

Riikka Ikonen  
Tuovi Hakulinen  
Arja Lyytikäinen  
Kaija Mikkola  
Sari Niinistö  
Sirpa Sarlio  
Suvi Virtanen

# Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2019

RAPORTTI



Raportti 11/2020

Riikka Ikonen, Tuovi Hakulinen, Arja Lyytikäinen, Kaija Mikkola,  
Sari Niinistö, Sirpa Sarlio, Suvi Virtanen

# Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2019



Terveysten ja  
hyvinvoinnin laitos

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Rodeo Oy

ISBN 978-952-343- 555-1 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-555-1>

PunaMusta Oy  
Vantaa, 2020

## Tiivistelmä

Riikka Ikonen, Tuovi Hakulinen, Arja Lyytikäinen, Kaija Mikkola, Sari Niinistö, Sirpa Sarlio, Suvi Virtanen. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 11/2020. 64 sivua. Helsinki 2020. ISBN 978-952-343-555-1 (verkkojulkaisu)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ovat seuranneet Suomen imetystilannetta Imeväisruokintaselvityksen avulla vuosina 1995, 2000, 2005 ja 2010. Selvitysten tarkoituksena oli vastata sekä kansallisiin että kansainvälisiin tiedontarpeisiin koskien imeväisten ruokintaa koskien täysimetystä, osittaisimetystä ja kiinteiden ruokien antoa. Imeväisruokintaselvityksen 2019 tavoitteena oli tuottaa seurantatietoa täysimetyksen ja osittaisimetyksen yleisyydestä 0–12 kuukauden ikäisillä vauvoilla, tuottaa tietoa kiinteiden ruokien aloittamisistä ja ruokavalion monipuolisuudesta 4–12 kuukauden ikäisillä vauvoilla sekä tuottaa seurantatietoa eri taustatekijöiden (ml. sosiodemografiset ja sosioekonomiset tekijät) yhteydestä täysimetyksen ja osittaisimetyksen yleisyyteen.

Selvitys toteutettiin 47 Manner-Suomen kunnassa, jotka valittiin otannalla. Valittujen kuntien kaikissa neuvoloissa lokakuussa 2019 määräaikaaisessa terveystarkastuksessa käyneet perheet kutsuttiin mukaan. Ensisijaisesti terveydenhoitaja haastatteli perheen neuvolakäynnin aikana käyttäen sähköistä, strukturoitua lomaketta. Toissijaisena vaihtoehtona perhe vastasi itse sähköiseen lomakkeeseen vastaanottoikäynten jälkeen. Terveydenhoitajille oli oma lomakkeensa, jonka he täyttivät kerran tiedonkeruun alkaessa.

Selvitykseen vastasi 3418 perhettä, ja vastausaktiivisuus oli 22 prosenttia. Terveydenhoitajilta saatiin 913 vastausta. Äideistä 54 prosenttia oli yli 30-vuotiaita ja joka kuudennella oli korkeakoulututkinto. Toisista vanhemmista 64 prosenttia oli yli 30-vuotiaita ja heistä 48 prosentilla oli korkeakoulututkinto. Noin puolessa perheistä tutkimukseen osallistunut vauva oli äidin ensimmäinen. Terveydenhoitajat työskentelivät yleisimmin yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa. Lähes kaikilla terveydenhoitajilla oli imetysohjaajan koulutus suoritettuna.

Lapsista 59 prosenttia oli saanut lisämaitoa synnytyssairaalassa. Alle kuukauden ikäisistä vauvoista 57 prosenttia oli täysimetettyjä ja 94 prosenttia oli täys- tai osittaisimetettyjä. Neljän kuukauden ikäisistä vauvoista 50 prosenttia oli täysimetettyjä ja 15 prosenttia ei imetetty lainkaan. Puolen vuoden ikäisistä 77 prosenttia oli imetettyjä. Vuoden ikää lähestyvistä vauvoista 58 prosenttia imetettiin. Sekä täysimetykseen että imetys ovat yleistyneet vuodesta 2010. Neljän kuukauden ikäisten täysimetyksen yleisyys kasvoi 26 prosenttiyksikköä ja 11–12 kuukauden ikäisten imetys 21 prosenttiyksikköä.

Sosiodemografiset ja –ekonomiset erot sekä täysimetyksen että imetyksen yleisyydessä olivat edelleen huomattavia. Erot ovat kaventuneet kuitenkin jonkin verran

verrattuna edelliseen vuonna 2010 tehtyyn selvitykseen. Nuoret, matalammin koulutetut, perheen ainoana aikuisena olevat tai tupakoivat äidit imettivät lapsiaan vähemmän. Myös lapsen toisen vanhemman ikä, koulutus tai tupakkatuotteiden käyttö oli vastaavalla tavalla yhteydessä imetykseen. Ensimmäisenä lapsena syntyneitä täysimetettiin vähemmän kuin syntymäjärjestyksessä seuraavia lapsia.

Lapsiperheiden ruokasuosituksen mukaan kiinteiden ruokien aloittamisen jälkeen vauvan ruokavaliota on hyvä monipuolistaa nopeasti. Ruokavaliota monipuolistuikin nopeasti yli kuuden kuukauden ikäisillä lapsilla siten, että neljää tai useampaa ruoka-aineryhmää oli saanut 6–7 kuukauden ikäisistä lapsista 39 prosenttia ja 8–10 kuukauden ikäisistä 82 prosenttia. Myös ateriatiheys nopeutui siten, että 6–7 kuukauden ikäinen lapsi söi kiinteitä ruokia keskimäärin neljästi päivässä ja yli 8 kuukauden ikäinen noudatti viiden päivittäisen aterian rytmiä.

Noin 90 prosenttia yli kuukauden ikäisistä vauvoista sai D-vitamiinivalmistetta. Täysimetetyillä vauvoilla antosuositus toteutui hyvin, mutta etenkin yli 500 ml vitamiinoitua äidinmaidonkorviketta tai puuroa/velliä saavilla vain noin joka kolmas vauva sai suosituksen mukaisen annoksen D-vitamiinivalmistetta.

Selvityksen perusteella vauvojen sekä täysimetyksen että imetyksen yleisyys ovat nousseet. Erityisen myönteistä on, että nuoret ja vähän koulutetut äidit imettävät aiempaa yleisemmin. Yhä useampi alle neljän kuukauden ikäinen vauva on täysimetetty, ja kiinteiden ruokien maistelu aloitetaan suositusten mukaisesti vasta neljän kuukauden jälkeen. Vaihtelu kiinteiden ruokien aloittamisessa 4–6 kuukauden ikähaarukassa viittaa siihen, että aloituksessa huomioidaan vauvan yksilöllinen tilanne. Kiinteiden ruokien aloittamisen jälkeen vauvojen ruokavaliota monipuolistuu nopeasti, kuten suositellaankin. Nämä monet myönteiset muutokset vauvojen ruokinnassa viittavat siihen, että terveydenedistämistyöllä on saatu aikaan huomattavaa positiivista kehitystä. On kuitenkin huomioitava, että tämän selvityksen tulokset ovat vain suuntaa-antavia, koska niiden yleistettävyyttä heikentää matala vastausaktiivisuus ja, se että tulokset eivät kaikilta osin ole alueellisesti edustavia.

Imetysohjausta ja tarvelähtöistä tukea tulisi suunnata erityisesti nuorille ja vähän koulutetuille, esikoisien saaville, ennenaikaisena ja/tai pienipainoisena syntyneiden lasten vanhemmille ja toimeentulovaikeuksia kokeville perheille sekä tupakkatuotteita käyttäville. Kansalliset lisämaidon antokriteerit on syytä uudistaa ja lisätä synnytyssairaaloitten henkilökunnan koulutusta, jotta lisämaitoa annettaisiin vain lääketieteellisestä syystä yksilöllinen tilanne huomioiden. Lastenneuvoloissa tulee tehostaa D-vitamiinivalmisteen käyttöön liittyvää neuvontaa, etenkin runsaasti äidinmaidonkorvikkeita ja vitamiinoituja puuroja ja vellejä käyttävien vauvojen vanhemmille. Imetyksen yleisyydestä tulee jatkossa kerätä tietoa yhtenäisellä rakenteisella kirjaamisella potilastietojärjestelmiin.

