suoliston mikrobikanta vaikuttaa merkitsevästi aineenvaihduntaan (Tremaroli & Backhed 2012). Imeväisen kannalta alatiesynnytys ja rintamaitoravitseminen näyttävät suojaavan myöhemmiltä infektio-, atopia- ja aineenvaihduntasairauksilta (Rautava 2015). Lisäksi eläinkokeista saadaan yhä enenevästi näyttöä suolen mikrobikannan (ns. suoli-aivo-akseli) vaikutuksesta keskushermoston välittäjäaineisiin ja edelleen aivotointoihin ja käyttäytymiseen (Bercik ym. 2011). Äidin raskaus- ja imetysajan ravitseminen vaikuttaa merkittävästi lapsen suolistobakteerikannan kehittymiseen.

Keliakian puhkeamisessa on tärkein altistava tekijä korkean riskin HLA (human leucocyte antigen) -perimä (Lionetti ym. 2014, Vriezinga ym. 2014, Andren

Aronsson ym. 2015). Rintaruokinnalla tai gluteiinin saannin altistusajankohdalla joko varhaisesti 4–6 kuukauden tai myöhemmin yli kuuden kuukauden iässä ei ollut merkitystä. Vakavista lapsuusiän sairauksista leukemiaa (Amitay & Keinan-Boker 2015) ja kätkytkuolemaa (Hauck ym. 2011) esiintyy imetetyillä lapsilla vähemmän kuin korvikeruokituilla. Tuoreella rintamaidolla näyttäisi olevan myönteisiä vaikutuksia vuorokausirytmien vahvistamisessa, sillä se sisältää äidin uni-valverytmin mukaisesti melatoniinia, tryptofaania, nukleosideja ja nukleotideja sekä B12-vitamiinia, joiden kaikkien tiedetään vaikuttavan aivojen vuorokausirytmien. (Arslanoglu ym. 2012.)

Ylipaino tai lihavuus sekä tyypin 2 diabetes aikuisiässä olivat yhteydessä lyhyeen rintamaitoruokintaan laajassa meta-analyysissä, jossa suurin osa tutkimuksista oli tehty kehittyneissä maissa. Pitkäkestoinen imetys näyttää suojaavan myöhemmältä ylipainolta ja tyypin 2 diabetekselta. Tässä analyysissä ei todettu ryhmien välisiä eroja verenpaine- tai kolesteroliarvoissa. (Horta ym. 2015b.) Imetys ja runsas kalaperäisten rasvahappojen saanti imeväisiän ravitsemuksessa olivat yhteydessä pienempään tyypin 1 diabeteksen esiasteen esiintymiseen. Tulosten tulkinnassa arvioitiin, että äidin kalapitoinen ravinto imetysaikana voi vähentää lapsen riskiä sairastua tyypin 1 diabetekseen. (Niinistö ym. 2017.)

Turvallinen imeväis- ja lapsuusiän kiintymyssuhde luo pohjaa terveille ihmis-suhteille ja aikuisiän psyykkiselle hyvinvoinnille. Imetys tukee turvallisen tunnesiteen kehittymistä äidin ja lapsen välille. Suoraan rinnasta imeminen aiheuttaa voimakkaita ja tihentyneitä oksitosiinipiikkejä imettävän äidin hypotalamuksessa. Oksitosiini lisää maidon eritystä ja aiheuttaa äidissä mielihyvän tunteita sekä vähentää pelkoa ja ahdistusta (Rossoni ym. 2008). Aivojen funktionaalisissa magneettikuvissa imettävien äitien otsalohko ja mantelitulmake aktivoituivat voimakkaammin kuin ei-imettävien, kun äidit kuulivat vauvan itkua vauvojen ollessa kuukauden ikäisiä. Myöhemmin 3–4 kuukauden iässä todettiin positiivinen yhteys tutkittavien äitien aivoalueiden aktivaatiolla ja herkkyydellä reagoida lapsen viesteihin. (Kim ym. 2011.)

3.2.6 Rintamaidon terveysvaikutukset keskosena syntyneille

Kaija Mikkola

Ennenaikaisena syntyneen lapsen ensisijainen ravitsemus on tuore rintamaito, jota suositellaan annettavaksi jo ensimmäisen elinvuorokauden aikana. Jos lapsi on erittäin ennenaikainen tai hyvin pienipainoinen, tuoremaitoa annetaan suonensisäisen ravitsemuksen ohella pieniä määriä (Arslanoglu ym. 2013). Schanlerin (2011) julkaisemassa katsausartikkelissa todetaan, että infektiosuojana rintamaito vaikuttaa merkittävästi keskosien ennusteeseen, sillä rintamaitoruokinta vähentää keskosena syntyneiden lasten kuolleisuutta ja riskiä sairastua yleistyneeseen bakteeri-infektioon sekä vaikeaan suolitulehdukseen eli nekrotisoivaan enterokoliittiin. Rintamaitoruo-

kinta suojaa keskosia ensimmäisen ikävuoden aikana hengitystieinfektioilta. Neurologinen kehitys on parempaa vuoden iässä rintamaitoruokituilla kuin korvikemaitoa saaneilla. Aivojen magneettikuvauksessa todetaan sekä aivojen kokonais- että valkean aineen tilavuus suuremmaksi rintamaitoruokittujen ryhmässä. Kahdeksan vuoden iässä älykkyydosamäärä on keskimäärin 8 pistettä parempi rintamaitoa imeväisiässä saaneilla keskosilla.

Rintamaidon myönteiset vaikutukset ovat suoraan verrannollisia rintamaitoruokinnan kestoon ja annokseen. Keskosien verkkokalvosairautta esiintyy vähemmän rintamaitoa saaneilla lapsilla. Rintamaidon rasvakoostumus on keskushermoston ja silmien kehitykselle suotuisa. Osa myönteisestä keskushermostovaikutuksesta selittyy rintamaidon infektiosuojan kautta, sillä varhaisvaiheen infektiot heikentävät keskosien myöhäisennustetta. (Schanler 2011.) Amerikkalaisessa tutkimuksessa hyvin pienipainoisina syntyneistä lapsista lähes 7 % sai tuorerintamaidon kautta sytomegalovirusinfektion (Josephson ym. 2014), mutta tuorerintamaidon kautta mahdollisesti tarttuvien tautien haitat ovat vähäisemmät kuin rintamaitoruokinnan hyödyt ellei imetys ole muusta syystä vasta-aiheista.

3.3 Imetyksen terveysvaikutukset äidille

Kaija Mikkola

Imetys vaikuttaa hormonaalisesti estämällä normaalin kuukautiskierron ja suojaa näin äitiä uudelta raskaudelta (Chowdhury ym. 2015). Pitkä imetys suojaa äitejä myöhemmältä rintasyövältä, sillä jokainen imetetty vuosi vähentää rintasyövän suhteellista riskiä 4 % ja jokainen synnytys pienentää sitä 7 % (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 2002, Chowdhury ym. 2015). Imetys suojaa myös munasarjasyövältä sekä tyypin 2 diabetekselta (Victoria ym. 2016). Imetys ei näytä vaikuttavan äitien luun tiheyteen (Chowdhury ym. 2015). Pitkä imetys on yhteydessä äitien vähäisempään masennusoireiluun, mutta tulos selittyy sillä, että masennus vähentää imettämistä (Chowdhury ym. 2015).

3.4 Imetys ja suun terveys

Aura Heimonen

Maitohampaiden puhkeaminen alkaa noin puolivuotiaana, kun etuhampaat puhkeavat ensin alaleukaan ja sitten yläleukaan. Etuhampaita seuraavat poskihampaat ja kulmahampaat. Kolmeen ikävuoteen mennessä kaikki 20 maitohammasta ovat puhjenneet. Imetyksellä on myönteisiä vaikutuksia leukojen ja purennan kehitykseen, sillä imetys stimuloi parentalihasten toimintaa sekä leukojen kasvua. Suomalaisille lapsille tehdyissä tutkimuksissa todettiin, että imetys on hyödyllistä purennan kehi-

tyksen kannalta ja että ensimmäisinä kuukausina tai pitempään imetetyillä lapsilla oli maitohampaistossa vähemmän purentavirheitä kuin niillä, joita oli imetetty lyhemmän aikaa (Karjalainen ym. 1999, Wainio ym. 2001). Ensimmäisen ikävuoden aikana tapahtuvaan imetykseen ei liity riskiä hampaiden reikiintymisestä; voi jopa olla, että tuossa iässä imetettyjen lasten hampaiden reikiintymisen riski on pienempi kuin saman ikäisinä pulloruokinnassa olleiden lasten (Tham ym. 2015).

Hampaiden harjaus kahdesti päivässä aloitetaan heti ensimmäisten maitohampaiden puhjetessa. Alle kolmen vuoden ikäisillä fluorihammastahnaa käytetään kuitenkin ainoastaan kerran päivässä (Karies (hallinta): Käypä hoito -suositus, 2014). Jos imetys jatkuu toiselle ikävuodelle, jolloin maitoposkihampaat puhkeavat, iänmukaista terveellistä ruokavaliota ja säännöllistä ateriarytmiä sekä hampaiden harjausta ja fluorihammastahnan käyttöä on hyvä korostaa. Rintamaidossa on runsaasti maitosokeria eli laktoosia (noin 7 g/dl), jota hampaiden reikiintymiseen osallistuvat bakteerit kykenevät käyttämään hyväkseen (Kämäräinen & Alaluusua 2005). Rintamaito ei kuitenkaan yksistään aiheuta hampaiden reikiintymistä. Jos suun olosuhteet ovat muutoinkin reikiintymistä suosivia, saattaa ensimmäisen ikävuoden jälkeen tapahtuva lapsentahtinen imetys omalta osaltaan lisätä hampaiden reikiintymisen riskiä (Karies (hallinta): Käypä hoito -suositus, 2014). Altistuminen soke-ripitoisille ruoille ja juomille hampaiden puhkeamisvaiheessa tekee mahdolliseksi reikiintymistä aiheuttavien mutans-streptokokkien kolonisoitumisen suuhun ja lisääntymisen hampaiden pinoilla. Mikäli hampaiden puhdistuksesta ja fluorihammastahnan käytöstä ei tällöin huolehdita ja mikäli lapsen ruokatottumuksetkin ovat hampaiden reikiintymistä suosivia, voi lapsentahtinen imetys myötävaikuttaa hampaiden reikiintymiseen (Kämäräinen & Alaluusua 2005).

Toiselle ikävuodelle ja sen jälkeen öisin jatkuvaan lapsentahtiseen imetykseen liittyy kohonnut hampaiden reikiintymisen tilastollinen riski (Tham ym. 2015). Mikäli äiti imettää 1–2 kertaa yössä, hampaiden terveys ei välttämättä vaarannu, kun muista suunterveyttä ylläpitävistä asioista pidetään hyvä huoli. Mutta jos lapsi yö toisensa perään nukkuu lähes koko yön rinta suussa, hampaiden reikiintymistä voi olla mahdoton estää.

Neuvoloiden ja suunterveydenhuollon henkilöstön tulisi pyrkiä yhdenmukais-tamaan imetykseen liittyvää neuvontaansa. Imetys on leukojen ja purennan kehityksen kannalta hyödyllistä, eikä se lisää hampaiden reikiintymisen riskiä, jos lapsen suun olosuhteet eivät muutoin ole kariesbakteereita suosivia. Hammasterveyden kannalta on tärkeää, että lapsi syö terveellisesti ja että lapsen ateriarytmi on mahdollisimman säännöllinen, eikä lapsen ulottuvilla ole mehupulloa omaan tahtiin käytettäväksi. Kiinteiden ruokien aloittamisen jälkeen lapsen janojuomana tulee käyttää vettä. Lisäksi hampaiden harjauksesta ja fluorihammastahnan käytöstä on pidettävä hyvä huoli.

Lapsen hampaiden puhdistaminen, fluorihammastahnan suosituksen mukainen käyttö, säännöllinen ateriarytmi ja lapsen suun terveyttä tukeva muu iänmukainen ravinto ylläpitävät suunterveyttä. Näistä asioista huolehtiminen on erityisen tärkeää silloin, kun imetys jatkuu ensimmäisen ikävuoden jälkeen.

Suosituks

- Hammashoitolassa annettu ohjaus on perhelähtöistä ja imetyksmyön-teistä.
- Hammashoitolan perhevalmennuksen osuudessa tuodaan esiin ime-tyksen suotuisat vaikutukset leukojen ja purennan kehitykseen.
- Perheitä kannustetaan hampaiden huolelliseen ja säännölliseen puh-distukseen, syömään monipuolisesti ja terveellisesti ruoka-aikoina ja välttämään sokerin runsasta ja tiheää käyttöä.
- Neuvolat ohjaavat toisella ikävuodella ja sen jälkeen imettävät per-heet hammashoitolaan sen varmistamiseksi, että muista kariesvauri-oiden syytekijöistä ei aiheudu lapselle lisääntyntä hampaiden rei-kiintymisen riskiä.
- Kiinteiden ruokien aloittamisen jälkeen lapselle neuvotaan janojuo-maksi vesi.

LÄHTEET

- Abrams EM, Greenhawt M, Fleischer DM & Chan ES. 2017. Early solid food introduction: Role in food allergy prevention and implications for breastfeeding. *J.Pediatr*;184:13–18.
- Amitay EL & Keinan-Boker L. 2015. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: A meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr*;169:e151025.
- Andren Aronsson C, Lee HS, Koletzko S, Uusitalo U, Yang J, Virtanen SM, ym. 2016. Effects of gluten intake on risk of celiac disease: a case-control study on a Swedish birth cohort. *Clin. Gastroenterol.Hepatol.* Mar;14
- Arslanoglu S, Bertino E, Nicocia M, Moro GE. 2012. WAPM Working Group on Nutrition: potential chronobiotic role of human milk in sleep regulation. *J.Perinat.Med.* 40:1–8.
- Arslanoglu S, Corpeleijn W, Moro G, Braegger C, Campoy C ym. 2013. ESPGHAN. Donor human milk for preterm infants: Current evidence and research directions. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 57(4), 535–42.
- Bercik P, Denou E, Collins J, Jackson W, Lu J, Jury J. ym. 2011. The intestinal microbiota affect central levels of brain-derived neurotrophic factor and behavior in mice. *Gastroenterology*;141:599–609, 609.e1–3.
- Bode L. 2012. Human milk oligosaccharides: every baby needs a sugar mama. *Glycobiology* ;22:1147–62.
- Bravi F, Wiens F, Decarli A, Dal Pont A, Agostoni C & Ferraroni M. 2016. Impact of maternal nutrition on breast-milk composition: a systematic review. *Am.J.Clin.Nutr*;104:646–62
- Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A & Di Mario S. 2006. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr.* 95:540–6.
- Chantry CJ, Howard CR & Auinger P. 2007. Full breastfeeding duration and risk for iron deficiency in U.S. infants. *Breastfeed Med.* 2:63–73.
- Chantry CJ, Howard CR & Auinger P. 2006. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics*, 117:425–32.
- Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N. ym. 2015. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 104:96–113.

- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. 2002. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, 360:187–95.
- Collado MC, Rautava S, Isolauri E & Salminen S. 2015. Gut microbiota: a source of novel tools to reduce the risk of human disease? *Pediatr.Res.* 77:182–8.
- Dennehy PH, Cortese MM, Begue RE, Jaeger JL, Roberts NE, Zhang R. ym. 2006. A case-control study to determine risk factors for hospitalization for rotavirus gastroenteritis in U.S. children. *Pediatr.Infect.Dis.J.*25:1123–31.
- Dror DK & Allen LH. 2008. Effect of vitamin B12 deficiency on neurodevelopment in infants: current knowledge and possible mechanisms. *Nutr.Rev.*66:250–5.
- Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF. ym. 2015. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N.Engl.J.Med.*372:803–13.
- Fleith M & Clandinin MT. 2005. Dietary PUFA for preterm and term infants: review of clinical studies. *Crit.Rev.Food Sci.Nutr.*;45:205–29.
- Furman L & Schanler RJ. 2012. Breastfeeding. Teoksessa Gleason CA & Devaskar SU (toim.) *Avery's Diseases of the Newborn (Ninth Edition)* Philadelphia.W.B. Saunders.937–51.
- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ. ym. 2005. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115:496–506.
- Girard LC, Doyle O, Tremblay RE. 2017. Breastfeeding, cognitive and noncognitive development in early childhood: A population study. *Pediatrics* 139:10.1542/peds.20161848
- Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY & Vennemann MM. 2011. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*;128:103–10.
- Hornell A, Lagstrom H, Lande B & Thorsdottir I. 2013. Protein intake from 0 to 18 years of age and its relation to health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr.Res.*57:10.3402/fnr.v57i0.21083.
- Horta BL & Victora C. 2013. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. WHO.
- Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. 2015a. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 104:14–9
- Horta BL, Loret de Mola C & Victora CG. 2015b. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.*104:30–7.
- Josephson CD, Caliendo AM, Easley KA, Knezevic A, Shenvi N, Hinkes MT, ym. 2014. Blood transfusion and breast milk transmission of cytomegalovirus in very low-birth-weight infants: a prospective cohort study. *JAMA Pediatr.*168:1054–62.
- Kalliomäki M, Kirjavainen P, Eerola E, Kero P, Salminen S & Isolauri E. 2001. Distinct patterns of neonatal gut microflora in infants in whom atopy was and was not developing. *J.Allergy Clin. Immunol.*107:129–34.
- Karies (hallinta) (online). Käypä hoito -suositus. 2014 Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.käypähoito.fi
- Karjalainen R, Rönning O, Lapinleimu H & Simell O. 1999. Association between early weaning, non-nutritive sucking habits and occlusal anomalies in 3-year-old Finnish children. *International Journal of Paediatric Dentistry*;9(3):169–73.
- Kim P, Feldman R, Mayes LC, Eicher V, Thompson N, Leckman JF. ym. 2011. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *J.Child Psychol.Psychiatry*;52:907–15.
- Kramer MS & Kakuma R. 2012. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst.Rev.*8:CD003517.
- Kämäräinen R & Alaluusua S. Imetyks ja karies. 2005. *Suomen Hammaslääkärilehti*; 12(15):878–81.
- Lionetti E, Castellana S, Francavilla R, Pulvirenti A, Tonutti E, Amarri S ym. 2014. Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *N.Engl.J.Med.*;371:1295–303.
- Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G & Leeson-Payne C. 1992. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*, 339:261–4.
- Manzoni P, Rinaldi M, Cattani S, Pugni L, Romeo MG, Messner H ym. 2009. Bovine lactoferrin supplementation for prevention of late-onset sepsis in very low-birth-weight neonates: a randomized trial. *JAMA*, 302:1421–8.
- Marild S, Hansson S, Jodal U, Oden A & Svedberg K. 2004. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr.*93:164–8.

- Mortensen EL, Michaelsen KE, Sanders SA & Reinisch JM. 2002. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, 287:236571.
- Niinistö S, Takkinen HM, Erlund I, Ahonen S, Toppari J, Ilonen J ym. 2017. Fatty acid status in infancy is associated with the risk of type 1 diabetes-associated autoimmunity. *Diabetologia*. May 4.
- Nwaru BI, Takkinen HM, Kaila M, Erkkola M, Ahonen S, Pekkanen J ym. 2014. Food diversity in infancy and the risk of childhood asthma and allergies. *J. Allergy Clin. Immunol.* 133:1084–91.
- Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S, Peacock J. ym. 2016. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. *N. Engl. J. Med.* 374:1733–43.
- Pisacane A, Graziano L, Mazzarella G, Scarpellino B & Zona G. 1992. Breast-feeding and urinary tract infection. *J. Pediatr.* 120:87–9.
- Quigley MA, Kelly YJ & Sacker A. 2007. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*; 119:e837–42.
- Rautava S. 2015. Lapsen varhaisen mikrobikontaktin terveystvaikutukset. *Duodecim*; 131:2099–106.
- Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Fromme H, Abou-Dakn M & Koletzko BV. 2009. Breastfeeding duration and exclusivity associated with infants' health and growth: data from a prospective cohort study in Bavaria, Germany. *Acta Paediatr.* 98:974–80.
- Roduit C, Frei R, Loss G, Buchele G, Weber J, Depner M. ym. 2012. Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. *J. Allergy Clin. Immunol.* 130:130–6.e5.
- Rossoni E, Feng J, Tirozzi B, Brown D, Leng G & Moos F. 2008. Emergent synchronous bursting of oxytocin neuronal network. *PLoS Comput. Biol.* 4:e1000123.
- Ruoka-allergia (lapset). 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi
- Saari A, Sankilampi U & Dunkel L. 2013. Multiethnic WHO growth charts may not be optimal in the screening of disorders affecting height: Turner syndrome as a model. *JAMA Pediatr.* 167:194–5.
- Saari A, Sankilampi U, Hannila ML, Kiviniemi V, Kesseli K & Dunkel L. 2011. New Finnish growth references for children and adolescents aged 0 to 20 years: Length/height-for-age, weight-for-length/height, and body mass index-for-age. *Ann. Med.* 43:235–48.
- Salo J, Dunkel L, Pouta A, Anttila-Bondestam J, Hakulinen-Viitanen T. ym. 2011. Lasten kasvun seurannan uudistaminen. Asiantuntijaryhmän raportti. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 49/2011.
- Schanler RJ. 2011. Outcomes of human milk-fed premature infants. *Semin. Perinatol.* 35:29–33.
- Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MX ym. 2015. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 104:62–84.
- Tremaroli V & Backhed F. 2012. Functional interactions between the gut microbiota and host metabolism. *Nature*, 489:242–9.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN). 2014. Terveystä ruoasta - Suomalaiset ravitsemussuosituksukset 2014. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN). 2016. Syödään yhdessä - ruokasuositukset lapsiperheille. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Kide 26.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J ym. 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387:475–90.
- Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP ym. 2015. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob. Health.* 3:e199–205.
- Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Higgins RD, Langer JC ym. 2007. Persistent beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. *Pediatrics*, 120:e953–9.
- Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, Castillejo G, Chmielewska A, Crespo Escobar P ym. 2014. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. *N. Engl. J. Med.* 371:1304–15.
- Wainio H-L, Alanen P & Varrelä J. 2001. Breastfeeding and occlusal development in the primary dentition. *Journal of Dental Research*, 80:689.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group. 2006. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr. Suppl.* 450:76–85.
- WHO. 2014. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition. www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/, accessed 6 October 2014.

4. LAPSEEN LIITTYVIÄ IMETYKSEN ERITYISTILANTEITA

4.1 Vastasyntyneen kuivuman ehkäisy

Kaija Mikkola

Synnytyksen jälkeen äidin maidon erityis käynnistyy hormonaalisella stimulaatiolla ensimmäisen viikon aikana. Maidon muodostumisen käynnistyminen voi viivästyä vaikean synnytyksen tai esimerkiksi huonossa tasapainossa olevan diabeteksen vuoksi. Maidon ylläpitovaiheeseen toisesta elinviikosta alkaen vaikuttaa se, miten tehokkaasti rinnat tyhjenevät. Osalla äideistä maidon muodostuminen jää riittämättömäksi (Neville & Morton 2001).

Ensimmäisten elinpäivien aikana vastasyntyneen paino laskee. Terveen täysi-aikaisen vastasyntyneen painon laskusta on julkaistu nomogrammeja synnytystavoittain (Flaherman ym. 2015). Yleinen ohje on antaa lisämaidon, jos paino laskee yli 10 % syntymäpainosta (Dewey ym. 2003). Jos paino laskee liikaa, imemisote tarkistetaan ja imetystä tehostetaan imetyskertoja tihentämällä ja ohjaamalla äitiä lypsämään maitoa. Lapselle annetaan lisämaitoa, ensisijaisesti äidin omaa lypsymaitoa ja toissijaisesti luovutettua rintamaitoa tai korvikemaitoa. Lapsen kielen liike tarkistetaan. Jos kielijänne on kireä, se voidaan katkaista imemisen parantamiseksi (Klockars 2013). Tarvittaessa voidaan käyttää syöttöpunnituksia lapsen painon seurannan ohella arvioitaessa lisämaidon jatkamisen tarvetta.

On tärkeää seurata vastasyntyneen painoa aluksi tiheästi ja toistuvasti liiallisen kuivuman tunnistamiseksi. Kuivuma voidaan estää äitien yksilöllisellä ja tehostetulla imetysohjauksella sekä lasten asianmukaisella seurannalla ja hoidolla, kuten lisämaidon antamisella imetyksen ohella tarvittaessa. Rintamaidon niukkuuteen liittyvää kuivumaa voi esiintyä syntymän jälkeen jo sairaalahoidon aikana, mutta yleisimmin vasta lapsen kotiuduttua. Jos maitoa erittyy niukasti yksinomaisen imetyksen jatkuessa, kuivuma voi olla vakava ja johtaa mm. lapsen liialliseen kellastumiseen, verisuonten tukoksiin ja pysyviin vaurioihin. Oikein hoidettuna lapsi toipuu hyvin ja kehittyy normaalisti. (Escobar ym. 2007.) Synnytyksestä kotiudutaan yhä aikaisemmin, ja sairaalasta kotiutuessa on varmistettava, että painonseuranta jatkuu neuvolassa pian kotiutumisen jälkeen. Synnytyssairaalassa ohjataan tunnistamaan imetyksen turvamerkit: riittävä imemistiheys, napakka imu ja maidon nieleminen, riittävä virtsan ja ulosteen erityis.

Täysimetyksen kestoon vaikuttavat sekä lapsen että äidin terveydentila ja tarpeet. Jos lapsi ei kasva kunnolla tai lapsella on erityistilanne (keskosuus, raskaudenaikainen kasvuhäiriö tai perussairaus, joka vaatii erityisravitsemusta), äidiltä ei tule riittävästi maitoa tai äiti ei halua imettää, lapselle ohjataan antamaan lisämaitoa

tai -ruokaa yksilöllisen tarpeen mukaan. Osittaisimetyksessä tuetaan imetyksen jatkumista. Täysimetystavoitteesta huolimatta on tärkeää tunnistaa imeväisen vajaaravitsemus ja tarvittaessa täydentää ravitsemusta lisäruoalla. Säännöllinen kasvunseuranta neuvolassa on tärkeää lapsen ravitsemuksen ja terveydentilan arvioimiseksi.

4.2 Kireä kieli- ja huulijänne

Nina Kivilaakso

Kireä kielijänne on lievä, synnynnäinen, osittain perinnöllinen rakennepoikkeama, jonka syytä ei tiedetä. Kielijänne on kireä, jos se estää kielen normaalin liikkuvuuden. Kireää kielijännettä esiintyy 4–11 %:lla vastasyntyneistä, ja se on hieman yleisempi pojilla (Klockars 2013, O’Shea ym. 2017).

Kireä kielijänne rajoittaa kielen liikkuvuutta ja osalla se voi vaikeuttaa imetystä: vauva ei kykene tekemään kielellään peristalttista liikettä, imuote ei ole tiivis ja irta-aa herkästi. Syödessään vauva saattaa pitää naksuvaa ääntä tai haukkoa ilmaa ja väsähtää kesken syötön. Kun vauva ei saa imettyä maitoa tehokkaasti, voi painonnousu olla niukkaa, vaikka vauvaa imetettäisiin hyvin usein tai pitkään. Vauva voi myös enenaikaisesti vierottua rinnasta. Kireä kielijänne aiheuttaa joskus vauvoille ongelmia myös pulloruokinnassa. (Deufel & Montonen 2010, O’Callahan ym. 2013, Ghaheri ym. 2017, Genna 2017.) Kireä kielijänne voi aiheuttaa myöhemmin ongelmia ääniteiden kehityksessä, ruokailussa, sosiaalisissa tilanteissa ja puhallinsoitinten soittamisessa sekä lisäksi voi esiintyä myös uniapneaa ja parenta- ja nielemishäiriöitä (Knox 2010, Klockars 2013, Huang ym. 2015). Vauvan huono imuote voi aiheuttaa äidille kipua ja rinnanpäiden rikkoutumista, hiiwasienitulehdusta sekä rintojen pakkautumista, maitotiehyiden tukoksia ja rintatulehduksia sekä maidon erityksen vähene- mistä (Knox 2010, O’Callahan ym. 2013, Ghaheri ym. 2017, Genna 2017).

Kielijänteen kireyden arvioimiseksi on kehitetty asteikkoja, joiden avulla voidaan arvioida joko anatomiaa, esim. Corylloksen luokitus, (Genna 2017) tai kielen toimintaa esim. Hazelbakerin (Hazelbaker Assessment tool for Lingual Frenulum Function, HATLFF; Walsh & Tunkel 2017) ja Bristolin luokitukset (Bristol Tongue- tie Assesment Tool, BTAT; Ingram ym. 2015). Jos kielijänne on kireä, kielen kärki jää usein ikenen taakse kielen työntyessä ulos. Vauvan itkiessä kieli ei nouse kohti suu- lakea tai kieli vetäytyy kupille, kielen kärjessä voi näkyä lovi tai se voi olla hertan- muotoinen. Itse jänne voi näyttää lyhyeltä ja joustamattomalta (Deufel & Montonen 2010, Knox 2010, Riordan & Wambach 2016.) Kielen etuosaan kiinnittyvä kireä kie- lijänne havaitaan vauvan suuhun katsomalla ja se voidaan leikata jo synnytyssairaa- lassa (Klockars 2013, Wakhanrittee ym. 2016). Kireä kielijänne voi esiintyä myös ly- hyenä sidekudoskalvona limakalvon alla niin, ettei kalvoista jännettä ole lainkaan (Walsh & Tunkel 2017, Genna 2017). Tällaisen kielen alle kiinnittyvän kielijänteen havaitseminen voi olla haastavaa, ja tällöin korostuu imetysongelman ja kielen toi-

minnallisuuden arviointi sekä äidin haastattelun merkitys (O’Callahan ym. 2013, Pransky ym. 2015, Ingram 2015, Ghaheri ym. 2016).

Kireän kielijänteen lisäksi imetystä voivat samaan aikaan huonontaa vauvan pieni alaleuka, korkea suulaki, kireä ylähuulijänne ja äidin rinnan rakenteeseen ja toimintaan liittyvät tekijät (Deufel & Montonen 2010, Garbin ym. 2013, Riordan & Wambach 2016, Genna 2017).

Mikäli vauvalla ja/tai äidillä on vauvan kireään kielijänteeseen sopivia oireita, on ensisijainen hoito parantaa imuotetta imetysohjauksella. Mikäli imetysohjauksesta ei ole apua, voidaan kielijänteen katkaisu (frenotomia) tehdä tarkan arvioinnin ja harkinnan jälkeen, sillä tutkimusnäyttöä sen hyödyistä on edelleen vähän (O’Shea ym. 2017, Walsh & Tunkel 2017.) Toimenpide itsessään on varsin turvallinen (Cochrane 2017). Kielijänteen katkaisun tekee vastasyntyneille asiaan perehtynyt lastenlääkäri tai isommilla vauvoilla usein korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri (Klockars 2013). Äidille tulee ohjata oikea imuote ja vauvan jälkihoito toimenpiteen jälkeen. Vauva oppii uuden imuotteen noin viikon kuluessa (Deufel & Montonen 2010, O’Callahan ym. 2013, Garbin ym. 2013, Ghaheri ym. 2017, Wakanrittee ym. 2016).

Ylähuulijänne on limakalvon osa, joka kiinnittyy toisesta päästä ylähuulen sisäpuolelle ja toisesta yläetuhampaiden yläpuolelle tai väliin ikenen yläosaan. Kaikilla vastasyntyneillä on huulijänne ja sen anatomia muuttuu kasvun myötä siten, että jänne nousee iän myötä ylemmäs (Boutsi & Tatakis 2011, Delli ym 2013). Huulijänteen merkitys imetyksen onnistumisessa tunnetaan huonommin kuin kielijänteen merkitys, eikä sen leikkaamisesta ole kuin muutama tutkimus (Kotlow 2013, Pransky ym. 2015, Benoiton ym. 2016, Ghaheri ym. 2017). Huulijänteen luokitteluun kehitetty asteikko (Kotlow 2013) on osoittautunut epäluotettavaksi (Santa Maria ym. 2017). Oikeanlaisessa imuotteessa alahuuli kääntyy alas ja ylähuuli on neutraalisti tai kääntyy hieman ylös, jolloin vauvan suu ja huulet ovat tiivisti nännipihan ympärillä. Jos ylähuuli kääntyy imuotteessa sisäänpäin, ylähuuleen saattaa tulla imurakkula ja imuote voi vuotaa ja vauva imee runsaasti ilmaa. Mikäli ylähuulen kääntö on selkeästi rajoittunut ja vauvalla on huono imuote, eikä imetysohjauksella imetys riittävästi parane, voi jänteen leikkausta harkita. (O’Callahan ym. 2013, Pransky ym. 2015, Genna 2017.)

Kieli- ja huulijänteisiin liittyvien julkaisujen määrä on viime aikoina lisääntynyt, ja lähivuosina saadaan lisää tietoa jänteiden merkityksestä imetyksen onnistumiselle (Bin-Nun ym 2017).

4.3 Keltaisuus

Kaija Mikkola

Syntymän jälkeen punasolujen hajotessa hemiryhmästä vapautuu keltaisuutta aiheuttavaa rasvaliukoista konjugoimatonta bilirubiinia, joka maksassa konjugoidaan

glukuronihapon kanssa vesiliukoiseksi yhdisteeksi ja edelleen eritetään sapsen kautta suoleen. Konjugoitu bilirubiini poistuu ulosteen mukana, mutta osa siitä voi imeytyä myös uudelleen, jos lapsi saa niukasti maitoa ja ulostaa vähän. Vastasyntyneen fysiologinen keltaisuus on suurimmillaan 3–5 vrk:n iässä. Täysiaikaisista terveistä lapsista noin 10 % tarvitsee sinivalohoitoa, mutta ennenaikaisuus lisää hoitoa vaativan kellastumisen riskiä. Kellastumisen riskitekijöitä ovat raskausviikkoikä alle 38, kuivuminen, aiemman sisaruksen hoitoa vaatinut kellastuminen sekä usein varhain ilmaantuvat muut lääketieteelliset tekijät kuten synnytyspahka, runsaat mustelmat tai muut vuodot, infektio, asfyksia, veriryhmäepäsopivuus tai polysytemia.

Jos konjugoimattoman bilirubiinin pitoisuus on hyvin suuri, se voi kertyä keskushermostoon tyvitumakealueelle (kernikterus) ja johtaa CP-oireistoon, kuurouteen, silmänliikehalvaukseen ja kehitysviiveeseen. Keltaisuuden ehkäisyyn ja hoitoon kuuluvat kuivuman ehkäisy ja hoito riittävällä nesteytyksellä ja sinivalolla, jos konjugoimattoman bilirubiinin pitoisuus ylittää valohoitorajan. Lievässä keltaisuudessa sinivalohoito voidaan toteuttaa esimerkiksi sinivalopatjalla, jolloin äiti voi imettää samaan aikaan. Tarvittaessa annetaan lisämaitoa, joka voi olla äidin lypsämää rintamaitoa tai korvikemaitoa. Veriryhmäepäyhteensopivuudessa voidaan tarvita myös immunoglobuliinihoitoa tai jopa verenvaihtoa (Rennie ym. 2010, Furman & Schanler 2012).