Avainsanat: Imetys, Imeväinen, Lapsi, Ruoka, Äidinmaito, Äidinmaidonkorvike, Lisäruoka, Sosioekonomiset erot, D-vitamiini, Äiti

## Sammandrag

Riikka Ikonen, Tuovi Hakulinen, Arja Lyytikäinen, Kaija Mikkola, Sari Niinistö, Sirpa Sarlio, Suvi Virtanen. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2019 [Amning och kost i spädbarnåldern i Finland år 2019]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 11/2020. 64 sidor. Helsingfors, Finland 2020. ISBN 978-952-343-555-1 (nätpublikation)

Social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd har följt med amningsituationen i Finland med hjälp av en utredning av spädbarnskost åren 1995, 2000, 2005 och 2010. Syftet med utredningarna var att svara på såväl nationella som internationella behov av information om spädbarnskost i fråga om helamning, delamning och fast föda. Målet med utredningen om spädbarnskost 2019 var att ta fram uppföljningsdata om hur vanligt det är med helamning och delamning av spädbarn i åldern 0–12 månader, att ta fram information om i vilken ålder fast föda introduceras och kostens mångsidighet hos spädbarn i åldern 4–12 månader samt att ta fram uppföljningsdata om sambandet mellan olika bakgrundsfaktorer (inkl. sociodemografiska och -ekonomiska faktorer) och förekomsten av helamning och delamning.

Utredningen genomfördes i 47 kommuner på det finländska fastlandet som valdes ut som ett sampel. Alla familjer som besökt rådgivningsbyråerna i de valda kommunerna för en periodisk hälsoundersökning i oktober 2019 bjöds in att delta. I första hand intervjuade hälsovårdaren familjen i samband med rådgivningsbesöket med hjälp av en strukturerad e-blankett. Som ett sekundärt alternativ fyllde familjen själv i e-blanketten efter mottagningsbesöket. Hälsovårdarna hade en egen blankett som de fyllde i en gång när datainsamlingen inleddes.

I utredningen deltog 3 418 familjer och svarsfrekvensen var 22 procent. Från hälsovårdarna inkom 913 svar. Av mödrarna var 54 procent över 30 år och var sjätte hade en högskoleexamen. Av de andra föräldrarna var 64 procent över 30 år och 48 procent av dem hade en högskoleexamen. I ungefär hälften av familjerna var barnet som deltog i undersökningen moderns första. Hälsovårdarna arbetade oftast på en kombinerad mödra- och barnrådgivning. Nästan alla hälsovårdare hade genomgått utbildning för amningshandledare.

59 procent av barnen hade fått tilläggsmjölk på förlossningssjukhuset. Bland spädbarn under en månad helammades 57 procent och 94 procent ammad helt eller delvis. Bland spädbarn i åldern fyra månader helammades 50 procent och 15 procent ammad inte alls. 77 procent av spädbarnen i åldern sex månader ammad. 58 procent av spädbarnen som närmade sig ett års ålder ammad. Både helamning och amning har blivit vanligare sedan 2010. Förekomsten av helamning av spädbarn i åldern fyra månader ökade med 26 procentenheter och i åldern 11–12 månader med 21 procentenheter.

Sociodemografiska och -ekonomiska skillnader var fortfarande betydande i fråga om helamning och amning. Skillnaderna har dock minskat något jämfört med den föregående utredningen från 2010. Unga, lågutbildade, ensamförsörjare eller rökande mödrar ammade sina barn mindre. Även den andra förälderns ålder, utbildning eller användning av tobaksprodukter hade motsvarande samband med amningen. Det var vanligt att det första barnet helammades mindre än senare barn.

Enligt näringsrekommendationen för barnfamiljer är det bra att snabbt göra barnets kost mångsidigare efter att man introducerat fast föda. Kosten blev snabbt mångsidigare bland barn över sex månader: 39 procent av barnen i åldern 6–7 månader och 82 procent av barnen i åldern 8–10 månader hade fått fyra eller flera livsmedelsgrupper. Även måltidsfrekvensen blev snabbare så att barn i åldern 6–7 månader åt fast föda i genomsnitt fyra gånger per dag och barn över 8 månader åt fem mål om dagen.

Cirka 90 procent av spädbarnen över en månad fick D-vitaminpreparat. Hos helammade spädbarn uppfylldes doseringsrekommendationen väl, men i synnerhet hos spädbarn som fick över 500 ml vitaminberikad modersmjölksersättning eller gröt/välling fick endast cirka vart tredje barn en dos D-vitaminpreparat motsvarande rekommendationen.

Enligt utredningen har det nog blivit vanligare att fler spädbarn helammats och ammas. Det är särskilt positivt att fler unga och lågutbildade mödrar ammar. Allt fler spädbarn under fyra månader är helammade och börjar smaka på fast föda enligt rekommendationerna först efter fyra månaders ålder. Variationen i fråga om när fast föda introduceras i åldersspannet 4–6 månader tyder på att barnets individuella situation beaktas. Efter att barnet börjat äta fast föda blir kosten snabbt mångsidigare, vilket också rekommenderas. Dessa många positiva förändringar i spädbarnskosten tyder på att det hälsofrämjande arbetet har åstadkommit en betydande positiv utveckling. Det bör dock påpekas att resultaten av denna utredning endast är riktiga, eftersom möjligheten att dra några generella slutsatser försämras av den låga svarsfrekvensen och att resultaten inte till alla delar är regionalt representativa.

Amningshandledning och behovsbaserat stöd bör riktas särskilt till unga och lågutbildade, förstföderskor, föräldrar till prematurer och/eller mycket små barn och familjer med utkomstsvårigheter samt till dem som använder tobaksprodukter. De nationella kriterierna för tilläggsmjölk bör förnyas och personalen på förlossnings-sjukhusen bör få mer utbildning, så att tilläggsmjölk endast ges av medicinska skäl med beaktande av den enskilda situationen. På barnrådgivningarna ska rådgivningen om användningen av D-vitaminpreparat effektiviseras, särskilt för föräldrar till spädbarn som får rikligt med modersmjölksersättning och vitaminberikad gröt och välling. I fortsättningen ska information om hur vanligt det är med amning samlas in genom enhetlig strukturerad dokumentation i patientdatasystemen.

Nyckelord: amning, spädbarn, barn, mat, modersmjölk, modersmjölksersättning, tilläggskost, socioekonomisk ojämlikhet, D-vitamin, mamma

## Abstract

Riikka Ikonen, Tuovi Hakulinen, Arja Lyytikäinen, Kaija Mikkola, Sari Niinistö, Sirpa Sarlio, Suvi Virtanen. *Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2019* [Infant feeding in Finland 2019]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 11/2020. 64 pages. Helsinki, Finland 2020. ISBN 978-952-343-555-1 (online publication)

The Ministry of Social Affairs and Health and the Finnish Institute for Health and Welfare have monitored the breastfeeding situation in Finland with the help of the Infant Feeding Survey in 1995, 2000, 2005 and 2010. The purpose of the studies was to respond to both national and international information needs concerning the feeding of infants in relation to exclusive breastfeeding, partial breastfeeding and the administration of solid foods. The objective of the Infant Feeding Survey 2019 was to produce monitoring data on the prevalence of exclusive breastfeeding and partial breastfeeding in babies aged 0–12 months, to produce data on the starting age of solid foods and diet diversity in babies aged 4–12 months, and to produce monitoring data on the connection between different background factors (including socio-demographic and socio-economic factors) and the prevalence of exclusive breastfeeding and partial breastfeeding.

The survey was carried out in 47 municipalities in mainland Finland, selected by sampling. Families who visited all maternity and child health clinics in the selected municipalities in October 2019 were invited to participate. Primarily, the public health nurse interviewed the family during a child health clinic visit using an electronic, structured form. As a secondary alternative, the family responded to the electronic form themselves after the reception visit. The public health nurses had their own form, which they filled in once at the beginning of the data collection.

A total of 3418 families responded to the report, and the response rate was 22 per cent. 913 responses were received from public health nurses. 54 per cent of mothers were over 30 years old and one in six had a higher education degree. 64 per cent of the other parents were over 30 years old and 48 per cent of them had a higher education degree. In about half of the families, the baby who participated in the study was the mother's first child. The public health nurses worked mostly in integrated maternity and child health clinics. Nearly all of the public health nurses had completed their breastfeeding instructor training.

59 per cent of the children had received additional milk at the delivery hospital. 57 per cent of babies under one month of age were exclusively breastfed and 94 per cent were exclusively or partially breastfed. 50 per cent of babies aged four months were exclusively breastfed and 15 per cent were not breastfed at all. 77 per cent of six-month-old babies were breastfed. 58 per cent of babies nearing the age of one were breastfed. Both exclusive breastfeeding and breastfeeding have become more



common since 2010. The prevalence of exclusive breastfeeding of four-month-old babies increased by 26 per cent and the breastfeeding of 11–12 month-old babies by 21 per cent.

The socio-demographic and economic differences in the prevalence of both exclusive breastfeeding and breastfeeding were still significant. However, the differences have narrowed somewhat compared to the previous report made in 2010. Young, less educated, single parents or smoking mothers breastfed their children less. The child's other parent's age, education or use of tobacco products were also linked to breastfeeding in a similar manner. First-born babies were exclusively breastfed less than subsequently had children.

According to the nutrition recommendation of families with children, after starting solid foods, it is advisable to quickly diversify the baby's diet. The diet was rapidly diversified among children over six months of age, with 39 per cent of children between six and seven months of age and 82 per cent of children between eight and ten months of age receiving four or more food groups. The meal density also accelerated so that a child aged 6–7 months ate solid foods an average of four times a day, and a child aged over 8 months ate five daily meals.