Pitkittänyttä rintamaitokeltaisuutta esiintyy noin 2–10 %:lla täysiaikaisista imetyistä vastasyntyneistä. Terveen, hyvin kasvavan ja hyvinvoivan, imetetyn lapsen veren konjugoimattoman bilirubiinin pitoisuus on koholla jopa runsaan kahden kuukauden ikään. Rintamaitokeltaisuuden tarkkaa syytä ei tiedetä. Kun maksan toiminta kypsyy, oire väistyy. Korkeaa bilirubiinitasoa hoidetaan tarvittaessa sinivalolla ja imetystauko on harvoin tarpeen (Rennie ym. 2010).

Jos keltaisuus pitkittyy, lapsi kasvaa huonosti tai ulosteet muuttuvat vaaleiksi, tarvitaan lisätutkimuksia muiden sairauksien (sappitieatresia, kilpirauhasen vajaatoiminta, virtsatieinfektio tai harvinainen aineenvaihdunta- tai punasolujen hajoamista aiheuttava sairaus) poissulkemiseksi. Sappitieatresiassa lapsi on pronssinkeltainen, ulosteet ovat kittimäisen vaaleita ja lapsen paino nousee huonosti, mutta lapsi saattaa vaikuttaa muutoin terveeltä. Konjugoidun bilirubiinin osuus on yli 20 % kokonaisbilirubiinista. Sappitieatresia-diagnoosiin pitäisi päästä mahdollisimman pian ja tauti hoidetaan kirurgisesti. (Lampela & Pakarinen 2013.)

4.4 Ennenaikaisena syntyneen lapsen imetys

Kaija Mikkola

Ennenaikaisena syntyneen lapsen ensisijainen ravinto on tuore rintamaito (AAP Section on Breastfeeding 2012, Arslanoglu ym. 2013). Tuoremaito suojaa keskosvauvaa vakavilta infektioilta ja pitkä rintamaitoruokinta vaikuttaa myönteisesti lapsen kognitiiviseen kehitykseen ja vähentää keskosien verkkokalvosairautta (Schanler

2011). Rintamaidon terveystaikutuksia on kuvattu tarkemmin luvussa 3.2. Rintamaitoruokinta on äidille psykologisesti tärkeää. Jos täysimetus ei toteudu, tuetaan osittaisimetystä. Jos äidiltä ei tule omaa maitoa, suositellaan luovutettua rintamaitoa. On tärkeää, että luovutettu pankkimaito toimitetaan virallisen äidinmaitokeskuksen kautta, jolloin käytetään turvallista, testattua, pastöroitua ja oikein säilytettyä maitoa. Lapsen syntymäpainon mukaan rintamaitoravitsemukseen lisätään tarvittaessa proteiinia ja muita lisäravinteita. Korvikemaitoa suositellaan ennenaikaiselle lapselle vain, jos rintamaitoa ei ole saatavilla (Arslanoglu ym. 2013).

Vuonna 2013 ennenaikaisen lapsen imetykseen perehtynyt asiantuntijaryhmä julkaisi vastasyntyneiden teho-osastoille mukaillun vauvamyönteisyysohjelman, NEO-BFHI:n (Nyqvist ym. 2012). Siinä korostetaan sairaan lapsen voinnin mukaista mahdollisimman varhaista ihokontaktia ja koko sairaalassaoloajan tarjottavaa rintamaitoruokinnan tukea äidille. Ennenaikaisen lapsen hoidossa suositellaan mahdollisuuksien mukaan vieri- ja perhekeskeistä hoitoa. Tutin käyttöä suositellaan lapsen rauhoittamiseen, kivun lievittämiseen ja imemisen harjoitteluun. Imemistekniikan harjoittelun ajan voidaan käyttää apuvälineinä mm. nenämahaletkia ja rintakumia vaihtoehtoina tuttipullolle. Perheillä pitäisi olla mahdollisuus saada tukea myös sairaalasta kotiutumisen jälkeen (Nyqvist ym. 2012).

Ennenaikainen synnytys on haaste imetyksen aloitukselle. Äidille pitää antaa mahdollisuuksien mukaan ennenaikaisen lapsen imetysohjausta jo ennen synnytystä ja tukea äitiä myönteiseen imetysaikomukseen. Äidin on tärkeä tietää, että mahdollisimman nopeasti synnytyksen jälkeen aloitettu maidon lypsäminen tehostaa maidon muodostumista ja lisää maitomäärää. Yleisenä suosituksena on ollut ensilypsy kuuden tunnin sisällä synnytyksestä (Furman ym. 2002), mutta ennenaikaisen synnytyksen yhteydessä vielä varhaisempi, jo tunnin sisällä toteutuva ensilypsy aikaistaa maidon nousua ja lisää maitomääriä (Parker ym. 2012). Täysiaikaisen synnytyksen yhteydessä ensimmäisen, kolostrumin, jälkeen kypsän maidon muodostus alkaa jo 30–48 tunnin kuluttua synnytyksestä. Ennenaikainen synnytys ja viive rintamaidon lypsämisen aloituksessa hidastavat kypsän maidon erityksen käynnistymistä (Dewey ym. 2003) ja lisäävät imetyksen epäonnistumisen riskiä. Rintoja tyhjennetään lypsämällä ensipäivinä 2–3 tunnin välein ja yöllä ainakin kerran. Aluksi lypsyn voi tehdä käsin, mutta maitomäärien noustessa reilun kahden vuorokauden iästä alkaen suositellaan sähköpumppua. Maidon nousuun vaikuttaa myönteisesti, että äiti pumppaa tiheästi ja käyttää rintapumppua, jotta molemmat rinnat voi tyhjentää samanaikaisesti. (Fewtrell ym. 2016.)

Varhainen ihokontakti edistää imetyksen onnistumista ja kestoa, ja lievästi ennenaikaisilla lapsilla se parantaa myös hengityksen ja verenkierron vakautta sekä verensokeritasoa (Moore ym. 2012). Varhaisen ihokontaktin aikana vastasyntyneen vointia täytyy samalla tarkkailla riittävästi ja huolehtia oikeasta asennosta ja stimulaatiosta, sillä varhaiseen ihokontaktiin on liittynyt myös läheltä piti -tilanteita, joissa lapsen vointi on yllättäen romahtanut (Feldman-Winter ym. 2016). Ihokontaktissa lapsi oppii hakeutumaan rinnalle ja äiti oppii tunnistamaan lapsen nälkäviestejä. Imeminen käynnistyy jo 29 raskausviikon iästä lähtien ja kehitty sen jälkeen vähi-

tellen (Nyqvist 2008). Tanskalaisessa kyselytutkimuksen mukaan kyky imeä suoraan rinnasta kypsyy hitaimmin erittäin ennenaikaisina syntyneillä: 24–27 raskausviikolla syntyneet jaksoivat syödä joitakin kokonaisia aterioita suoraan rinnasta vasta lähes 36 raskausviikkoa vastaavassa iässä, kun taas 28–31 raskausviikolla syntyneet jaksoivat syödä jo kaikki ateriat rinnasta 37 raskausviikon ikään mennessä (Maasturup ym. 2014a). Samassa aineistossa todettiin, että syöttöpunnitukset tukivat ennenaikaisen lapsen täysimetystä. Rintojen lypsämisen aloitus vasta yli kaksi vuorokautta synnytyksestä ja pitkittänyt rintakumin käyttö lisäsivät imetyksen epäonnistumisen riskiä (Maasturup ym. 2014b). Cochrane-katsauksen (Collins ym. 2016) mukaan tuttipullon välttäminen lisää rintamaitoruokintaa. Pitkäaikaisseurannasta on niukalti tietoa, mutta nykytiedon valossa tuttipullon välttäminen ja nenämahaletkun käyttö tai hörpytys lisäävät onnistuneen rintaruokinnan todennäköisyyttä sairaalasta kotiututtaessa ja sekä kolmen että kuuden kuukauden kuluttua.

Ennenaikaisuus lisää kätkytkuoleman riskiä, jolta puolestaan suojaavat rintamaitoruokinta (Hauck ym. 2011) ja tutin käyttö. Tutin käyttöä suositellaan sekä keskosille että täysiaikaisina syntyneille lapsille imetyksen vakiintumisen (3–4 viikon iästä alkaen) jälkeen kätkytkuolemalta suojaamiseksi (Kirjavainen 2003, AAP 2012). Myös rokotusohjelman mukaiset rokotukset suojaavat kätkytkuolemalta (Hauck ym. 2011, Feldman-Winter ym. 2016).

Imetyksen määrään ja kestoon vaikuttaa yksilöllinen imetysohjaus sairaalassa ja kotona. Äidin imetysaikomukseen voidaan vaikuttaa merkittävästi jo ennen syntymistä, ja imetysaikomus ohjaa äidin myöhempää käyttäytymistä. On tärkeää, että myös isä ja tarvittaessa muut läheiset saavat oikeaa tietoa imetyksestä ja rintamaidon hyödyistä ja että kotiutumisen jälkeen rintaruokinnan jatkumista tuetaan yksilöllisesti kotikäynneillä. (Rollins ym. 2016.) Ennenaikaisesti synnyttäneet äidit imettävät keskimäärin lyhyemmän aikaa kuin täysiaikaisesti synnyttäneet, mutta jos imetys käynnistyy hyvin, myös erittäin ennenaikaisesti, alle 28 raskausviikolla synnyttäneet äidit, pystyvät hyvin pitkäkestoiseen imetykseen (Åkerström ym. 2007).

LÄHTEET

- AAP. 2012. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129:e827–41.
- Arslanoglu S, Corpeleijn W, Moro G, Braegger C, Campoy C ym. 2013. ESPGHAN Committee on Nutrition. Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. *J.Pediatr.Gastroenterol.Nutr.*57:535–42.
- Benoiton L, Morgan M & Baguley K. 2016. The international journal of pediatric Otorhinolaryngology. Management of posterior ankyloglossia and upper lip ties in a tertiary otolaryngology outpatient clinic. 88: 13–6.
- Bin-Nun A, Kasirer Y & Mimouni F. 2017. Breastfeeding medicine: A dramatic increase in tongue tie-related articles: A 67 years systematic review. 12, 7.
- Boutsi, Elizabeth & Tatakis, Dimitris, 2011: International journal of pediatric dentistry. Maxillary labial frenum attachment in children. 2011; 21: 284–8.
- Collins CT, Gillis J, McPhee AJ, Sukanuma H & Makrides M. 2016. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst.Rev.* 10:CD005252.

- Delli K, Livas C, Sculean A, Katsaros C & Bornstein M. 2013. Facts and myths regarding the maxillary midline frenum and its treatment: A systemic review of the literature. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23444184> (viitattu 13.9.2017)
- Deufel M & Montonen E. 2010. Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim.
- Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ & Cohen RJ. 2003. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 112:607–19.
- Garbin C, Sakalidis V, Chadwick L, Whan E, Hartmann P & Geddes D. 2013. Evidence of improved milk intake after frenotomy: A case report. *Pediatrics*, 132, 5. <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/5/e1413.long> (viitattu 13.9.2017)
- Escobar GJ, Liljestrand P, Hudes ES, Ferriero DM, Wu YW, Jeremy RJ ym. 2007. Five-year neurodevelopmental outcome of neonatal dehydration. *J.Pediatr.*151:127–33, 133.e1.
- Feldman-Winter L & Goldsmith JP. 2016. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. *Pediatrics*;138:10.1542/peds.2016–1889.
- Fewtrell MS, Kennedy K, Ahluwalia JS, Nicholl R, Lucas A & Burton P. 2016. Predictors of expressed breast milk volume in mothers expressing milk for their preterm infant. *Arch.Dis.Child. Fetal Neonatal Ed.*
- Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM & Paul IM. 2015. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*, 135:e16–23.
- Furman L, Minich N & Hack M. 2002. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics*, 109:e57.
- Furman L & Schanler RJ. 2012. Chapter 65 - Breastfeeding. In: Gleason CA, Devaskar SU, editors. *Avery's Diseases of the Newborn (Ninth Edition)* Philadelphia: W.B. Saunders, 937–51.
- Genna CW. ed. 2016. Supporting sucking skills in breastfeeding infant. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Ghaheeri B, Cole M, Fausel S, Chuop M & Mace J. 2017. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study. *Laryngoscope*, 127, 5.
- Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY & Vennemann MM. 2011. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 128:103–10.
- Huang Y, Quo S, Berkowski A & Guilleminault C. 2015. Short lingual frenulum and obstructive sleep apnea in children. *International Journal of Pediatric Research* 1:1.
- Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H & Emond A. 2015. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484383/> (viitattu 13.9.2017)
- Kirjavainen T. 2003. Kättykuoleman riskitekijät. *Duodecim* 119:577–579.
- Klockars T. 2013. Kireä kieliänne. *Duodecim*, 129:947–9.
- Knox I. 2010. Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn. *Neoreviews*, 11, 9. <http://www.lunilactation.com/KnoxTT.pdf> (viitattu 22.1.2017)
- Kotlow L. 2013. Diagnosing and understanding the maxillary lip-tie (superior labial, the maxillary labial frenum) as it relates to breastfeeding. *Journal of human lactation*. <http://www.kiddesteeth.com/assets/pdfs/articles/journal-human-lac2013.pdf> (viitattu 18.1.2017)
- Lampela H & Pakarinen M. 2013. Biliary atresia. *Duodecim*, 129:1485–93.
- Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A ym. 2014a. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PLoS One*;9:e108208.
- Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, ym. 2014b. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One*;9:e89077.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N & Dowswell T. 2012. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst.Rev.*(5):CD003519. doi:CD003519.
- Neville MC & Morton J. 2001. Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *J.Nutr.*131:3005S–8S.
- Nyqvist KH. 2008. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr.*97:776–81.

- Nyqvist KH, Haggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R ym. 2012. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *J.Hum.Lact.*28:289–96.
- O’Callahan C, Macary S & Clemente S. 2013 The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *The international journal of pediatric otorhinolaryngology.*77, 827–33.
- O’Shea JE, Foster JP, O’Donnell CPF, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA & Davis. 2017. Frenotomy for tongue-tie in newborn infant (Review) *Cochrane library.* Issue 3, Art No: CD011065.
- Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Kelechi T & Mueller M. 2012. Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study. *J.Perinatol.*32:205–9.
- Pransky S, Lago D & Hong P. 2015. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: The influence of posterior ankyloglossia and upper lip-ties. *International journal of pediatric Otorhinolaryngology;*79: 1714–7.
- Rennie J, Burman-Roy S, Murphy MS & Guideline Development Group. 2010. Neonatal jaundice: summary of NICE guidance. *BMJ,* 340:c2409.
- Riordan J & Wambach K. 2016. *Breastfeeding and human lactation.* Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeerbhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC ym. 2016. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet,* 387:491–504.
- Santa Maria C, Aby J, Trong M, Thakur Y, Rea S & Messner A. 2017. The superior labial frenulum in newborns: What is normal? *Global Pediatric Health;* 4: 1–6.
- Schanler RJ. 2011. Outcomes of human milk-fed premature infants. *Semin.Perinatol.*35:29–33.
- Siegel S. 2016. Aerophagia induced reflux in breastfeeding infants with ankyloglossia and shortened maxillary labial frenula (tongue and lip tie). *International Journal of Clinical Pediatrics ;*5: 6–8. <http://www.theijcp.org/index.php/ijcp/article/view/246/189> (viitattu 21.1.2017)
- Wakhanrittee J, Khorana J & Kiatipunsodsai S. 2016. The outcomes of a frenulotomy on breastfeeding infants followed up for 3 months at Thammasat university hospital. *Pediatric surgery International.* 32: 945–95
- Walsh J & Tunkel D. 2017. *JAMA- Otolaryngology-Head & Neck Surgery.* Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants. A review. <http://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/2636595> (viitattu 13.9.2017)
- Watson Genna C. 2017. *Supporting sucking skills in breastfeeding infant* Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Åkerström S, Asplund I & Norman M. 2007. Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants. *Acta Paediatr.*96:1450–4.

5. ÄITIIN LIITTYVIÄ IMETYKSEN ERITYISTILANTEITA

5.1 Korvikemaitoruokinta ja äitien psyykkinen tukeminen

Kaija Mikkola

Ravitsemukseen vaikuttavat sekä lapsen että äidin terveydentila ja tarpeet. Lapsen kasvu tai muu lääketieteellinen erityistilanne voi edellyttää korvikemaitovalmisteiden käyttöä. Äidillä voi olla tunne, ettei maitoa tule riittävästi tai äiti ei halua imettää.

Pulloruokintaan liittyviä tunteita käsitelleen katsauksen (Lakshman ym. 2009) mukaan kolmasosa äideistä koki syällisyyttä, häpeää ja epäonnistumista. Äidit halusivat parasta lapsilleen, mutta kokivat epäonnistumista etenkin, jos maitoa ei tullut tarpeeksi. Lähes puolet näistä äideistä koki, että syällisyyden tunteet olivat ulkopuolisen tahon aiheuttamia. Puolet ei-imettävistä äideistä koki myös ahdistuksen tunteita, jotka liittyivät etenkin synnytyssairaalan alkuohjauksessa koettuun painostukseen. Viidesosa äideistä pelkäsi pulloruokinnan haittoja lapselle. Toisaalta, kun äidit olivat tehneet päätöksen pulloruokintaan siirtymisestä, 75 % kuvasi helpotuksen tunteita ratkaisusta: ahdistus väistyi ja lapsi sai riittävästi ruokaa. (Lakshman ym. 2009.)

On tärkeää, että alkuohjauksessa äitiä ohjataan eikä painosteta ja että hänelle annetaan tilaa. Äitejä pitäisi kiittää imetystrytyksestä, vaikka jouduttaisiin siirtymään äidinmaidonkorvikkeeseen. Äidit tarvitsevat lohdutusta ja heille tulee korostaa, että pulloruokinta ei vaaranna hyvää äitiyttä, kiintymyssuhdetta tai lapsen terveyttä. Terveystuhoonhenkilökunnan asenteen pulloruokintaan siirtymiseen pitäisi olla sallivaa, kun se on lapsen tai äidin etu tai päätös. Osa äideistä saattaa salata pulloruokinnan tuomitsemisen pelossa (Lakshman ym. 2009).

Lasta pullosta syöttävä äiti tarvitsee synnytyssairaalassa yhtä paljon ohjausta syöttämiseen kuin imettävä äiti. WHO-koodi kieltää korvikeruokien mainostamista mutta sitä ei saa tulkita siten, että pulloruokintaa ei ohjata. Pulloruokintaohjaus on tärkeää, sillä Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi, että äidit saattavat käyttää jauhopohjaisissa korvikemaidoissa kuumaa hanavettä, lämmittää ja säilyttää maitoja väärin tai käyttää liian paljon jauhoa laimennoksiin ajatuksenaan tehostaa ravitsemusta. Lisäksi äidit kokeilivat omatoimisesti erilaisia maitovalmisteita herkemmin, jos lapsella oli koliikkia, ruokatorven takaisinvirtausta, itkuisuutta tai ummetusta (Lakshman ym. 2009).

5.2 Imetyksen lääketieteelliset vasta-aiheet

Kaija Mikkola

Imetyksen vasta-aiheita ovat äidin vakavat, tarttuvat infektiosairaudet, kuten HIV tai HTLV (human T-lymphotrophic virus eli ihmisen T-soluleukemiavirus) -infektio, hoitamaton keuhkotuberkuloosi tai rakkulainen herpesihottuma äidin rinnassa. Jos äidillä on paikallinen, märkäinen rintatulehdus, suositellaan imetystaukoa kunnes märkäinen vaihe ohittuu. Äidin on tärkeää jatkaa maidon lypsämistä imetystauon aikana (Lawrence & Lawrence 2004). Rintamaitoruokinnan esteenä voi olla tapauskohtaisesti lapsen harvinainen synnynnäinen aineenvaihduntasairaus, kuten synnynnäinen laktaasin puutos, galaktosemia tai fenylketoniuria. Äidin huumeiden käyttö on este imetykselle (Aho ym. 2006), mutta buprenorfiini- tai metadonikorvaushoidon aikana saa imettää edellyttäen, että äiti ei käytä muita huumeita.

Tietoa lääkkeiden, vitamiinien sekä tavallisten nautintoaineiden turvallisuudesta raskauden ja imetyksen aikana on saatavana julkaisuista (Lääketietokeskus 2016, Malm ym. 2008) ja sähköisistä tietokannoista kuten Terveysportin Gravbase- ja Lactbase-tietokannoista (Lääkkeiden käyttö raskauden ja imetyksen aikana) (www.terveysportti.fi) sekä puhelimitse koko maan kattavasta Teratologisesta tietopalvelusta, puh. (09) 471 76 500 klo 9–12. Tietopalvelun konsultaatio on suositeltavaa, jotta vältetään aiheettomalta imetyskiellolta. Jos tilapäinen imetystauko on välttämätöntä, äidille neuvotaan, miten maidon eritystä pidetään yllä ja miten imeväistä ruokitaan imetystauon aikana.

Taulukossa 3 on lueteltu imetyksen aikana vasta-aiheisia, vältettäviä ja mahdollisia haittoja aiheuttavia lääkkeitä.

Taulukko 3. Imetys ja lääkkeet (Lääketietokeskus 2016).

Lääkeryhmä/ lääke	Huomioitavaa
Vasta-aiheisia	
Amiodaroni	Lääkkeen sisältämä jodi kertyy maitoon ja voi vaikuttaa imeväisen kilpirauhasen toimintaan
Doksepiini	Yksittäistapauksissa kuvattu vakavia haittoja
Dopamiiniagonistit	Maidontulon loppuminen
Ergotamiini	Yksittäistapauksissa kuvattu vakavia haittoja
Immunosuppressiiviset lääkkeet leflunomidi, mykofenolihappo, metotreksaatti	Potentiaalisesti vakavat haitat
Kloramfenikoli (systeeminen annostelu)	Potentiaalisesti vakavat haitat
Radioaktiiviset lääkkeet	Tauko imetyksessä
Solunsalpaajat	Potentiaalisesti vakavat haitat
Synteettiset retinoidit (alitretinoiini, asitretriini, isotretinoiini, tretinoiini)	Potentiaalisesti vakavat haitat

Vältettäviä	
Barbituraattijohdokset	Voivat kertyä imeväiseen ja aiheuttaa väsymystä
Bentsodiatsepiinit (pitkävaikutteiset)	Voivat kertyä imeväiseen ja aiheuttaa väsymystä
Kodeiini	Vain lyhytaikaiseen käyttöön (korkeintaan 2–3 vrk) Kuvattu toistuvaan käyttöön liittynyt pienen imeväisen kuolemaan johtanut tapaus - Äidin kapasiteetti metaboloida kodeiini morfiiniksi (entsyymiaktiivisuus CYP2D6 entsyymin osalta) - Vastasyntyneen rajoittunut kyky eliminoida morfiinia
Kultavalmisteet	Pitkä puoliintumisaika, voivat kertyä imeväiseen
Litium	Imeväisillä mitattu terapeuttisia lääkepitoisuuksia - Ei saa imettää, ellei lapsen litiumpitoisuuden ja kilpirauhasen toiminnan säännöllinen seuranta mahdollista
Morfiini	Vain lyhytaikaiseen käyttöön Alle 1 kk:n ikäisen imeväisen kyky eliminoida morfiinia on rajoittunut
Statiinit	Kolesteroli tärkeä varhaisvaiheen kehityksessä
Mahdollinen riski, tapauskohtainen harkinta	
Immunosuppressiiviset lääkkeet: atsatiopriini, siklosporiini, takrolimuusi	Atsatiopriini, takrolimuusi: altistuminen maidon kautta hyvin vähäistä, yleensä voi imettää Atsatiopriini: hoitoa aloitettaessa äidin tiopuriini-S-metyylitransferaasi (TPMT)-geenin DNA-tutkimus suositeltava Siklosporiini: yksittäisissä tapauksissa imeväisellä kuvattu terapeuttisia lääkepitoisuuksia
Lamotrigiini	Yhdessä tapauksessa raportoitu hengityspysähdys ja imeväiseltä mitattu terapeuttinen lääkepitoisuus Tarkka seuranta ja tarvittaessa lääkepitoisuuden mittaaminen
Psykenlääkkeet	Pääsääntöisesti imetys sallittu Mahdollisia pitkäaikaisvaikutuksia tunnetaan huonosti
Tetrasykliinit	Vain, jos turvallisempia vaihtoehtoja ei ole käytettävissä ja hoidon kesto on alle 2 viikkoa. Pitkäkestoisessa (> 2 viikkoa) käytössä mahdollinen riski hampaiden kiilleaurioista
TNF-alfa-estäjät	Kulkeutuminen maitoon hyvin vähäistä ensimmäisen elinviikon jälkeen Yleensä voi imettää; tapauskohtainen arvio
Uudet epilepsialääkkeet	Mahdollisia pitkäaikaisvaikutuksia (esim. kognitioon) tunnetaan huonosti

5.3 Tupakka ja alkoholi

Kaija Mikkola

Suomessa vuonna 2015 alkuraskaudessa tupakoi 15 % naisista, joista 47 % lopetti tupakoinnin raskausaikana. Alle 20-vuotiaista raskaana olevista 48 % tupakoi alkuraskaudessa ja 26 % koko raskausajan. Suomessa raskaana olevien tupakoivien osuus on säilynyt samalla tasolla toistakymmentä vuotta; kaikissa muissa Pohjoismaissa tupakointi on vähentynyt. Ruotsissa vuonna 2014 koko raskausajan tupakoi vain 4 % odottajista (THL 2016).

Rintamaidon terveystaakkojen vuoksi äidin tupakointia ei pidetä imetyksen esteenä (AAP 2001). Äitien tupakointi imetysaikana tai lapsen altistuminen perheessä passiivisesti tupakan savulle lisää hengitystie- ja korvatulehduksia, hengenhäiriöitä, koliikki-itkuja ja kätkytkuolemia (DiFranza ym. 2004, Reijneveld ym. 2005, Jones ym. 2011). Äidin tupakointi myös vähentää lapsen aktiivisen unen määrää (Mennella ym. 2007). Lisäksi tupakointi aiheuttaa käytännön haasteita kuten vaikeuttaa maidon herumista, vähentää maitomäärää ja alentaa maidon rasvapitoisuutta, jotka puolestaan voivat hidastaa lapsen kasvua ja lisätä lyhyemmän imetyksen todennäköisyyttä (Wambach & Riordan 2014).

Tupakoinnin terveystaakkojen vuoksi on tärkeää, että vanhempia systemaattisesti kannustetaan lopettamaan tupakointi. Tutkimusnäytön perusteella vieroitusohjaus vähentää raskausajan tupakointia, kun ohjauksen sisältö ja ajoitus on suunniteltu huolellisesti. Tupakoinnista vieroitukseen suositellaan käytettäväksi mini-interventiota, ns. kuuden K:n mallia: kysy, keskustele, kirjaa, kehoita, kannusta ja kontrolloi. Empatia, rohkaisu ja tarvittaessa motivoiva haastatteluteknikka ovat tärkeitä vuorovaikutuksessa. THL:n ”[Näin autat tupakoivaa äitiä lopettamaan](#)”-neuvontakortti on konkreettinen työväline laadukkaana vieroitusohjelman toteuttamiseksi neuvoloissa.

Tupakoinnista ja tupakoinnin lopettamisesta löytyy tietoa verkosta (www.tupakkainfo.fi, www.stumppi.fi). Mahdollisuuksien mukaan vanhemmille kannattaa suositella yksilö- ja ryhmäneuvontaa tai paikallisia vertaistukiryhmiä. Nikotiinikorvaushoito imetyksen aikana on vauvalle turvallisempaa kuin äidin tupakointi, ja siihen suositellaan lyhytkestoisia valmisteita (Käypä hoito -suositus 2012). Imetyksen aikainen korvaushoito kannattaa suunnitella äidin ja terveydenhuoltohenkilöstön kanssa yhteistyössä, että korvaushoitoa ei pidetä ”liian” turvallisena, jolloin riskinä on jopa korkeampi nikotiinialtistus kuin tupakoinnista saatu.

Imettämisen aikana suositellaan välttämään alkoholinkäyttöä. Lasten fyysisen ja emotionaalisen hoidon laiminlyönnin sekä muun kaltoinkohtelun riski on päihteitä käyttävien vanhempien perheissä suurentunut. Tämän vuoksi alkoholia ei suositella käytettäväksi imeväisaikana, jolloin lapsen hyvinvointi on erityisen riippuvainen vanhempien hyvästä huomiokyvystä. Rintamaidon alkoholipitoisuus vastaa äidin veren alkoholipitoisuutta, ja alkoholi häviää maidosta samanaikaisesti kuin äidin verestä. Äidin nauttima alkoholi saattaa muuttaa äidin prolaktiini- ja oksitosiinihormonien pitoisuuksia vaikuttaen imetykseen (Käypä hoito -suositus 2015, Evira 2016).

5.4 Äidin psyykinen sairaus tai oire

Kaija Mikkola

Loppuraskaudessa ja synnytyksen yhteydessä sekä synnytyksen jälkeen noin 15–20 %:lla äideistä esiintyy psyykkisiä häiriöitä, vastasyntyneiden teho-osastolla hoidettavien lasten äideistä jopa 40 %:lla. Tavallisimpia ovat masennus ja ahdistuneisuus. Synnytyksen jälkeen vaikeaa masennusta esiintyy lähes 5 %:lla ja lievää 13 %:lla äideistä. Oireet ilmaantuvat keskimäärin 8–12 viikkoa synnytyksestä, vaikeimmat jo 4–6 viikon päästä. Ahdistuneisuutta esiintyy sekä ennen että jälkeen synnytyksen noin 13 %:lla. Masennusoireita ovat ilottomuus, vaikea unettomuus, ruokahalun puute, keskittyminen negatiivisiin asioihin, syyllisyyden tunne ja itsemurha-ajatukset.

Masennus ja ahdistuneisuus heikentävät äidin ja lapsen välistä vuorovaikutusta; äidin kyky vastata lapsen tarpeisiin ja lämpö vuorovaikutuksessa on alentunut, äiti voi olla vuorovaikutuksessaan päällekkävyvä, eikä hän aisti lapsen tunnetiloja. Masennusoireita ei aina tunnisteta, vaan katkonainen yöuni voidaan tulkita vauvan heräilystä johtuvaksi tai syömisongelmat somaattiseksi oireeksi. Pakko-oireisia häiriöitä esiintyy noin 2 %:lla ja syömishäiriöitä 1–5 %:lla (Howard ym. 2014, Khalifeh ym. 2015). Lääkityksenä käytetään nykyisin sekä raskaus- että imetysaikana selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä.

Vaikeista psykoottisista sairauksista skitsofreniaa ja vaikeaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä esiintyy kumpaakin alle 1 %:lla äideistä. Näihin kroonisiin sairauksiin liittyy synnytyksen jälkeisen psykoosin suurentunut riski; jopa 20 %:lla kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista äideistä on lisääntynyttä oireilua. Oireet, kuten mielialaoireet, harhat, hämmentyneisyys ja sekavuus, ilmaantuvat yleensä nopeasti, 1–2 viikon sisällä synnytyksestä. Äitien psykoottistasoiset oireet vaativat päivystysluonteisen jatkoselvittelyn, mahdollisesti osastohoidon ja tarvittaessa muun syyn, kuten yleistyneen infektion, poissulkemisen. Psykoottistasoisesti oireilevilla, etenkin skitsofreniaa sairastavilla äideillä, on usein ongelmia vanhemmuudessa, ja he tarvitsevat tehokkaat terveyden- tai sosiaalihuollon tukitoimet. Lasten huostaanotot ovat yleisiä tässä potilasryhmässä. (Khalifeh ym. 2015.)

Äidin vaikea psykiatrinen sairaus lisää vastasyntyneen kuolleisuuden ja sairastavuuden riskiä (King-Hele ym. 2009). Lapsilla on suurempi ennenaikaisuuden, asfyktisen synnytyksenvaurion, muiden synnytykskomplikaatioiden ja epämuodostumien riski. Joidenkin keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden, kuten litiumin, valproaatin ja karbamatsepiinin, käytössä suositellaan pidättyväisyyttä ja niiden korvaamista turvallisemmilla lääkevaihtoehdoilla (Khalifeh ym. 2015).

Psykiatriin sairauksiin voi liittyä muita tekijöitä, jotka lisäävät lapsen komplikaatoriskiä, kuten tupakointi, ylipaino, ravitsemusvajeet (B12 vitamiini ja foolihappo), perheväkivalta, huumeiden, alkoholin ja lääkkeiden käyttö sekä mahdolliset perinnölliset tekijät (Khalifeh ym. 2015). Naiset, joilla on psykiatrinen sairaus, lopettavat terveitä harvemmin tupakoinnin raskausaikana. Kaikkien raskaana olevien

kanssa on kuitenkin tärkeää keskustella tupakoinnista, sillä tupakoinnin lopettamisen jälkeen myös psyykinen vointi voi kohentua. Useimmiten psykiatrisen sairauden yhteydessä tupakoinnista keskustelu jätetään väliin. Myös ylipainosta keskustelu on tärkeää. Ylipaino lisää raskausdiabeteksen ja epämuodostumien riskiä. Ravitsemuksellinen B12- ja foolihappovaje pitäisi tunnistaa varhaisraskaudessa hoidon aloittamiseksi ja epämuodostumien välttämiseksi. Vanhempien mahdolliset psyykkiset ongelmat tulee kartoittaa rutiiniluonteisesti selvitettäessä perheväkivaltilanteita. Perheväkivaltaan liittyy sikiökuoleman, pienen syntymäpainon, lapsen myöhemmän käytöshäiriön ja lapsen kaltoin kohtelun riski.

Yleensä äidin psyykinen oireilu on yhteydessä lyhytkestoisempaan imetykseen (Rossoni ym. 2008, Ahlqvist-Björkroth ym. 2016), mutta myös imetysvaikeudet voivat aiheuttaa masennusta. Etenkin äidit, joilla on lievaoireinen synnytyksen jälkeinen masennus, voivat hyötyä imetyksen tukemisesta, sillä imetys lisää oksitoisiin eritystä ja mielihyvän tunnetta sekä vähentää ahdistusta (Rossoni ym. 2008). Imetyksessä onnistuminen voi olla myönteinen kokemus ja vähentää äidin mielialaoireita. Yleensä äidit voivat jatkaa raskausajan lääkitystä myös imetysaikana. Psykenlääkkeiden sopivuus imetykseen perustuu paljolti rottakokeisiin ja vaikutukset ihmiseen perustuvat käyttökokemuksesta saatuihin seurantatuloksiin. Lääketietokannat pidetään mahdollisimman ajan tasalla, ja siksi niitä on suositeltavaa käyttää arvioitaessa imetysaikana käytettäviä lääkkeitä (Khalifeh ym. 2015).

5.5 Raskausdiabetes ja imetys

Kaija Mikkola

Vuonna 2016 raskausdiabetes todettiin 12,6 %:lla synnyttäjistä (THL 2016). Diabeetikkoäitien vastasyntyneillä on suurentunut matalan verensokerin eli hypoglykemian riski. Riittävän pitkään, vähintään 30–60 minuuttia kestävä, ensi-imetys välittömästi synnytyksen jälkeen parantaa maidon nousua ja sen toteutuminen ennustaa pidempää imetyksen kestoa. Lapsen normaalia sokeritasapainoa pidetään yllä ensisijaisesti riittävällä ruokinnalla. Diabeetikkoäitien maidon on todettu nousevan hitaammin kuin verrokeilla ja heidän lastensa kyky imeä on heikompi. Diabeetikkoäitien maidon lypsämistä loppuraskaudessa ja sen vaikutusta äidin maitomäärään ja vastasyntyneen hypoglykemian on tutkittu. Diabeetikkoäideille ei kuitenkaan suositella ennen synnytystä aloitettua maidon lypsämistä, sillä verrokkitutkimuksissa näiden äitien lapsilla on suurempi riski joutua hypoglykemian vuoksi suonensisäiseen sokeri-infuusion lasten osastolle. (Fallon & Dunne 2015.)

Jos lapsella todetaan lievästi matala verensokeri, suositellaan 40 % sokerigeeliä (Harris ym. 2013) tai/ja lisämaitoa hoidoksi. Cochrane-katsaus (Weston ym. 2016) suosittelee sokerigeeliä hypoglykemian ensilinjan hoidoksi. Sokerigeeli nostaa verensokeritasoa keskimäärin 0,4 mmol/l. Sen käyttö vähentää äidin ja lapsen erottamista toisistaan ja lisää todennäköisyyttä täysimetykseen myös sairaalasta kotiutu-

misen jälkeen. Siitä ei ole osoitettu haittavaikutuksia vastasyntyneisyyskauden tai kahden vuoden iässä tehdyssä pitkäaikaisseurannassa (Weston ym. 2016). Jos soke-rigeeli tai lisämaito ei riitä hoidoksi tai lähtöverensokeri on hyvin matala, aloitetaan suonensisinen sokeri-infuusio. Äidin ja lapsen erottamista toisistaan pyritään vii-meiseen asti välttämään.

Imetys on suotuisaa äidin sokeriaineenvaihdunnalle. Täysimettävän äidin paas-tosokeri- ja insuliinitasot ovat matalammat kuin osittain imettävän ja tai ei-imettä-vän (Fallon & Dunne 2015). Raskausdiabetesta sairastavilla äideillä on myöhemmin suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen, jolta pitkäkestoinen imetys suo-jaa (Victoria ym. 2016).

LÄHTEET

- AAP. 2001. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 108:776–89.
- Ahqvist-Björkroth S, Vaarno J, Junttila N, Pajulo M, Rähä H, Niinikoski H ym. 2016. Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 95:396–404.
- Aho T, Salaspuro M & Savolainen A. 2006. Käypä hoito -suositus. Huumeongelman hoito. khp00056.
- DiFranza JR, Aligne CA & Weitzman M. 2004. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics*, 113:1007–15.
- Evira. 2016. Elintarvikkeiden turvalliseen käyttöön liittyviä ohjeita. Raskaana olevat ja imettävät, imeväis- ja leikki-ikäiset lapset, koululaiset ja nuoret sekä koko lapsiperhe. www.evira.fi/elintarvikkeet/tietoa-elintarvikkeista/elintarvikkeiden-kayton-rajoitukset/.
- Fallon A & Dunne F. 2015. Breastfeeding practices that support women with diabetes to breastfeed. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, 110:10–7.
- Harris DL, Weston PJ, Signal M, Chase JG & Harding JE. 2013. Dextrose gel for neonatal hypoglycaemia (the Sugar Babies Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 382:2077–83.
- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A & Milgrom J. 2014. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384:1775–88.
- Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J & Leonardi-Bee J. 2011. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respir. Res.* 12:5-9921-12-5.
- Käypä hoito suositus. 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus.
- Käypä hoito suositus. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Alkoholi-ongelman hoito.
- Khalifeh H, Brauer R, Toulmin H & Howard LM. 2015. Perinatal mental health: What every neonatologist should know. *Early Hum. Dev.* 91:649–53.
- King-Hele S, Webb RT, Mortensen PB, Appleby L, Pickles A & Abel KM. 2009. Risk of stillbirth and neonatal death linked with maternal mental illness: a national cohort study. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 94:F105-10.
- Lakshman R, Ogilvie D & Ong KK. 2009. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Arch. Dis. Child.*; 94:596–601.
- Lääketietokeskus. 2016. *Pharmaca Fennica 2016*. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.
- Lawrence RM & Lawrence RA. 2004. Breast milk and infection. *Clin. Perinatol.* 31:501–28.
- Malm H, Vähäkangas K, Enkovaara A & Pelkonen O. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Lääkelaitos. Helsinki.

- Mennella JA, Yourshaw LM & Morgan LK. 2007. Breastfeeding and smoking: short-term effects on infant feeding and sleep. *Pediatrics*, 120:497–502.
- Reijneveld SA, Lanting CI, Crone MR & Van Wouwe JP. 2005. Exposure to tobacco smoke and infant crying. *Acta Paediatr.*94:217–21.
- Rossoni E, Feng J, Tirozzi B, Brown D, Leng G & Moos F. 2008. Emergent synchronous bursting of oxytocin neuronal network. *PLoS Comput.Biol.*4:e1000123.
- THL.2016. Pohjoismaiset perinataalitilastot. Tilastoraportti 4/2016.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J ym. 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387:475–90.
- Wambach K & Riordan J. 2014. Breastfeeding and human lactation. Jones & Bartlett Publishers.
- Weston PJ, Harris DL, Battin M, Brown J, Hegarty JE & Harding JE. 2016. Oral dextrose gel for the treatment of hypoglycaemia in newborn infants. *Cochrane Database Syst.Rev.*, (5):CD011027. doi:CD011027

6. IMETTÄVÄ PERHE

6.1 Imetysluottamus

Anitta Nykyri, Kirsi Otronen

Äidin imetysluottamus vaikuttaa imetyksen aloitukseen ja sen jatkumiseen. Imetysluottamus tarkoittaa äidin uskoa omaan kykyihinsä selvitä lapsensa imetyksestä. Imetysohjauksen keskeisiä asioita ovat imetyksen ohjaaminen käytännössä sekä äidin imetysluottamuksen tukeminen.

Koskisen ym. (2014) tutkimuksen mukaan äitien imetysluottamus oli varsin hyvä. Eniten epävarmuutta äidit kokivat siitä, pystyvätkö he imettämään ilman äidinmaidonkorviketta lisäruokana ja osaavatko he arvioida lapsen riittävän maidonsaannin. Uudelleensynnyttäjillä oli parempi imetysluottamus kuin ensisynnyttäjillä. Uudelleensynnyttäjillä imetysluottamukseen vaikuttivat aiemman imetyksen pituus sekä tyytyväisyys imetykokemukseen. Sairaalan hoitokäytännöistä imetysluottamusta vahvistivat imetyksen aloittaminen tunnin sisällä lapsen syntymästä, ensi-imetyksen onnistuminen, vierihoito sekä täysimetys sairaala-aikana.

Avery ym. (2009) käyttävät termiä ”luottavainen sitoutuminen” kuvaamaan äidin luottamusta imetykseen, omaan taitoihinsa imettää ja sitoutumista imetykseen vastoinkäymistä huolimatta. Jos äiti suhtautuu imetykseen luottavaisesti ennen lapsen syntymää, hän selviää merkittävästi paremmin imetystä kohdanneista haasteista. Myös onnistunut kokemus imetyksen aloituksesta vahvistaa sitoutumista. Imetysvaikeudet voivat johtaa imetyksestä luopumiseen, ilman että kyseessä on välttämättä äidin oma valinta. On tärkeää ymmärtää, miten ja milloin äiti tekee päätöksen imettämisestä, jotta häntä voidaan tehokkaasti tukea siinä. Imetys on oppimiskokemus äidille ja lapselle. Sen ymmärtäminen lisää äidin imetysluottamusta ja selviytymistä haasteellisista tilanteista.

Naisen luottamus oman kehon mahdollisuuteen ruokkia lastaan on yhteydessä imetyksessä onnistumiseen (Grasley & Nelms 2008). Imetysluottamus lisääntyy, jos äidin kokemukset vastaavat odotuksia, hänellä on joku imetystä tukemassa ja yhteiselo vauvan kanssa sujuu äidin mielestä hyvin. Äidin imetysluottamus kasvaa, kun hän vakuuttuu, että ongelmien esiintyminen ei ole epätavallista ja että imetys voi tuntua hetkittäin vaikealta (Larsen ym. 2008). Äidin imetysluottamusta puolestaan vähentävät vauvan itkuisuus ja ennakoimattomuus vauvan syömisrytmissä, vaikeudet maidon muodostumisessa ja ristiriitainen ohjaus (Grasley & Nelms 2008, Larsen ym. 2008). Imetysongelmat aiheuttavat syyllisyyden tunteita ja vähentävät luottamusta imetykseen, jos äidillä on tunne, että imetys on yksin hänen vastuullaan. Äiti kokee epävarmuutta, jos imetysohjaus on enimmäkseen arvioimista, mittaamista tai imetyksen ajoituksen, keston ja määrien korostamista. (Larsen ym. 2008.)

Imetyksen onnistumiseen (valintaan ja käyttäytymiseen) vaikuttaa moni eri tekijä. Äitiin itseensä liittyviä ovat sosiodemografiset tekijät (ikä, koulutus ja tulotaso), biologiset tekijät (tupakointi ja ylipaino) ja psykologiset tekijät (itseluottamus) sekä mielipiteet ja mielikuvat. Äiti imettää pidempään, jos se tuntuu helpolta ja mukavalta. Osa äideistä kokee imetyksen rajoittavaksi, epäkäytännölliseksi ja epämiellyttäväksi, eikä siksi imetä. (Dieterich ym. 2012.)

Sosiaalisilla ja psykologisilla tekijöillä on yhteys imetyksessä onnistumiseen. Imetysolettamus, usko rintamaidon hyvytyteen, imetysoletukset ja mahdollinen ahdistus vaikuttavat enemmän imetykseen kuin sosiodemografiset tekijät. (O'Brien ym. 2008). Äidin persoonallisuuspiirteillä on merkitystä imetyksessä onnistumisessa. Ulospäinsuuntautuneisuus, emotionaalinen tasapainoisuus ja tunnollisuus vahvistavat mahdollisuutta onnistua imetyksessä. (Brown 2014.)

6.2 Puolison ja muiden läheisten tuki imetyksessä ja vauvan hoidossa

Tuovi Hakulinen, Katriina Bildjuschkin, Kirsi Otronen

Perhekeskeisyys on yksi skandinaavisen ja suomalaisen kulttuurin tunnusmerkkejä. Suomalaiset isät ovat mukana synnytyksissä, osallistuvat vauvan hoitoon ja neuvolakäynteihin. Uudella vuosituhanella perhekeskeisyyttä ja vanhemmuuden tukemista on korostettu lainsäädännössä (terveydenhuoltolaki 1326/2010, VNA 338/2011). Vuodesta 2011 alkaen äitiys- ja lastenneuvolat ovat järjestäneet laajoja terveystarkastuksia, joihin kutsutaan lapsen molemmat vanhemmat ja joissa arvioidaan koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. Isien kutsuminen laajoihin terveystarkastuksiin on lisännyt heidän asiointiaan neuvolassa ja heidän neuvolasta saamaansa tietoa ja muuta tukea (Hakulinen-Viitanen ym. 2014). Molempia puolisoja kannustetaan aktiiviseen vanhemmuuteen ja parisuhteen hoitoon jo raskausajalta alkaen. Perheille ja miehille suunnattu koulutus imetyksestä ja imetysongelmien hoidosta lisää täysimetyksen kestoa (Pisacane ym. 2005, Arora ym. 2000).

Vanhempien elintavat ovat yhteydessä lapsen terveyteen ja ravitsemustottumuksiin (Birch ym. 2007, Forsyth 2014). Vanhempien ruokatottumusten on todettu vaikuttavan lapsen imettämiseen ja lisäruokien antamiseen (Vaarno 2016). Lapsia, joiden isillä on hyvä ruokavalio, imetetään kokonaisuudessaan pidemmän aikaa kuin huonon ruokavalion omaavien isien lapsia. (Vaarno ym. 2015.) Myös isien tupakointi ja matala koulutustaso vähentävät imetyksen jatkumista ja lyhentävät sen kokonaiskestoa (Uusitalo ym. 2012.) Imetys ja vauvan ravitsemus ovat alusta saakka perheen yhteinen asia, johon molemmat puoliset voivat vaikuttaa ja jossa molemmilla vanhemmilla on omat tärkeät tehtävänsä.

Raskauden alusta alkaen imetys on koko perheen yhteinen asia. Laanterän (2011) mukaan lasta odottavista äideistä 62 % on huolissaan imetyksen uuvuttavuudesta ja 20 % pitää imetystä vaikeana. Heistä 11 % pelkää imetyksen vaikuttavan

kielteisesti puolisoon. Toisaalta miesten on todettu (Sherriff & Hall 2011) pitävän imetystä tärkeänä ja he haluavat tukea vaimoaan imetyksessä. Myös läheisten kielteiset tai neutraalit mielipiteet imetyksestä voivat vaikuttaa imetyksen aloittamiseen (Odom ym. 2014). Jos puolisoilla on tietoa imetyksen onnistumiseen vaikuttavista seikoista ja positiivinen asenne imetystä kohtaan, on hänen vaikutuksensa imetyspäätökseen ja imetyksen kestoon merkittävä. (Rempel & Rempel 2011, Mitchell-Box & Braun 2013, Meedy ym. 2015, Vaarno ym. 2015, 2016). Puolisolta saatu tuki on yhteydessä äidin imetysluottamukseen (Mannion ym. 2013).

Synnyttäneiden äitien mielestä oma puoliso on imetyksen tärkein tukihenkilö (Laanterä 2011). Molemmille vanhemmille synnytyssairaalassa annettu imetysohjaus lisää Abbass-Dickin ym. (2014) mukaan imetystä vauvan ollessa kolmen kuukauden ikäinen. Imetysohjaus vaikuttaa myönteisesti isien luottamukseen imetyksestä. Puolisolle ja perheille suunnattu koulutus lisää kuuden kuukauden täysimetystä (Lastenneuvolakäsikirja 2015).

Imettävän perheen arjessa puolison myönteinen suhtautuminen imetykseen, läsnäolo imetystilanteissa ja kannustaminen imettämiseen on tuen muodoista keskeisin. Isä esimerkiksi voi hoitaa vauvaa ennen imetystä ja auttaa puolisoaan hyvän imetysasennon löytämisessä (Pontes ym. 2009, Tohotoa ym. 2009). Isien puolisoilleen antamia erilaisia tuen muotoja ovat henkinen, fyysinen ja konkreettinen tuki (Tohotoa ym. 2009). Puolison apu kodin- ja lastenhoidossa antaa imettävälle äidille tilaisuuden levätä. Imetystä tukevat myös häiriötön ja miellyttävä ilmapiiri kotona sekä nopea apu silloin, kun imetyksessä on ongelmia. (Tohotoa ym. 2009, Pontes ym. 2009.)

Yhteinen vastuu pienestä lapsesta lisää vanhempien yhteenkuuluvaisuuden tunnetta ja heijastuu parisuhteen muillekin osa-alueille. Vastasyntyneen lapsen ja kummankin vanhemman välille muodostuu alusta lähtien luonnollinen ja monitasoinen sidos, jos molemmat vanhemmat osallistuvat lapsen hoivaamiseen. Vanhempien tehtävät ovatkin toisiaan täydentävät. Varhaisvaiheen imetys ja ihokontaktissa olo vievät suuren osan ensipäivistä. Puoliso hoivaa ja tyynnyttelee vauvaa ja huolehtii vauvan kylvetyksistä ja vaipanvaihtoista.

Imetyksen onnistumiseen vaikuttavat puolison tuen lisäksi imettävän äidin omalta äidiltään saama tuki, tuen saanti vertaisilta ja ammattilaisilta sekä myös vanhempainvapaat (Dieterich ym. 2012, Odom ym. 2014). Vertaistukijat toimivat myönteisinä roolimalleina.

Yhden vanhemman vauvaperheissä imetysaika saattaa olla erityisen haastava. Synnyttänyt äiti voi elää ajanjaksoa, jolloin hänellä ei ole ketään läheistä henkilöä tukena. Näin on esimerkiksi silloin, kun äiti odottaa lasta yksin, on eronnut tai hänen puolisonsa on kuollut, sukulaisia ei ole tai he asuvat kaukana. Yhden vanhemman perheissä neuvolan tuki ja esimerkiksi kodinhoitoavun saaminen on tärkeää jaksamisen turvaamiseksi. Ajoissa tarjottu apu tukee imetystä ja perheen kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Vanhempien stressin ja mielenterveyden sekä imetyksen välisiä yhteyksiä tutkittaessa (Ahlqvist-Björklund ym. 2016) ilmeni, että parisuhteeseensa tyytymättömät äidit imettävät lastaan pidemmän aikaa kuin parisuhteeseensa tyytyväiset. Äidin raskausajan masennusoireet ennustavat myös synnytyksen jälkeisiä masennusoireita, jotka ovat puolestaan yhteydessä lyhyempään täysimetyksen kestoon (Ahlqvist-Björklund ym. 2016, Ahlqvist-Björklund 2017). Myönteinen kokemus imetysohjauksesta voi vähentää synnytyksen jälkeistä masennusta (Chaput ym. 2016).

Suosituks

- Lapsen molemmille vanhemmille tarjotaan imetysohjausta ja -tukea äitiys- ja lastenneuvolan määräaikaissä terveystarkastuksissa, neuvolan lisäkäynneillä, kotikäynneillä ja perhevalmennuksessa.
- Imetysohjausta ja -tukea tarjotaan myös synnytyssairaalassa synnyttäneelle ja hänen puolisolleen ja muille läheisille.
- Puolison ja läheisten tuen merkitystä imetyksen tukijana korostetaan ohjauksessa.

6.3 Yöimetus

Anitta Nykyri, Kirsi Otronen

Vauvaperheessä aika menettää merkityksensä. Imeväisikäiset syövät ympäri vuorokauden, erityisesti tiheän imemisen kausina monet syöntikerrat ajoittuvat yöhön. Vanhemmille tätä asiaa avaa hyvin Imetyksen tuen Vauvan kello (<https://imetys.fi/tietoa-imetyksen-avuksi/vauvan-kello/>).

Koska vuorokauteen sisältyy useita imetyksetoimia, myös imetyspaikat vaihtelevat. Äidin hereillä ollessa imetyspaikat voivat olla monenlaisia, mutta yöaikaan imetus tapahtuu monesti makuullaan. Yöimetus lisää prolaktiinin eritystä ja siten maitomäärää. Tämä monesti motivoi ja auttaa imettävää äitiä jaksamaan. Äitiä kannustetaan lepäämään myös päivällä vauvan nukkuessa, jotta hän jaksaa imettää myös yöllä vauvantahtaisesti. Doan ym. (2014) mukaan imettävä äiti nukkuu enemmän yöllä kuin äiti, joka antaa äidinmaidonkorviketta.

Yöimetykseen liittyy läheisesti kysymys vauvan turvallisesta nukkumisympäristöstä. Vauvan suositellaan nukkuvan samassa huoneessa vanhempiensa kanssa, mutta omassa sängyssään lähellä vanhempiensa sänkyä (AAP 2016). Imetyksen jälkeen vauva suositellaan siirtämään omaan sänkyynsä nukkumaan (Korhonen & Mäntyselä 2016). Osa perheistä kuitenkin valitsee nukkua vauvan kanssa vieretysten, mihin

liittyy monia myönteisiä asioita, kuten tiheämmät ja pidemmät imetyskerrat, vauvan viesteihin vastaaminen nopeammin ja vauvan tiheämpi koskettelu ja katselu (Wambach & Riordan 2016). (ks. 3.4 imetys ja suun terveys)

Perhe tarvitsee tietoa turvallisista nukkumisjärjestelyistä voidakseen tehdä tietoisien ratkaisujen vauvan nukkumispaikasta. Vauvaa ei pitäisi nukkuttaa vieressä, jos vauva on syntynyt ennenaikaisena, pienipainoisena tai vauvaa ruokitaan korvikkeella. (Unicef 2011.) Myös vanhempien tupakointi, alkoholinkäyttö, huumaavat lääkeaineet sekä perheen muiden jäsenien tai lemmikkieläinten nukkuminen samassa sängyssä ovat este nukkua vieretysten. Nukkumispaikaksi ei suositella sohvaa, nojatuolia tai vesisänkyä. Nukkumisalustan tulee olla napakka ja tasainen eikä siinä saa olla rakoja, joihin vauva voi joutua puristuksiin tai tipahtaa. Vauvan ympärillä ei saa olla tyyntyjä tai ylimääräisiä vuodevaatteita ja vauvan nukkumisympäristön pitää olla sopivan lämpöinen. Jos perhe päättää nukkua vauvan kanssa vieretysten osan aikaa yöstä tai koko yön, tulee sen tapahtua imettävän äidin vieressä. Imettävä äiti nukkuu kyljellään, äidin alempi käsi suojaa vauvaa äidin pään alla olevilta tyynyiltä ja äidin koukussa olevat jalat estävät vauvan pääsyn sängyn jalkopäähän ja äidin kääntymisen vauvan päälle. Vauvan tulee olla selällään, ja hänen tulee voida vapaasti liikuttaa käsiään ja jalkojaan. (Wambach & Riordan 2016.)

6.4 Ehkäisy imetyksen aikana

Katriina Bildjuschkin, Kirsi Otronen

Asiakkaat eivät aina rohkene puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, ja siksi ammattihenkilöiden on otettava aihe aktiivisesti puheeksi. Raskauden ehkäisystä puhuminen ja ehkäisyn aloitus tukevat seksuaalista hyvinvointia, sillä raskaudenpelko yhdistettynä kipuihin ja väsymykseen vähentää selvästi synnyttäneen naisen seksuaalista mielenkiintoa ja halua. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2016.)

Imetys vaikuttaa oleellisesti ehkäisymenetelmän valintaan ja ajankohtaan. Ehkäisymenetelmä ei saa haitata imettämistä. Imetys suojaa seuraavalta raskaudelta noin 98 % varmuudella ensimmäisen kuuden kuukauden ajan vauvan syntymästä, jos imettävällä äidillä ei ole kuukautisia, lapsi on täysimetetty ja imee rintaa päivällä vähintään neljän ja yöllä kuuden tunnin välein (Lactational Amenorrhea Method LAM). Imetyksen vaikutus kuukautisten puuttumiseen vähenee imetysväliden pidentyessä ja lisäruokinnan alkaessa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013.)

Raskaudenehkäisystä puhuminen on välttämätöntä viimeistään jälkitarkastuksessa, mutta asia on hyvä ottaa puheeksi jo loppuraskaudessa. Imetyksen aikana nainen voi käyttää ehkäisimenä sekä kupari- että hormonikierukkaa ja estrogeenittomia pillereitä tai ihonalaisia hormonikapseleita. Yhdistelmäpillereitä (estrogeeni + progestiini) ei käytetä ehkäisynä imetyksen aikana, sillä varmaa näyttöä sen vaikutuksesta maidon määrään ei ole. Kondomi on oikein käytettynä luotettava ehkäisymenetelmä, mutta sen käyttö saattaa imetyksen aikana aiheuttaa limakalvoärsytystä,

sillä imettävän naisen limakalvot ovat ohuet ja kuivat. Lääkäri voi jälkitarkastuksessa suositella estrogeenia paikallishoitona ja kondomin kanssa voidaan ohjata käyttämään liukastetta. Mikäli synnyttänyt nainen ei toivo uutta raskautta eikä imetä, voi hänelle aloittaa yhdistelmäehkäisytabletit, muistaen yhdistelmäehkäisykontraaindiikaatiot. Tietoa raskaudenehkäisyn aloittamisesta synnytyksen jälkeen ja imetyksen aikana on saatavilla Äitiysneuvolaoppaasta (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013).

Suositukset

- Lasta odottavalle naiselle ja kumppanille puhutaan neuvolakäynneillä ja perhevalmennuksessa seksuaalisuuden muutoksista raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen sekä imetyksen aikana.
- Raskauden ehkäisystä puhutaan jo raskausaikana ja kerrotaan imetyksen aikana sopivista ehkäisymenetelmistä.
- Raskaudenehkäisymenetelmä valitaan viimeistään jälkitarkastuksen yhteydessä.

6.5. Monikulttuurinen perhe ja imetys

Heta Kolanen

Suomessa ei ole tutkittu maahanmuuttajaäitien imetystä. Tietoa aiheesta on kertynyt lähinnä terveydenhuollon ammattilaisten kokemusten kautta. Yleisesti ajatellaan, että köyhemmistä maista Suomeen muuttaneet äidit voivat nopeasti luopua kotimaansa pitkään imettämisen traditiosta. Maahanmuuttajia pidetään erityisryhmänä, joihin imetysohjauksessa tulee kiinnittää erityistä huomiota (Kaunonen ym. 2010).

Imetyksen edistäminen vaatii poliittista ohjausta, yhteiskunnan imetysmyönteisyyttä, terveydenhuoltohenkilökunnan tietoa ja osaamista sekä oikein kohdennettua imetysohjausta ja tukea. Maahanmuuttajaäidin kohdalla terveydenhuoltojärjestelmän tulee ottaa huomioon asiakkaiden erilaiset kulttuuriset ja kielelliset taustat. Itsemääräämisoikeus, oikeus hyvään hoitoon ja oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa eivät voi toteutua, jos terveydenhuollon ammattihenkilön ja maahanmuuttajaäidin välillä ei ole yhteistä kieltä.

Terveyteen, sairauteen, synnytykseen, lapsivuodeaikaan ja imetykseen liittyvät kulttuuriset ja uskonnolliset käsitykset, uskomukset ja rituaalit vaikuttavat maahanmuuttajaäidin imetyspäätökseen sekä siihen, voiko imetys äidin mielestä onnistua (Groleau ym. 2006, Hufton & Raven 2016, Lin ym. 2004, Lundberg & Thi Ngoc Thu 2011). Terveydenhuollon ammattihenkilöt tarvitsevat työssään tietoa, taitoa ja sen-

sitiivistä työnötettä kohdatessaan muista kulttuureista tulleita asiakkaita. Tärkeää kohtaamisessa on ottaa huomioon maahanmuuttajan tavat, perinteet ja arvot. (Ete-ne 2004, Kuswara ym. 2015).

Kulttuurilla on vaikutusta maahanmuuttajaäidin imetyspäätökseen. Jos lähtömaan kulttuurissa perinteisesti imetetään (Celi ym. 2005, Harley ym. 2007, Kelly ym. 2006, Rossiter & Bernard 2000) tai äitiä itseään on imetetty (Celi ym. 2005), on tällä positiivinen vaikutus äidin tehdessä päätöstä imetyksestä uudessa kotimaassaan. Toisaalta myös uuden kotimaan imetyssuosituksen ymmärtäminen saattaa vaikuttaa imetyspäätökseen. Imetystä voidaan pitää myös velvollisuutena, joka yksinkertaisesti kuuluu osaksi äitiyttä (Chen 2009).

Maahanmuuttajien imetyksestä tehdyissä tutkimuksissa tärkeään rooliin nousevat ravitseminen (Chen 2009, Groleau ym. 2006, Lundberg & Ngoc Thu 2011) ja mahdollisuus lepoon (Chen 2009, Lundberg & Thi Ngoc Thu 2011) lapsivuodeaikana. Jos synnyttänyt äiti ei saa riittävästi lepoa, hän saattaa valita korvikeruokinnan imetyksen sijaan. Joissain kulttuureissa ajatellaan, että imettäminen ilman tiettyä ruokavaliota voi vaarantaa sekä äidin että lapsen terveyden. Imetyksen saattaa vaarantaa myös käsitys kolostrumin haitallisuudesta (Lundberg & Thi Ngoc Thu 2011).

Kulttuuriin tai uskontoon saattaa kuulua hygieniaan liittyviä rituaaleja (Groleau ym. 2006; Lundberg & Thi Ngoc Thu 2011). Äiti voi kokea rituaalien suorittamisen imetyksen onnistumisen kannalta tärkeäksi (Lin ym. 2004). Jos rituaaleja ei ole mahdollista toteuttaa esimerkiksi siitä syystä, että oikeaa henkilöä rituaalien tekemiseen ei ole käytettävissä, saattaa äiti valita korvikeruokinnan huolimatta siitä, että hän on saanut tietoa imetyksen eduista (Groleau ym. 2006).

Tutkimuksissa on tuotettu tietoa uuteen kulttuuriin sopeutumisen ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutuksesta imetykseen uudessa kotimaassa. Useimmissa tutkimuksissa äidin koulutuksella ja tulotasolla on yhteyttä imetykseen. Korkeammin koulutetut ja paremmin toimeentulevat äidit aloittavat imetyksen useammin kuin vähemmän koulutusta saaneet ja pienituloisemmat äidit. (Gibson-Davis & Brooks-Gunn 2006, Lin ym. 2004, Singh ym. 2006.) Vaikka sosioekonomisten tekijöiden vaikutus näkyy maahanmuuttajien imetystä käsittelevissä tutkimuksissa, täytyy muistaa, etteivät maahanmuuttajat ole koulutukseltaan ja tulotasoltaan homogeeninen ryhmä. Imetyspäätökseen vaikuttavat maahanmuuttajaäidin kohdalla muutkin kuin sosioekonomiset tekijät.

Maahanmuuttajaäidin imetykseen saama tuki raskausaikana ja synnytyksen jälkeen vaikuttaa sekä äidin päätökseen imettää että imetyksen kesto. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden, sekä hoitajien että lääkäreiden, tuki koetaan tärkeäksi. (Celi ym. 2005, Lin ym. 2004.) Maahanmuuttajaäidit saavat tietoa imetyksestä terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. Tiedonsaannin ongelmaksi voi muodostua yhteisen kielen puuttuminen. Tulkin käyttäminen tai eri kieliversioiden ja kvaalisten ohjeiden käyttäminen olisikin maahanmuuttajaäitien kohdalla tärkeää. (Loiselle ym. 2001.) Myös tietyille kulttuuriselle ryhmälle kohdennettuja interventioita imetystiedon välittämisessä voidaan käyttää (Kolanen ym. 2016, Kuswara ym. 2015, Sloand ym. 2016).

Omaan kulttuuriin liittyvän imetystiedon saamista pidetään tärkeänä ja siinä tietolähteenä toimivat yleensä oma äiti ja muut läheiset naiset. Perimätietona äidit oppivat esimerkiksi millaista ruokaa imettävä äiti voi syödä tai millä keinoin äidin maitomäärään voidaan vaikuttaa (Chen 2009, Groleau ym. 2006, Lin ym. 2004).

Merkittäviä imetystuen antajia ovat erityisesti puoliso ja muut perheenjäsenet ja läheiset. Tutkimusten mukaan maahanmuuttajaäiti aloittaa imetyksen useammin, jos hänen puolisonsa suosii imetystä vastasyntyneen ruokintamenetelmänä. Puolison tuen puute puolestaan koetaan imetystä vähentävänä tekijänä. Imetystä tukee, jos äidit saavat apua ja tukea ruoanlaittoon ja kotitöistä huolehtimiseen puolisolta ja perheeltä (Chen 2009, Groleau ym. 2006, Rossiter & Bernard 2000), sekä erilaisten rituaalien toteuttamiseen (Groleau ym. 2006, Lundberg & Ngoc Thu 2010). Avun antaminen ei kuitenkaan aina ole yhteydessä lisääntyneeseen imetykseen. Jos apua antava henkilö ei tue imetystä, äidit imettävät vähemmän (Rossiter & Bernard 2000, Kuswara ym. 2015, Wandel ym. 2016). Arjen sujuminen voi olla hankalaa, jos julkisella paikalla imettäminen ei ole äidin omassa kulttuurissa soveliaista (Kolanen ym. 2016).

Ohjauksessa on huomioitava, että kommunikaatio-ongelmien vuoksi merkittävien tiedonlähde maahanmuuttajaäidille voivat olla omat läheiset tai samasta kulttuuritaustasta tuleva sosiaalinen ryhmä. Tulkin käyttö ei ole edullinen vaihtoehto, mutta mahdollistaa sekä asiakkaan että terveydenhuollon ammattihenkilön riittävän tiedonsaannin ja antaa maahanmuuttajaäidille tilaisuuden tehdä tietoon perustuvia päätöksiä. Tämä luo pohjan yksilölliselle imetysohjaukselle, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö pystyy huomioimaan ohjauksessaan kulttuuriset erityispiirteet ja tukemaan äitiä sekä antamaan uutta tietoa. Lukutaito ei aina riitä erilaisten oppaiden lukemiseen, joten myös kuvallisia oppaita pitäisi olla käytössä. Oppaiden käännöksissä on myös huomioitava kulttuurisensitiivisyys.

Sosiaalinen pääoma on keskeinen tekijä äidin imetyspäätöksessä. Maahanmuuttajaäitien kohdalla, erityisesti jos lähtömaan kulttuurissa perinteisesti kunnioitetaan vanhempia ihmisiä, voivat terveydenhuollon ammattihenkilön antamat ohjeet jäädä huomioimatta. Erityisesti näin voi tapahtua, jos terveydenhuollosta saadut ohjeet ovat ristiriidassa oman kulttuurin ohjeiden kanssa (Wandel ym. 2016). Äidin on tärkeämpää osoittaa kunnioitusta toimimalla oman äitinsä ja muiden vanhempien henkilöiden antamien ohjeiden mukaan. Tästä johtuen onkin tärkeää ottaa puoliso, isoäiti ja muuta läheiset mukaan imetysohjaukseen. (Kuswara ym. 2015) Jos maahanmuuttajaäidillä ei näitä läheisiä ole, voi hän tarvita merkittävästi apua ja tukea terveydenhuollon ammattihenkilöiltä.