Approximately 90 per cent of babies over one month of age received vitamin D. Exclusively breastfed babies received the recommended dose quite regularly, but especially of babies receiving more than 500 ml of infant formula or porridge / gruel enriched with vitamins, only about one in three received the recommended dose of vitamin D.

According to the report, the prevalence of both exclusive breastfeeding and breastfeeding of infants has risen gratifyingly. Young and low-skilled mothers are breastfeeding more than before. An increasing number of infants under four months of age have been exclusively breastfed, and the tasting of solid foods is started as recommended after four months. Variation in the age range of 4–6 months when starting solid foods indicates that the baby's individual situation is taken into account. After starting solid foods, baby diets are rapidly diversified, as is recommended. These many positive changes in infant feeding suggest that health promotion has led to significant positive development. However, it should be noted that the results of this report are only indicative, as their universality is undermined by low response activity and by the fact that the results are not fully representative at regional level.

Counselling for breastfeeding and needs-based support should be directed especially to young people and those with low education, those having their first baby, parents of children born prematurely and/or underweight, families experiencing income difficulties and those using tobacco products. The national criteria for supplemental milk administration should be revised and increased in the training of obstetric staff so that supplemental milk is only given for medical reasons, taking into account the individual situation. In child health clinics, advice on the use of

vitamin D should be made more effective, especially for the parents of babies who are fed plenty of infant formula and porridge and gruel enriched with vitamins. In the future, data on the prevalence of breastfeeding should be collected through uniform, structured recording in patient information systems.

Keywords: Breastfeeding, infant, child, food, breast milk, infant formula, complementary food, socioeconomic disparity, Vitamin D, mother



## Sisällys

Tiivistelmä.....	3
Sammandrag.....	5
Abstract.....	7
Tutkimuksen tausta.....	13
Tutkimuksen tavoite.....	15
Tutkimuksen toteuttaminen.....	16
Esiselvitys.....	16
Kohderyhmä ja otanta.....	16
Lomakkeen tietosisältö.....	18
Aineistonkeruun toteuttaminen.....	19
Tiedotteet ja tutkimuksesta tiedottaminen.....	19
Tiedonkeruu.....	20
Aineisto, sen kato ja korjaaminen.....	21
Eettiset näkökohdat.....	23
Tulokset.....	24
Vastaajien taustatiedot.....	24
Terveydenhoitajien taustatiedot.....	26
Imetyksen yleisyys.....	27
Imetyksen yleisyys taustatekijöiden mukaan.....	29
Vanhempien ikä, koulutus ja syntymämaa.....	29
Perherakenne ja perheen taloudellinen tilanne.....	32
Vanhempien tupakkatuotteiden käyttö.....	33
Lapsen syntymäjärjestys, sukupuoli, raskauden kesto ja syntymäpaino.....	34
Lisämaidon ja kiinteiden ruokien käyttö.....	36
Lasten D-vitamiinivalmisteen käyttö.....	39
Pohdinta ja johtopäätökset.....	41
Imetyssuosittelusten toteutuminen ja imetyksen kestoon yhteydessä olevat tekijät.....	41
Lisämaidon, kiinteiden ruokien ja D-vitamiinivalmisteen käyttö.....	43
Tulosten luotettavuus ja yleistettävyys.....	44
Johtopäätökset, toimenpide- ja jatkotutkimusehdotukset.....	46
Kiitokset.....	48
Lähteet.....	49
Liitteet.....	50
Liite 1. Tiedote kuntiin.....	51
Liite 2. Terveydenhoitajan tiedote.....	52
Liite 3. Vanhempien tiedote.....	53
Liite 4. Terveydenhoitajan haastatteluohje.....	54
Liite 5. Terveydenhoitajan kyselylomake.....	55
Liite 6. Perheen kyselylomake.....	56

Liite 7. Kunnittainen ja alueittainen vastausaktiivisuus ja vastausmuoto. ....	61
Liite 8. Aineiston painotuksessa käytetyt painokertoimet ja niiden laskenta.....	63
Liite 9. WHO:n indikaattorit / WHO Indicators for assessing infant and young child practices .....	64

# Tutkimuksen tausta

Imetys on yksi kansanterveyden peruspilareita: se vähentää tutkitusti lapsen ja myös äidin sairastuvuutta lyhyt- ja pitkäaikaisesti. Rintamaidon ravintosisältö vastaa lapsen tarvetta ja rintamaidon ravintoaineet ovat vauvalle tehokkaasti imeytyvässä ja hyväksikäytettävässä muodossa. Imetys mm. vähentää infektioita, vaikuttaa edullisesti lapsen kasvuun, keskushermoston ja puolustusjärjestelmän kehittymiseen, suoliston kypsymiseen ja mikrobistoon. Imetyksellä on monia terveyshyötyjä myös äidille: se mm. auttaa normaalipainon saavuttamisessa ja suojaa rinta- ja munasarjasyövältä sekä tyypin 2 diabetekselta. Lisäksi imetys edistää varhaista vuorovaikutusta, ja on taloudellista ja ympäristöystävällistä. (Victora ym. 2016).

Suomessa on viime vuosina otettu isoja askeleita imetyksen edistämiseksi. Maassamme oli kesällä 2020 kuusi vauvamyönteiseksi sertifioitua synnytysairaala, joista yhdellä on myös vastasyntyneiden teho-osaston neo-BFHI-sertifikaatti. Lähes kaikki synnytysairalat kehittävät toimintaansa Vauvamyönteisyysohjelman mukaisesti näyttöön perustuvaksi ja useampi aikoo hakea sertifikaattia lähivuosina (Ikonen & Hakulinen 2019). Etenkin niillä synnytysairaloiden osastoilla, joilla hoidetaan terveitä vastasyntyneitä ja heidän perheitään, lähes kaikilla hoitajilla on vähintään imetysohjaajan koulutus, ja myös imetyškouluttajien alueellinen kattavuus on hyvä. Useilla alueilla toimii myös alueellinen imetyksen edistämisen työryhmä. (Ikonen & Hakulinen 2019.) Suomessa on kehitetty neuvoloihin oma vauva- ja perhemyönteisyysohjelma, jonka seitsemän askeleen avulla kehitetään näyttöön perustuvaa imetysohjausta (THL 2020a). Myös Imetyksen tuki ry:n tarjoamaa vertaistukea antavat henkilöt ovat koulutettuja, vertaistukea tarjotaan useissa muodoissa, ja se tavoittaa suuren osan vauvaperheistä. Uuden imetysohjauksen hoitosuosituksen mukaan imetysohjaus on tehokas tapa edistää imetystä, etenkin jos sitä annetaan sekä ennen raskautta että synnytyksen jälkeen, ja sitä antavat ammattilaiset ja vertaistukihenkilöt sekä ohjauksessa yhdistetään useita menetelmiä (Hannula ym. 2020). Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022 ohjaa imetyksen edistämistä Suomessa (Hakulinen ym. 2017).

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ovat seuranneet Suomen imetystilannetta Imeväisruokintaselvityksen avulla vuosina 1995, 2000, 2005 ja 2010. Selvitysten tarkoituksena oli vastata sekä kansallisiin että kansainvälisiin tiedontarpeisiin koskien lasten ruokintaa ensimmäisen ikävuoden aikana liittyen täysimetykseen, osittaisimetykseen ja kiinteiden ruokien antamiseen. Selvitysten mukaan täysimetyksessä yleistyivät seurantavuosien 1995–2010 aikana vauvoilla, jotka olivat yhdestä viiteen kuukauden ikäisiä. Myös yli puolivuotiaan lapsen imetys näytti yleistyneen. Sosiodemografiset ja sosioekonomiset tekijät olivat vuonna 2010 huolestuttavasti yhteydessä vähäisempään imetykseen. Vanhempien tupa-

kointi, matala koulutustaso, vanhempien nuori ikä ja toisen vanhemman asuminen muualla kuin äidin kanssa olivat vahvasti yhteydessä vähäisempään imetykseen. (Uusitalo ym. 2012.)

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on ollut pitkään Suomen tavoitteena (ks. esim. STM 2008) ja terveyserojen kaventaminen on myös yksi nykyisen hallitusohjelman tavoitteista. Myös sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen (Valtioneuvosto 2019). Terveyserojen kaventamisessa huomiota on kiinnitettävä myös imetykseen sen lyhyt- ja pitkäaikaisten terveyshyötyjen vuoksi (Victora ym. 2016). Systemaattisten katsauksien tuottaman tutkimusnäytön mukaan riskitekijöitä vähäisemmälle imetykselle ovat äidin nuori ikä (Thulier & Mercer 2009, Winjdaele ym. 2009, Ibanez ym. 2012, Santana ym. 2018), äidin matala koulutustaso (Thulier & Mercer 2009, Winjdaele ym. 2009, Ibanez ym. 2012, Santana ym. 2018), äidin matala sosioekonominen asema tai tulotaso (Thulier & Mercer 2009, Winjdaele ym. 2009, Ibanez ym. 2012, Santana ym. 2018), äidin tupakointi, (Winjdaele ym. 2009, Santana ym. 2018), perheen ainoana aikuisena oleminen (Thulier & Mercer 2009, Ibanez ym. 2012, Santana ym. 2018) sekä ensisynnyttäjäisyys (Santana ym. 2018). Ulkomaalaistaustaisuus sen sijaan on yhteydessä yleisempään imetykseen (Santana ym. 2018).

World Health Organization (WHO) kokoaa kansallisista tiedoista imetystä koskevat tiedot maiden vertailua varten. Tätä varten se on määritellyt kahdeksan ydinindikaattoria ja seitsemän vapaaehtoista indikaattoria. Indikaattoreita käytetään kansainväliseen ja kansalliseen arviointiin ja trendien seuraamiseen, riskiryhmien tunnistamiseen, interventioiden kohdentamiseen ja politiikkapäätösten tekemiseen, sekä imetystavoitteiden toteutumisen seurantaan ja toteutettujen interventioiden vaikutusten arviointiin. (WHO 2008.)

# Tutkimuksen tavoite

Imeväisruokintaselvityksen 2019 tavoitteena oli:

1. Tuottaa seurantatietoa täysimetyksen ja osittaismetyksen yleisyydestä 0–12 kuukauden ikäisillä vauvoilla.
2. Tuottaa tietoa lisämaidon ja kiinteiden ruokien aloittamisiästä ja ruokavalion monipuolisuudesta 4–12 kuukauden ikäisillä vauvoilla.
3. Tuottaa seurantatietoa eri taustatekijöiden (ml. sosiodemografiset ja sosioekonomiset tekijät) yhteydestä täysimetyksen ja osittaismetyksen yleisyyteen.

Tietoa käytetään sekä kansalliseen terveyden edistämisen työn arviointiin ja suunnitteluun että kansainvälisiin vertailuihin.



# Tutkimuksen toteuttaminen

## Esiselvitys

Kuntien mahdollisuuksia osallistua tiedonkeruuseen selvitettiin kyselyllä, joka lähetettiin 130 neuvolaan. Noin 30 kutsua palautui virheellisen tai vanhentuneen sähköpostiosoitteen vuoksi. Kyselyyn saatiin 50 vastausta. Kyselyyn oli mahdollista vastata sekä suomeksi (n=47 vastausta) että ruotsiksi (n=3 vastausta).

Kyselyyn vastanneista 64 % arvioi, että neuvola pystyisi hyvin tai melko todennäköisesti osallistumaan tiedonkeruuseen, jos terveydenhoitaja haastattelee kaikki vastaanotolleen tulevat 2 viikon – 12 kuukauden ikäisten lasten vanhemmat. Vastaajista 88 % arvioi mahdollisuuden hyvin tai melko todennäköiseksi, jos terveydenhoitaja haastattelee osan kohderyhmään kuuluvista, ja 86 % arvioi mahdollisuuden hyvin tai melko todennäköiseksi, jos terveydenhoitaja jakaa linkin kyselylomakkeeseen vanhemman itse vastattavaksi. Eniten neuvoloita kannustaviksi keinoiksi vastaajat arvioivat mahdollisuuden saada kunnan tulokset omaan käyttöön ja vertailun kansalliseen tasoon (67 %), viikoittain ilmoitettavat vastaajamäärät (20 %) ja päivystävän infopuhelimen (16 %).

Tämän kyselyn perusteella toteuttamistavaksi valittiin terveydenhoitajan toteuttama haastattelu ja vaihtoehtoiseksi toteuttamistavaksi terveydenhoitajan jakama linkki itse vastattavaan lomakkeeseen. Kunnat saivat omat tuloksensa käyttöönsä tulosten valmistuttua. Kuntien yhteyshenkilöille lähetettiin tiedonkeruun aikana viikoittain sähköpostiviesti, jossa oli kunnan vastaajamäärä sekä muuta ajankohtaista tietoa. Lisäksi tutkija oli tavoitettavissa tiedonkeruun aikana sähköpostitse ja puhelimitse arkipäivisin.

## Kohderyhmä ja otanta

Selvitys toteutettiin neuvoloissa määräaikaisten terveystarkastusten yhteydessä. Selvityksen kohderyhmänä olivat 2 viikon – 12 kuukauden ikäiset lapset, joiden toiselta tai molemmilta vanhemmilta kysyttiin tietoja imetyksestä ja lapsen ruokavaliosta sekä vanhempien taustatiedot. Neuvolan terveydenhoitajilta kysyttiin tietoja heidän koulutuksestaan ja työstään. Mukaan valittujen kuntien kaikki neuvolat kutsuttiin osallistumaan selvitykseen ja siihen kutsuttiin kaikki tutkimusaikana määräaikaissa terveystarkastuksessa käyvät 2 viikon – 12 kuukauden ikäisten lasten vanhemmat.

Selvitys toteutettiin otannalla sairaanhoitopiireittäin. Otannan suunnitteli ja toteutti Tilastokeskus THL:n tilaamana työnä. Otanta perustuu aikavälillä 22.3.2018–22.3.2019 syntyneisiin lapsiin kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin.

Tutkimuksessa tavoiteltiin edustavuutta sekä sairaanhoitopiirien että kansallisella tasolla. Sairaanhoitopiirien syntyneiden lasten määrä vaihtelee suuresti, joten tutkimuksen kannalta mielekkäiden tutkimusalueiden muodostamiseksi yhdistettiin seuraavat sairaanhoitopiirit

- Päijät-Häme, Etelä-Karjala ja Kymenlaakso
- Etelä-Savo, Itä-Savo ja Pohjois-Karjala
- Kainuu ja Pohjois-Pohjanmaa
- Länsi-Pohja ja Lappi

Lisäksi pääkaupunkiseutu (Helsinki, Espoo, Vantaa) erotettiin omaksi tutkimusalueekseen muusta Helsinki-Uusimaan sairaanhoitopiiristä. Muut sairaanhoitopiirit<sup>1</sup>, niiden yhdistelmät ja Ahvenanmaa muodostivat suoraan oman tutkimusalueensa. Tutkimusalueita oli yhteensä 16.

Tutkimusalueiden muodostamisen jälkeen poistettiin ne kunnat, joissa oli vuonna 2018 syntynyt alle 10 lasta. Tutkimuksen kohdistaminen tällaisiin kuntiin todettiin tehottomaksi, sillä kunnista ei välttämättä saataisi yhtään vastausta tutkimusaikana. Tällaisia poistettuja kuntia oli 38 kpl.

Tutkimuksen otanta-asetelma on ositettu yksiasteinen ryväotanta, jossa kunnat toimivat tutkimusryppäinä. Alueellinen ja kuntien kokovaihtelu huomioitiin edustavan otoksen saamiseksi seuraavasti. Ensin kuntien joukosta poimittiin syntyneiden lasten määrän ja kunnassa syntyneiden alueellisen osuuden mukaan ne suurimmat kunnat, joissa oli syntynyt vähintään 500 lasta. Tällaisia kuntia oli 18 kpl. Sen jälkeen jäljelle jääneistä, alle 500 syntyneen kunnista poimittiin 2 kuntaa per tutkimusalue, pois lukien Uusimaa, josta poimittiin 3 kuntaa. Ahvenanmaalta poimittiin mukaan vain suurin kunta Maarianhamina.

Poiminta toteutettiin SAS-tilasto-ohjelmistolla käyttäen ositettua PPS-SYS-otantaa<sup>2</sup>. Jokaisella kunnalla oli mahdollisuus tulla valituksi, mutta poimintatodennäköisyys oli suurempi kunnilla, joissa syntyneiden osuus oli suurempi. Tuloksena saatiin yhteensä 48 kuntaa, vähintään kolme kuntaa per tutkimusalue (pl. Ahvenanmaa, josta vain yksi kunta).

---

<sup>1</sup> Etelä-Karjala, Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Savo, Kainuu, Kanta-Häme, Keski-Pohjanmaa, Keski-Suomi, Kymenlaakso, Lappi, Pirkanmaa, Pohjanmaa, Pohjois-Karjala, Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo, Päijät-Häme, Satakunta, Uusimaa, Varsinais-Suomi

<sup>2</sup> Poimintatodennäköisyys oli sidoksissa kunnassa syntyneiden osuuteen kaikista ko. tutkimusalueen syntyneistä. Tutkimusalueen sisällä kunnat järjestettiin syntyneiden osuuden mukaan pienimmästä suurimpaan ja poiminta toteutettiin systemaattisesti aloit-  
taen satunnaisesta kunnasta ja sen jälkeen käyttäen fraktionaalista poimintaintervallia (SAS 9.3 User's guide).