LÄHTEET

- AAP. 2016. American Academy of Pediatrics. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 Recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/10/20/peds.2016-2938>
- Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W & Dennis C. 2014. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 135, 1, 2015.
- Ahlqvist-Björklund S, Vaarno J, Junntila N, Pajulo M, Räihä H, Niinikoski H & Lagström H. 2016. Initiation and exclusivity of breastfeeding: associations with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 95(4), 396–404.
- Ahlqvist-Björklund S. 2017. Challenges for the transition into early parenthood: prenatal depressive symptoms, marital distress, and the premature birth of an infant. *Turun yliopiston julkaisuja Annales Universitatis Turkuensis Sarja B*, 438. Turku.
- Arora S, McJunkin C, Wehrer J & Kuhn P. 2000. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 106(5), e65.
- Avery A, Zimmermann K, Underwood P & Magnus J. 2009. Confident commitment is the key factor for sustained breastfeeding. *Birth* 36:2.
- Bildjuschkin, K & Ruuhilahti, S. 2016. raskaus ja seksi. *Terveyskirjasto*. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01015&p_hakusana=raskaus%20ja%20seksi
- Birch L, Savage JS & Ventura A. 2007. Influences on the development of children's eating behaviours: from infancy to adolescence. *Can J Diet Pract Res* 68, 1–56.
- Brown A. 2014. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *Journal of Advanced Nursing* 70(3), 587–598. doi: 10.1111/jan.12219.
- Busch D, Logan K & Wilkinson A. 2014. Clinical practice breastfeeding recommendations for primary care: applying a tri-core breastfeeding conceptual model. *Journal of Pediatric Health Care*, 28,6.
- Celi A, Rich-Edwards JW, Richardson MK, Kleinman KP & Gillman MW. 2005. Immigration, race/ethnicity, and social and economical factors as predictors of breastfeeding initiation. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 159, 255–6.
- Chaput KH, Nettel-Aquirre A, Musto R, Adair CE & Tough SC. 2016. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *CMAJ OPEN*.
- Chen WL. 2009. Understanding the cultural context of Chinese mothers' perceptions of breastfeeding and infant health in Canada. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1021–9.
- Dieterich C, Felice J, O'Sullivan E & Rasmussen K. 2012. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508512/>.
- Doan T, Gay CL, Kennedy HP, Newman J & Lee KA. 2014. Nighttime breastfeeding behavior is associated with more nocturnal sleep among first-time mothers at one month postpartum. *J Clin Sleep Med.*, 15;10(3):313–9. doi: 10.5664/jcsm.3538
- Etene. 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa.
- Forsyth S. 2014. Meeting nutrient needs in the first 1,000 days of life. *Ann Nutr Metab* 65, 2–3.
- Gibson- Davis CM & Brooks- Gunn J. 2006. Couples' immigration status and ethnicity as determinants of breastfeeding. *American Journal of Public Health*, 94, 641–6.
- Grasley J & Nelms T. 2008. Understanding Maternal Breastfeeding Confidence: A Gadamerian Hermeneutic Analysis of Women's Stories. *Health Care for Women International*, 29:841–62.
- Groleau D, Soulière M & Kirmayer LJ. 2006. Breastfeeding and the cultural configuration of social space among Vietnamese immigrant women. *Health & Place*, 12, 516–26.
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M & Pelkonen M. 2014. Äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto perheen tukena. *Teoksessa Lammi-Taskula J & Karvonen S. (toim.) 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, 242–56.
- Hannula L, Kaunonen M, Koskinen K & Tarkka MT. 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus -hoitotyön suositus. <http://www.hotus.fi/hoitotyontutkimussaatio/raskaana-olevan-synnyttavan-ja-synnyttaneen-aidin-seka-perheen-imetysohjaus>
- Harley K, Stamm N & Eskenazi B. 2007. The effect of time in the U.S. on the duration of breastfeeding in women of Mexican descent. *Maternal and Child Health Journal*, 11, 119–25.

- Hufton E & Raven J. 2014. Exploring the infant feeding practices of immigrant women in the North West of England: a case study of asylum seekers and refugees in Liverpool and Manchester. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 299–313.
- Kaunonen M, Hannula L & Tarkka M-T. 2012. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing* 21, 1943–54.
- Kelly Y, Watt R & Nazaroo J. 2006. Racial/ ethnic differences in breastfeeding initiation and continuation in the United Kingdom and comparison with findings in the United States. *Pediatrics*, 118, e1428–e1435.
- Klemetti R. & Hakulinen-Viitanen T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvola-toimintaan. THL, opas 29/2013.
- Kolanen H, Välimäki T & Vehviläinen-Julkunen K. 2016. Breastfeeding Among Somali Mother's Living in Finland Under Salutogenic Approach. *International Journal of Caring Sciences*, 9, 384–92.
- Korhonen A & Mäntyselä E. 2016. Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttövinkki 6/2016. Vauvan turvallinen nukkumisympäristö – päivitetty suositukset.
- Koskinen KS, Aho AL, Hannula L, Kaunonen M. 2014. Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery* 30,464–70.
- Kuswara K, Laws R, Kremer P, Hesketh KD & Campbell KK. 2015. The infant feeding practices of Chinese immigrant mothers in Australia: A qualitative exploration. *Appetite* 105 375e–84.
- Laanterä S. 2011. Breastfeeding counseling at the maternity health care. Publications of the Eastern Finland. Dissertation in Health Sciences, no 52. Itä-Suomen yliopisto.
- Larsen J, Hall E & Aagaard H. 2008. Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasynthesis. *The Scandinavian Journal of caring Science*; 22:653–61.
- Lastenneuvolakäsikirja. 2015. Puoliso imetyksen tukijana. THL. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/tietopaketti/imetyks/puoliso-imetyksen-tukijana>
- Lin L, Zhang M, Scott AA & Binns CW. 2004. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by Chinese mothers in Perth, Western Australia. *Journal of Human Lactation*, 20, 188–95.
- Loiselle CM, Semenick SE, Côté B, Lapointe M & Gendron R. 2001. Impressions of breastfeeding information and support among first-time mothers within multiethnic community. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33, 31–46.
- Lundberg PC & Thi Ngoc Thu T. 2011. Vietnamese woman's cultural beliefs and practices related to the postpartum period. *Midwifery*;27(5):731-6. doi: 10.1016/j.midw.2010.02.006.
- Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW & Tough SC. 2013. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International Breastfeeding Journal* 8:4.
- Meedya S, Fahy K & Kable A. 2010. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth* 23(4), 135–45.
- Mitchell-Box KM & Braun KL. 2013. Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity and continuation. *J Hum Lact*. 29(4):473–9.
- O'Brien M, Buikstra E & Hegney D. 2008. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *Journal of Advanced Nursing* 63(4), 397–408.
- Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG & Grummer-Strawn L. 2014. Association of family and health care provider opinion on infant feeding with mother's breastfeeding decision. *Journal of Academy of Nutrition and Dietetics*, 114, 8, 1203–7.
- Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S & Continisio P. 2005. A controlled trial of father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 116(4), e 494–8.
- Pontes C, Osorio M & Alexandrino A. 2009. Building a place for the father as an ally for breastfeeding. *Midwifery* 25, 2, 195–202.
- Rempel L & Rempel J. 2011. The breastfeeding Team. Role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation* 2, 115–21.
- Rossiter J & Bernard M. 2000. Breastfeeding: How it could be enhanced? The perceptions of Vietnamese women in Sydney, Australia. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45, 271–76.
- Sherriff N & Hall V. 2011. Engaging and support fathers to promote breastfeeding: a new role for Health Visitors? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 467–75.

- Singh GK, Kogan MD & Dee DL. 2006. Nativity/ immigration status, race/ ethnicity, and socio-economic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States. *Haettu 3.9.2010 osoitteesta* http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/119/Supplement_1/S38
- Sloand E, Budhathoki C, Junn J, Vo D, Lowe V & Pennington A. 2016. Breastfeeding among Latino Families in an Urban Pediatric Office Setting, *Nursing Research and Practice*, Volume 2016, Article ID 9278401, <http://dx.doi.org/10.1155/2016/9278401>.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Tohotoa J, Maycock B, Hauck YL, Howat P, Burns S & Binns CW. 2009. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal*, 4:15, DOI: 10.1186/1746-4358-4-15.
- Unicef. 2011. Caring for your baby at night: The baby friendly initiative. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2011/11/Caring-for-your-baby-at-night-online-singles.pdf>
- UNICEF. 2016. Unicef United Kingdom. Co-sleeping and SIDS: A Guide for Health Professionals. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/leaflets-and-posters/co-sleeping-and-sids/>
- Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T & Virtanen SM. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2012/8.
- Vaarno J, Niinikoski H, Kaljonen A & Lagström H. 2015. Mothers' restrictive eating and food neophobia and fathers' dietary are associated with breast-feeding duration and introduction of solid foods: the STEPS study. *Public Health Nutrition* 18(11), 1991–2000.
- Vaarno J. 2016. Parental influences and mothers' experiences on infant and young child feeding. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D, tom. 1233*. Turun yliopisto.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta VNA 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
- Wambach K & Riordan J. 2016. *Breastfeeding and human lactation*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Wandel M, Terragni L, Nguyen C, Lyngstad C, Amudsen M & de Paoli M. 2016. Breastfeeding among Somali mothers living in Norway: Attitudes, practices and challenges *Women and Birth*, 29, 487–493.

7. SAIRAALAN JA NEUVOLAN VAUVAMYÖNTEISYYSOHJELMAT

7.1 Synnytys sairaalan vauvamyönteisyysohjelma

Kirsi Otronen

Vauvamyönteisyysohjelma (Baby friendly Hospital Initiative) on Maailman terveysjärjestö WHO:n 10 askeleen ohjelma synnytys sairaaloille ja kaikille niille tahoille ja ammattilaisille, jotka osallistuvat raskaana olevan, synnyttävän ja jo lapsen saaneiden perheiden hoitoon (WHO 2009 ja 2017). WHO:n ja Unicefin Vauvamyönteisyysohjelma on otettu käyttöön eri puolilla maailmaa 1990-luvun alussa, ja sitä päivitetään parhaillaan. Ohjelman tarkoitus on ollut henkilöstöä kouluttamalla ja hoitokäytäntöihin vaikuttamalla suojella ja edistää imetyksen onnistumista (Renfrew ym. 2014). Vauvamyönteisyysohjelman ensimmäinen versio käännettiin suomeksi nimellä ”10 askelta onnistuneeseen imetykseen” (Stakes 1994). Vauvamyönteisyysohjelma on levinnyt laajasti maailmassa: jo yli 15 000 palvelun tuottajaa 134 maassa on auditoinut vauvamyönteisyysohjelmansa (Renfrew ym. 2014). Uudessa 10 askeleen vauvamyönteisyysohjelmassa askeleet 1–6 käsittelevät imetyksen tukemista hoitotyössä ja askeleet 7–10 kriittisiä johtamismenetelmiä imetyksen edistämiseksi (liite 2).

Vuonna 2016 julkaistussa (Victora ym. 2016) systemaattisessa katsauksessa todetaan, että mitä laajemmin 10 askeleen ohjelma on käytössä äitiyshuollon yksiköissä, sitä paremmin äideillä on mahdollisuus onnistua imetyksessä. Erityisesti äiti- ja vauvaystävälliset hoitokäytännöt tukevat varhaista imetyksen aloitusta, täysimetyksen jatkumista kotiutuessa sekä imetyksen kokonaisuutta. (Koskinen ym. 2014, Perez-Escamilla 2016, WHO 2017.) WHO suosittelee, että kaikki äitiyshuollon yksiköt ottavat käyttöön vauvamyönteisyysohjelman mukaiset äiti- ja vauvaystävälliset hoitokäytännöt ja edistävät näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen hyödyntämistä asiakkaiden imetysohjauksessa synnytys sairaaloissa ja neuvoloissa. Sairaaloilla tulee olla imetyksen edistämisen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee. Katkeamaton ihokontakti, varhainen ensi-imetyks ja vierihoidon turvaavat imetykselle hyvän alun. (AAP 2012.)

Suomi, muut Pohjoismaat ja Kanada ovat kehittäneet menestyksekkäästi sairaiden ja ennen aikaisesti syntyneiden Neo-BFHI (Neo-Baby Friendly Hospital Initiative) vauvamyönteisyysohjelmaa. Vauvamyönteisyysohjelman 10 askeleen lisäksi Neo-BFHI sisältää kolme pääperiaatetta ennen aikaisena, pienipainoisena syntyneen tai sairaan vastasyntyneen hoitoon:

- äidin yksilöllinen kohtaaminen ja hoitaminen,
- hoidon perhekeskeisyys ympäristö huomioiden ja
- hoidon jatkuvuuden varmistaminen raskauden ajasta vauvan ja perheen kotiutumiseen. (Nyqvist ym. 2015.)

Keisarinleikattujen äitien vauvoille ja mahdollisuuksien mukaan myös sairaille ja ennenaikaisesti syntyneille vauvoille on tärkeää turvata mahdollisuus ihokontaktiin ja imetykseen.

Suomessa synnytyssairaalat ovat lisänneet yhteistyötä neuvoloiden kanssa. Auditoiduissa synnytyssairaaloissa on sovittu yhteisistä imetysohjauskäytännöistä sairaalan ja neuvolan välillä sekä kehitetty työkaluja imetysohjaukseen. Pääkaupunkiseudulla on otettu käyttöön kompassit raskausajan ja vauva-ajan imetysohjaukseen (ks. Tukiaineistot, s. 127). Yhteiset ohjauskäytännöt ovat tärkeää levittää kaikkiin synnytyssairaaloihin ja neuvoloihin, vaikka auditointi ei olisikaan ajankohtaista. Imetyspoliikkatoiminta tuo lisää tukea imettäville äideille. Raskaana oleva tai imettävä äiti voi hakeutua imetyspoliiklinikalle itsenäisesti tai terveydenhoitajan ohjaamana.

Vauvamyönteisyysohjelman vaikutukset ovat näkyneet hitaasti imetystilastoissa, ja siksi ohjelman uudistamisessa keskitytään tällä hetkellä kansallisen tason ohjeistamiseen, jonka tulee tukea, edistää ja valvoa äiti- ja vauvamyönteisten hoitokäytäntöjen levittämistä ja vakiinnuttamista kaikkiin synnytyssairaaloihin ja äitiys- ja lastenneuvoloihin. Ohjelma vaatii toteutuakseen sitoutumista kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. Lisäksi tarvitaan johdon tukea vauvamyönteisyysohjelman implementointiin (Sipilä & Lommi 2014, Saunders 2016, WHO 2017).

Vauvamyönteisyysohjelma edistää täysimetyksen ja kokonaisimetyksen kestoa. Jokainen ohjelman kymmenestä askeleesta perustuu tutkimusnäyttöön (DiFrisco ym. 2011) ja edistää mahdollisimman tehokasta resurssien käyttöä imetyksen tukemisessa. Ohjelman ansiosta imetyksen aloitus ja jatkaminen synnytyssairaalassa ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen onnistuu paremmin. (Cleminson ym. 2014.)

Lisämaidon välttäminen edistää täysimetystä (Perrine ym. 2012), sillä lisämaidon antaminen näyttää eniten vaikuttavan siihen, että vauvamyönteisyysohjelman hyötyjä ei saavuteta. Sairaalassa annettu lisämaido vähensi täysimetystä 0–6 kk iässä. (Perez-Escamilla ym. 2016.) Vauvamyönteiset hoitokäytännöt tukevat äitiä täysimetykseen ja saavuttamaan omat imetystavoitteensa (Perrine ym. 2012). Tämä on erityisen tärkeää nyt kun sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet 1–2 päivään.

7.2 Neuvolan vauva- ja perhemyönteisyysohjelma

Kirsi Otronen

Suomalaisessa terveydenhoitojärjestelmässä raskaana olevan, synnyttävän ja imettävän äidin ja lapsiperheen palvelut tuotetaan äitiys- ja lastenneuvolassa ja synnytyssairaalassa. Suomen neuvolajärjestelmään sopiva vauva- ja perhemyönteisyysohjelma (liite 3) perustuu WHO:n kymmenen askeleen vauvamyönteisyysohjelmaan ja siitä Norjassa ja Kanadassa kehitettyihin perusterveydenhuollon vauvamyönteisyysaskeliin (The Breastfeeding committee for Canada 2002, Norwegian National Advisory Unit on Breastfeeding 2015). Ohjelma sisältää näyttöön perustuvat ja yhte-

näiset ohjeet äitien ja perheiden imetysohjaukseen sekä varhaisen vuorovaikutuksen ja vanhemmuuden tukemiseen. Suomessa ollaan ensimmäisten maiden joukossa otamassa käyttöön perusterveydenhuollon seitsemän askeleen vauva- ja perhemyönteisyysohjelmaa ja sen toteutumista mittaavan itsearviointityökalua. Pohjoismaista Norjassa on otettu käyttöön vastaava ohjelma ja sen avulla on saatu hyviä tuloksia imetyksen edistämiseksi. Täysimetys lisääntyi merkittävästi koeryhmässä kuuteen ikäkuukauteen asti, kun neuvoloissa toimitettiin vauvamyönteisyysohjelman periaatteiden mukaisesti (Baerug ym. 2016).

Neuvolan Vauva- ja perhemyönteisyysohjelma –7 askelta

1. Neuvolan kirjallinen WHO:n mukainen vauvamyönteisyysohjelma
2. Henkilökunnan koulutus ja asiantuntemuksen ylläpitäminen
3. Lasta odottavien perheiden imetysohjaus
4. Imetyksen tukeminen ja maidonerityksen ylläpito
5. Täysimetyksen tukeminen 4–6 kk ikään ja osittaisen imetyksen jatkaminen yhteen vuoteen tai pidempään perheen niin halutessa. Kiinteiden ruokien aloittaminen maisteluannoksina 4–6 kk iässä yksilöllisen valmiuden mukaan.
6. Imetysmyönteisen ilmapiirin luominen
7. Imetystuen varmistaminen ja hoidon jatkuvuus

(The Breastfeeding committee for Canada 2002, Norwegian National Advisory Unit on Breastfeeding 2015)

Neuvolan vauva- ja perhemyönteisyysohjelma sisältää kaikki seitsemän askelta. Ohjelman pitää olla kaikkien ammattilaisten saatavilla, ja johdon tulee sitoutua ohjelman noudattamiseen ja luoda edellytykset sen käyttöön otolle. Terveyden edistämisen linjauksissa huomioidaan imetyksen tukeminen äitien ja lasten terveyteen vaikuttavana menetelmänä. Lisäksi perusterveydenhuollossa seurataan imetysohjauksen toteutumista sekä täys- ja kokonaisuimetyksen kestoa.

Perusterveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten imetyksen edistämisen täydennyskoulutuksesta pitää huolehtia. Kaikille neuvolan terveydenhoitajille ja lääkäreille järjestetään koulutusta, jonka tavoitteena on imetystiedon lisääminen ja ohjaustaitojen kehittäminen. Uuden työntekijän aloittaessa huolehditaan imetysohjauksen perehdytyksestä sekä järjestetään kuuden kuukauden kuluessa imetysohjaajakoulutus. Lääkäreiden imetysohjausperehdytyksestä tulee huolehtia. Muillekin perheiden kanssa työskenteleville, kuten ravitsemus- ja puheterapeuteille, tarjotaan imetyksen edistämisen täydennyskoulutusta.

Raskaana oleville naisille ja heidän perheilleen kerrotaan imetyksestä ja käytetään asiakaslähtöisiä ohjausmenetelmiä. Perheille turvataan mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun imetysasioista terveydenhoitajan kanssa. Ohjauksen ja tuen

avulla äitejä ja perheitä autetaan tekemään tietoinen päätös imetyksestä. Tavoitteena on vahvistaa itseluottamusta ja lisätä imetyksessä tarvittavia taitoja. Ohjauksessa käytettävän materiaalin pitää perustua vauvamyönteisyysohjelmaan ja olla WHO-koodin mukaista.

Synnyttäneitä äitejä tuetaan täysimetykseen ja imettämään lapsentahtisesti. Heitä ohjataan myös pitämään vauvaa lähellä ja välttämään äidinmaidon korvikkeen tarpeetonta antamista. Sairaalasta kotiutumisen jälkeen neuvolan terveydenhoitaja tekee kotikäynnin perheen luokse, jolloin arvioidaan imetyksen sujumista ja tuetaan imettävää äitiä ja perhettä. On tärkeää tunnistaa perheet, jotka tarvitsevat sairaalasta kotiutumisvaiheessa ja ensimmäisten viikkojen aikana erityistä tukea. Poikkeava synnytys, lisämaidon antaminen sairaalassa ja äidin tai vauvan sairaus ovat imetyksen jatkumisen riskitekijöitä ensimmäisten viikkojen aikana. Väsynyt tai masentunut äiti tarvitsee erityistä tukea. Terveystenhoitaja tarkistaa vauvan asennon rinnalla, imemisotteen ja vauvan imemisen. Imettävälle äidille kerrotaan, mistä hän saa neuvolan lisäksi tarvittaessa apua imetysongelmiin.

Neuvolan imetyksymyönteinen ilmapiiri tarkoittaa esimerkiksi sellaisen tilan järjestämistä äidille, missä voi rauhassa imettää. Henkilöstön asenne ja suhtautuminen imetykseen ovat tärkeitä. Neuvolassa huolehditaan WHO-koodin noudattamisesta. Neuvolan vastaanotto- tai odotus tiloissa ei ole äidinmaidonkorvikkeisiin liittyvää mainontaa. On syytä kiinnittää huomiota piilomainontaan, jota on esimerkiksi lastenruokayritysten muistilappujen ja kynien käyttäminen. Perheille jaettava materiaali ei saa sisältää WHO-koodin vastaista ohjeistusta tai materiaalia.

Neuvolassa huolehditaan, että neuvolan ja sairaalan välillä on toimiva tiedonkulku perheiden imetysohjauksessa. Erityistä tukea imetyksessä tarvitsevien perheiden hoidossa huolehditaan hoidon jatkuvuudesta ja mahdollisuudesta lisäkäyntihin tarpeen mukaan.

7.3 Vauvamyönteisyysohjelman toteutumisen seuranta ja arviointi

Kirsi Otronen

Vauvamyönteisyysohjelma on yksi harvoja terveyden edistämisen ohjelmia, johon on liitetty säännölliset auditoinnit ohjelman toteutumisen arvioimiseksi. Sisäisessä auditoinnissa menetelminä käytetään tilastojen tarkastelua ja tarvittavia toimenpiteitä niiden pohjalta, henkilöstön tekemää itsearviointia sekä asiakaskyselyitä.

Toistaiseksi ulkoisia vauvamyönteisyysohjelman auditointeja on tehty vain synnytyssairaaloissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kansallinen imetyksen edistämisen seurantaryhmä nimeää auditointiryhmään yleensä 3–4 jäsentä, joista yksi on lääkäri, 2–3 on imetyškouluttajaa tai IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) -tutkinnon suorittanutta hoitotyön edustajaa.

Auditointi on kolmivaiheinen prosessi. Ensin auditointia hakeva yksikkö arvioi sen hetkisiä omia hoitokäytäntöjään itsearviointityökalun avulla ja asiakkaan ohjasta WHO:n vauvamyönteisyys-kriteerien avulla. Lisäksi auditoitava yksikkö tilastoi imetys- ja hoitokäytäntöjään oman toimintansa seuraamiseksi. Sen jälkeen yksikkö lähettää THL:lle pyynnön auditoinnista ja toimittaa THL:n nimeämälle auditointiryhmälle etukäteen arvioitavaksi tilastot vauvamyönteisten hoitokäytäntöjen toteutumisesta sekä kaikki hoitohenkilökunnan toimintaan liittyvät ohjeet ja potilaiden ohjaukseen käytettävät aineistot. Toinen vaihe sisältää auditointiryhmän tekemät potilaiden ja henkilökunnan haastattelut, keskustelun johdon kanssa sekä toimitiloihin tutustumisen. Tämän jälkeen imetys-, hoito- ja ohjauk käytännöt pisteytetään. Kolmannessa vaiheessa auditointiryhmä laatii raportin, jossa se joko ehdottaa auditoinnin hyväksymistä tai hylkäämistä. Auditoinnin läpäissyt sairaala saa sertifikaatin.

Vauvamyönteisyysertifikaatti on voimassa viisi vuotta. Nykyisin uudelleen auditointia suositellaan 3–5 vuoden välein, jotta varmistetaan Vauvamyönteisyysohjelman mukaisten hoitokäytäntöjen jatkuminen. Auditointien välillä on tärkeää suorittaa säännöllisesti omavalvontaa imetys- ja hoitokäytäntötilastoja seuraamalla. Kätilöopiston sairaala oli ensimmäinen uudelleen auditoitu sairaala (joulukuu 2015). Kätilöopiston sairaalan uudelleen arvioinnissa käytettiin synnyttäneiden äitien haastatteluissa sähköistä kyselylomaketta, jonka he täyttivät sairaalasta kotiutuessa.

Vuonna 2017 Suomen reilusta kahdestakymmenestä synnytyssairaalasta neljä on saanut sertifikaatin: Vaasan keskussairaala, Hyvinkään aluesairaala, Lohjan aluesairaala ja Kätilöopiston sairaala. Synnytyssairaalat ovat lähteneet kehittämään hoito- ja ohjauk käytäntöjään, ja moni sairaala on ilmoittanut kiinnostuksensa vauvamyönteisyysauditointiin lähivuosina. Vauvamyönteisyysohjelma tarjoaa kehittämisen tueksi näyttöön perustuvaa tietoa äitien ja vauvojen terveyden edistämiseen yhteydessä olevista hoitokäytännöistä. Vauvamyönteisyysohjelman jalkauttaminen vaatii koko henkilöstöltä sitoutumista vauvamyönteisiin hoitokäytäntöihin, jatkuvaa koulutusta ja johdon tukea. (Victoria ym. 2016.)

LÄHTEET

- AAP. 2012. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129:e827–41.
- Baerug A, Langsrud O, Loland B, Tufte E, Tylleskär T & Fretheim A. 2016. Effectiveness of baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Maternal & Child Nutrition*, 12, 428–39.
- Busch D, Logan K & Wilkinson A. 2014. Clinical practice breastfeeding recommendations for primary care: applying a tri-core breastfeeding conceptual model. *Journal of Pediatric Health Care*, 28, 6.
- Cleminson J, Oddie S, Renfrew MJ & McGuire W. 2014. Being baby-friendly: evidence-based breastfeeding support. <http://fn.bmj.com/2,2014> – Published by group.bmj.com.

- DiFrisco E, Goodman K, Budin W, Lilienthal M, Kleinman A & Holmes B. 2011. Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for baby-friendly designation. *The Journal of Perinatal Education*, 20, 1.
- Koskinen KS, Aho AL, Hannula L & Kaunonen M. 2014. Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery* 30,464–70.
- Norwegian National Advisory Unit on Breastfeeding. 2015. Baby-friendly initiative in community health services.
- Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A ym. 2015. Neo-BF-HI: The Baby-friendly hospital initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group.
- Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. 2016. Impact of the baby-friendly hospital initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 402-417.
- Perrine C, Scanlon K, Li R, Odom E & Grummer-Strawn M. 2012. Baby-friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*, 130(1):54–60.
- Renfrew M, McCormick F, Wade A, Quinn B & Dowswell T. 2014. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst.Rev.*;5: CD001141. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub4.
- Saunders H. 2016. Nurses' readiness for evidence-based practice: Implementing the paradigm shift of transforming evidence for clinical practice. Dissertations in Health Sciences Number 359. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta.
- Sipilä R & Lommi M-L. 2014. Hoitosuosituksset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 2014(8), 832–9.
- STAKES. 1994. Vauvamyönteisysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen.
- The Breastfeeding committee for Canada. 2002. The baby-friendly initiative in community health services: A Canadian implementation guide. The National Authority for the WHO/UNICEF The Baby Friendly Hospital Initiative in Canada
- Victoria C, Bahl R, Barros A, Franca G, Horton S, Krasevec J. ym. 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387, 475–90.
- WHO. 2009. Baby Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care.
- WHO. 2017. National implementation of the baby-friendly hospital initiative 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>
- WHO. 2017. Protection, promotion, and support of breastfeeding facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2017.

8. IMETYSOHJAUS JULKISESSA PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

8.1 Jatkuvuus

Tuovi Hakulinen, Kirsi Otronen, Anitta Nykyri

Imetyksen tukeminen toteutuu parhaiten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä (liite 4). Kirjallinen, yhteneväinen imetyksen edistämisen toimintasuunnitelma synnytyssairaaloissa ja äitiysneuvoloissa varmistaa laadukkaan imetysohjauksen raskauden aikana, synnytyksessä ja synnytyksen jälkeen. Tutkimusnäyttö osoittaa, että sekä täysimetyksen että imetyksen kokonaisuutta pysyttään pidentämään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä (Britton ym. 2007, Dieterich ym. 2013).

Äitiysneuvolassa raskausaikana aloitettu ja äitiyspoliklinikalla annettu imetysohjaus jatkuu synnytyssairaalassa ja sen jälkeen lastenneuvolassa (kuvio 2). Yhtenäinen ohjaus mahdollistaa rajallisten resurssien tarkoituksenmukaisen käytön. (Korhonen ym. 2016.) Imetystuen yhdenmukaisuuden ja jatkuvuuden vuoksi tarvitaan paikallisesti sovittu imetyksen hoitoketju, jossa on yhteistyössä äitiys- ja lastenneuvolan sekä synnytyssairaalan kesken sovittu imetyksen tukemisen vastuuky-symyksistä ja työnjaosta sekä perheiden mahdollisuudesta saada apua imetyksen ongelmatilanteissa. Imetysohjaukseen on kehitetty ammattilaisten ja vapaaehtoistyöntekijöiden toimesta kompassit yhteneväisen imetysohjauksen tueksi: Raskausaika, Ensimmäiset viikot ja Kasvava vauva (ks. Tukiaineistot, s. 127).

Taulukko 4. Imetyksen edistäminen ja tukeminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä.*

JATKUVUUS IMETYKSEN EDISTÄMISESSÄ JA TUKEMISESSA	
Raskausaikana	→ Synnytyksen yhteydessä → Imeväisaikana
Imetysohjausta ja tukea äidille ja perheille	<ul style="list-style-type: none"> • perustuu tutkittuun tietoon • on suositusten mukaista • on tarpeenmukaista • ottaa huomioon molemmat puoliset • on perhettä kunnioittavaa • Tukea antavat tahot: äitiys- ja lastenneuvola, äitiyspoliklinikka, synnytyssairaala, imetyspoliklinikka tai imetyksen ammattilaisen vastaanotto • Ohjausta saa vastaanotoilla, kotikäyntien yhteydessä, perhevalmennuksessa ja puhelimitse • Vertaistuki (imetystukiryhmät) täydentää muita tukimuotoja
Tuen tarjoaminen perheille ongelmatilanteissa	<ul style="list-style-type: none"> • Tukea ja ohjausta saa riittävän nopeasti ja räätälöidysti • Mahdollisuus konsultoida imetysasiantuntijaa ongelmatilanteissa
Ammattihenkilöstön osaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • imetysohjaajakoulutus kaikilla perheiden ohjaukseen osallistuvilla • imetyскоordinaattori synnytyssairaloissa • mahdollisuus lisäkoulutautumiseen ja ammattitaidon lisäämiseen

* Mukaellen Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, s. 54.

On tärkeää, että vanhemmat saavat näyttöön perustuvaa tietoa päätöksenteon tueksi. Imetysohjauksen tulee olla vanhempien omia voimavaroja tukevaa (Schmied ym. 2009). Imetystä edistävät hoitokäytännöt on hyvä perustella ja kysymyksille on jätettävä tilaa. Erityisenä haasteena on kaventaa imetyksen sosioekonomisia eroja. Yksilö- ja ryhmäohjaus ovat yhdistettynä tehokkaampia kuin yksittäisinä menetelminä. Haroonin ym. (2013) mukaan ohjaus ja tuki lisäsivät täysimetystä alle yhden kuukauden ikäisillä 30 % ja 1–5 kuukauden ikäisillä 90 %.

Organisaation myönteinen näkemys imetyksen tärkeydestä näkyy hoidossa sen jokaisella tasolla, päätöksenteosta aina käytännön pieniin toimenpiteisiin ja ohjaustilanteisiin saakka. Niinpä Imetyksen edistämisen toimintaohjelman jalkauttaminen terveydenhuollon päivittäisiin käytäntöihin vaatii kaikkien osapuolien sitoutumista, sovittujen toimintaohjeiden noudattamista ja vastuutahojen määrittämistä. Vastuu imetyksen onnistumisesta ei saa jäädä pelkästään äidille, vaan yhteisöjen ja yhteiskunnan on otettava myös vastuu asiasta.

Suosituks

- Imetysohjausta annetaan suunnitelmallisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä noudattaen kansallista imetyksen edistämisen toimintaohjelmaa.
- Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido laativat yhtenäiset, näyttöön perustuvat ohjeet perheille annettavasta raskaus- ja imeväisajan imetysohjauksesta sekä nimeävät henkilön vastaamaan ohjeiden toteutumisen seurannasta.
- Yhteistyö ja riittävä tiedonkulku ovat tarpeellisia etenkin silloin, kun raskausaikana ilmenee mahdollisia imetykseen liittyviä riskitekijöitä tai imetyksessä ilmenee ongelmia synnytyssairaalassa.

8.2 Imetysohjaus äitiysneuvolassa

Tuovi Hakulinen, Kirsi Otronen

Imetysohjaus aloitetaan jo alkuraskaudessa, ja se jatkuu aina vieroitukseen asti (Renfrew ym. 2012, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Ohjauksen tavoitteena on imetystä koskevien tietojen lisääminen ja positiivisen asenteen vahvistaminen ja tuen antaminen, jotka edistävät täysimetystä. (Hannula ym. 2010.) Myös tavallisimmista imetysongelmista tulee antaa tietoa jo raskausaikana. Raskauden eri vaiheissa annettu ohjaus tukee raskaana olevan naisen valmistautumista imetykseen. Pitkäaikaisilla, raskausaikana alkavilla ja synnytyksen jälkeen jatkuvilla ohjausinterventioilla on tehokkaampi vaikutus kuin lyhytaikaisilla (Hannula ym. 2008).

Raskaudenaikainen imetysohjaus aloitetaan äitiysneuvolan määrääikaisten terveystarkastusten vastaanottokäynneillä ja kotikäynneillä sekä perhevalmennuksessa. Ohjaus tulisi toteuttaa Neuvolan vauva- ja perhemyönteisysohjelman mukaisesti. Ohjauksessa painotetaan tutkimusten osoittamia imetyksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten perheen saamaa tietoa imetyksestä ja puolison tuen merkitystä. Ohjaus toteutetaan yksilöllisesti raskaana olevan naisen ja hänen perheensä tarpeiden mukaisesti. Raskaana olevan naisen ja hänen puolisonsa kanssa keskustellaan imetykseen liittyvistä käsityksistä ja asenteista, suunnitelmista ja kysymyksistä sekä mahdollisista aikaisemmista kokemuksista. Raskauden aikaisella ohjauksella voidaan vaikuttaa vanhempien päätökseen imettää. Myös hoitavan lääkärin mielipiteellä on merkitystä imetyksen aloittamisessa. (Odom ym. 2014.) Samassa yhteydessä selvitetään imetyksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ja ennakoidaan, ketkä voivat tarvita lisätukea.

Riskiryhmien tunnistaminen auttaa kohdentamaan imetysohjausta erityisesti niille ryhmille, jotka sitä eniten tarvitsevat. Erityistä ohjausta ja tukea tarvitsevat äidit ovat usein nuoria, vähän koulutettuja ja heikossa taloudellisessa asemassa olevia, vähemmistökulttuureihin kuuluvia, tupakoivia, keisarileikkauksella synnyttäneitä, vaikean synnytyksen läpikäyneitä tai lyhyttä imetystä suunnittelevia henkilöitä.

Tutkimusten mukaan yksilö- ja ryhmäohjaus ja sen lisäksi annettu kirjallinen aineisto imetyksestä vaikuttavat myönteisesti imetyksen aloittamiseen ja jatkamiseen (Haroon ym. 2013, Renfrew ym.2012). Suomessa kaikille raskaana oleville annetaan [Meille tulee vauva -opas](#) tai linkki oppaan pdf-versioon. Opas sisältää perustietoa vauvan imetyksestä ja muusta ravitsemuksesta (Hakulinen ym. 2015). Ohjauksen tulee olla rohkaisevaa ja mielenkiintoa herättävää. Lasta odottavan perheen kanssa keskustellaan siitä, millaisia mielikuvia vanhemmille tulee silloin, kun he ajattelevat vauvaansa ja imetystä. Vanhempien tiedoissa maidon muodostumisesta, äidinmaidon riittävydestä sekä imetyssuosituksista saattaa olla puutteita (Laanterä ym. 2010), jolloin ajantasainen ohjaus auttaa vanhempia ymmärtämään imetyksen merkityksen ja heidän omia mahdollisuuksiaan vaikuttaa vauvan terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimukseen perustuva uusin tieto imetyksen terveyshyödyistä motivoi äidin puolisoa ja muita läheisiä imetyksen tukijoiksi.

Vertaistuen vahvistamiseksi raskausajan imetysohjausta kannattaa toteuttaa yksilöohjauksen lisäksi myös ryhmäohjauksena esimerkiksi perhevalmennuksen yhteydessä ja synnytyssairaalan tutustumiskäynnillä joko paikan päällä tai virtuaalisesti. Myös neuvoloiden nettisivuille on hyvä laittaa tietoa imetyksestä ja sen tukemisesta. Lainsäädännön mukaan perhevalmennusta tarjotaan kaikille ensimmäistä lastaan odottaville (VNA 338/2011). Perhevalmennusta järjestetään myös perheille, joissa toinen vanhemmista odottaa ensimmäistä lastaan ja perheille, joissa odotetaan ensimmäistä Suomessa syntyvää lasta. Kaikkia raskaana olevia naisia kannustetaan osallistumaan imetystukiryhmään raskauden viimeisinä kuukausina. Vauvaperhe tai imettävä äiti voidaan pyytää vierailulle myös neuvolan perhevalmennukseen. Hyviä kokemuksia raskaudenaikaisesta imetysohjauksesta on saatu vuorovaikutteisesta ja vapamuotoisesti toteutetuista pienryhmistä (Hannula ym. 2008).

Perhevalmennuksessa on hyvä varata 1–1.5 tuntia aikaa imetysaiheille ja seuraavat imetykseen liittyvät asiat käsitellään raskauden aikana perhevalmennuksessa.

Imetyksen edut

- Terveysvaikutukset vauvalle ja äidille
- Ravitsemuksellinen merkitys
- Sitoutuminen ja vuorovaikutus äidin ja vauvan välillä
- Taloudelliset ja ekologiset hyödyt

Imetyksen peruseriaatteet

- Ihokontakti synnytyksen jälkeen
- Varhaisen ensi-imetyksen tärkeys
- Vierihoidon merkitys imetyksen aloittamisessa

- Lapsentahtinen imetys
- Maidoneritykseen vaikuttavat asiat
- Imetyssasento ja imemisote
- Täysimetys (tutin välttäminen, kunnes vauvan oikea imemisote on vakiintunut, tarpeettoman äidinmaidonkorvikkeen välttäminen ensimmäisinä kuukausina)
- Imetyksen turvamerkkit
- Tavallisimpien imetysongelmien ennaltaehkäisy
- Rintojen hoito

Imetyssuositukset

- Imetyksen aloittaminen mahdollisimman varhain eli yhden tunnin sisällä synnytyksestä
- Täysimetys 4–6 kk, poikkeuksena pienipainoiset ja ennenaikaisena syntyneet
- Kiinteät ruoat suositellaan aloitettavaksi maisteluannoksilla 4–6 kuukauden iässä yksilöllisten valmiuksien mukaan
- Imetyksen jatkaminen ainakin yhden vuoden ikään asti

Puoliso ja muu läheinen imetyksen tukijana

Vauva- ja perhemyönteisyys ohjelman esittely

Synnytyssairaalan hoitokäytännöt

WHO:n kansainvälinen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodi

Lisätukea imetykseen

- Imetyksen tuki <https://imetys.fi/>
- Terveyskylä / Naisten talo <https://www.terveyskyla.fi/naistalo>
- Meille tulee vauva -opas <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-561-5>

Suositukset

- Äitiysneuvola tarjoaa imetysohjausta kaikille lasta odottaville perheille.
- Äitiysneuvolan määräaikaissa terveystarkastuksissa ja kotikäynneillä sekä perhevalmennuksessa käydään läpi imetyksen käynnistymiseen, maidoneritykseen ja maidon riittävyyteen vaikuttavat asiat sekä tavallisimmat imetysongelmat ja ratkaisukeinot sekä läheisten tuen merkitys. Äitiysneuvolassa kerrotaan myös maidon luovuttamiseen liittyvistä asioista.
- Äitiysneuvolassa on tärkeää tunnistaa imetyksessä erityistä tukea tarvitsevat.
- Räättälöityä ohjausta kohdennetaan erityistä tukea tarvitseville kuten ensisynnyttäjille, teinivanhemmille, maahanmuuttajille ja monikulttuurisille perheille, yksin lasta odottaville naisille, tupakoitsijoille sekä äideille, joilla on ollut aikaisemmissa imetyksissä ongelmia tai imetyks on jäänyt lyhyeksi.

8.3 Imetysohjaus synnytyssairaalassa

Anitta Nykyri

Prenataaliosastolla sekä äitiyspoliklinikalla on tärkeää tarjota samansuuntaista imetysohjausta kuin äitiysneuvolassa. Äitiyspoliklinikalla seurataan riskiraskauden ja erityispiirteitä sisältävän raskauden kulkua tiiviisti, jolloin neuvolakäynnit voivat jäädä vähemmälle, ja tällöin neuvolan imetysohjaus toteutetaan äitiyspoliklinikalla tai prenataaliosastolla. Äitejä kehoitetaan laatimaan jo raskausaikana oma imetyssuunnitelma, jossa he ilmaisevat imetykseen liittyvät toiveensa ja mahdolliset huolensa.

Riskiraskauden ohjauksessa otetaan huomioon mahdolliset imetykseen liittyvät erityispiirteet kuten esimerkiksi ennenaikaisuus, vastasyntyneen verensokeriseuranta tai huuli-kitalakihalkio. Jos tiedossa on, että raskaus tulee päättymään ennenaikaisesti, tarvitsee synnyttäjää tukea, ohjausta ja välittämisen kokemusta imetyksen alkupäivinä. Keskosen imetykseen liittyy erityispiirteitä ja imetyks alkua usein vähitellen ja aluksi äiti lysää rintamaitoa vauvalleen. (Ikonen ym. 2016.)

Synnytyssalissa imetyksestä keskustellaan synnytyksen edetessä. Vauvan syntymän jälkeen vauva asetetaan ihokontaktiin äidille tai puolisolle. Ihokontaktin merkityksestä (Koskinen ym. 2014, Noughabi ym. 2014) imetyksen aloituksen on-

nistumisessa on laajasti tutkimustietoa. Tänä päivänä monessa sairaalassa myös sektiovauvat pääsevät äidilleen ihokontaktiin heti syntymänsä jälkeen. Välittömällä ihokontaktilla sektorin jälkeen on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia imetykseen (Stevens ym. 2014). Jos ensi-imetyksessä ei toteudu, voi äiti imettää vierihoidon osastolla tai lastenosastolla heti kun se on mahdollista.

Varhaisessa ihokontaktissa olleet vauvat imevät oikealla imemistekniikalla useammin kuin ne vauvat, joiden kohdalla varhainen ihokontakti ei toteutunut (Deufel & Montonen 2010). Varhaisessa ihokontaktissa vauvaa pitäneet äidit todennäköisemmin onnistuvat ensi-imetyksessä (Moore ym. 2016). Synnytyksessä vastasyntynyt asetetaan äidilleen ihokontaktiin, jossa vauva saa ensin levätä ja toipua syntymästä ja alkaa sitten pikkuhiljaa hamuilla tietään äidin rinnalle. Ihokontaktissa äiti pääsee tutustumaan vauvaansa ja alkaa havainnoida imemisvalmiuden merkkejä. Varhainen ihokontakti lisää imemisen taajuutta ja kestoja sekä äidin itseluottamusta vastasyntyneen hoitajana. (Deufel & Montonen 2010.)

Ensi-imetyksessä tapahtuu usein tunnin sisällä syntymästä. Yksi keino auttaa vauvaa ensi-imetyksessä on asettaa vauva iholle niin, että vauvan poski koskettaa ihoa äidin rinnan alla, ja siitä vauva hakeutuu rinnalle (Cantrill ym. 2014). Jos ensi-imetyksessä ei toteudu synnytyksessä, tulee äitiä kannustaa ja motivoida imetykseen vierihoidon osastolla. Äitiä voi myös kannustaa lypsämään ensitipat maitoa vauvalle annettavaksi. Jos ihokontakti äidin kanssa ei syystä tai toisesta ole mahdollinen, laitetaan vastasyntynyt ihokontaktiin puolison kanssa. Ihokontakti sektiosynnytyksen jälkeen leikkauksen yhä ollessa käynnissä on yleistynyt viime vuosina. Useassa sairaanhoitopiirissä kehitetään tätä käytäntöä (liite 5).

Mahdollisuuksien mukaan vastasyntynyt voi siirtyä ihokontaktissa synnytyksessä vierihoidon osastolle, jossa perhettä kannustetaan jatkamaan ihokontaktia. ”Kengurupoppeja” voidaan hyödyntää ihokontaktin toteuttamisessa, jolloin vauva lepää äidin rintaa vasten ihonmyötäisen kangastopin sisällä. Ihokontakti nopeuttaa imetyksen käynnistymistä, parantaa vastasyntyneen lämmönsäätelyä, ehkäisee energiahukkaa ja auttaa verensokeritasapainon ylläpitämistä (Wight ym. 2014). Ihokontaktia voidaan käyttää imetysohjelmien ratkaisemisessa. Jos imuote on aiemmin ollut hyvä, mutta heikkenee myöhemmässä vaiheessa, voi se löytyä ihokontaktissa nopeammin uudelleen (Svensson ym. 2013).

Synnytyksen jälkeen imetysohjaus jatkuu synnyttäneitä perheitä hoitavilla vierihoidon osastoilla. Ohjausta annetaan kaikille synnyttäneille ja imettäville äideille jokaisessa työvuorossa suunnitelmallisesti ja äidin tarpeita kuunnellen (Renfrew ym. 2012). Äidille tehdään synnytyksen jälkeen imetyssuunnitelma (ks. Tukiaineistot). Jos syntynyt lasta hoidetaan lastenosastolla, imetysohjaus jatkuu äitiä ja vastasyntynyttä hoitavien osaston yhteistyönä. Synnytyksen jälkeen annettua imetysohjauksella on merkittävä vaikutus imetyksen jatkumiseen. (Perrine & Shealy 2011.) Toisinaan imetysohjauksessa tulee vastaan erityisen haastavia tilanteita. Silloin imetysohjausta voi saada raskaudenaikaiseen tai synnytyksen jälkeiseen imetysohjaukseen erikoistuneelta hoitohenkilökunnalta.

Synnytyssairaalan hoitokäytännöillä ja sairaalassa annettavalla imetysohjauksella on merkittävä vaikutus imetyksen käynnistymiseen ja täysimetykseen (Sikorski ym. 2003, Britton ym. 2007, Pound ym. 2012). Vauvamyönteisyysohjelman mukaisten, imetystä tukevien hoitokäytäntöjen noudattaminen lisäävät täysimetystä ja imetyksen kestoa (Perrine & Shealy 2011, DiGirolamo ym., 2008, AAP 2012). Näihin hoitokäytänteisiin kuuluvat: välitön ihokontakti (Phillips 2013), ensi-imetys tunnin sisällä syntymästä, täysimetus sairaalassa (Quigley ym. 2015), ympärivuorokautinen vierihoito, lapsentahtinen imetys ja tutittomuus. Mitä useampi Vauvamyönteisyysohjelman kymmenestä askeleesta toteutuu, sitä paremmat lähtökohdat imetyksellä on. Erityisesti lisämaidon välttäminen on yhteydessä imetyksen onnistumiseen. (Perez-Escamilla ym. 2016.) Myös perhekeskeisyys synnytyssairaalassa lisää täysimetystä kotona. (Hannula ym. 2010, Laanterä 2011.)

Seuraavien viiden hoitokäytännön on todettu lisäävän imetyksen kestoa äidin sosioekonomisesta taustasta riippumatta: ensi-imetys tunnin kuluessa synnytyksestä, täysimetus, täysiaikainen vierihoito, tuttien välttäminen, kotiutuksen jälkeinen imetystä koskeva ja tukeva puhelinsoitto. (AAP 2012.) Tutkimuksessa havaittiin, että imetykseen liittyvät varhaiset kokemukset synnytyksen jälkeen vaikuttavat äitien imetysluottamukseen. Imetyksen varhainen käynnistyminen onnistuneesti, vierihoito sekä täysimetus sairaalassaoloaikana olivat yhteydessä parempaan imetysluottamukseen sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä. (Koskinen ym. 2014.)

Imetysohjauksella äitejä tuetaan heidän omien imetystoiveidensa täyttymisessä. Ohjauksessa korostuvat vauvamyönteiset toimintatavat, erityisesti täysimetykseen tukeminen. (Perrine ym. 2012). Ensipäivien ihokontakti, hyvä ohjaus sekä tiheät imetykset auttavat imetyksen hyvää käynnistymistä (WHO 2017).

Vierihoito-osastolla äitejä ohjataan imettämään vauvantahtisesti, tunnistamaan hyvä imuote ja nälkäviestit sekä kokeilemaan eri imetysasentoja. Vauvan refleksihin pohjautuva ”Biological Nurturing” on muovannut imetysohjausta viime aikoina voimakkaasti. Äitiä tuetaan löytämään itselleen sopiva asento imettää; Colsonin (2008) kuvaama puoli-istuva imetysasento vähentää ammattilaisen tarvetta puuttua tai ohjata imetysasentoa. Äiti on rennosti takanoja-asennossa, ja vauvan keho on vasten äidin kehoa. Äidin syli avautuu vauvalle alustaksi, jolloin vauva voi hyödyntää omia neonatalirefleksejään imetyksen aikana ja asento mahdollistaa lapsen tarttumisen rintaan oikealla otteella.

Kun imetys lähtee sujumaan, äidille sopiva imetysasento löytyy luonnostaan. Vauvan imuote tulee tarkastaa kertaalleen jokaisessa työvuorossa, jolloin varmistetaan, että vauva saa ravintoa. Puoliso voi tukea hyvän imetysasennon löytämisessä sekä imuotteen tarkkailussa. Imetystarkkailuun on olemassa erilaisia apuvälineitä, esimerkiksi ”Bristol Breastfeeding assesment tool” (Ingram ym. 2015).

Kaikessa imetysohjauksessa tulee pyrkiä ohjaamaan ”Hands off” -menetelmällä, jossa äitiä ja perhettä ohjataan suullisesti. Äiti ja perhe löytävät itse hyvän tavan toimia (Hannula ym. 2008). Tämä ohjaustapa tukee perheen selviytymistä kotona. Ohjausta voidaan havainnollistaa käyttämällä esimerkiksi nukkea ja keinorintaa. Julisteet ja muu painettu ohjausmateriaali sekä videot ovat hyviä työvälineitä imetys-

ohjauksessa. Imetysohjausta voidaan antaa myös ryhmäohjauksena, jolloin ryhmän jäsenet voivat toimia myös vertaistukena toisilleen.

Vierihoidossa vauvantahtinen imetys toteutuu luontevasti. Vastasyntynyt viestii hamuilullaan halukkuutta päästä rinnalle, ja äiti oppii tulkitsemaan vauvan viestejä. Tyypillisesti vauva imee rinnalla noin 8–12 kertaa vuorokaudessa. Imemiskertoja tai imetyshetken pituutta ei rajoiteta. Näin maidoneritys käynnistyy nopeammin sekä maidon määrä lisääntyy kasvattaen äidin itseluottamusta imettäjänä. (<https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja>.) Vierihoido edistää täysimetystä ja vaikuttaa myönteisesti imetyksen kokonaisuuteen, koska tuolloin äideillä maitomäärä nousee nopeammin vauvan tarvetta vastaavaksi (Deufel & Montonen 2010). Vierihoidon on todettu tukevan varhaista vuorovaikutusta ja ihokontaktissa vauvat ovat levollisempia ja rauhallisempia (Crenshaw 2014).

Vierihoido-osastolla perheet voivat halutessaan valita perhehuoneen, jossa toinen vanhempi pääsee luontevasti osallistumaan vastasyntyneen hoitoon sekä olemaan tukena imetyksen aloituksessa. Puolison ja perheen osallistamista sekä synnyttäneen äidin tukena olemista edistää esimerkiksi potilashotelli-malli, jossa synnyttänyt perhe voi viettää ensimmäiset päivät potilashotellissa kättilön tukemana (liite 6).

Lisämaidon antaminen ilman lääketieteellistä syytä on yksi imetysohjauksen haasteista. Imeväisikäisen ruokinta Suomessa 2010 -raportin (Uusitalo ym. 2012) mukaan 71 % vastasyntyneistä oli saanut synnytyssairaalassa oman äidin maidon lisäksi muuta maitoa. Lisämaito oli yleisimmin luovutettua rintamaitoa, mutta myös äidinmaidonkorvikkeita käytettiin. Lisämaidon antaminen ilman lääketieteellistä syytä vähentää täysimetyksen kestoa. Kun vauva saa lisämaitoa lääketieteellisistä syistä ja tämä perustellaan äidille, ei lisämaidon antaminen välttämättä vaaranna imetystä (Uusitalo ym. 2012). Mitä enemmän vauva saa lisämaitoa sairaalassa, sitä vahvemmin se vaikuttaa imetyksen loppumiseen ennen aikaisesti. Imettävät äidit tarvitsevat tietoa lisämaidon käytön vaikutuksista imetyksen alkuvaiheessa (Uusitalo ym. 2012, Chantry ym. 2014). Ei-lääketieteellisen lisämaidon antamista tulee vähentää määrätietoisesti (Parry ym. 2013). Ensisijaisesti lisämaidon tulisi olla äidin omaa rintamaitoa.

Tilanteissa, joissa terveen, täysiaikaisena syntyneen vauvan ensi-imetys ei toteudu tai vauvan imu on tehotonta, on tärkeää ohjata vanhemmille käsinlypsy ja myöhemmin rintapumpun käyttö, jotta varmistetaan, että vauva saa kolostrumin maito alkaa nousta vauvan harjoittellessa imemistä ihokontaktissa (Becker ym. 2016).

Rintojen tyhjentäminen käsin tai rintapumpulla tulisi ohjata kaikille synnyttäneille, mutta erityisesti heille, joiden lapsi tarvitsee lisämaitoa. Keskosvauvojen äideille rintojen lypsäminen käsin tai koneellisesti on keino saada maidontulo käynnistymään. (Genna 2013). Lypsämisen aloittaminen synnytyksestä seuraavien kuuden tunnin aikana on yhteydessä imetyksen jatkumiseen yli 40 viikkoa (Deufel & Montonen 2010). Ensimmäisen lypsykerran ajoittuminen tunnin sisään synnytyksestä verrattuna kuuden tunnin sisällä synnytyksestä ennustaa suurempaa maitomäärää kolmen viikon kohdalla ja nopeampaa maidonerityksen käynnistymistä (Spatz ym.

2015, Parker 2015). Jos vauva ei syö rinnalta, tai lisämaitoa tarvitaan, riittävien maitomäärien saamiseksi äidin tulee lypsää 6–8 kertaa vuorokaudessa, ja niistä 1–2 tulee ajoittaa yöhön. Äidille kerrotaan maitomäärän lisääntyvän lypsykertojen myötä. Äitiä voi kannustaa pitämään kirjaa lypsyykerroista, jolloin hän voi huomata tiheän lypsämisen lisäävän maidoneritystä. Äidit, jotka lypsävät maitoa, tarvitsevat jatkuvaa ohjausta ja kannustusta. (Deufel & Montonen 2010, Spatz 2015.)

Raskauden päättyessä ennenaikaisesti tai vastasyntyneen ollessa sairas äidit tarvitsevat kokemusta siitä, että heistä välitetään. Tilanne on perheelle uusi ja jopa pelottava. Hoitotyöntekijät tarvitsevat koulutusta pystyäkseen tukemaan perhettä ja ohjaamaan rintojen lypsämiseen ja imetyksen aloittamiseen tässä tilanteessa. (Ikonen 2016.)

Lypsäminen voi eri syistä olla tarpeen myös terveen, täysiaikaisen vastasyntyneen äidille. Imetyksen alussa rinnat voivat pakkaantua, jolloin äiti voi helpottaa rintojen pinkeyttä lypsämällä käsin tai koneella. Myös tiehyttukoksen yhteydessä on rintaa tärkeä tyhjentää tehostetusti. Jos äidin rinnat ovat kovin täynnä maitoa, voi vauvalla olla vaikea saada hyvää imuotetta. Tällöin rintaa on tarpeen tyhjentää hie-man, jotta vauva saa hyvän imuotteen rinnasta.

Tutittomuus on osa vauvamyönteisyyttä. Perheitä kannustetaan välttämään tutin käyttöä synnytyssairaalassa, koska tutittomuus on yhteydessä täysimetyksen ja imetyksen pidempään kestoon (Hannula ym. 2010). Tutin käyttö synnytyssairaalassa häiritsee vauvantahtisuutta imetyksessä ja pidentää syöttövälejä. Yli kaksi tuntia päivässä huvituttia imevillä vastasyntyneillä on enemmän imemisongelmia kuin niillä, joilla tutti ei ole käytössä. (Deufel & Montonen 2010). Tuttia on käytetty esimerkiksi vauvan rauhoitteluun erilaisissa tutkimuksissa ja toimenpiteissä. Tällaisissa tilanteissa voidaan tutin sijaan käyttää käsikapaloa (Axelin ym. 2012).

Sairaalasta kotiutuessa perheellä tulee olla tieto imetyksen turvamärkeistä, joiden avulla vanhemmat osaavat arvioida, saako vastasyntynyt riittävästi ravintoa. Turvamerkkit ovat: vähintään kahdeksan imetyksetä vuorokaudessa, vauva virtsaa ja ulostaa päivittäin useita kertoja ja paino nousee vähintään 20 grammaa päivässä. Lyhentyneet hoitoajat ovat haaste synnytyssairaaloiden imetysohjaukselle. Lyhentyneestä hoitoajasta huolimatta imetysohjauksen tulee olla laadukasta ja yksilöllistä, äidin tarpeet huomioon ottavaa ja sen tulee olla Vauvamyönteisyysohjelman mukaista. Erityisesti ensisynnyttäjien kohdalla tulee varmistaa, että imetyksen sujumisen ja vauvan voimien- ja painonseuranta on järjestetty ennen kotiutumista. Uudelleensynnyttäjät voi kokea, että varhainen kotiutuminen tukee hänen vauvantahtista imetystään kodin omassa rauhassa. Perheillä tulee olla myös tieto, minne ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Yhteystiedot tulee olla selkeästi mainittuina äidin kotiutuspaperissa. Neuvolan tulisi tehdä ensimmäinen kotikäynti mahdollisimman pian kotiutumisen jälkeen perheen sekä imetyksen tukemiseksi (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013).

Kotiutusvaiheessa perhe tarvitsee neuvontaa ja tukea lisämaito- vähentämiseen, jos sitä on annettu synnytyssairaalassa. Ohjaus tapahtuu imetyspoliklinikan ja neuvolan kanssa yhteistyössä. Syksyllä 2015 ilmestyneet ohjeet lisämaitojen vä-

hentämisestä sekä lapsentahtisesta pulloruokinnasta ovat tässä hyviä työvälineitä. Ohjeet on laatinut Imetyksen tuki yhdessä muiden kansalais- ja ammattijärjestöjen kanssa laatimat (Imetyksen tuki 2015).

Kotiutuksen yhteydessä on tärkeää varmistaa tiedonkulku sairaalan ja neuvolan välillä. Erityistä tukea imetyksen jatkumiseen tarvitsevat äidit, jotka kokevat selviytyvänsä heikosti imetyksestä ja joilla on imetysongelmia synnytyssairaalassa tai joilla on kokemus riittämättömästä maitomäärästä tai liian vähäisestä imetystuesta. Myös varhainen töihin tai opiskelemaan paluu lisää riskiä lopettaa imetys varhain. (Hannula ym. 2010).

Suomessa toimii synnytyssairaalan yhteydessä imetyspoliklinikka 12 kaupungissa (liite 7). Osassa poliklinikoita vastaanotto on tarkoitettu 0–1-vuotiaille ja osa imetyspoliklinikoista tarjoaa imetystukea alle kahden viikon ikäisille vauvoille. Imetyspoliklinikoiden toiminnasta vastaavat yleensä imetyškouluttajat. He antavat konsultaatioapua henkilöstölle, kouluttavat ja huolehtivat tilastoinnista sekä materiaalin päivytyksestä.

Suosituks

- Imetysohjauksen tulee olla samansuuntainen jatkumo raskausajasta synnytyksen jälkeiseen aikaan.
- Vauvan ja äidin ihokontakti epäsäännöllisten synnytysten yhteydessä tulee mahdollistaa.
- Lisämaitoa annetaan lääketieteellisistä syistä.
- Lypsämisen ohjaukseen kiinnitetään erityisesti huomiota niiden äitien kohdalla, joilla ensi-imetys ei toteudu tai vauva syö tehottomasti rinnalla.
- Imetyspoliklinikka avataan jokaiseen synnytyssairaalaan.

8.4. Imetysohjaus lastenneuvolassa

Tuovi Hakulinen, Kirsi Otronen

Lastenneuvolan antama tuki imettävälle äidille on erityisen merkittävää vauvan ensimmäisten elinkuukausien aikana. Täysimetyksen tukeminen asettaa erityisiä haasteita ensimmäisen kuukauden imetysohjaukselle. Onnistuminen imetyksessä edellyttää yhtenäisiä ohjaukikäytäntöjä ja tiivistä tukea perheelle etenkin ensimmäisinä viikkoina lapsen syntymän jälkeen. Synnyttäneen äidin vointiin, jaksamiseen ja monipuoliseen ravitsemukseen sekä lepoon tulee kiinnittää erityistä huomiota. Suoma-

laistutkimuksessa (Vaarno 2016) on havaittu, että synnyttäneiden naisten ruokavalio on imetyaikana laadullisesti heikompi kuin raskauden aikana.

Ensimmäisen kuukauden aikana imetystä voivat haitata vauvan saama runsas lisämaito joko synnytyssairaalassa tai kotona, rintaongelmat (pakkautunut rinta, rintatulehdus), kannustuksen, tietojen ja taitojen puute sekä ongelmatilanteeseen nähden liian harvat käynnit neuvolassa (STM 2004). Vaikka imetysongelmat ensimmäisen kuukauden aikana ovat varsin tavallisia, suurin osa niistä olisi ehkäistävissä ja helposti korjattavissa. Ratkaisuna ovat nopea reagointi ongelmatilanteissa ja tuen tarjoaminen niin kauan, kunnes vanhemmat tuntevat varmuutta, eli vastaanottoikänti 1–3 päivän sisällä tai puhelimitse tarjottu tuki ja apu. (Busch ym. 2014.) Imetävä äiti kokee herkästi, että maitoa ei muodostu riittävästi ja siksi lisämaidon anto on yleistä.

Neuvoissa vanhemmille jaetaan ohjetta lisämaidon vähentämisestä (ks. Tukiaineistot, s. 127). Siksi on tärkeää, että vauvaperheille kerrotaan, mitkä asiat vaikuttavat maidon muodostumiseen ja miten vauvasta näkee, että hän saa tarpeeksi maitoa. Imettävä äiti voi kohdata sukulaisten, ystävien ja jopa ammattihenkilöiden taholta epäilyjä maidon riittävydestä ja vähättelyä imetyksen tärkeydestä. Terveystietäjän tulee aktiivisesti tukea imetystä perheen toiveiden mukaisesti ja lapsen kasvua ja kehitystä seuraten sekä huomioida perheen jaksaminen. Perhettä voi myös vahvistaa tieto, että alun opetteluvaiheen jälkeen imetetty vauva on usein helppohoitoinen ja tyytyväinen.

Imetysohjausta annetaan kaikille perheille lastenneuvolan määräaikaissa terveystarkastuksissa. Neuvolan vastaanottokäynneillä ja kotikäynneillä käydään läpi imetyksen käynnistymiseen, maidonmuodostumiseen ja maidon riittävyteen vaikuttavat asiat sekä tavallisimmat imetysongelmat ja ratkaisukeinot. Puutteelliset tiedot imetyksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä johtavat siihen, että imetys voidaan kokea vaikeaksi. Lämmin, empaattinen ja kannustava vuorovaikutus neuvolassa vahvistaa ja motivoi äitiä imetykseen.

Kotikäynnillä tarkistetaan aina konkreettisesti imetyksen sujuminen eli imemisote, imetysasento ja rintojen kunto. Huomiota on tarpeen kiinnittää myös vauvan vointiin ja painoon sekä vanhempien jaksamiseen. Kotikäynnillä kerrataan vanhempien kanssa imetyksen turvamerkit, joita ovat: 1) vähintään 8 imetyskertaa vuorokaudessa, 2) vauvan eritys: virtsaa ja ulostaa päivittäin useita kertoja ja 3) paino nousee vähintään 20 g/ päivä.

Imemiseen liittyy kehitysvaiheita, jotka poikkeavat toisistaan selvästi. Ensimmäinen levottomuuskausi rinnalla voi olla noin 4–6 viikon iässä. Mahdollisia syitä tähän ovat maidon herumisen muuttuminen ja muutos vauvan aktiivisuudessa. Noin 2–4 kuukauden iässä imeminen muuttuu refleksinomaisesta tahdonalaiseksi. Tässä iässä vauvan voi olla vaikea keskittyä syömiseen, jos ympäristö on kovin virikkeellinen. Vanhemmat tulkitsevat tämän vaiheen usein rinnan hylkimiseksi, vaikka kyse on normaalista kehitysvaiheesta. Ajallisesti tämä kehitysvaihe osuu samaan kohtaan, jossa monilla imetys loppuu kokonaan.

Suomessa haasteena on täysimetyksen jatkuminen 4–6 kuukauden ikään. Kasvukäyrien tulkitseminen oikein vaatii perehtymistä imeväisen kasvutapaan (ks. luku 3.2.4). Kulttuurissamme saatetaan suosia kiinteän ruuan antamista ”oikeana ruokana”, ja siksi osa vanhemmista haluaa aloittaa lisäruokien antamisen jopa suosituksia aiemmin. Syödään yhdessä – lapsiperheiden ruokasuosituksessa (VRN 2016) mainitaan, että perhe voi halutessaan aloittaa kiinteän ruuan tarjoamisen lapselle maisteluannoksina 4–6 kuukauden iässä allergioiden ehkäisemiseksi. Äiti voi halutessaan täysimettää 6 kuukautta. Kaikki lapset tarvitsevat kiinteää ruokaa 6 kuukauden iästä lähtien. Vanhemmilla ei aina ole tietoa täysimetyksen eduista ja lisäksi ympäristön epäilyt äidinmaidon riittävydestä aiheuttavat epävarmuutta imettävässä äidissä. Terveystieteillä on merkittävä rooli äidin imetysohjeiden ja tiedon vahvistajana. Lapsen imemistiheys on yleensä muuttunut ensi kuukausista ja tiheä yöheräily on tavallisia. Lastenneuvolassa seurataan lapsen kasvua ja terveyttä yksilöllisesti.

Vauva alkaa imetyksen ohessa maistella kiinteitä ruokia 4–6 kuukauden iässä yksilöllisten valmiuksien mukaan. Ammattilaisten on tärkeä ohjata perheitä yksilöllisesti ja opastaa vanhempia tunnistamaan, milloin vauva on ”kypsä” harjoittelemaan kiinteiden ruokien maistelua. Vauva pystyy tuolloin olemaan tuetussa istuma-asennossa, vie käden suuhun ja seuraa kiinnostuneena muiden syömistä. Maisteluannokset 1–2 teelusikallista tarjotaan imetyksen jälkeen. On tärkeää tukea imetystä tässä vaiheessa ja muistaa, että maito on lapsen merkittävä energian ja suojatekijöiden lähde ensimmäisen ikävuoden aikana. (VRN 2016.)

Haasteita 8–12 kuukauden ikäisen vauvan imetykselle asettavat vauvan mahdollinen yöheräily ja äidin jaksaminen, vieroitusasiat ja äidin työhön lähtö. Imetyksen tukeminen tässä vaiheessa edellyttää terveydenhoitajalta äidin ja lapsen suhteen kunnioittamista ja imetyksen arvostamista. Terveystieteiden luoma hyväksyttävä ilmapiiri vastaanotolla kannustaa äitiä imettämään ja tekemään itsenäisiä ratkaisuja yöimetyksen jatkamisesta tai lopettamisesta sekä vieroittamisesta. Riittävä imetysohjaus olisi varmistettava etenkin silloin, jos äiti toivoo imetyksen jatkuvan ongelmitta huolimatta. Lisäkäynti neuvolassa tukee tarvittaessa imetyksen jatkumista. Perhe voi tarvita tukea vieroitukseen tai siirtymisessä perheen kanssa samaan ruokaan, sillä jotkut vanhemmista voivat kokea tämän ikäkauden hankalana.