## Lomakkeen tietosisältö

Kyselylomake noudatteli vuoden 2010 tiedonkeruun lomakkeen sisältöjä. Lomaketta muokattiin aihepiirin asiantuntija- ja tutkijaryhmässä. Lomakkeen pituuteen ja siten tiedonkeruun käytännön toteutettavuuteen kiinnitettiin erityistä huomiota, ja esimerkiksi äidin ravintolisien käyttöä koskevat kysymykset poistettiin kokonaan. Lisäksi taustatietoja kysyttiin luokiteltuna, jotta tutkimukseen osallistuvia ei olisi mahdollista tunnistaa välillisesti. Lomakkeen tietosisältö muodostui perustiedoista, sosiodemografisista tiedoista sekä imetykseen ja kiinteiden ruokien käyttöön liittyvistä tiedoista (Taulukko 1 ja Liite 6).

Taulukko 1. Perheen lomakkeen tietosisältö

Perustiedot	Tuottaa tietoa (yhteys imetykseen)
Neuvolan nimi	Alue (Uusitalo ym. 2012)
Asuinkunta	Alue (Uusitalo ym. 2012)
Lapsen ikä	Käytetään ikäryhmittäisessä tarkastelussa
Lapsen syntymäpaino luokiteltuna	Lapsen normaalipainoisuus (Uusitalo ym. 2012)
Lapsen sukupuoli	Perustieto
Äidin aikaisempien synnytysten lukumäärä	Ensisynnyttäjäyys (Uusitalo ym. 2012, Santana ym. 2018)
Raskauden kesto luokiteltuna	Lapsen täysiaikaisuus ( Uusitalo ym. 2012, Rollins ym. 2016)
Synnytyssairaalan nimi	Alue (Uusitalo ym. 2012)
Sikiöiden lukumäärä	Kaksosuus (Uusitalo ym. 2012)
<b>Sosiodemografiset tiedot</b>	
Taloudessa asuvien lasten ja aikuisten määrä	Perheen ainoana aikuisena oleminen (Uusitalo ym. 2012, Thulier & Mercer 2009, Ibanez ym. 2012, Santana ym. 2018)
Synnyttäneen vanhemman ja toisen vanhemman syntymävuodet	Vanhempien ikä (Uusitalo ym. 2012, (Thulier & Mercer 2009, Winjdaele ym. 2009, Ibanez ym. 2012, Santana ym. 2018)
Synnyttäneen vanhemman ja toisen vanhemman koulutus	Koulutustaso (Uusitalo ym. 2012, Thulier & Mercer 2009, Winjdaele ym. 2009, Ibanez ym. 2012, Santana ym. 2018),)
Synnyttäneen vanhemman ja toisen vanhemman tupakkatuotteiden käyttö	Tupakointi (Uusitalo ym. 2012, Winjdaele ym. 2009, Santana ym. 2018),)
Kokemus perheen taloudellisesta tilanteesta	Perheen taloudellinen tilanne (Thulier & Mercer 2009, Winjdaele ym. 2009, Ibanez ym. 2012, Santana ym. 2018)
Synnyttäneen vanhemman ja toisen vanhemman syntymämaa	Ulkomaalaistaustaisuus (Santana ym. 2018)

<b>Lapsen ruokavalio vastaushetkeä edeltäneiden 24 tunnin aikana</b>	<b>Indikaattori<sup>1</sup> ja sen lähde</b>
Imetys edeltäneiden 24 tunnin aikana	C3 (WHO), Imetys ikäryhmittäin (Uusitalo ym. 2012)
Muun kuin rintamaidon saanti edeltäneiden 24 tunnin aikana	C2, C4, O11 (WHO), Täysimetys ikäryhmittäin (Uusitalo ym. 2012)
Jos kyllä: mitä ruokaa on saanut edeltäneiden 24 tunnin aikana	C2, C4, O11 (WHO), lisäruokien käyttö ikäryhmittäin (Uusitalo ym. 2012)
Jos kyllä: Sosemaisten tai kiinteiden ruokien antokertojen määrä edeltäneiden 24 tunnin aikana	C6 (WHO)
D-vitamiinivalmisteen saanti edeltäneiden 24 tunnin aikana	D-vitamiinisupplementaatio (Uusitalo ym. 2012)
Tuttipullon käyttö edeltäneiden 24 tunnin aikana	O14 (WHO), Tuttipullon käytön yleisyys (Uusitalo ym. 2012)

<sup>1</sup>WHO:n indikaattorit: C2 Exclusive breastfeeding under 6 months; C3 Continued breastfeeding at 1 year; C4 Introduction of solid foods; C6 Minimum meal frequency; O11 Age-appropriate breastfeeding; O14 Bottle feeding

Kansainväliseen raportointiin kehitettyjen WHO:n indikaattoreiden (WHO 2008) relevanttius arvioitiin asiantuntijaryhmässä. Vuoden 2010 lomakesisältö vastasi suurelta osin WHO:n indikaattorisuosituksiin. Uutena kysymyksenä lisättiin kysymys kiinteiden ruokien antotiheydestä. Runsaasti rautaa sisältävien ruokien käyttöä mittaavaa, WHO:n ydinindikaattoria ei lisätty kyselyyn, koska sitä ei nähty kansallisesti olennaiseksien vuoksi että ravinnosta johtuva anemia on Suomessa vauvoilla hyvin harvainen.

Terveydenhoitajalle oli edellisen selvityksen tapaan oma lomakkeensa, jonka hän täytti kerran. Lomakkeessa kysyttiin koulutusta ja imetyksen edistämisen rakenteita (imetyspoliklinikka, imetyksen edistämisen työryhmä, perehdytys kansalliseen toimintaohjelmaan) neuvolassa. Terveydenhoitajan ja perheen lomakkeet olivat yhdistettävissä toisiinsa anonyymin vastaustunnuksen avulla.

## Aineistonkeruun toteuttaminen

### Tiedotteet ja tutkimuksesta tiedottaminen

Tutkimuksen ajankohdasta, sisällöistä, käyttötarkoituksesta, tulosten saatavuudesta ja hyödynnettävyydestä tiedotettiin kunnille (Liite 1), terveydenhoitajille (Liite 2) ja perheille (Liite 3). Tiedotusta tuettiin yhdenmukaisella visuaalisella ilmeellä, tiedotamalla tutkimuksesta kolmannen sektorin avulla sosiaalisessa mediassa ja toimittamalla neuvoloihin tutkimuksesta kertova odotustilaan laitettava juliste (Kuva 1). Kunnille ja terveydenhoitajille tarkoitetut tiedotteet olivat suomen- ja ruotsin kielellä, perheille lisäksi englanniksi ja venäjäksi. Ennen tiedonkeruuta terveydenhoitajille

järjestettiin kuusi samansisältöistä Skype-tapaamista, joissa tutkija esitteli tiedonkeruun käytännön toteuttamisen ja vastasi kysymyksiin. Tiedonkeruun aikana osallistuneille kunnille lähetettiin kerran viikossa sähköposti, jossa kannustettiin tiedonkeruun jatkamiseen ja esitettiin sen hetkiset vastaajamäärät kunnittain. Tutkija oli tiedonkeruun aikana tavoitettavissa sähköpostitse ja puhelimitse klo 7.30–16.30 välisenä aikana arkipäivisin.



Kuva 1. Tutkimuksesta kertova juliste.

## Tiedonkeruu

Selvityksessä käytettiin sähköistä lomaketta (Webropol, Liitteet 5 ja 6). Selvitys toteutettiin ensisijaisesti terveydenhoitajan toteuttamana strukturoituna haastatteluna. Tätä WHO:n suosittelemaa tapaa on käytetty myös aikaisemmissa selvityksissä. Strukturoitu haastattelu mahdollisti myös niiden perheiden osallistumisen, joille verkkolomakkeen käyttö olisi voinut olla hankalaa esimerkiksi lukivaikkeen vuoksi. Haastattelun pystyi tekemään myös tulkin avulla. Jos haastattelu ei ollut mahdollista, terveydenhoitaja antoi verkkolomakkeen linkin perheelle ja ohjeisti perheen vastaamaan lomakkeeseen mahdollisimman pian neuvolakäynnin jälkeen. Eri aineistonkeruun tapojen etuina oli niiden perheiden rekrytointi, joilla koko vastaanottoaika menee perheen asioiden käsittelyyn (esim. imetysongelmia tai muita haasteita per-

heessä) ja muiden kuin suomen- ja ruotsinkielisten saaminen mukaan. Lisäksi kaksi vaihtoehtoista aineistonkeruutapaa mahdollistivat terveydenhoitajan itse säädellä tutkimukseen käytettävää aikaa ja tarvittaessa suunnata työaikaan itse terveydenhoitotyöhön (esim. terveydenhoitajien vajaan tilanteessa tai tavallista enemmän tarvetta lisäkäynteihin) aineistonkeruun silti vaarantumatta. Lomakkeista tehtiin versiot suomeksi, ruotsiksi, englanniksi ja venäjäksi. Terveydenhoitaja täytti oman sähköisen lomakkeen suomeksi tai ruotsiksi yhden kerran tiedonkeruun alussa (Liite 5).

Tiedonkeruu toteutettiin 1.10.–31.10.2019. Tähän neljän viikon jaksoon osui syysloma, jolloin neuvoloissa saattoi olla supistettua toimintaa. Tämän vuoksi varsinaista tiedonkeruun aikaa oli vain kolme viikkoa. Muutama kunta toivoi ja sai kaksi viikkoa lisäaikaa tiedonkeruulle alun hitaan käynnistymisen vuoksi.

### Aineisto, sen kato ja korjaaminen

Kaikki kutsutut Manner-Suomen kunnat myönsivät tutkimusluvan tutkimukselle ja osallistuivat tiedonkeruuseen. Ahvenanmaa ei osallistunut tutkimukseen. Muutama kunta ilmoitti, että ne osallistuvat vain jakamalla linkkiä vastaanotolla, ja lisäksi yksi kunta osallistui jakamalla linkkiä vastaanoton ulkopuolella. Liitteessä 7 on esitetty kunnittainen vastaajamäärä, syntyneiden lasten lukumäärän mukaan arvioitu vastausprosentti ja vastaustavan (haastattelu/itsetäytettävä lomake) jakauma.

Terveydenhoitajat eivät tilastoineet tutkimuksesta kieltäytyneitä, koska aikaisemmissa tutkimuksissa tapa on osoittautunut epäluotettavaksi. Sen sijaan katoa arvioitiin kunnassa vuoden aikana syntyneiden lasten lukumäärän perusteella. Tarastelujakso oli sama kuin otoksen laskennassa käytetty. Vuodessa syntyneiden lasten lukumäärä jaettiin luvulla 0,67,<sup>3</sup> ja kerrottiin luvulla 0,75<sup>4</sup>. Arviota vastausaktiivisuudesta tarkastettiin vielä käyttämällä AvoHilmon käyntitietoja. Vuoden 2019 alle 1-vuotiaiden lastenneuvolakäyntien lukumäärästä laskettiin laskennallinen kolmen viikon lukumäärä (käyntien lukumäärä / 52 \* 3).

Tietoja saatiin 3418 perheeltä (22 %, laskettuna syntyneiden lasten lukumäärästä) ja 913 terveydenhoitajalta. AvoHilmon käyntimäärien perusteella tarkastettu vastausaktiivisuus oli 21 prosenttia, kun käyntimääristä ei ollut erotettavissa määräaikaista terveystarkastuksia ja lisäkäyntejä. Aineistossa on huomattavia tuloksien luotettavuutta heikentäviä puutteita. Kunnittainen ja alueellinen vastausaktiivisuus vaihteli huomattavasti (Liite 7). Matalan vastausaktiivisuuden kunnissa aineistoon oli vali-

---

<sup>3</sup> Alle vuoden ikäisten määräaikaisten terveystarkastukset suoritetaan kuukausittain kuuden kuukauden ikään asti, ja sen jälkeen kahdeksan ja 12 kuukauden iässä, jolloin  $\frac{8}{12}$  (=0,67) syntyneistä lapsista käy yhden kuukauden aikana lastenneuvolassa.

<sup>4</sup> Tiedonkeruu-aikaa oli neljän viikon sijasta kolme viikkoa.

koitunut enemmän täysimettäviä perheitä 2–3 kuukauden ja 4–5 kuukauden ikäryhmissä. Lisäksi aineisto oli vinoutunut vastaustavan mukaan siten, että itse lomakkeen täyttäneissä oli enemmän täysimettäviä ja imettäviä vanhempia, vaikka vastaustavan ei voida odottaa olevan yhteydessä imetykseen. Näiden lisäksi aineistoon valikoitui enemmän korkeasti koulutettuja ja hiukan enemmän vanhempia äitejä. Taulukossa 2 on esitetty vastaajien lukumäärä analyyseissä käytettyihin ikäryhmiin jaoteltuna.

**Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneet vauvat ikäryhmittäin**

	<b>0–1 kk</b>	<b>2–3 kk</b>	<b>4–5 kk</b>	<b>6–8 kk</b>	<b>9–10kk</b>	<b>11–12 kk</b>
Lukumäärä	613	840	747	484	468	258
Osuus (%)	18	25	22	14	14	8

Aineiston vinoumaa pyrittiin korjaamaan painottamisella ennen analyyseja. Alueellisesti aineistoa ei painotettu, koska se olisi johtanut virheellisesti entistä suurempaan täysimetyks- ja imetykslukujen raportointiin, koska matalan vastausaktiivisuuden kunnissa oli korkeammat imetyksluvut. Vastausmuodon mukaan painottaminen oli mahdotonta, koska tätä tietoa ei ollut saatavissa niiltä perheiltä, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen. Aineisto painotettiin synnyttäneen vanhemman iän ja koulutustason mukaan. Tämä korjaa jonkin verran myös vastaustavan mukaan syntynyttä vinoumaa, sillä terveydenhoitajan suorittamissa haastatteluissa oli itse vastattua lomaketta enemmän nuoria äitejä tai äitejä, joilla oli perus- tai keskiasteen koulutus. Tutkimuksen kohderyhmää kuvaavina tunnuslukuina käytettiin Tilastokeskuksen Synnyttäjät 2018-tilastoa, koska vuoden 2019 vastaavaa tietoa ei ollut vielä saatavilla. Käytetyt painokertoimet ja niiden laskenta on esitetty liitteessä 8. Kaikki analyysit taustatietojen raportointia lukuun ottamatta on tehty painotetulla aineistolla. Painotukseen tarvittava ikä- tai koulutustieto puuttui 102 vastaajalta, joten painotetulla aineistolla tehdyissä analyyseissä vastaajien lukumäärä on 3316 vastaajaa.

Aineiston alueellisesti heikosta kattavuudesta johtuen tulokset raportoidaan vain koko maan osalta. Tulosten luotettavuuden vahvistamiseksi vauvojen ikäryhmiä on yhdistetty, jolloin satunnaisvaihtelun vaikutus tuloksiin vähenee. Myös joitakin taustatekijöitä kuvaavia luokkia on yhdistetty samasta syystä.

Aineisto analysoitiin SPSS 26-ohjelmalla. Analyysimenetelminä käytettiin frekvenssien lisäksi ristiintaulukointia ja khiin neliö-testiä. Vinoissa muuttujissa käytetään keskilukuna mediaania (Md). Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi määriteltiin  $p < 0,05$ .

## Eettiset näkökohdat

THL:n tutkimuseettinen työryhmä puolsi tutkimusta. Selvitykseen osallistuvilta kunnilta saatiin tutkimusluvut. Kuntien neuvolatoiminnasta vastaavia, terveydenhoitajia ja perheitä informoitiin asianmukaisesti ennen tutkimusta.

Yhdistämällä erilaisia tiedonkeruun tapoja (strukturoidu haastattelu, itse vastattava verkkolomake) pyrittiin tarjoamaan mahdollisimman monelle mahdollisuus vastaamiseen. Edellisestä tiedonkeruusta poiketen lisättiin itse vastattava verkkolomake, millä huomioitiin neuvoloiden tiukentuneet resurssit ja turvattiin perheiden tarvitsema aika vastaanotolla. Terveydenhoitajien ohjeistuksessa painotettiin, että tutkimuksen ei ollut tarkoitus viedä vastaanottoaikaa niissä tapauksissa, joissa koko vastaanottoaika tarvitaan muuhun perheen hyvinvoinnin selvittämiseen ja tukemiseen. Tällöin vaihtoehtoinen itse vastattava verkkolomake mahdollisti myös näiden perheiden osallistumisen.

Kaikki tutkittavat olivat neuvolaseurannassa, joten heillä oli tarvittaessa pääsy avun ja tuen piiriin vastaamisen jälkeen. Vastaava tutkija sai muutamia perheiden tilanteeseen liittyviä yhteydenottoja perheiltä ja terveydenhoitajilta tiedonkeruun aikana, mutta pidättäytyi yhteydenotoissa tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti käytännön ohjaukseen tiedonkeruuseen liittyen ja ohjasi tutkittavia ottamaan yhteyttä tarvittaessa terveydenhuoltoon tai koulutetun vertaistuen piiriin.

Tiedot kerättiin ilman tunnisteellisia tietoja ja aineistosta ei ole suorasti eikä epäsuorasti tunnistettavissa yksittäisiä henkilöitä.