Jos imettävä äiti tulee uudelleen raskaaksi ja imetys aiheuttaa kivuliaita supistuksia keskiraskauden jälkeen tai raskauteen liittyy muita riskejä, on imetys syytä lopettaa. Muussa tapauksessa imetyksen jatkamiselle ei ole esteitä raskauden aikana. Imetys raskausaikana ei lisää keskenmenon riskiä. Raskaudenaikaiset hormonimuutokset aiheuttavat kuitenkin maidon määrän vähenemistä ja rintojen aristusta, jotka todennäköisesti vaikuttavat myös imetykseen. (Koskinen 2008.)

Imetykseen liittyviä asioita on luontevaa käsitellä vanhempien muodostamisessa vertaisryhmissä. Esimerkiksi perhevalmennus voi jatkua synnytyksen jälkeen lastenneuvolan ja kolmannen sektorin imetystoimijoiden vetämässä vertaisryhmässä. Neuvolan tehtävänä on tiedottaa asiakasperheille alueella toimivista kolmannen sektorin tarjoamista imetystukimuodoista ja vertaistukitoiminnasta (ks. luku 9).

Lastenneuvolan imetysohjauksessa tukea tulee suunnata erityisesti niille äideille, joilla on suuri todennäköisyys imetyksen varhaiseen lopettamiseen. Tukemalla imetystä vahvistetaan äidin identiteettiä ja pystyvyyden kokemusta. Lisäksi on tärkeää korostaa puolison merkitystä ja mahdollisuuksia imetyksen tukemisessa. Vauvan tyytyväisyys vaikuttaa molempien vanhempien vanhemmuuden kokemukseen.

Suositukset

- Lastenneuvolassa annetaan imetysohjausta kaikille perheille.
- Lastenneuvolan terveydenhoitaja ottaa yhteyttä vastasyntyneen perheeseen 1–3 päivän kuluttua kotiutumisen viimeistään vauvan ollessa viikon ikäinen, sopii kotikäynnistä sekä varmistaa imetyksen sujumisen. Myös perhe voi ottaa yhteyttä neuvolaan vauvan synnyttyä sovitun käytännön mukaisesti. Kotikäynnillä kerrotaan tarvittaessa maidon luovuttamiseen liittyvistä asioista.
- Tehostettua imetysohjausta ja tukea kohdennetaan erityistä tukea tarvitseville kuten ensisynnyttäjille, teinivanhemmille, maahanmuuttajille ja monikulttuurisille perheille, yksinhuoltajaäideille, tupakoitsijoille sekä äideille, joilla on ollut aikaisemmissa imetyksissä ongelmia tai joilla imetys on jäänyt lyhyeksi.
- Tukikeinoja ovat esimerkiksi lisäkäynnit neuvolassa, puhelintuki, imetyspoliklinikan vastaanottokäynnit, vertaistuki ryhmätapaamisissa ja imetysohjaajan kotikäynnit perheen luona sekä tiedottaminen paikallisista imetystukiryhmistä.
- Lastenneuvolan tulee järjestää tarvittava imetystuki imettäville äideille ja riittävän nopeasti apua ongelmatilanteissa.

8.5 Onnistuneen imetystuen edellytyksiä

Tuovi Hakulinen, Kirsi Otronen

Läheisiltä ja vertaisilta saadun tuen lisäksi ammattilaisten antama tuki on todettu merkittäväksi imetyksen onnistumiselle (Britton ym. 2007). Työntekijät vaikuttavat imetyksen onnistumiseen antamallaan ohjauksella ja mielipiteillään. Tutkimusten mukaan heikko imetystuki saattaa olla yhteydessä imetyksen varhaiseen päättymiseen (Hoddinott ym. 2006, Mozingo ym. 2000). Osa edellä mainittuihin tutkimuksiin osallistuneista äideistä kuvaa terveydenhuollon ammattilaisilta saamaansa imetystukea myönteisesti. Osa äideistä kokee, että ei saa tarvitsemaansa tukea. Kokeellisten

tutkimusten mukaan kaikenlainen lisätuki yhdistettynä tavanomaisiin palveluihin pidentää sekä täys- että osittaisimetyksen kestoa (Britton ym. 2007, Renfrew ym. 2012).

Terveydenhuollon antaman imetystuen on todettu vaikuttavan raskaana olevien myönteisiin imetykokemuksiin ja imetykseen (Ekström ym. 2006). Erityisesti terveysalan ammattilaisten ja vertaisryhmien tuen on todettu vaikuttavan imetyksen kestoon (Kaunonen ym. 2012). Neuvolaikäisten lasten vanhemmat ovat arvioineet hyötyvänsä neuvolasta vanhemmuuteensa saamastaan tuesta ja tiedosta.

Selvitettäessä naisten kokemuksia ja odotuksia imetystuesta nousee esille imetyksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä: aito läsnäolo, luottamuksellinen hoitosuhde, asiakaslähtöinen vuorovaikutus sekä hoidon jatkuvuus. Irralliset kohtaamiset ja rutiininomainen hoito puolestaan vaikuttavat siihen, että imetysohjaus ei edistä imetyksen onnistumista (Schmied ym. 2009, 2011).

Aitoon läsnäoloon (Schmied ym. 2009, 2011) sisältyy käytettävissä oleminen, empatian osoittaminen, ajan antaminen, itsetunnon vahvistaminen, avoimuus ja kokemuksen jakaminen sekä yhteyden muodostuminen. Empaattinen lähestymistapa ilmenee ajan antamisena, kuuntelemisena sekä lämpimänä ja myönteisenä lähestymistapana ja vaikuttaa siten, että nainen kokee tarjotun avun hyödyllisenä. Riittävän ajan antaminen on tärkeää imettäville äideille, koska se saa heidän olonsa rennoksi ja miellyttäväksi ja auttaa heitä myös käytännössä. Äitien mielestä vertaistukijoiden etuna on se, että heidän pystyvät käyttämään riittävästi aikaa imetyksen ohjaamiseen. Ajan antaminen helpottaa kysymysten esittämistä. (Schmied ym. 2009, 2011.)

Vahvistaminen, kannustus ja rauhoittelu ovat imettäville äideille hyvin tärkeää, sillä he eivät luota omiin taitoihinsa ja pitävät vanhemmuuden alkuvaihetta muutenkin haastavana. Naiset arvostavat kuuntelua ja tarpeidensa huomioimista. Aito läsnäolo saavutetaan todennäköisimmin, jos naisella on mahdollisuus rakentaa läheinen suhde tukijaan, johon hän pystyy samastumaan ja jonka kanssa hän pystyy jakamaan kokemuksia.

Vuorovaikutuksellinen lähestymistapa ohjaustilanteissa koostuu ajantasaisesta ja riittävän yksityiskohtaisesta tiedosta, imetykseen kannustamisesta, aidosta vuorovaikutuksesta ja käytännöllisen avun tarjoamisesta sekä ennakoinnista (Schmied ym. 2009, 2011). Lähestymistavassa yhdistyvät eri tietolähteiden ja kokemuksen hyödyntäminen sekä itseoppimisen tukeminen. Tuen tärkein ominaispiirre on, että tiedonvälitys ei ole yksisuuntaista vaan vuorovaikutteista. Tämä antaa tilaa nostaa keskusteluun eri aiheita, kysyä ja tarkastella ongelmia tai huolenaiheita aidossa vuoropuhelussa naisen ja ammattihenkilön tai vertaistukijan välillä. Ammatilliselle kasvulle on tärkeää erottaa ammatillinen ja henkilökohtainen tieto toisistaan (Laanterä ym. 2011).

Tyyli ja tapa, jolla tietoa, apua ja tukea tarjotaan, vaikuttavat siihen, miten naiset kokevat saamansa tuen (Kronborg ym. 2007). Naiset arvostavat erityisesti positiivista ja realistista tietoa. He tietävät imetyksen olevan parasta lapselle, mutta monet heistä kaipaavat tarkempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa, jotta he ymmärtäisivät paremmin hyötyjen laajuutta sekä toimivan imetyksen periaatteita. Naiset arvostavat käytännön ohjausta, johon sisältyy imetyksen havainnointi, hyödyllisten toimintatapojen näyttäminen ja arviointi. Tämän toteuttamiseen tarvitaan riittävästi aikaa. Meedyan

ym. (2015) mukaan ohjauksessa on tärkeää ottaa huomioon äidin näkemykset ja tunteet. Tieto psykososiaalisten rakenteiden vaikutuksesta imetykseen voi selittää motivaatiotekijöiden vaikutusta aikomuksen ja toteutuneen käyttäytymisen välillä.

Naiset valittavat usein, että kiireisissä tilanteissa, joissa hoito on pirstoutunutta ja vuorovaikutus vähäistä, ohjaus on ristiriitaista ja se annetaan rutiininomaisina ohjeina. Esimerkiksi imetysohjausta, imemissotetta, imetyksen tiheyttä ja pituutta, käsienlypsyä, lisäruoan antamista tai vauvan painonlaskua koskevat ohjeet voivat olla ristiriitaisia. Monet naiset kertovat saaneensa rutiininomaisia ohjeita, jotka eivät sovi heidän tilanteeseensa. Vähättelevän lähestymistavan vuoksi useat naiset eivät saa tietoa tehokkaalla tavalla, ja he ovat usein hämmentyneitä ja epävarmoja ja stressaantuneita. (Schmied ym. 2009, 2011.)

Suosituksukset

- Palvelut tulee järjestää tavalla, joka korostaa yhteyden muodostumista naisen ja tuen tarjoajan välille lisäämällä hoidon jatkuvuutta sekä hoidon ja ohjauksen yksilöllisyyttä.
- Imetysohjaajien tulee antaa aikaa ja käytännöllistä ohjausta sitä tarvitseville naisille.
- Raskaudenaikaisen ja synnytyksen jälkeisen ohjauksen ja tuen oppijakeskeisyyttä tulee lisätä. Annetun tiedon tulee olla realistista, yksityiskohtaista ja kannustavaa.
- Sairaanhoidajien, kättilöiden ja terveydenhoitajien sekä lääkäreiden koulutuksessa tulee kiinnittää nykyistä enemmän huomiota vuorovaikutus- ja ohjaustaitojen kehittämiseen.
- Vertaistuen kanavia tulee kehittää ja niitä tulee tarjota kaikille naisille sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Vertaistuen vaikuttavuutta tulee arvioida.
- Sairaaloitten lyhentyneet hoitoajat synnytyksen jälkeen ovat haaste yksilölliselle imetysohjaukselle. Sairaaloissa on syytä kiinnittää erityistä huomiota hoidon jatkuvuuteen ja omahoitajuuden toteutumiseen. Lisäksi on turvattava hoitohenkilökunnan riittävyys ja sitä kautta taattava riittävä aika imetysohjaukseen.
- Äitiys- ja lastenneuvolan ja synnytyssairaalan välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua on syytä kehittää.
- Äitiys- ja lastenneuvolan imetysohjausta on tehostettava varmistamalla henkilöstön osaaminen.
- Perusterveydenhuollon ja lastenneuvolan tulee järjestää tarvittavaa imetystukea imettävälle äidille.

8.6. Imetysohjausta tukeva kirjallinen aineisto

Kirsi Otronen

Syödään yhdessä – ravitsemussuositukset lapsiperheille -oppaassa (VRN 2016) korostetaan perheiden ohjaamista heidän toiveidensa ja tarpeidensa mukaan. Imetysohjauksesta on aiemmin ollut vähän suomenkielistä aineistoa. Tilanne on vähitellen korjaantumassa, kun neuvolat ja synnytyssairaalat ovat tehneet aineistoa sekä ammattilaisten työn tueksi että asiakkaille jaettavaksi.

Yhä suurempi osa ohjausaineistosta jaetaan verkossa. Verkossa jaettavan aineiston laatu vaihtelee ja sen arviointiin on aina kiinnitettävä huomiota. Sähköisen materiaalin tulee olla helposti löydettävissä ja tiedon ajantasaista, tutkimukseen perustuvaa, jotta se palvelee ammattilaisia ja perheitä tiedonlähteenä. Osalla asiakkaista ei ole pääsyä internetiin, joten heille annetaan imetykseen liittyvää tietoa paperisena ohjelehtisenä. Kirjallista aineistoa pitää olla eri kielille käännettynä.

Meille tulee vauva -oppaassa (Hakulinen ym. 2015) on tietoa raskauden ajasta, synnytyksestä ja lapsen syntymän jälkeisestä ajasta sekä ensitietoa imetyksestä. Opas on käännetty ruotsiksi <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-714-5> (Hakulinen ym. 2016) ja englanniksi <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194299> (Hakulinen ym. 2017). Lisäksi venäjän ja myös somalinkielinen versio ovat tekeillä ja ne julkaistaneen vuoden 2017 lopulla. Opasta jaetaan neuvolassa ensikäynnillä. Henkilökohtaisen tai ryhmäohjauksen vaikuttavuutta lisää kirjallisen aineiston jakaminen ja läpikäynti perheiden kanssa.

Perhe ohjataan raskausaikana oman kunnan terveyspalvelujen verkkosivuille, joista usein löytyy myös erilaista aineistoa kuten ohjeita, vinkkejä ja videoita imetyksen tueksi. Monesti myös sairaalan verkkosivuilla on aineistoa imetyksestä perheille. Helsingin kaupungin tekemät ohjelehtiset – äideille tarkoitettu ”Imetysmatkalla” ja ”Perhe imetysmatkalla – opas onnistuneeseen imetykseen” – ovat hyvää ohjausaineistoa neuvoloissa käytettäväksi. Ensi- ja turvakotien liitto on myös tehnyt imetysohjeita julisteita synnytyssairaaloiden ja neuvoloiden käyttöön. Imetyksen tuki on yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa tehnyt lisämaito-ohjeet (eroon lisämaidosta) ammattilaisille ja perheille. (Ks. Tukiaineistot, s. 127.)

Toimintayksiköissä tarkistetaan, että sen tiloissa tai vastaanottohuoneissa ei ole vauvan ruokintaan liittyvää markkinointiaineistoa. Myös muiden mainontaa sisältävien tuotteiden käyttöön on syytä kiinnittää huomiota. Neuvola on perheille ”mainosvapaa” paikka, jossa vältetään tuotteiden mainostamista.

Suosituksset

- Maakunnissa linjataan yhdenmukaisen ohjausaineiston jakaminen ja varmistetaan tiedon ajantasaisuus ja suositusten mukaisuus sekä huomioidaan yhdenvertaisuus.
- Aineiston saatavuudessa huomioidaan kieliversiot, selkokielisyys ja paperiversiot.
- Neuvolassa ja sairaalassa jaettavan aineiston tulee olla THL:n hyväksymää.
- Yksiköt kokoavat listan jaettavaksi hyväksytystä aineistosta.
- Äidinmaidonkorvikkeista ei saa esittää ravitsemus- ja terveystietoja.
- Ammattilaisten käyttöön suositellaan ravitsemusterapeutin kokoomaa listaa äidinmaidonkorvikkeista niihin tilanteisiin, joissa äiti tarvitsee ohjausta pulloruokinnasta.
- Ammattilaisten perehdytykseen sisällytetään WHO-koodiin tutustuminen.
- Ammattilaiset eivät käytä työssään yritysten jakamia mainostuotteita, kuten kyniä tai muistilehtiöitä.
- Toimipisteiden ja yksiköiden seinillä tai vastaanottohuoneissa ei ole esillä lastenruokayritysten mainoksia eikä esitteitä.

LÄHTEET

- AAP. 2012. American academy of pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 129, 3, e827–41.
- AAP. 2016. American Academy of Pediatrics. Sids and other sleep-related infant deaths: updated recommendations for a safe infant sleeping environment.
- Axelin A, Lehtonen L, Pelander T & Salanterä S. 2012. Äidit keskoslasten kivunlievittäjinä. *Tutkiva hoitotyö*, 10(1); 32–39.
- Becker G, Smith H & Cooney F. 2016. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane database of systematic reviews*.
- Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A & King SE. 2007. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane database of systematic reviews*.
- Busch DW, Logan K & Wilkinson A. 2014. Clinical practice breastfeeding recommendations for primary care: applying a tri-core breastfeeding conceptual model. *Journal of Pediatric Health Care* 28(6), 486–96.
- Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M & Dykes F. 2014. Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy and child birth*.
- Chantray CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA & Nommsen-Rivers LA. 2014. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *Journal of Pediatrics*; 164(6):1339–45.

- Chaput KH, Nettel-Aquirre A, Musto R, Adair CE & Tough SC. 2016. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: A prospective cohort study. *CMAJ Open* 2016 Mar 21,4(1), e103–9.
- Colson SD, Meek J & Hawdon JM. 2008. Optimal Positions triggering primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development* ; 84,7: 441–9.
- Crenshaw JT. 2014. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together- It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *Journal of Perinatal education* ;23(4):211–7.
- Deufel M & Montonen E. toim. 2010. Onnistunut imetys. Duodecim.
- Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E & Rasmussen KM. 2013. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am.*2013, 60(1):31–48.
- DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM & Fein SB. 2008. Effect of Maternity care practises on breastfeeding. *Pediatrics*, 122 /2.
- Genna CW. 2013. Supporting sucking skills in breastfeeding infants. 2nd edition. Jones & Bartlett learning.
- Hakulinen-Viitanen T & Koskinen K. 2010. Naisten kokemuksia ja odotuksia imetystuesta. *JBIBest Practice* 14(7). http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-7_0.pdf
- Hakulinen T, Pelkonen M, Salo J & Kuronen M. 2015. Meille tulee vauva. Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hakulinen T, Pelkonen M, Salo J & Kuronen M. 2016. Vi väntar barn. Information till blivande föräldrar. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hakulinen T, Pelkonen M, Salo J & Kuronen M. 2017. We're having a baby. A guidebook for expecting and looking after a baby. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hannula L, Kaunonen M, & Tarkka M-T. 2008. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1132–43.
- Hannula L, Kaunonen M, Koskinen K, Tarkka M-T. 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus: Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Hoitotyön Tutkimussäätiö.
- Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A & Bhutta ZA. 2013. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health* 13. <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-S3-S20>
- Hoddinott P, Craig LCA, Britten J & McInnes RM. 2006. A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: Idealism meets realism. *BMJ Open* 2012; 2:e000504 doi:10.1136/bmjopen-2011-000504.
- Ikonen R, Kaunonen M & Paavilainen E. 2016. Keskoslasten äitien kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja tuesta rintamaidon lypsämiseen. *Hoitotiede*, 28 (2):97–108.
- Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C & Taylor H. 2015. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery*, 31(1):132–7.
- Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009. Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma 2009-2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 32/2009.
- Klemetti R & Hakulinen-Viitanen T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 29/2013.
- Korhonen A, Kemppainen T, Roininen J, Keränen R, Nikula P & Miettinen S. 2016. Imetysohjauksen toteutuminen sairaalassa äitien, kättilöiden ja esimiesten näkökulmasta. *Tutkiva Hoitotyö*; 14 (3), 34–47.
- Kronborg H, Vaeth M, Olsen J & Harder I. 2007. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *European Journal of Public Health* 10(3), 283–8.
- Koskinen K. 2008. Imetysohjaus. Edita. Helsinki.
- Koskinen K, Aho A, Hannula L & Kaunonen M. 2014. Maternity hospital practices and breastfeeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery* 30(4), 464–70.
- Laanterä S. 2011. Breastfeeding counseling in maternity health care. *Dissertations in Health Sciences* 52. Itä- Suomen yliopisto. Kuopio.
- Laanterä S, Pietilä A-M, Pölkki T. 2010. Knowledge of breastfeeding among pregnant mothers and fathers. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 24(4), 320–9.
- Laanterä S, Pölkki T, Pietilä A-M. 2011. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breastfeeding counselling. *International Journal of Nursing Practice*17, 72–84.

- Meedya S, Fahy K, Parratt J & Yoxall J. 2015. Supporting women to achieve breastfeeding to six months postpartum – Theoretical foundations of a successful program. *Women and Birth* 28(4), 265–71.
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC & Medley N. 2016. Early skin to skin contact for mothers and their healthy new born infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
- Mozingo JN, Davis MW, Droppleman PG & Merideth A. 2000. “It wasn’t working”: Women’s experiences with short-term breastfeeding. *MCN American Journal of Maternal and Child Nursing* 25(3), 120–6.
- Noughabi Z, Golian Tehrani S, Foroushani A & Baheiraei A. 2014. Prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding at 6 months of life in Tehran: a population-based study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 20, 1.
- Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG & Grummer-Strawn L. 2014. Association of Family and Health Care Provider Opinion on Infant Feeding with Mother’s Breastfeeding Decision. *Journal of Academy of Nutrition and Dietetics* 114(8), 1203–7.
- Parker LA, Sullivan S, Krueger C & Mueller M. 2015. Association of timing of Initiation of Breastmilk Expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants. *Breastfeed Medicine*, 1; 10(2): 84–91.
- Parry J, Ip D, Chau P, Wu K & Tarrant M. 2013. Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns. *Journal of Human Lactation*, 29(4):527–36.
- Perez-Escamilla R, Martinez JL & Segura-Perez S. 2016. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition* 12, 402–17.
- Perrine C, Scanlon K, Ruowei L, Odom E & Grummer-Strawn L. 2012. Baby friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*, 130, 2011–3633.
- Perrine CG & Shealy K. 2011. Vital Signs: Hospital Practices to Support Breastfeeding --- United States, 2007 and 2009. *Morbidity and mortality weekly report*.
- Phillips R. 2013. The Sacred Hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and infant nursing reviews*. 2013;13(2):67–72.
- Pound CM, Unger SL & Canadian Paediatric Society, Nutrition and Gastroenterology Committee, Hospital Paediatrics Section. 2012. The Baby-Friendly Initiative: Protecting, promoting and supporting breastfeeding. *Paediatric Child Health* 17(6), 317–21.
- Quigley C, Taut C, Zigman T, Gallagher L, Campbell H & Zgaga L. 2015. Association between home birth and breastfeeding outcomes: a cross-sectional study in 28 125 mother–infant pairs from Ireland and the UK. *BMJ Open* 2015.
- Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B & Dowswell T. 2012. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012,16. doi: [10.1002/14651858.CD001141.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub4)
- Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C & Dykes F. 2009. A meta-synthesis of women’s perceptions and experiences of breastfeeding support. *JBI Library of systematic reviews* 2009 7(14), 583–614.
- Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C & Dykes F. 2011. Women’s perceptions and experiences of breastfeeding support: A metasynthesis. *Birth* 38(1), 49–60.
- Sherriff N & Hall V. 2011. Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a new role for health visitors? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(3), 467–75.
- Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S & Wade A. 2003. Support of breastfeeding mothers. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 17, 407–17.
- Spatz D, Froh E, Schwartz J, Houg K, Brewster I, Myers C, Prince M & Olkkola M. 2015 Pump early, pump often: a continuous quality improvement project. *Journal of perinatal education*, 24(3): 160–70.
- Stevens J, Schmied V, Burns E & Dahlen H. 2014. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal and child nutrition*; 10(4):456–73.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Oppaita 14. Helsinki.
- Svensson K, Velandia M, Matthiesen A, Welles-Nyström B & Widström A. 2013. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *International Breastfeeding Journal*: 11;8(1):1.

- Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T & Virtanen SM. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 8/2012.
- Vaarno J. 2016. Parental influences and mothers' experiences on infant and young child feeding. *Annales Universitatis Turkuensis, Sarja D* oss, tom. 1233. Turun yliopisto.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN). 2016. Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kide 26.
- VNA 338 / 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
- VNR. 2016. Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kide 26. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-599-8>
- WHO. 2017. National implementation of the baby-friendly hospital initiative 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>
- Wight N & Marinelli K. 2014. ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates. *Breastfeeding Medicine*, 9(4):173–9.

9. KANSALAIJÄRJESTÖT IMETYKSEN TUKEMISESSA

Kirsi Otronen, Lotta Viinikka ja Niina Mäkinen

Lasten hyvinvointi ja sen tukeminen näkyvät laajasti yhteiskunnassamme ja yhteisöllisyys ulottuu myös imetyksen tukemiseen. Kansalaisjärjestöillä on merkittävä rooli imetyksen tukijana, vertaistuen järjestäjänä ja imetyksen tavalliseksi tekijänä. Kansalais- ja vapaaehtoisjärjestöt tekevät tärkeää työtä imetyksen edistämiseksi tarjoamalla palveluita ja neuvontaa internetissä, puhelimitse ja ryhmätilaisuuksissa. Niiden toiminta on vakiintunutta ja arvostettua. Jatkossakin kansalaisjärjestöjen tuen pitää olla lähipalvelua. Alueellisesti ja maakuntatasolla on tärkeää kuvata ja ottaa huomioon imetyksen edistämissuunnitelmassa vertaistuen järjestäminen imettäville perheille.

Folkhälsanin ja Ensi- ja turvakotien liiton [Imetys ilman stressiä -hanke](#) toi näkyvyyttä imetykselle. Projektin aikana imetystä tehtiin yhteiskunnallisesti tunnetuksi erilaisten tapahtumien, koulutuksen ja aineiston avulla. Myös muut lasten ja perheiden hyvinvointia tukevat järjestöt huomioivat omassa toiminnassaan imettävät perheet. Perheille järjestetään perhekahvilatoimintaa, imetystukiryhmiä ja muuta vertaistukea.

Yhteistyö ja vertaistuen järjestäminen terveydenhuollon ja järjestöjen välillä on luontevaa ja sitä pitää vahvistaa edelleen. Yhteistyötä tehdään perhevalmennuksissa, imetystukiryhmien järjestämisessä ja henkilöstön koulutuksessa. Perheen ja vanhemmuuden tukeminen on tulevaisuudessa perhekeskuksissa nostettu keskiöön. Imetystuki on luonteva osa perheille tarjottavia palveluita.

Internetin imetysaiheiset keskustelupalstat ovat vaikuttaneet myönteisesti imetyksen julkisuuskuvaan. Verkossa tapahtuva imetyksen tukeminen on tehnyt imetyksestä osaltaan yhteisöllistä ja näkyvää. Perheillä on nykyisin mahdollisuus saada tietoa imetyksestä monelta taholta.

Imetyksen vertaistukea antavat **Imetyksen tuki ry:n** kouluttamat vapaaehtoiset – imetystukiäidit. Imetystukiäidit ovat kaikki äitejä, mutta taustoiltaan ja imetyskokemuksiltaan hyvin moninainen joukko. Mukaan mahtuu niin yhden lapsen kuin suurperheen äitejä, terveydenhuollon ammattilaisia, erityislasten äitejä, monikoimettajia, sateenkaarivanhempia, omalle vauvalleen kaiken maidon pumpanneita. Niitä, joille imetys on enimmäkseen ollut vaivatonta ja palkitsevaa, sekä niitä, jotka ovat itse kamppailleet ja saaneet apua. Vertaistukitoiminnan vahvuus on laaja kosketuspinta äitien kokemuksiin ja perheiden arkeen.

Imetystukiäidin koulutus sisältää imetystietoon ja kohtaamistaitoihin keskittyvän peruskoulutuksen sekä imetyksen erityistilanteissa tukemiseen valmentavan ja eri tukimuotoihin syventävän jatkokurssin. Koulutuksissa painotetaan omien imetyskokemusten käsittelyä ennen kuin voi tukea toista. Laadukas tukitoiminta lähtee

aina tuettavan tarpeista, eivätkä vertaistukijan omat kokemukset tai mielipiteet saa heijastua kohtaamisiin.

Imetystukea on tarjolla monessa muodossa. Imetystukiäidit pyörittävät noin 50 imetystukiryhmää ja -kahvilaa eri puolilla Suomea. Yhdistyksen anonyymeja tukimuotoja ovat Imetystukipuhelin ja chat. Lisäksi yli 20 000 äitiä, perheenjäsentä ja terveydenhuollon ammattilaista on löytänyt Imetyksen tuen Facebook-ryhmän. Se on sosiaalisen median yhteisö, jossa imetysaiheista voi keskustella tukiäitien lisäksi myös muiden äitien kanssa.

Koska imetyksen vertaistuki perustuu vapaaehtoistyöhön, sopivien maksuttomien tilojen saatavuudella on ratkaiseva merkitys imetystukiryhmien toiminnalle. Kunnat voivat edistää imetyksen vertaistukea tarjoamalla imetystukiryhmälle koontumistiloja esimerkiksi asukaspuistoista tai neuvolan ja perhekeskuksen tiloista. Tärkeitä paikallisia yhteistyökumppaneita ovat myös eri järjestöt ja seurakunnat. Jotkut kunnat ovat avustaneet alueellaan toimivia imetystukiryhmiä rahallisesti summalla, jolla voi kattaa esimerkiksi pieniä tiedotus- ja aineistokuluja.

Vertaistuen kysyntä on kasvanut jatkuvasti. Vuonna 2015 yhdistyksen noin 300 tukiäitiä vastasivat 21 300 tukipyyntöön. Tavallisimpia yhteydenoton aiheita ovat huoli maidon riittävydestä sekä erilaiset imetyskiputilanteet. Isossa osassa tukipyynnöistä kaivataan apua vauvan käytöksen, viestien tai vaihtuvien rytmien tulkitsemiseen. Imetystukityö onkin usein vauvan sanoittamista ja vanhemmuuden tukemista. Tukiäideiltä haetaan myös rohkaisua omien imetystoiveiden toteuttamiseksi, etenkin jos äidin lähipiirin tai ympäristön näkemykset ovat omien tavoitteiden kanssa ristiriidassa. Imetystuen työskä vaihtelee nopeasti vastattavista imetystietokysymyksistä useamman viikon kestäviin tukikontakteihin, joiden aikana ratkotaan laajempia ongelmakokonaisuuksia. Imetyksen vertaistuki tähtää imetysluottamuksen vahvistamiseen ja siihen, että äidillä on mahdollisuus tehdä tietoisia valintoja oman näköistä imetyskokemusta tavoitellessaan.

Imetystuki on vaikuttavaa vauvaperhetyötä. Tuen saajista enemmän kuin yhdeksän kymmenestä kertoo saaneensa apua tarvitsemiinsa asioihin, ja imetystukiäidit koetaan asiantunteviksi ja ystävällisiksi. Tuen saajat kuvaavat, että imetystuen vaikutus heijastuu positiivisesti koko perheen elämään.

Imetyksen vertaistuki ja ammattilaisten antama imetysohjaus täydentävät toisiansa. Yhteistyön voima tulee esille myös tutkimuksissa, ja imetyksen vertaistuen merkitys on nostettu esiin sekä kansainvälisissä että suomalaisissa imetyksen edistämisen toimintaohjelmissa. Imetystukiäidit pystyvät auttamaan perheitä laaja-alaisesti erilaisissa imetyksen pulmatilanteissa. On kuitenkin myös tilanteita, joissa ohjauksivastuu kuuluu imetysohjauksen ammattilaiselle. Vertaistukitoiminnalle laadituissa toimintaohjeissa määritellään, millaisissa tilanteissa äiti ohjataan aina ottamaan yhteyttä terveydenhuoltoon. Näitä ovat esimerkiksi vauvan kasvun seuranta ja arviointi, korvikeohjaus sekä lääkeneuvonta. Silloin kun ohjauksen päävastuu on ammattilaisella, imetystukiäiti voi tukea perhettä rinnalla kulkijana.

Perheiden on tärkeää saada synnytyssairaalasta ja neuvolasta tietoa alueen imetystukitoiminnasta. Imetyksen vertaistuki on todellista matalan kynnyksen toimin-

taa, joka auttaa ja kuuntelee ilman ajanvarausta ja jonottamista. Etenkin imetyksen ensiviikkoina ilmeneviin vaikeuksiin on tärkeä puuttua heti. Esimerkiksi imuoteongelmissa, imetyksen tehdessä kipeää tai maidonerityksen ollessa riittämätöntä vain muutamankin päivän viivytys avun saamisessa voi vaarantaa imetyksen jatkumisen. Sopivan tuen löytyminen akuutissa pulmatilanteessa ei kuitenkaan ole aina helppoa, mikäli perheiltä puuttuu tietoa imetystuen eri vaihtoehtoista.

Imetyksen tuki ry on vuodesta 1998 toiminut yhdistys, joka järjestää koulutettua imetyksen vertaistukea ympäri Suomen. Imetyksen vertaistukea on tarjolla imetystukiryhmissä, imetystukipuhelimessa ja verkkotukena. Tärkeä osa vertaistukea ovat erilaiset tukimateriaalit imetys.fi -verkkosivustolla. Imetyksen tuki ry julkaisee myös Imetysuutisia-lehteä ja edistää imetyksmyönteisiä asenteita yhteiskunnassa.

Yhteistyötä terveydenhuollon ja järjestöjen kanssa tehdään paljon muun muassa kampanjoiden ja tapahtumien muodossa. Imetyksen tuki ry osallistuu imetyksen vertaistuen asiantuntijana myös erilaisiin verkostoihin. Kansainväliset ja kansalliset toimintaohjelmat ja suositukset luovat toiminnalle kehykset. Lisäksi vertaistukitoimintaa säätelevät toiminnalle luodut eettiset ohjeet ja käytännön pelisäännöt. Imetyksen tuki ry on Puhelin- ja verkkoauttamisen eettisen neuvottelukunnan (PuhEet) jäsen.

Imetyksen tuki ry:n toimintaa rahoittaa sosiaali- ja terveysministeriö Veikkauksen tuotoilla.

Lue lisää yhdistyksestä ja innostu imetystiedosta: imetys.fi

10. IMETYSKOULUTUS TERVEYDENHUOLLON PERUSKOULUTUKSESSA

10.1 Imetysohjaajakoulutus kättilö- ja terveydenhoitajakoulutuksessa

Arja Lång

Kansallinen imetyksen edistämisen seurantaryhmä 2016–2020 teki keväällä 2016 kyselyn imetysohjaajakoulutuksen toteuttamisesta kättilö- ja terveydenhoitajakoulutuksessa (Lång 2017). Osittain samoja asioita on kysytty ensimmäisen kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman valmistelussa (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009). Taulukoissa 5 ja 6 on kuvattu vuosien 2009 ja 2016 kyselyjen tuloksia rinnakkain.

Taulukko 5. Imetysohjaajakoulutus kättilökoulutuksessa vuosina 2009 ja 2016.