# Tulokset

## Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeeseen vastanneista (N=3418) 84 prosenttia oli lapsen synnyttänyt vanhempi (jatkossa äiti), 15 prosenttia molemmat vanhemmat yhdessä ja yksi prosentti toinen lapsen vanhempi. Äideistä 54 prosenttia oli yli 30-vuotiaita ja joka kuudennella oli korkeakoulututkinto. Toisista vanhemmista 64 prosenttia oli yli 30-vuotiaita ja 48 prosentilla oli korkeakoulututkinto. Vain pieni osa äideistä käytti tupakkatuotteita, mutta toisilla vanhemmilla tupakkatuotteiden käyttö oli huomattavasti yleisempää. Noin yhdeksän vanhempaa kymmenestä oli syntynyt Suomessa. Kolmasosa vastaajista arvioi perheensä taloudellisen tilanteen kohtalaiseksi tai sitä huonommaksi. (Taulukko 3.)

Noin puolessa perheistä tutkimukseen osallistunut vauva oli äidin ensimmäinen. Vain pieni osa perheistä oli saanut kaksosvauvat ja sitä useampia monikkoja vastaajissa ei ollut. Monikkojen osalta perhe antoi tiedot vain yhdestä lapsesta. Pieni osa vauvoista oli syntynyt ennenaikaisesti tai pienipainoisena. Syntymäpainoltaan yli 4000 grammaa painaneita vauvoja oli noin joka viides. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden perheiden (N=3418) taustatiedot**

Taustatieto	%	n
<b>Äidin ikä</b>		
Alle 25 vuotta	10	350
25–30 vuotta	36	1233
31–35 vuotta	34	1146
36 vuotta tai enemmän	20	666
Tieto puuttuu		23
<b>Toisen vanhemman ikä</b>		
Alle 25 vuotta	6	207
25–30 vuotta	29	987
31–35 vuotta	33	1114
36 vuotta tai enemmän	31	1052
Tieto puuttuu		58

## Tulokset

<b>Äidin koulutus</b>		
Perus- tai keskiaste	41	1369
Alin tai alempi korkeakouluaste	37	1229
Ylempi tai ylin korkeakouluaste	23	773
Tieto puuttuu		47
<b>Toisen vanhemman koulutus</b>		
Perus- tai keskiaste	52	1734
Alin tai alempi korkeakouluaste	29	962
Ylempi tai ylin korkeakouluaste	19	637
Tieto puuttuu		85
<b>Äidin syntymämaa</b>		
Suomi	94	3187
Muu Pohjoismaa	1	16
Muu maa	6	199
Tieto puuttuu		16
<b>Toisen vanhemman syntymämaa</b>		
Suomi	91	3080
Muu Pohjoismaa	1	27
Muu maa	8	274
Tieto puuttuu		37
<b>Äidin tupakkatuotteiden käyttö</b>		
Ei käytä	94	3197
Käyttää	6	205
Tieto puuttuu		16
<b>Toisen vanhemman tupakkatuotteiden käyttö</b>		
Ei käytä	70	2395
Käyttää	30	982
Tieto puuttuu		41
<b>Perherakenne</b>		
Vain yksi aikuinen perheessä	5	158
Kaksi tai useampaa aikuista perheessä	95	3233
Tieto puuttuu		27
<b>Perheen koettu taloudellinen tilanne</b>		
Erittäin hyvä tai hyvä	70	2380
Kohtalainen tai sitä huonompi	30	1017
Tieto puuttuu		21

<b>Lapsen syntymäjärjestys</b>		
Ensimmäinen lapsi	47	1580
Toinen lapsi	32	1096
Kolmas lapsi tai enemmän	21	704
Tieto puuttuu		38
<b>Lapsen sukupuoli</b>		
Tyttö	51	1726
Poika	49	1666
Tieto puuttuu		26
<b>Syntyneiden lasten lukumäärä</b>		
Yksi	99	3348
Kaksoset	1	49
Tieto puuttuu		21
<b>Raskauden kesto</b>		
Alle 37 rvk	5	164
37 rvk tai enemmän	95	3226
Tieto puuttuu		28
<b>Syntymäpaino</b>		
< 2500 grammaa	3	109
2500–3999 grammaa	79	2690
≥4000 grammaa	18	604
Tieto puuttuu		15

## Terveydenhoitajien taustatiedot

Terveydenhoitajien vastauksia saatiin yhteensä 913 kappaletta. Heistä valtaosa oli suorittanut terveydenhoitajan tutkinnon, ja pieni osa oli terveydenhoitaja-kätilöitä tai kätilö-terveydenhoitajia. Vastaajista lähes kaikki olivat suorittaneet imetysohjaaja-koulutuksen. Tämän vuoksi tässä raportissa ei esitetä edellisen raportin tapaan imetyksen yleisyyttä terveydenhoitajan saaman imetykseen liittyvän koulutuksen mukaan. Imetyškouluttajakoulutuksen tai kansainvälisen imetyksen asiantuntijan IBCLC-tutkinnon oli suorittanut vain muutama vastaaja. Suurin osa terveydenhoitajista ilmoitti työskentelevänsä yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa, ja hieman useampi kuin joka viides työskenteli lastenneuvolassa. Yhdeksällä terveydenhoitajalla kymmenestä oli mahdollisuus lähettää perhe tarvittaessa imetyksiantuntijalle tai imetyspoliklinikalle. Kolme terveydenhoitajaa neljästä ilmoitti, että alueella toimii imetyksen edistämisen työryhmä ja kahdeksan terveydenhoitajaa kymmenestä oli saanut perehdytyksen kansalliseen imetykseen edistämisen toimintaohjelmaan. (Taulukko 4).

Taulukko 4. Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien (N=913) taustatiedot

Tietosisältö	%	n
<b>Peruskoulutus</b>		
Terveydenhoitaja	90	814
Terveydenhoitaja-kätilö	4	32
Kätilö-terveydenhoitaja	7	62
Muu tai tieto puuttuu		5
Suorittanut imetysohjaajakoulutuksen	97	800
Tieto puuttuu		90
<b>Pääasiallinen työskentelypaikka</b>		
Äitiys- ja lastenneuvola	76	691
Äitiysneuvola	1	8
Lastenneuvola	23	205
Muu tai tieto puuttuu	5	9
Mahdollisuus lähettää perhe tarvittaessa imetyksen asiantuntijalle	91	833
Tieto puuttuu		1
Alueella toimii imetyksen edistämisen työryhmä	76	689
Tieto puuttuu		1
Saanut perehdytyksen kansalliseen imetyksen edistämisen toimintaohjelmaan	79	723
Tieto puuttuu		1

## Imetyksen yleisyys

Edellisen selvityksen (Uusitalo ym. 2012) mukaisesti tässä raportissa täysimetyksenä raportoidaan ruokinta, jossa lapsi ei ole saanut **elämänsä aikana** muuta kuin rintamaitoa, pois lukien mahdollisesti synnytyssairaalassa saatu lisämaito. Poikkeuksen tästä raportointitavasta tekee taulukko 6 ja liite 9, joissa täysimetus perustuu **viimeksi kuluneen 24 tunnin** ajan ruokintaan. Osittaisimetyksellä tarkoitetaan tilannetta, jossa lapsi saa äidinmaitoa ja jotakin muuta (äidinmaidonkorviketta tai kiinteää ruokaa). Termillä imetus viitataan yhteenlaskettuun täys- ja osittaisimetykseen. Imetystä koskeviin kysymyksiin jätti vastaamatta 2–22 perhettä kysymyksestä riippuen.

Hieman yli puolet 0–3 kuukauden ikäisistä vauvoista oli täysimetettyjä. Täysimetyksen yleisyys laskee etenkin 5 kuukauden ikään mennessä. Lähes kaikki 0–1 kuukauden ikäisistä vauvoista oli imetettyjä. Puolen vuoden ikäisistä vauvoista imetettyjä oli 77 prosenttia ja vielä vuoden ikäisistäkin 58 prosenttia. (Taulukko 5.)

Täysimetus on yleistynyt kaikissa tarkastelluissa ikäryhmissä verrattuna vuoden 2010 imetysselvitysten tuloksiin. Täysimetettyjä alle 1–2 kuukauden ikäisiä vauvoja oli noin 10 prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 2010 ja neljän kuukauden ikäisiä vauvoja 27 prosenttiyksikköä enemmän. Ei-imetettyjen osuus alle kuukauden ikäisistä vauvoista on edellisten selvitysten tavoin matala, ja yli kuukauden ikäisillä

vauvoilla vieläkin vähäisempi kuin vuonna 2010. Vain 12 prosenttia viiden kuukauden ikäisistä vauvoista ei ollut lainkaan imetettyjä, kun vuonna 2010 vastaava osuus oli 34 prosenttia. Vuoden ikää lähestyvistä vauvoista 62 prosenttia oli imetettyjä, kun vuonna 2010 vastaavasti vain neljä kymmenestä (41 %). (Taulukot 6 ja 7).