Ammattikorkeakoulu	2009				2016			
	Sisältyykö imetysohjaajakoulutus?	Mihin opintoihin koulutus kuuluu?	op	Koulutusta järjestetty vuodesta	Sisältyykö imetysohjaaja-koulutus?	Mihin opintoihin koulutus kuuluu?	op	
Jyväskylän	Kyllä	P ja Ve	3	1996	Kyllä	P	1,5	
Tampereen	Kyllä	P	1,5	1996	Kyllä	P	1,5	
Oulun	Kyllä	P	1,5	1996	Kyllä	Vv	1,5	
Turun	Ei	–	–	–	Kyllä	P	1,5	
Savonia	Kyllä	P	1,5	2000	Kyllä	P	1,5	
Metropolia	Kyllä	P	3	1998	Kyllä	P	1,5	
Arcada-Nylands Svenska yh	Kyllä	P	3	1996	–	–	–	
YH Novia Vård	Kyllä	P	1,5	2000	–	–	–	

– = ei vastausta, P = pakollinen, Vv = vapaasti valittava, Ve = vaihtoehtoinen, op = opintopiste

Taulukko 6. Imetysohjaajakoulutus terveydenhoitajakoulutuksessa vuosina 2009 ja 2016.

	2009				2016			
	Sisältyykö imetys-ohjaajakoulutus?	Mihin opintoihin koulutus kuuluu?	op	Koulutusta järjestetty vuodesta	Sisältyykö imetys-ohjaajakoulutus?	Mihin opintoihin koulutus kuuluu?	op	
Diakonia	Ei	–	–	–	Kyllä	P	1	
Metropolia	Kyllä	P	1,5	2004	Kyllä	P	1,5	
Lapin, Kemi	Ei	–	–	–	Kyllä	P	0,75	
Hämeen	Kyllä	P	1,5	2000	Kyllä	P	1,5	
Savonia	Kyllä	P	1,5	2003	Kyllä	P	1,5	
Lapin, Rovaniemi	Ei				Kyllä	P	0,75	
Karelia	Kyllä	P	1,5	2001	Kyllä	P	1,5	
Saimaan	Kyllä	P	1,5	2002	Kyllä	P	1,5	
Turun, Salo	Kyllä	P	0,75	2006	Kyllä	P	1	
Seinäjoen	Kyllä	Vv	3	1993	Ei	Vv	2	
Laurea / Tikkurila ja Otaniemi	Kyllä	P ja Ve	2	2003	Kyllä	P	1	
YH Novia Vård / Turku	Kyllä	P	1,5	2000	Kyllä	P	0,75	
Vaasan	Kyllä	P	1	2002	Kyllä	P	1	
Turun, Turku	Ei	–	–	–	Kyllä	P	1,5	
Tampereen	Kyllä	P ja Vv	1,5	1997	Kyllä	P	1,5	
Kymenlaakson	Ei	–	–	–	Kyllä	P	1,5	
Mikkelin	Kyllä	Ve	1,5	1995	Kyllä	P	2	
Arcada-Nylands Svenska yh	Kyllä	P	2	1996	–	–	–	
Jyväskylän	Kyllä	Ve ja Vv	3	1996	–	–	–	
Kajaanin	Kyllä	Vv	3	-	–	–	–	
Keski-Pohjanmaan	Kyllä	P ja Vv	1	2002	–	–	–	

– = ei vastausta, P = pakollinen, Vv = vapaasti valittava, Ve = vaihtoehtoinen, op = opintopiste

WHO:n/Unicefin imetysohjaajakoulutus on tarkoitettu terveydenhuollon asiantuntijoille ja opiskelijoille, jotka työssään hoitavat ja ohjaavat lasta odottavia ja lapsen saaneita perheitä. Koulutuksen pituus on vähintään 20 tuntia ja se sisältää teoriaopintoja ja käytännön harjoittelua. (WHO 2009, UNICEF 2009.)

Ammattikorkeakoulujen antaman imetysohjaajakoulutuksen tavoitteissa painottuvat imetyksen merkitys ja edut, varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen, imettäminen raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen, maidon erityis ja erityksen ylläpitäminen. Koulutuksen sisältöalueena kuvattiin eniten teemoja, jotka liittyvät

imetysohjaukseen raskauden aikana kuten imetykseen valmistautuminen ja tehostettua tukea tarvitsevien perheiden tunnistaminen.

Opetusmenetelmistä yleisimmin käytettyjä ovat teoriaopetus, itsenäinen opiskelu, ja käytännön harjoittelu. Lisäksi opetusmenetelminä ovat tehtävä, kirjallinen koe, verkko-, laboraatio- ja simulaatio-opetus sekä näyttökoe tai arvioitava imetysohjaustilanne. Opiskelijan imetysohjaustilanteen arvioijana on useimmiten terveydenhoitaja, kättilö tai sairaanhoitaja, jolla on imetysohjaajan tai imetyškouluttajan pätevyys tai opettaja, jolla on imetyškouluttajan pätevyys. Useimmat ammattikorkeakoulut antavat todistuksen imetysohjaajakoulutuksesta tai opintorekisteriin tulee merkintä, että koulutus vastaa WHO:n/Unicefin 20 tunnin imetysohjaajakoulutusta.

Tulevaisuudessa monen ammattikorkeakoulun tavoitteena on kehittää opetussuunnitelmia ja -menetelmiä sekä täydennyskoulutusta. Näyttöön perustuva tiedon tulisi sisältyä vielä vahvemmin opetussuunnitelmiin, ja imetysohjauksen tavoitteet tulisi olla selkeämmin esillä harjoittelujaksoilla äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä lasten ja vastasyntyneiden teho-osastolla. Kehittämistarpeena mainittiin myös näyttökokeen tai arvioitavan imetysohjaustilanteen toteutuminen joko harjoittelujaksolla tai oppilaitoksessa. Näyttökokeen vastaanottajan tulisi olla imetyškouluttaja tai IBCLC-asiantuntija (International Board Certified Lactation Consultant). Monissa ammattikorkeakouluissa näyttökokeen vastaanottaja on imetysohjaaja. Tavoitteena on kehittää opetusmenetelmiä, jotka edistävät ohjausosaamista sekä mahdollistavat verkko- ja virtuaaliopintoja. Imetysohjaajakoulutusta halutaan tarjota myös sairaanhoitajaopiskelijoille esimerkiksi täydentävinä tai vaihtoehtoisina opintoina. Täydennyskoulutukseen toivottiin lisää imetyškouluttajan pätevyyden omaavia opettajia ja terveydenhoitajia omalle alueelle.

Osa ammattikorkeakouluista tekee yhteistyötä yliopistosairaalan tai keskussairaalan, Kättilöyhdistyksen, Ensi- ja turvakotien liiton, Folkhälsanin ja Imetyksen tuki ry:n kanssa. Sairaalan imetyškouluttajat osallistuvat imetysohjaajakoulutukseen luennoitsijana, ohjaavat opiskelijoita harjoittelujaksoilla sekä ottavat vastaan imetysohjausnäyttöjä. Järjestöjen kanssa on toteutettu koulutuspäiviä ammattilaisille, opiskelijoille ja kansalaisjärjestöjen työntekijöille. Imetysohjaajakoulutusta toivottiin kehitettävän yhteistyössä työelämän, IBCLC asiantuntijoiden ja Imetyksen Tuki ry:n kanssa.

Imetysohjaajakoulutus on lisääntynyt sekä kättilö- että terveydenhoitajakoulutuksessa vuoden 2009 tilanteeseen verrattuna (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009). Kaikissa kyselyyn vastanneissa ammattikorkeakouluissa imetysohjaajakoulutus kuuluu tulevana vuosina pakollisiin opintoihin kättilö- ja terveydenhoitajakoulutuksessa. Imetysohjaajakoulutuksen pätevyyden omaava terveydenhuollon ammattilainen voi täydentää osaamistaan imetyksestä ja imetysohjauksesta monella eri tavalla työpaikoilla tapahtuvasta muutaman tunnin kestoisesta koulutuksesta kansainväliseen imetyksen asiantuntija IBCLC-koulutukseen.

Imetysohjaaja voi suorittaa imetyškouluttajan pätevyyden ja tämän jälkeen hän voi toimia imetysohjaajien kouluttajana ja imetyškoordinaattorina. Imetyškouluttaja voi toimia myös asiantuntijana ja kehittäjänä imetysohjaukseen ja imetystukeen

liittyvissä asioissa. Monessa sairaanhoitopiirissä työskentelee jo imetyškoordinaattoreita, joiden työnä on imetysohjauksen kehittäminen ja koordinoiminen omalla alueella.

Imetyskouluttajien koulutus aloitettiin Suomessa vuonna 1995 Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Sen jälkeen koulutusta on jatkanut Stadia-ammattikorkeakoulu vuosina 2000–2008 ja tämän jälkeen Metropolia Ammattikorkeakoulu. (Deufel & Montonen 2010; Kansallinen imetyksen edistämisen seurantaryhmä 2009.) Vuosien 2010–2016 aikana Metropolia Ammattikorkeakoulun vuosittain järjestämästä koulutuksesta on valmistunut yhteensä 131 imetyskouluttajaa (Hannula & Tuomola 2017).

Terveydenhuollon asiantuntija voi kouluttautua imetyksen asiantuntijaksi tai erityisosaajaksi suorittamalla kansainvälisen imetyksen asiantuntija IBCLC-tutkinnon. Tutkinnon suorittaminen edellyttää riittävää työkokemusta imetysohjauksesta, teoriaopintoja sekä loppukokeen suorittamista. Keväällä 2017 Suomessa oli 14 IBCLC-tutkinnon suorittanutta imetyksen asiantuntijaa. (IBLCE 2017.)

10.2. Imetysopetus muussa terveydenhuollon koulutuksessa

Arja Lyytikäinen, Arja Lång ja Kaija Mikkola

Keväällä 2016 tehtiin kysely myös suuhygienistin, ravitsemusterapian/ravitsemustieteen, lääketieteen lisensiaatin ja hammaslääketieteen lisensiaatin koulutuksesta vastaaville yliopistoille ja ammattikorkeakouluille. Kysely sisälsi neljä kohtaa, joissa koulutusalan lisäksi kysyttiin, millaista opetusta annetaan imetyksestä ja imeväisikäisen ravitsemuksesta sekä käytettävistä opetusmenetelmistä. Lisäksi kysyttiin, onko koulutusosalalla tehty tutkimusta vuoden 2010 jälkeen liittyen imetykseen, imetysohjaukseen ja imeväisen ravitsemukseen.

Kaikille neljälle suuhygienistikoulutusta toteuttaville ammattikorkeakouluille (Metropolia Ammattikorkeakoulu, Oulun, Turun ja Savonia-ammattikorkeakoulu) lähetettiin kysely ja kyselyyn vastasi kaksi ammattikorkeakoulua. Molempien ammattikorkeakoulujen vastaukset on yhdistetty ja muodostettu kuvaus, jossa ei eritellä kyselyyn vastanneita ammattikorkeakouluja.

Suuhygienistikoulutuksessa imetysaihetta käsitellään perehtymällä valtakunnallisiin ohjeisiin ja imetysaiheista tehtyihin opinnäytetöihin sekä keskustellaan, miten suuhygienisti voi omassa työssään edistää imetystä. Teoriaopintojaksoilla käsitellään imetystä lapsen hampaiston ja purennan kehityksessä, ortodontiassa, imemistottumuksissa, ravitsemuksessa sekä kariologian opintosisällöissä.

Imeväisikäisen ravitsemus sisältyy eri-ikäisten ravitsemusta käsittelevään, lasta odottavien vanhempien ja pienten lasten suun terveyden edistämisen ja lasten suun terveyden opintojaksoihin. Opintojaksojen keskeinen sisältö on imetyksen ja rintamaidon merkitys lapselle, perheen suun terveyden edistäminen, vanhempien

osallisuus ja vastuu lapsen ravitsemustottumusten kehittämisessä. Imetys ja ravitseminen ovat sisältöinä myös perheen suun terveyden edistämisen harjoittelujaksoilla. Opetusmenetelminä ovat luento-opetus, kirjallisuus, kirjalliset tehtävät, simulatiot ja harjoittelu.

Imetys, imeväisikäisten ja lasten ravitseminen sisältyvät Ravitsemusterapian (Itä-Suomen yliopisto, kliininen ravitsemustiede) ja elintarviketieteen (Helsingin yliopisto, ravitsemustiede) koulutusohjelmiin. Ravitsemusterapian opinnoissa imettävän äidin ravitseminen, imeväisen ravitseminen ja imetys sekä ravitsemuksen erityiskysymykset kuten ruoka-allergiat ja imetys kuuluvat osaksi 5 opintopisteen kokonaisuutta. Lisäksi ravitsemusterapian harjoitteluun kuuluu imettävien äitien ja imeväisikäisten lapsen ravitsemusohjaus. Elintarviketieteissä lasten ravitsemusta käsitellään elämänkaariravitsemuksen (4 h opetusta), anatomian ja fysiologian (yksilön kehitys, 2 h), ruoankäytön tutkimusmenetelmien (tutkimusmenetelmät erityistilanteissa, 2 h) sekä ravinto ja terveys (varhaisravitseminen ja sairaudet, 2 h) kursseilla. Myös elintarviketieteissä ravitsemustieteen harjoitteluun voi kuulua imeväisten ravitsemukseen liittyviä sisältöjä. Molemmissa koulutusohjelmissä opetusmenetelminä käytetään luento-opetusta, kirjallisuuteen perehtymistä ja tenttejä. Imeväisten ravitsemuksesta, imetys/imetysohjauksesta on molemmissa yliopistoissa tehty muutamia tutkimuksia vuoden 2010 jälkeen.

Lääketieteen ja hammaslääketieteen lisensiaattien koulutuskyselyyn saatiin vain kolme vastausta eri yliopistojen synnytysten ja naistentautien, lastentautien ja hammaslääketieteen perusopetuksesta. Vastausten perusteella synnytysten ja naistentautien kursseilla lapsivuodeajan imetykseen on varattu yksi pienryhmäopetus. Imetyskoulutusta voi antaa myös kätilö tai imetysohjaaja. Naistentautien kurssilla keskitytään imetykseen ja sen ongelmiin äidin kannalta. Lastentautien kurssilla puolestaan käsitellään imetyksen hyötyjä ja ravitsemusta lapsen kannalta noin yhden luennon verran. Ryhmä- ja luento-opetuksen ohella käytetään kirjallista materiaalia. Yhdessä vastauksessa mainittiin, että yliopistossa tehdään imetykseen liittyvää tutkimusta.

Lääkärien koulutus on perinteisesti ollut passiivista ja luentomuotoista perustiedon opettamista, mutta koulutus tarjoaa vähän valmiuksia vastata imetykseen liittyviin ongelmiin (Freed ym. 1995). Kuitenkin esimerkiksi elintapaohjauksessa lääkärin antama tutkimukseen perustuva tieto ja arjen neuvot ovat vaikuttavimpia koko terveydenhuoltohenkilöstön portaikosta (Absetz & Hankonen 2011). Jo kaksikymmentä vuotta sitten on julkaistu, että lastenlääkärit kokevat riittämättömyyttä äitien esittäessä imetykseen liittyviä kysymyksiä. Jo tuolloin ehdotettiin teoreettisen koulutuksen lisäksi myös interaktiivisia menetelmiä kuten roolileikkejä, demonstraatioita ja videoita (Freed ym. 1995). Näiden ehdotusten mukaisessa interventiotutkimuksessa lastentauteihin erikoistuville lääkäreille järjestettiin imetyskoulutus, johon kuului luento- ja ryhmäopetusta imetystilastoista ja -suosituksesta sekä imetyksen hyödyistä, ongelmista ja fysiologiasta. Lisäksi koulutettavat käsitelivät demonstraatioiden, videoiden ja roolileikkien avulla rintaruokinnan aloitusta, imetyssasentoja, rintamaidon riittämättömyyttä, maidon pumppausta, imetysongelmia ja äidin ravit-

semusta. Paneelikeskustelussa käsiteltiin imetyksen tukemista ja yksilöllisiä tarpeita. Koulutuksen jälkeen erikoistuvat saivat merkittävästi paremmat tulokset rintamaitoruoinnan hyötyjen teoriaosaamisesta kuin ennen interventiota. He osasivat myös neuvoa äitejä, joilla oli huoli maidon riittämättömyydestä, rintatulehduksesta ja lääkityksestään imetyksen aikana. Koulutuksen jälkeen erikoistuvat uskoivat, että heidän imetyskeskusteluun käyttämänsä aika edisti imetystä ja rintamaitoravitsemusta. Koulutuksen jälkeen heidän luottamuksensa omaan imetykseen liittyvään ammattitaitoonsa oli parantunut (Hillenbrand & Larsen 2002).

Nyt tehdyn valtakunnallisen kyselyn perusteella lääkäreiden peruskoulutuksen imetystietoutta on mahdollista terävöittää vastaamaan käytännön tarpeita. Kätilöiden ja terveydenhoitajien imetysohjaajakoulutus on yleistynyt, ja sairaaloissa sekä perusterveydenhuollossa on aiempaa enemmän imetyskoordinaattoreita. Hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen myötä osaamista jalkautuu myös lääkäreille. Lisäksi vauvamyönteisyysohjelman myötä sairaaloiden henkilökunnan koulutuksen yhteydessä lääkärit saavat hyvää täydennyskoulutusta. Imetys on ollut aiheena myös valtakunnallisissa lääkäreiden täydennyskoulutuksissa.

Suosituksset

- Perustiedot imetyksestä ja vauvamyönteisyysohjelmasta kuuluvat kaikkien terveystieteen opiskelijoiden opetussuunnitelmaan.
- Kätilön ja terveydenhoitajan pakollisiin opintoihin kuuluu WHO:n/Unicefin vähintään 20 tunnin imetysohjaajakoulutus.
- Imetysohjaajakoulutuksen sisältöalueet vastaavat WHO/Unicefin aihealueita.
- Imetysohjaajakoulutusta tai vastaavat perustiedot imetyksestä sisältävää koulutusta tarjotaan ammattikorkeakouluissa vapaasti valittavina opintoina terveystieteen opiskelijoille.
- Imetykseen ja imetysohjaamiseen liittyviä tavoitteita on kätilö-, terveydenhoitaja- ja sairaanhoitajakoulutuksessa myös muissa opintojaksoissa kuin imetysohjaajakoulutuksen opintojaksossa.
- Kätilö- ja terveydenhoitajakoulutuksen aikana opiskelijalla on mahdollisuus harjoitella imetysohjausta vähintään imetysohjaajan pätevyyden omaavan terveydenhuollon ammattilaisen ohjauksessa.
- Imetysohjaustilanteen tai näyttökokeen arvioijana toimii imetyškouluttaja tai IBCLC-asiantuntija.
- Imetysohjaajakoulutuksesta vastaavalla opettajalla on vähintään imetyškouluttajan pätevyys.
- Imetysohjaajakoulutuksesta annetaan erillinen todistus, ellei opinto-rekisteriin tule merkintää, että koulutus vastaa WHO:n/Unicefin 20 tunnin imetysohjaajakoulutusta.
- Ammattikorkeakoulut järjestävät imetyksestä täydennyskoulutusta yksin tai yhteistyössä terveydenhuollon organisaatioiden kanssa.
- Imetysohjaamisen, lasta odottavien ja imettävien äitien sekä lasten ravitsemussuosituksia koskevien tietouden ja ravitsemusohjaustaitojen ylläpitäminen ja edistäminen koko imetyksen hoitoketjussa toimivan henkilöstön osalta on varmistettava paikallisesti ja alueellisesti (kunta- ja maakuntatasolla).

LÄHTEET

- Absetz P & Hankonen N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim*, 127:2265–2272.
- Deufel M & Montonen E. 2010. Imetysohjauksen kehittämistä edistäviä menetelmiä. Teoksessa Deufel M & Montonen E. (toim.) *Onnistunut imetys*. Duodecim. Helsinki.
- Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R & Curtis P. 1995. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273: 472-476.
- Hannula L & Tuomola T. 2017. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sähköpostiviesti 13.2.2017
- Hillenbrand KM & Larsen PG. 2002. Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians. *Pediatrics*;110:e59.
- IBLCE. 2017. International Board of Lactation Consultant Examiners www.ibclce.org. Luettu 15.10.2017.
- Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä.2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009 – 2012. THL julkaisuja 32/2009. Yliopistopaino, Helsinki.
- Lång A. 2017. Imetysohjaajakoulutus kätilö- ja terveydenhoitajaopinnoissa. THL: Työpäperi 39/2017.
- UNICEF. 2009. Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care 2009. https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf Luettu 15.10.2017
- WHO. 2009. Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-friendly Hospital, a 20-hour course for maternity staff http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s3/en/ Luettu 23.4.2017

11. TUTKIMUSHAASTEET

Tuovi Hakulinen, Suvi Virtanen, Marjaana Pelkonen

Suomi on sitoutunut kansainvälisiin terveyden edistämisen ohjelmiin ja strategioihin, joissa imetyksen edistäminen ja tukeminen on ollut imetyksen kansanterveydellisten hyötyjen vuoksi esillä (WHO 2003). Tämän vuoksi imetyksen toteutumisesta on seurattava säännöllisin väliajoin. Suomen imetystilanteen seurantatutkimukset on vakiinnutettava määrävuosittain tehtäväksi. Imetyksen seuranta voidaan hyvin toteuttaa jonkun muun neuvolatutkimuksen yhteydessä. Imeväisikäisten ravitsemuksesta tarvitaan imetyksen yleisyyttä laajempaa tutkimusta, joka on erittäin tärkeää vakiinnuttaa Lasten väestötutkimusten tiekarttaan ja aikatauluttaa määrävuosittain toteutettavaksi (esim. FinLapset vuonna 2020).

Syntymärekisteri mahdollistaa tulevaisuudessa esimerkiksi imetyksen ja raskauden ajan ongelmien ja synnytyksen sekä syntyneen lapsen ja äidin terveydentilan ja myös äitiyshuollon palvelujen käytön välisten yhteyksien tarkastelun. Kantata-arkistoon kertyvät rakenteiset tiedot mahdollistavat tulevaisuudessa imetyksen yleisyyden ja siihen yhteydessä olevien lapsen terveystietojen ja perhetietojen tarkastelun eikä erillistä imetysselvitystä enää tarvita. Avohilmo mahdollistaneet tulevaisuudessa täysimetyksen, osittaimetyksen ja imetyksen kokonaiskeston tarkastelun.

Erillistutkimuksille on tarvetta myös tulevaisuudessa, koska tarvitaan laajempaa tietoa imeväisikäisten ravitsemuksesta, muun muassa siitä, millaisia lisäruokia lapset saavat ja mikä on erilaisten lisäruokien merkitys lapsen energian ja ravintoaineiden saannissa eri ikävaiheissa. Väestöryhmittäisten erojen selvittäminen ja seuranta imetyksessä ja muussa ruokinnassa sekä ravintoaineiden saannissa on keskeisen tärkeää, jotta terveyden edistämisen interventioita pystytään suunnittelemaan ja kohdistamaan järkevästi. Myös imetyksen edistämisen käytännöistä (edistävät ja ehkäisevät tekijät) ja imetysohjauksen vaikuttavuudesta tarvitaan lisää tutkimustietoa sekä asiakasperheiden että henkilöstön näkökulmasta. Tutkimustietoa tarvitaan lasten ravitsemuksesta monikulttuurisissa perheissä, jolloin pystytään räätälöimään ravitsemusneuvontaa asiakasperheen tuentarpeisiin ja vähentämään eriarvoisuutta Agenda 2030 –kestävän kehityksen toimintaohjelman mukaisesti (YK 2016).

Määrällisen tiedon lisäksi tarvetta on laadulliselle tiedolle esimerkiksi siitä, millaiseksi asiakasperheet kokevat saamansa imetysohjauksen ja muut erilaiset interventiot. THL:n tekemät synnytyssairaaloiden ja neuvoloiden asiakastytyvyisyyskyselyt tuottavat tulevaisuudessa määrävuosittain tietoa asiakkaiden kokemuksista saamastaan imetysohjauksesta. Tietoa tarvitaan myös siitä, millaiseksi terveysalan henkilöstö kokee valmiutensa imetyksen edistämisessä.

On tärkeää selvittää erilaisten väestötason interventioiden vaikutuksia imetyks-lukuihin ja erilaisten interventioiden vaikutuksia imetykseen yksilölliset tekijät huo-

mioiden. Myös informaatio- ja terveysteknologian mahdollisuuksia imetyksen edistämässä tulee tutkia.

Imetyksestä ja sen edistämisen teemoista tarvitaan myös systemaattisia katsauksia, joiden avulla voidaan levittää arvioitua ja tiivistettyä tutkimustietoa nopeasti käytäntöön tukemaan tutkimusnäyttöön perustuvaa työtä imetyksen edistämisessä.

LIITTEET

Liite 1. Tavoitteen ”Suomi imetyksen kärkimaaksi” saavuttamiseksi ehdotetut tavoitteet, toimenpidekokonaisuudet ja seuranta, arviointi sekä vastuutahot.

Asia	Tavoite ja Aikataulu	Toimenpidekokonaisuudet	Seuranta, arviointi, vastuutaho
Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma	Imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022 otetaan laajasti käyttöön kansallisesti, kunnissa ja tulevilla maakunnissa Toimintaohjelman käyttöönottoa tuetaan levittämällä ja juurruttamalla se kuntiin ja tuleviin maakuntiin ja niiden sote-rakenteisiin	Järjestetään työpaja 8.2.2018 toimintaohjelman suositusten toimeenpanosta Järjestetään kansallinen imetyksen konsensuskokous vuoden 2018 lopulla Kunnat ja tulevat maakunnat laativat suunnitelman imetyksen edistämiseksi ja tukemiseksi yhteistyössä järjestöjen kanssa	THL:n rekisterit Avohilmo Sähköinen potilaskertomus Kuntien ja tulevien maakuntien omat tilastot Erillistutkimukset Vastuutahot: THL, kunnat ja tulevat maakunnat ja järjestöt
Imetyksen edistämisen koordinaatio kansallisella sekä maakunta- ja kuntatasolla	Kansallisesti sekä kunnissa ja tulevilla maakunnissa on sovitut rakenteet imetyksen edistämiseksi vuoteen 2022 mennessä Kansallisen imetyksen edistämisen seurantar ryhmän toiminnan vakiinnuttaminen	THL nimeää kansallisen imetyksen edistämisen koordinaattorin Kunnat ja tulevat maakunnat nimeävät imetyksen edistämisen koordinaattorit	THL (tai jokin muu kansallinen tahon) Kunnat ja tulevat maakunnat
Imetyksen edistämiseen sitoutuneet terveydenhuollon toimintayksiköt: Vauvamyönteiset synnyttäsairaalat	Synnyttäsairaloista vähintään 75 % on käynnistänyt toimintansa kehittämisen ja arvioinnin vauvamyönteisysohjelman mukaisesti ja hakenut sertifiointia vuoteen 2022 mennessä	Auditoidaan sertifiointia hakeneet synnyttäsairaalat vuoden 2022 mennessä Järjestetään vauvamyönteisysohjelman edellyttämää koulutusta synnyttäsairaloissa	THL:n Kansallinen imetyksen edistämisen seurantar ryhmä koordinoi, seuraa ja arvioi Terveydenhuollon organisaatiot ja ammattikorkeakoulut
Vauva- ja perhemyönteiset äitiys- ja lastenneurolat	Äitiys- ja lastenneuroloista vähintään 50 % on käynnistänyt toimintansa kehittämisen ja arvioinnin Vauva- ja perhemyönteisysohjelman mukaisesti vuoteen 2022 mennessä ja valmistautuu hakemaan sertifiointia Valtakunnallisesti yhdenmukaiset imetyksen ja ravitsemusohjeet	Varmistetaan selkeät hoitopolut-keijut imetyksen edistämiseksi ja imetystuen saamiseksi Järjestetään Vauva- ja perhemyönteisysohjelman mukaista koulutusta neuvolahenkilöstölle Kehitetään äitiys- ja lastenneuroloille itsearviointityökalu vauva- ja perhemyönteisysohjelman arviointiin Käynnistetään äitiys- ja lastenneuroloiden vauva- ja perhemyönteisysohjelman auditoinnit vuonna 2022	

<p>Äidinmaidonkorvik- keiden markkinointia ohjaavat sopimukset ja säädökset (WHO:n markkinointikoodi ja äidinmaidonkorvikkeita ja vieroitusvalmisteita sekä lasten ruokia kos- kevat säädökset)</p>	<p>Noudatetaan WHO:n markkinointikoodia ja imeväisikäisten ja pikkulasten ruokia koskevia säädöksiä</p>	<p>Levitetään terveydenhuoltohenkilöstölle, lähijohtolle ja järjestöille sekä elintarviketeollisuudelle, kaupalle ja elintarvikevalvonnan viranomaisille tietoa markkinoin- ti-koodin velvoittavuudesta ja tavoitteista ja sen piiriin kuuluvista valmisteista sekä valvonnasta koulutuksen ja tiedottamisen keinoin</p> <p>Käytetään imeväisten ja pikkulasten ravitsemusohjauk- sessa vain THL:n arvioimaa ja hyväksymää aineistoa</p> <p>Seurataan markkinointikoodin toteutumista ja valvo- taan säädösten toteutumista osana riskiperusteista ja suunnitelmallista valvontaa</p>	<p>THL ja terveydenhuollon johtajat (aineisto)</p> <p>EVIRA ja kuntien elintarvikeval- vonta</p>
<p>Imetyssuosittelusten to- teutuminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Täysimetystä suositel- laan 4-6 kuukauden ikään saakka • Kiinteät ruoat suosi- tellaan aloitettavak- si maisteluannoksilla 4-6 kuukauden iässä • Kiinteiden ruokien aloittamisen ohje- la imetystä suositel- laan jatkettavaksi ai- nakin vuoden ikään, ja perheen niin ha- lutessa myös tätä pi- dempään 	<p>Suomessa 80 % syntyneistä lapsista on täy- simitettyjä 4-6 kk iässä: Täysimetyksen hyödyt ovat kaikkien tiedossa ja asenteet ovat muuttuneet imetyssuositteiksi</p> <p>Vauva- ja perhemyönteiset neuvolat tuke- vat täysimetystä yhteistyössä vauvamyön- teisten synnytyssairaaloiden kanssa</p> <p>Täysimetyksen on yksi hyvinvointikertomuk- sen indikaattoreita</p> <p>Täysimetyksen ja imetyksen kokonaiskesto si- sältyvät lastenneuvolan sähköiseen poti- laskertomukseen</p>	<p>Sovitaan kunnissa ja tulevaisuudessa maakunnissa neuvolan ja synnytyssairaalan yhtenäistä ohjauskäytäntöistä ime- tyksen tukemiseksi</p> <p>Hyödynnetään sosiaalista markkinointia asenteisiin vai- kuttamiseksi mm. imetyksen edistämiskampanjalla</p>	<p>THL: rekisterit Avoilmo Erillistutkimukset</p> <p>Sähköinen potilaskertomus Maakuntien tilastot WHO:n tilastot</p>
<p>Ehdotetaan täysimetystä yhdeksi hyvinvointikertomuk- sen indikaattoriksi</p> <p>Toteutetaan kansallinen imeväisruokintaselvitys viiden vuoden välein</p> <p>Ehdotetaan imetysohjauksen sisällyttämisestä neuvoloi- den asiakastyöväisyysselvitykseen</p>			

Liite 2. 10 askelta onnistuneeseen imetykseen¹

Imetyksen tukeminen hoitotyössä (askeleet 1–6)

1. Kaikissa äitiyshuoltoa tarjoavissa palveluissa annetaan raskaana oleville ja heidän perheilleen tietoa imetyksen eduista ja imetyskäytännöistä.
2. Äideille ja vauvoille järjestetään varhainen ja keskeytymätön ihokontakti mahdollisimman pian synnytyksen jälkeen ja äitejä rohkaistaan siihen. Jokaista äitiä tulisi kannustaa aloittamaan imetys mahdollisimman pian, ja ensimmäisen tunnin aikana, synnytyksen jälkeen.
3. Äitien tulee saada käytännön ohjausta imetyksen aloittamiseen ja jatkamiseen sekä tavallisimpien imetysongelmien ratkaisemiseen.
4. Äitejä rohkaistaan välttämään muun ravinnon tai muiden nesteiden kuin rintamaidon antamista vauvalle, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.
5. Äideille ja vauvoille tulee järjestää ympärivuorokautinen vierihoito.
6. Osana imetyksen suojelua, edistämistä ja tukemista tulee äitiyshuollon ja vastasyntyneiden palveluissa suunnitella ja koordinoita kotiutusvaihe siten, että vanhemmat ja heidän vauvansa saavat asianmukaisen hoidon ja tuen.

Kriittiset johtamismenetelmät imetyksen edistämisessä (askeleet 7–10)

7. Äitiyshuollon ja vastasyntyneiden palveluissa tulee olla selkeästi laadittu kirjallinen imetyksen edistämisen toimintasuunnitelma, josta viestitetään säännöllisesti koko henkilökunnalle ja perheille.
8. WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodia ja asiaankuuluvia WHO:n yleiskokouksen päätöslausemia noudatetaan kaikilta osiltaan äitiyshuollossa ja vastasyntyneiden palveluissa.*
9. Terveystieteiden henkilöstöllä, joka ohjaa ja huolehtii vauvojen ravitsemuksesta (imetys mukaan lukien), tulee olla riittävät tiedot, pätevyys ja taidot äitien tukemiseksi imetyksessä.
10. Äitiyshuollon ja vastasyntyneiden palveluissa tulee ottaa käyttöön jatkuva seuranta ja tiedonhallintajärjestelmät, joilla voidaan seurata ja arvioida askeleiden toteutumista.

* WHO, 1981. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf

WHO, 2017. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Frequently Asked Questions. Uppdate. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1>

¹ Lähde: WHO. 2017. Protection, promotion, and support of breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2017. Luonnos uudistetuiksi askeliksi 10.10.2017.

Liite 3. Neuvolan vauva- ja perhemyönteisyysohjelma – neuvolan 7 askelta

1. Neuvolan kirjallinen vauvamyönteisyysohjelma

Kaikilla äitiys- ja lastenneuvoloilla on kirjallinen vauvamyönteisyysohjelma, joka perustuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman suosituksiin ja WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden kansainväliseen markkinointikoodiin. Ohjelma sisältää imetysohjauksen periaatteet perheiden saaman ohjaukseen ja hoitoon. Ohjelma on perheiden nähtävillä. Neuvolan vauvamyönteisyysohjelmassa kuvataan vauvamyönteisyysohjelman 7 askelta. Perhekeskuksen johto on vastuussa siitä, että kaikki, jotka ohjaavat raskaana olevia ja heidän perheitään sekä pikkulapsiperheitä ovat tietoisia neuvolan vauvamyönteisyysohjelmasta. Johto huolehtii, että ohjelmaa noudatetaan, ja että se päivitetään säännöllisesti.

Tämä askeleen toteutumista kuvataan:

- Tietona, kuka on vastuussa ohjelman kehittämisestä
- Tietona, mistä ohjelma on saatavissa/löydettävissä
- Käytäntöinä perhekeskuksen vauvamyönteisyysohjelman arvioimiseksi ja päivittämiseksi

2. Henkilökunnan koulutus ja asiantuntemuksen ylläpitäminen

Perheet saavat ajantasaista ohjausta ja tietoa imetyksestä. Perheittä hoitavilla työntekijöillä on WHO:n 20 tunnin imetysohjaajakoulutus, josta käytännön harjoittelua on 4 tuntia. Käytännön harjoittelu voi tapahtua myös sairaalassa. Perhekeskuksen henkilökunta on tietoinen neuvolan vauvamyönteisyysohjelmasta ja sen sisällöistä.

Henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti täydennyskoulutusta. Imetystä koskevia henkilöstökoulutuksia varten on laadittu kirjallinen suunnitelma ja koulutukseen osallistumisia seurataan kirjallisesti. Koulutussuunnitelmasta vastaa perhekeskuksen johto.

Uusi työntekijä perehdytetään neuvolan vauvamyönteisyysohjelman sisältöön ensimmäisten työviikkojen aikana. Imetysohjaajakoulutusta järjestään vuoden sisällä niille työntekijöille, joilla koulutusta ei ole.

Tämä askeleen toteutumista kuvataan:

- Tietona siitä, kuka on vastuussa henkilöstön koulutuksen järjestämisestä
- Tietona siitä, miten teoreettinen ja käytännön osuus WHO:n 20 tunnin imetysohjaajakoulutuksesta toteutetaan
- Kirjallisena kuvauksena koulutusten sisällöstä

3. Lasta odottavien perheiden imetysohjaus

Perheiden saama imetysohjaus on suunnitelmallista ja toteutetaan yksilöllisesti perheen lähtökohdista. Kaikille raskaana oleville ja heidän perheilleen annetaan ohjausta suullisesti ja kirjallisesti. Ohjaus sisältää tietoa imetyksen hyödyistä ja niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat imetyksen käynnistymiseen. Raskausaikana perheet saavat tietoa seuraavista asioista:

- Imetyksen hyödyt äidille ja lapselle
- Vierihoido
- Iho-kosketus
- Imetysasento ja oikea imemisote
- Vauvantahtinen imetus
- Rintamaidon muodostumisen ja lisäämisen periaatteet
- Äidinmaidonkorvikkeen käytön mahdolliset riskit imetyksen jatkumiselle
- Tutin ja tuttipullon välttäminen ennen kuin imetus on vakiintunut
- Mistä saa apua ja tukea imetykseen
- Tietoa sairaalan hoitokäytännöistä

Raskauden aikainen ohjausmateriaali on suositusten mukaista ja perustuu tutkittuun tietoon. Raskauden aikaisessa imetysohjauksessa otetaan huomioon perheen toiveet ja aikaisemmat imetykokemukset. Perheet saavat tietoa imetyksestä ennen raskausviikkoa 32. Imetyssuunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään. Jos raskaana olevalla on ollut aiemmin imetysongelmia, imetyssuunnitelma välitetään tiedoksi synnytyssairaalaan. Erityistä tukea tarvitsevat saavat tehostettua imetysohjausta.

Tämän askeleen toteutuminen kuvataan:

- Neuvolan kirjallisena raskausajan imetysohjauksen suunnitelmana
- Perheen kanssa tehtynä imetyssuunnitelmana
- Perheille annettuna suullisena ja kirjallisena ohjauksena
- Ohjauksen kirjaamisena

4. Imetyksen tukeminen ja maidonmuodostumisen ylläpito

Lasten terveystarkastuksissa perheet saavat suunnitelmallista ja yksilöllistä imetysohjausta. Ohjaus on vauvan ja perheen tarpeista lähtevää. Erityistä tukea tarvitsevat perheet saavat lisätukea.

Perheen kanssa keskustellaan vauvan syömisestä jokaisella neuvola – ja kotikäynnillä. Perheitä kannustetaan ja tuetaan imetyksessä sekä tarjotaan apua ongelmatilanteissa. Imetysongelmista on kirjalliset ja näyttöön perustuvat hoito-ohjeet.

Vauva punnitaan säännöllisesti ensimmäisen kuuden viikon ajan, kunnes maidon muodostuminen on vakiintunut ja vauvalla on riittävä painonnousu. Perheet saavat ohjausta vauvan riittämättömän painon nousun seurata ja hoitoon kirjallisen toimintaohjeen mukaisesti. Jos äiti ei halua imettää, varmistetaan, että äiti on tehnyt tietoisin päätöksen.

Terveystarkastuksissa varmistetaan

- äiti osaa tulkita vauvan varhaisia nälän merkkejä
- Äiti osaa käyttää itselleen ja vauvalle sopivia imetyksentoja ja varmistaa vauvan oikean imemisotteen
- perhe osaa seurata imetyksen turvamerkkejä
- imetys on vauvantahtista
- perheen voimavarat ja vuorovaikutus vauvan kanssa

Imetysohjaustilanteessa äidin kanssa keskustellaan myös

- Perheen nukkumisjärjestelyistä ja yöimetyksestä
- Tutin tai tuttipullon käytön vaikutuksista
- Maidonerityksen ylläpitämisestä ja tarpeen mukaisesta lisäämisestä
- Käsin lypsämisestä ja kuppiruokinnasta
- Tiehyttököksen ja rintatulehduksen oireista

Tämä askeleen toteutuminen kuvataan:

- Kirjallisina ohjeina imetystarkkailusta
- Kirjallisina ohjeina asioista, joita perheen kanssa käydään läpi kotikäynnillä tai ensitapaamisella neuvolassa synnytyksen jälkeen
- Imetysohjauksen sisältöinä lastenneuvolan terveystarkastuksissa
- Imetysongelmien arvioinnin ja seurannan käytäntöinä
- kirjattuna käytäntönä arvioida ja seurata vauvan painonnousua, kun painonnousu on riittämätöntä ja imetystä täytyy tehostaa
- kirjattuna ohjeena äidinmaidonkorvikkeen käytöstä silloin, kun siihen on lääketieteellinen syy

- Terveystieteiden tietona yleisimmistä lääketieteellisistä rintakomplikaatioista ja hoitoprosesseista
- Käytäntöinä miten arvioidaan, seurataan ja tuetaan äitiä, joka ei halua imettää
- Kirjaamiskäytäntöinä imetyksestä lapsen tietoihin kunnes imetys päättyy

5. Täysimetyksen tukeminen ja oikea-aikainen lisäruokien aloitus

Perheille annetaan tietoa ja tukea täysimetyksen onnistumiseksi kuuden kuukauden ajan. Perheille annetaan tietoa suosittelusta ajankohdasta aloittaa kiinteät ruuat. Kiinteiden ruokien ohella imetystä tuetaan jatkamaan ainakin yhteen ikävuoteen asti tai pidempään äidin ja lapsen sitä halutessa.

Äidit saavat asianmukaista tietoa rintamaidon ravitsemuksellisista ja immunologisista hyödyistä. Kiinteiden ruokien maistelu aloitetaan tarjoamalla useita makuaineita maisteluannoksina 4–6 kuukauden iässä yksilöllisten valmiuksien mukaan.

Neuvolassa tiedetään täysimetystä mahdollisesti haittaavista tekijöistä. Osittain imettäville äideille turvataan riittävä tuki ja ohjaus, jotta varmistetaan vauvan hyvä ravitseminen. Neuvolassa perheitä ohjataan äidinmaidonkorvikkeen turvalliseen valmistukseen ja käyttöön sekä keskustellaan tutin ja tuttipullon vaikutuksista imetykseen. Yli neljän kuukauden ikäiselle lapselle, jonka kasvu on imetyksen tehostamisesta huolimatta riittämätöntä, on parempi aloittaa kiinteät ruoat kuin siirtyä äidinmaidonkorvikkeeseen.

Tämä askeleen toteutuminen kuvataan:

- Perheille annetaan tietoa ja tukea kuuden kuukauden täysimetykseen ja imetyksen jatkamiseksi yhden vuoden ikään asti
- Perheitä ohjataan tunnistamaan vauvan yksilölliset valmiudet kiinteiden ruokien aloittamiseen
- Neuvolassa on kirjallinen suunnitelma imetysohjauksesta täys- ja osittaisimetyksen tukemiseksi lasten terveystarkastuksissa
- Perheille annetaan tarvittaessa ohjausta äidinmaidonkorvikkeen valmistamisesta ja käytöstä sekä tutin ja tuttipullon käytöstä

6. Imetysmyönteisen ilmapiirin luominen

Tavoitteena on vakiinnuttaa imetys kulttuurillisena normina lapsen ravitsemuksessa. Äitejä rohkaistaan imettämään myös kodin ulkopuolella. Neuvolassa on varattu rauhallinen paikka imetykselle ja äidit voivat imettää myös vastaanotolla. Imetys nähdään ihmisoikeutena. Neuvolassa noudatetaan WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodia. Neuvolassa ei ole äidinmaidonkorvikkeen, tuttipullojen tai tuttien mainontaa.

Tämä askeleen toteutuminen kuvataan:

- osoittamalla, että imettävät äidit ovat tervetulleita neuvolaan ja että heille on järjestetty imetykseen sopivia tiloja.
- Henkilöstön sitoutumisena vauva- ja perhemyönteisyysohjelman toteuttamiseen
- WHO koodin ohjeistus on huomioitu perhekeskuksen tiloissa (äidinmaidonkorvikkeisiin liittyvä mainosmateriaali, tutit ja tuttipullot)
- Hoitohenkilökunta tietää WHO-koodin sisällön ja noudattaa sitä.

7. Imetystuen varmistaminen ja hoidon jatkuvuus

Neuvolalla ja sairaalalla on yhdessä sovitut käytännöt hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen sekä silloin kun imetyksessä on haasteita. Imetystuen järjestämisestä on sovittu neuvolan ja sairaalan välillä. Neuvola ja sairaala tekevät yhteistyötä kansalaisjärjestöjen kanssa imetyksen edistämiseksi. Perheitä ohjataan varaamaan kotikäynti tai terveystarkastus neuvolaan kotiutuessaan synnytyssairaalasta. Imetyksen jatkumisen varmistamiseksi imetyksen sujuminen tulee arvioida viikon sisällä kotiutumisesta. Perheet tietävät, mistä he tarvittaessa saavat tukea imetykseen. Neuvolassa on sovitut käytännöt yhteistyöstä lääkärin kanssa.

Tämä askeleen toteutuminen kuvataan:

- Yhteistyökäytäntöinä synnytyssairaalan ja neuvolan välillä
- Tiedonkulun sovittuna mallina asiakkaan ja neuvolan välillä
- Perheille kerrotaan mistä he saavat tukea imetykseen
- Viikon sisällä kotiutumisesta toteutuvana imetystarkkailuna ja mahdollisten riskien varhaisena havaitsemisena
- Yhteistyökäytäntöinä lääkärin kanssa

Liite 4. Näyttöön perustuvan imetysohjauksen kehittäminen terveydenhuollon palveluketjussa Oulun seudulla

Näyttöön perustuva imetysohjauksen yhtenäinen toimintamalli (IYT) ohjaa raskaana olevan, synnyttäneen ja imettävän äidin/ perheen imetysohjausta palveluketjussa neuvolan ja sairaalan välillä sekä tiiviissä yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa. Imetysohjausta annetaan neuvolassa, äitiyspoliklinikalla tai sairaalan prenataali-osastolla ja se perustuu olemassa oleviin suosituksiin sekä niitä täydentävään tietoon. Imetysohjauksen näyttöön perustuva yhtenäinen toimintamalli sisältää: neuvolan (7) ja sairaalan (10) -askeleen suositukset, suosituksia täydentävän tiivistetyn tiedon ja sen keskeiset tulokset sekä päivitetyn tukimateriaalin. Toimintamalli tiivistettiin imetysohjauskortiksi, jonka äidit saavat ensimmäisen neuvolakäynnillä. Imetysohjauskortti toimii imetyssuunnitelman kirjaamisen tukena ja tiedonkulun varmistamiseksi palveluketjussa sekä vanhemmille oppimisen tukena. Kortti on jaettu kolmeen osa-alueeseen: raskaana olevan, synnyttäneen sekä kotiutuvan ja kotiutuneen äidin ja perheen imetysohjaukseen.

Toimintamallin myötä perheet saavat yhtenäistä ja näyttöön perustuvaa imetysohjausta ja vastasyntyneen hoitoa. Imetysohjauksen yhtenäinen alueellinen toimintamalli mahdollistaa jatkuvan arvioinnin imetysohjauksen toteutumisessa koko palveluketjussa sekä edistää näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöönottoa. Mallia voidaan hyödyntää perehdytyksessä, kaikissa suomalaisissa raskaana olevien ja synnyttäneiden palveluketjussa sekä terveydenhuollon koulutuksessa.

Imetysohjauksen yhtenäistä toimintamallia (IYT) toteutetaan Oulun yliopistollisen sairaalan synnytysten vastuualueella ja Oulun kaupungin neuvoloissa imetyksen suojelemiseksi, edistämiseksi ja tukemiseksi vauvamyönteisyyden kriteerien mukaisesti tiiviissä yhteistyössä vertaistuen kanssa. Lisäksi hankkeen aikana perustettiin imetyksen moniammatillisen verkoston (IMMO) ja sen toiminnan kehittäminen Oulun seudulla. Verkoston tehtävänä on uuden imetystiedon jakaminen ja yhtenäisten käytäntöjen ja toimintamallien käyttöönotto.

Työryhmä: Pirkko Nikula, TtM, osastonhoitaja¹; Sirkka-Liisa Hannola, TtK, osastonhoitaja¹; Tiina Kempainen, TtM, osastonhoitaja¹; Raija Keränen, osastonhoitaja, imetysohjaajakouluttaja¹; Piia Mettovaara, kättilö-terveydenhoitaja, imetysohjaajakouluttaja²; Paula Viramo, terveydenhoitaja, imetysohjaajakouluttaja²; Anitta Nykyri, kättilö, IBCLC¹; Jaana Stolt, KM, kättilö, kouluttaja³; Jaana Roininen, TtM, vastuualueen ylihoitaja¹; Tarja Pölkki, TtT, dosentti, kliinisen hoitotieteen asiantuntija; Seija Miettinen, TtM, tulosalueen ylihoitaja⁴

¹Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Lasten ja naisten tulosalue, synnytysten, naistentautien ja genetiikan vastuualue, ²Oulun kaupunki, ³Ammattiopisto Lappia, ⁴Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Lasten ja naisten tulosalue

Liite 5. Golden Hour – varhaisen ihokontaktin toteuttaminen äidin ja vastasyntyneen välillä sektiossa

Kehittämishanke TYKS:ssä

Vastasyntyneen ensimmäinen syntymän jälkeinen tunti on tärkeä ja ainutkertainen. Se merkitsee vastasyntyneelle kriittistä sopeutumisen aikaa kohdun ulkopuoliseen elämään. Äiti ja isä näkevät vihdoinkin odottamansa pienokaisen, pääsevät tutustumaan ja koskettelemaan lastaan, hänen pieniä sormia ja varpaitaan. Äidin syli on luonnollinen, lämmin ja suojaa antava paikka vastasyntyneelle välittömästi syntymän jälkeen. Golden Hour tarkoittaa vauvan ensimmäistä syntymän jälkeistä tuntia. Täysiaikainen, terve vastasyntynyt autetaan välittömästi äidin ihokontaktiin syntymän jälkeen, eikä äitiä ja lasta eroteta tarpeettomasti toisistaan ennen ensi-imetystä. Mahdolliset toimenpiteet tehdään lapsen ollessa äidin ihokontaktissa.

WHO:n ja Unicefin mukaan äidin tulisi saada vastasyntynyt ihokontaktiin välittömästi syntymän jälkeen jos sen viivästyminen ei ole lääketieteellisesti perusteltua syytä. Ihokontaktilla tarkoitetaan sitä, että alaston vastasyntynyt kuivataan, autetaan myssy päässä ja mahdollisesti vaippa yllään äidin paljaalle rinnalle. Välittömässä ihokontaktissa äitiin vauvojen vaistonvaraiset hamuamis- ja imemisrefleksit heräävät, jolloin he itse ryömivät rinnalle saamaan ravintoa. Useimmilla vastasyntyneillä ensi-imetys tapahtuu noin tunnin sisällä syntymästä.

Varhaisella ihokontaktilla on lyhyt- ja pitkäaikaisia vaikutuksia sekä vastasyntyneen että äidin terveyteen. Myönteisiä vaikutuksia on todettu vastasyntyneen veren sokeriin, lämpöön sekä hengitykseen ja verenkierron sopeutumiseen. Sillä on vaikutusta imetukseen, äidin kokemukseen synnytyksestä sekä äidin ja vastasyntyneen kiintymyssuhteeseen.

TYKS:ssä välitöntä ihokontaktia äidin ja vastasyntyneen välillä on toteutettu pitkään normaalisynnytyksissä. Golden Hour -projektin myötä myös lisääntyvässä määrin vuoden 2015 alusta lähtien sektioissa silloin, kun se on mahdollista äidin ja vauvan voimin niin salliessa. Ihokontakti eli kenguruhoito pyritään mahdollistamaan kaikille vauvoille heti, kun se on mahdollista.

Golden Hour -projektin toteuttaminen

Golden Hour -projektissa koottiin yhteen ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa moniammatillisessa tiimissä. Tiimi laati kirjalliset ohjeet turvallisen ihokontaktin toteuttamisesta sektiossa. Käytännön toteuttamista lähdettiin kokeilemaan muuttaman aktiivisen kätilön toimesta. Kokeilun perusteella leikkaussaliin hankittiin hoitopöytä lapsen tarpeellisille hoitovälineille kuten rannekkeelle, myssylle ja K-vitaamiinin antovälineille. Lisäksi kätilöt, jotka osallistuvat sektioäidin hoitoon muilla osastoilla, alkoivat ohjata vanhempia uuteen hoitokäytäntöön. Neuvoloiden terveydenhoitajia informoitiin yhteisissä tapaamisissa uudesta toimintatavasta.

TYKS:ssä leikkaussali ja heräämö sijaitsevat synnytysosastolla. Synnytyssalin kättilö on aina vastaanottamassa äitiä sektioon, mukana sektiossa ja luovuttamassa äidit vauvoineen vuodeosastolle. Sektiossa leikkaava lääkäri ohjentaa vastasyntyneen kättilölle, joka ohjentaa vauvan tervehtimään vanhempiaan. Pikaisen tervehdyksen jälkeen kättilö kuivaa vauvan hoitopöydällä ja laittaa navan yhdessä isän kanssa hänen niin halutessaan. Vastasyntyneelle laitetaan potilastunnistusranneke ja K-vitamiini-injektio. Tämän jälkeen kättilö auttaa vauvan äidin ihokontaktiin.

Projektissa laadittiin ohjeet turvalliseen ihokontaktiin. Vanhemmille kerrotaan ihokontaktin toteuttamisesta, vastasyntynyt kuivataan hyvin ja autetaan äidin rinnalle sammakkoasentoon siten, että vauvan pää on sivulle päin. Vauvan kasvojen tulee olla näkyvissä ja hengitystiet vapaina. Äitiä ja isää opastetaan pitämään vauvasta kiinni ja hänet peitellään lämpimästi iho äidin ihoa vasten.

Kättilö seuraa äidin ja vauvan vointia, auttaa imetyksessä ja rohkaisee vanhempia tutustumaan lapseen. Leikkauksen jälkeen äiti siirretään heräämöhön. Lapselle tarpeelliset hoitotoimet tehdään 1,5–2 tunnin päästä syntymästä ihokontaktin jatkuessa, mikäli mahdollista. Vaikka äiti ei imettäisikään, ihokontaktia pyritään toteuttamaan sen hyötyjen takia. Vauva siirtyy synnytysvuodeosastolle äidin ihokontaktissa, jossa ihokontakti jatkuu. Välillä vauva on myös isän ihokontaktissa esim. äidin syödessä.

Kokemuksia ihokontaktin toteuttamisesta

Äitien, vanhempien ja henkilökunnan mielestä kokemukset ihokontaktin toteuttamisesta ovat olleet myönteisiä silloin, kun se on ollut mahdollista toteuttaa. Eräs äiti totesi leikkaussalissa: ”On ihanaa saada pitää vauvaa tässä lähellä. Viimeksi synnytyksessä lapseni vietiin pois, enkä saanut nähdä häntä pitkään aikaan. Ihanaa kun näin toimitaan.” Henkilökunnan kokemusten mukaan ihokontaktissa olleita lapsia siirretään harvemmin tehostettuun hoitoon, kuin ei-ihokontaktissa olleita vauvoja. Jatkossa tulemme arvioimaan toimintaa ja kehittämään sitä edelleen.

Projekti ei ole vaatinut paljon investointeja ja se on käytännössä helppo toteuttaa. Uusien toimintatapojen kehittäminen ja kokeileminen on sen sijaan vaatinut uudelleen asennoitumista, moniammatillista yhteistyötä, uusimman tiedon hyödyntämistä, jakamista ja konkreettisia toimia. Leikkaustiimin tehtävänä on mahdollistaa Golden Hour aina, kun se on mahdollista. Vastasyntyneen Golden Hour perustuu näyttöön ja on tarkoituksenmukainen hoitomuoto ensimmäisen syntymän jälkeisen tunnin, kahden ajan.

(Soili Hautaniemi, kättilö, TtM, Kliinisen Hoitotyön asiantuntija, TYKS Naistenklinikka TO7)

Liite 6. Kohti vauvamyönteisenpää Pirkanmaata

Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays) on pääkaupunkiseudun sairaaloiden jälkeen Suomen suosituin synnytyssairaala. Meillä syntyy vuosittain noin 5 500 vauvaa. Korostamme asiakaslähtöisyyttä ja pyrimme noudattamaan vauvamyönteisiä hoitokäytäntöjä sekä panostamme varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen.

Taysissa synnyttävillä perheillä on mahdollisuus yöpyä potilashotellin Perheonni-yksikössä, jos äidillä ja vauvalla ei ole erityisiä riskejä. Perhehuoneita on myös synnyttäneiden osastolla. Hoidamme kättilöpoliklinikalla vastasyntyneitä vauvoja, jotka kotiutuvat synnyttäneiden osastoilta tai Perheonni-yksiköstä, mutta tarvitsevat vielä lastenlääkärin määräyksestä jatkoseurantaa. Meillä on rakenteilla uudet nykyaikaiset tilat, jotka valmistuvat vuonna 2019.

Lasten ja naisten toimialuejohdolta saimme lokakuussa 2014 toimeksiannon imetyksen edistämiseksi. Vauvamyönteisyyttä (Baby Friendly Hospital Initiative = BFHI) alettiin edistämään toimialueen oman rahoituksen puitteissa toimintasuunnitelmien tekemisellä ja koulutusten järjestämisellä yhteistyössä neuvoloiden kanssa sekä tilastoinnin päivittämisellä. Projekti sai nimekseen ”Kohti vauvamyönteisempää Pirkanmaata”

Vuodelle 2016 saimme Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) projektirahaa 35 000 euroa. Rahoitussuunnitelmaan kuului mm. BFHI-hankkeen jatkuminen, imetysohjaaja-verkkokoulutuksen laatiminen, lasten tarkkailu-osaston ja lasten teho-osaston imetyksen edistämisen käyntiin lähtö, mm. toimintasuunnitelma ja verkkokoulutuksen lisäosion teko keskosien/sairaana vastasyntyneen tarpeisiin imetyksen suhteen. Myös viestintään, isomman koulutuksen järjestämiseen ja opintomatkaan suunniteltiin rahaa käytettävän.

Lähes kaikilla hoitohenkilökuntaan kuuluvilla on imetysohjaajakoulutus, mutta sen suorittamisesta on aikaa suurella osalla yli viisi vuotta. Tähän tarpeeseen tehtiin WHO:n 20 h imetysohjaajakoulutus verkkoalustalle. Sen pilotointi tapahtuu syksyllä 2016 ja on valmiina hyödynnettäväksi vuonna 2017, jolloin on tarkoitus että henkilökunta päivittää imetysohjaajakoulutuksensa sen avulla. Neuvoloiden on mahdollista hankkia verkkokoulutus henkilöstönsä käyttöön.

Hankkeessa ovat olleet tiiviisti mukana eri alueiden asiantuntijat kuten lastentautien, synnytysten ja lastenpsykiatrian lääkärit. Projektissamme on nostettu imetyksen edistämisen rinnalle voimakkaasti varhaisen vuorovaikutuksen merkitys vauvan kehityksen tukemiselle.

Yhteistyö ja vuorovaikutus Tampereen kaupungin neuvoloiden kanssa on lähtenyt hyvin edistymään ja yhteisissä koulutuksissa on tavoitettu myös muita Pirkanmaan neuvoloita. Neuvoloiden kanssa on kehitetty check-listan tapaista ”Imetystarinani” -liitettä neuvolakorttiin, jonka tarkoitus on turvata yhteisille asiakkaillemme tasalaatuista imetysinformaatiota. Imetyksen Tuki ry on ollut mukana kouluttamassa neuvoloiden ja sairaalaan henkilökuntaa.

Tilastointiin saimme vauvamyönteisyys-päivityksen vuoden 2015 lopulla. Päivitimme samalla lääketieteellisin syin lisäruoan antamisen perusteet valtakunnalli-

seen iPana-muotoon. Olemme hyviä ympärivuorokautisessa vierihoidossa, vauvan ensi-imetyksen toteutumisessa ja tutittomuudessa. Täysimetyksen toteutuminen aiheuttaa haasteita, samoin lisäruoan antotapa.

Kevään 2016 teemana oli ihokontakti. Synnytyssalissa tuli suositeltavaksi toimintatavaksi olla pesemättä vauvoja rutiinisti syntymän jälkeen. Kätilöitä rohkaisiin antamaan vauvalle kunnolla aikaa etsiä omien vaistojensa saattelemina äidin rinta ja saatella vauva ja perhe ihokontaktissa osaston puolelle. Elektiivisessä sektiossa olemme uusimassa toimintatapojamme niin, että vauva pääsisi sektiosalissa syntymän jälkeen keskeytymättömään ihokontaktiin äidin kanssa. Vanhat toimintatavat ovat syvälle juurtuneita. Niiden muuttaminen vie aikaa, mutta sitkeä työ vauvan luonnollisten tarpeiden huomioimiseksi kantaa hedelmää aikaa myöden.

Kevääseen 2016 mennessä 80 % henkilökunnasta oli ollut imetykseen keskittyvässä täydennyskoulutuksessa ainakin kerran. Iso laiva, kuten sairaalamme voidaan katsoa kuvainnollisesti olevan, kääntyy hitaasti, mutta suunta on jo selvästi muuttunut vauvamyönteisempään suuntaan. Tämän syksyn aiheena on ”Miksi imetyks on tärkeää?” Sen tavoitteena on syventää henkilökunnan tietoisuutta oman äidin maidon tärkeydestä vauvalle sekä pureutua vielä tehokkaammin vauvan viestien ymmärtämiseen ja niiden sanoittamiseen vanhempien tukena.

Viestintä ja tiedottaminen on oleellista ja tärkeää, mutta haastavaa. Osallistuimme Tampereen ammattikorkeakoulun järjestämään InnoEvent 2015 -kilpailuun, missä opiskelijat moniammatillisissa ryhmissä miettivät ratkaisuja työelämästä nouseviin toimeksiantoihin. Meidän toimeksiantomme oli ”Miten imetyksestä saadaan trendikästä?” Kohderyhmänä olivat nuoret tulevat asiakkaamme, synnyttävät perheet ja myös isovanhemmat. Kilpailusta saatuja ideoita tuloksia voidaan hyödyntää hankkeemme edistämässä. Olemme myös Instagrammissa; #taysimetyks täytti syksyllä 2016 vuoden ja sillä on yli 1000 seuraajaa.

Elina Rinne, Projektipäällikkö, kätilö, terveydenhoitaja, vauvamyönteisyyskouluttaja
Tays, Lasten ja naisten toimialue

Kari Nieminen, Toimialuejohtaja, ylilääkäri
Tays, Lasten ja naisten toimialue

Liite 7. Imetyspoliklinikat

Paikkakunta	Imetyspoliklinikka	Imetyskoordinaattori sairaala perusterveydenhuolto	Imetystukiryhmät	Vauvamyönteisyys-ohjelma	Muuta
Helsinki Sairaala	HYKS: KOS - 0-2 viikon ikäiset - ilman lähetettä - raskaana olevat	HYKS Johanna Koivisto NKL 40 % Heidi Tuomola KOS 30 % Pauliina Oldenburg Jorvi 30 %	ITUn ryhmät	Kätilöopiston sairaalan uudelleen auditointi 12/2015	Pääkaupunkiseudun imetysohjelman verkosto
Perusterveydenhuolto		Kirsi Otronen (OTO) Anni Mäkinen (OTO) 8 imetysohjelmaa	Hgin neuvoloiden imetystukiryhmä x 1/vko	Kyllä	Neuvoloiden imetysohjelmaa yksilövastaanotot ajanvarauksella
Vantaa		Rea Nevander-Aaltonen (OTO) 2 imetysohjelmaa	Kahdessa neuvolassa kerran kk:ssa	Kyllä	
Espoo	HYKS: Jorvi	Pia Seivo (OTO) 3 imetysohjelmaa	Kyllä	Kyllä	Neuvoloiden imetysohjelmaa yksilövastaanotot ajanvarauksella
Tampere	Ei (kunnat eivät halua maksaa, sama toiminta saatavana neuvolasta)	Ei koordinaattoria TAYS: asiantuntijash Tuula Malm Neonat.os. + LKL asiantuntijash Anna Vesanto	5 kpl (ITU) 1 kpl kaupungin oma	Vauvamyönteisyys-ohjelmaa varten Elina Rinne	
Turku	TYKS x 2/viikko - kaikenikäiset - raskaana olevat	Ei	Kyllä	Työryhmä nimetty vauvamyönteisyys-ohjelmaa varten	
Jyväskylä	kyllä -kaikki imeväisikäiset	Taina Palve	Kyllä (ITU)		
Lappeenranta	kyllä x 1/vko 0-6 vikon ikäiset	Tuula Iivarinen (Saimaan amk)	Kyllä		Ydintyöryhmä/EKKS ja neuvolat
Kuopio	Kyllä 4-6 viikon ikäiset	Ei	Kyllä (ITU)		Moniammatilliset imetyspaikka-koulutukset

Kymenlaakso	Kotkan keskus-sairaala kaikenikäiset	Ei	Kyllä (ITU)	
Vaasa	Kyllä 3 x viikossa kaikenikäiset	Imetyскоordinaattori Susanne Strömfors	Kyllä (ITU)	Sairaala auditoitu v. Sairaala auditoitu v. 2015
Hyvinkää	Kyllä 3 x viikossa kaikenikäiset	Ei	Kyllä (ITU)	Sairaala auditoitu v. 2015
Joensuu	Kyllä kaikenikäiset -maksuton -ei lähetettä	Kyllä	Kyllä (ITU)	VAMY-hanke
Oulu	Ei Vieripoliklinikka (OYS) tarvittaessa imetyshajausta	Ei IBCLC, Anitta Nykyri ja Kristiina Tervonen 8 imetyskouluttajaa 2 imetyskouluttajaa (Oulun kaupunki)	ITU:n ryhmät	Imetyshajauksen yhtenäinen toimintamalli (IYT) ja imetysohjaus- korppi yhteistyössä Oulun kaupun- gin ja kolmannen sektorin kanssa Hankkeen vetäjä Pirkko Nikula (liite 4) Oulun seudulla toimii Imetyksen moniammatillinen verkosto (IMIMO)
Seinäjoki	Kyllä - 5 x viikossa - kaikenikäiset - ei lähetettä - esim. käynti maksuton	Kyllä IBCLC Sirkka-Liisa Dunder-Kuusisto	Kyllä (ITU)	Ammattilaisryhmät: - Sairaalan imetysvastaavien ryhmä - Alueen neuvoloiden vauvamyön- teisyysryhmä - Pohjanmaan alueen vau- vamyönteisyys-työryhmä (Seinäjoki, Kokkola, Vaasa)
Keajaani	Kyllä -kaikenikäiset -raskaana olevat -ei lähetettä	Ei	Ei	
Pori	Kyllä -kaikenikäiset -raskaana olevat - ei lähetettä	Ei	Kyllä	Ohjausryhmä käynnistämässä VAMY-prosessia

Tukiaineistot

Esimerkkejä imetystä tukevista materiaaleista

Raskauden aikainen imetysohjaus

Imetysmatkalla

https://www.hel.fi/static/sote/perheentuki/pdf/Imetysopas_2016.pdf

Perhe imetysmatkalla

https://www.hel.fi/static/sote/perheentuki/pdf/perhe_imetysmatkallaV2.pdf

Kompassi raskausaika

https://vamykouluttajat-fi-bin.directo.fi/@Bin/5c4e2a1612396e4722f1cb8c6981122d/1506367561/application/pdf/172087/Kompassi_Raskausaika.pdf

Miten kompassia käytetään imetysohjauksessa

<https://www.youtube.com/watch?v=DxRzelGkOPc>

Imetysohjaus ensimmäisinä viikkoina syntymän jälkeen

Kompassi ensimmäiset viikot

https://vamykouluttajat-fi-bin.directo.fi/@Bin/19663d718ca041378b146ed0f4f71058/1506367440/application/pdf/172081/Kompassi_Ensimm%c3%a4iset_vii_kot.pdf

Lisämaidon vähentäminen – ohje ammattilaiselle

<https://imetys.fi/wp/wp-content/uploads/2016/12/lisamaidon-turvallinen-purkaminen-ammattilaisohje.pdf>

Lisämaidon vähentäminen - ohje vanhemmille

https://imetys.fi/wp/wp-content/uploads/2016/12/vahennyspaivakirja_FISE.pdf

Tahdistettu pulloruokinta

https://imetys.fi/wp/wp-content/uploads/2016/12/vauvantahtinen_pulloruokinta-FISE.pdf

Miksi tahdistettu pulloruokinta tukee osittaisimetystä?

<https://www.youtube.com/watch?v=8ia80riB4cQ>

Imetysohjaus vauvan kasvaessa

Kompassi kasvava vauva

https://vamykouluttajat-fi-bin.directo.fi/@Bin/c51ca6e620a9788d40edc23bc6638429/1506367503/application/pdf/172084/Kompassi_Kasvava_vauva.pdf

Sormiruokailuohje

<https://www.hel.fi/static/liitteet/sote/perheentuki/sormiruokailu-ohje-neuvo-laan-2017.pdf>