**Taulukko 5. Täysimetyksen ja imetyksen yleisyys, %**

Lapsen ikä, kk	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Täysimetyks <sup>1</sup>	57	58	54	53	50	26	9						
Täys- tai osittaisimetyks <sup>2</sup>	94	93	88	86	85	88	77	86	71	75	64	61	58
Ei imetetty <sup>2</sup>	6	7	12	14	15	12	23	15	29	25	36	39	42

<sup>1</sup>Koko elämän aikana, pl. mahdollisesti sairaalassa saatu lisämaito

<sup>2</sup>Vastaushetkellä

**Taulukko 6. Täysimetyksen lapsen iän mukaan vuosina 1995, 2000, 2005, 2010 ja 2019, %. Taulukon luvut perustuvat edellisen vuorokauden ruokintaan.**

Vuosi	Lapsen ikä, kk					
	<1	1	2	3	4	5
1995	68	50	46	26	10	3
2000	65	50	52	45	15	3
2005	60	60	56	51	34	15
2010	65	63	57	53	32	15
2019	64	74	70	70	58	30

**Taulukko 7. Täys- ja osittaisimetyksen lapsen iän mukaan vuosina 1995, 2000, 2005, 2010 ja 2019, %. Taulukon luvut perustuvat edellisen vuorokauden ruokintaan.**

Vuosi	Lapsen ikä, kk							
	<1	1	2	3	4	5	6-8	9-12
1995	97	84	74	68	61	52	40	25
2000	91	87	80	74	66	57	49	37
2005	93	87	82	76	72	64	55	38
2010	92	87	80	76	67	66	55	41
2019	95	94	89	86	86	88	76	62

## Imetyksen yleisyys taustatekijöiden mukaan

### Vanhempien ikä, koulutus ja syntymämaa

Äidin ikä oli yhteydessä sekä täysimetykseen että imetykseen siten, että alle 25 vuotiaat äidit täysimetivät ja imettivät erityisesti 0–1 kk ikäisiä vauvoja vähemmän kuin vanhemmat äidit. Täysimetus on kuitenkin nuorimpien, alle 25-vuotiaiden äitien, keskuudessa yleistynyt huomattavasti verrattaessa edellisen selvityksen tuloksiin: nuorten äitien 2–3 kuukauden ja 4–5 kuukauden ikäisten vauvojen täysimetus oli nyt noin 20 prosenttiyksikköä yleisempää kuin vuonna 2010 (Uusitalo ym. 2010). Äidin ikä ei ollut yhteydessä 2–5 kuukauden ikäisten vauvojen täysimetyksen yleisyyteen. Vastaavasti myös nuorten äitien imetus oli yleistynyt vuoden 2010 selvitykseen verrattuna (Uusitalo ym. 2010), sekä verrattuna vanhempiin äiteihin. Myös toisen vanhemman nuori ikä oli yhteydessä vähäisempään täysimetykseen ja imetykseen. (Taulukot 8 ja 9.)

Äidin koulutusaste oli edellisen selvityksen (Uusitalo ym. 2010) tapaan yhteydessä täysimetyksen ja imetyksen yleisyyteen, mutta erot yleisyydessä olivat pienempiä kuin vuoden 2010 selvityksessä. Vuonna 2010 ero täysimetyksen yleisyydessä oli matalimman ja korkeimman koulutusasteen välillä noin 20–30 prosenttiyksikköä, kun nyt ero oli kaventunut noin kymmeneen prosenttiyksikköön. Vastaavasti myös imetyksen yleisyydessä ero oli nyt matalimman ja korkeimman koulutusasteen välillä noin 10–20 prosenttiyksikköä, kun se vuonna 2010 oli suurimmillaan noin 60 prosenttiyksikköä. Kuten äidin koulutustaso, myös toisen vanhemman matalampi koulutustaso oli yhteydessä vähäisempään täysimetyksen ja imetyksen yleisyyteen. (Taulukot 10 ja 11.)

Äidin tai toisen vanhemman syntymämaa ei ollut yhteydessä täysimetyksen yleisyyteen. Imetettyjen lasten osuus oli pienempi yli 10 kuukauden ikäryhmissä, jos äidin syntymämaa oli jokin muu kuin Suomi. (Taulukot 12 ja 13.) Tulokset ovat tältä osin suuntaa-antavia, koska käytettävissä olevat kieliversiot eivät kattaneet kaikkia käytössä olevia kieliä. Siten esimerkiksi arabiaa, hepreaa tai somalin kieltä puhuvat perheet ovat voineet jäädä aineiston ulkopuolelle.

Taulukko 8. Täysimetys vanhemman iän mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk		
	0-1	2-3	4-5
<b>Äidin ikä</b>			
Alle 25 vuotta	46	50	35
25-30 vuotta	64	55	34
31-35 vuotta	59	54	36
36 vuotta tai enemmän	53	50	39
<i>p</i> -arvo	.013	NS	NS
<b>Toisen vanhemman ikä</b>			
Alle 25 vuotta	45	58	40
25-30 vuotta	59	51	35
31-35 vuotta	65	59	35
36 vuotta tai enemmän	53	50	38
<i>p</i> -arvo	.023	NS	NS

Taulukko 9. Täys- tai osittaisimetys vanhemman iän mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk					
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-12
<b>Äidin ikä</b>						
Alle 25 vuotta	84	68	81	70	41	41
25-30 vuotta	94	89	87	81	72	62
31-35 vuotta	97	94	87	79	75	64
36 vuotta tai enemmän	95	87	87	78	63	55
<i>p</i> -arvo	<.001	<.001	NS	NS	<.001	NS
<b>Toisen vanhemman ikä</b>						
Alle 25 vuotta	81	74	90	76	34	22
25-30 vuotta	95	85	85	82	71	57
31-35 vuotta	93	91	90	80	74	62
36 vuotta tai enemmän	98	89	86	74	67	63
<i>p</i> -arvo	<.001	.001	NS	NS	<.001	.015

Taulukko 10. Täysimetyks vanhemman koulutuksen mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk		
	0-1	2-3	4-5
<b>Äidin koulutus</b>			
Perus- tai keskiaste	54	48	31
Alin tai alempi korkeakouluaste	62	60	40
Ylempi tai ylin korkeakouluaste	63	57	42
<i>p</i> -arvo	NS	.006	.015
<b>Toisen vanhemman koulutus</b>			
Perus- tai keskiaste	54	48	32
Alin tai alempi korkeakouluaste	63	62	40
Ylempi tai ylin korkeakouluaste	65	60	44
<i>p</i> -arvo	NS	.001	.021

Taulukko11. Täys- tai osittaisimetyks vanhemman koulutuksen mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk					
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-12
<b>Äidin koulutus</b>						
Perus- tai keskiaste	89	80	79	68	58	50
Alin tai alempi korkeakouluaste	99	94	92	89	75	63
Ylempi tai ylin korkeakouluaste	98	95	98	91	85	76
<i>p</i> -arvo	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	.004
<b>Toisen vanhemman koulutus</b>						
Perus- tai keskiaste	91	82	83	73	61	49
Alin tai alempi korkeakouluaste	96	94	89	86	80	63
Ylempi tai ylin korkeakouluaste	100	93	95	87	81	88
<i>p</i> -arvo	.003	<.001	.002	.001	<.001	<.001



Taulukko 12. Täysimetys vanhemman syntymämaan mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Äidin syntymämaa	Lapsen ikä, kk		
	0-1	2-3	4-5
Suomi	59	53	35
Muu maa	55	54	40
<i>p</i> -arvo	NS	NS	NS
Toisen vanhemman syntymämaa			
Suomi	58	54	37
Muu maa	59	47	27
<i>p</i> -arvo	NS	NS	NS

Taulukko 13. Täys- tai osittaisimetys vanhemman syntymämaan mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Äidin syntymämaa	Lapsen ikä, kk					
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-12
Suomi	94	87	87	78	69	60
Muu maa	93	93	85	85	52	27
<i>p</i> -arvo	NS	NS	NS	NS	.048	.011
Toisen vanhemman syntymämaa						
Suomi	94	87	87	79	68	59
Muu maa	91	86	79	72	61	50
<i>p</i> -arvo	NS	NS	NS	NS	NS	NS

### Perherakenne ja perheen taloudellinen tilanne

Yhden aikuisen perheessä vauvoja täysimetettiin ja imetettiin vähemmän yleisesti kuin kahden tai useamman aikuisen perheessä (Taulukot 14 ja 15). Erot olivat kuitenkin kaventuneet verrattaessa vuoden 2010 tuloksiin (Uusitalo ym. 2010). Tulosten luotettavuutta heikentää se, että aineistossa oli hyvin vähän yhden aikuisen perheitä.

Perheen taloudellinen tilanne oli yhteydessä täysimetykseen 0–1 kuukauden ikäisillä vauvoilla ja imetykseen alle 6 kuukauden ikäisillä vauvoilla. Ero taloudellisen tilanteensa erittäin hyväksi tai hyväksi kokoneiden ja kohtalaiseksi tai huonoksi kokoneiden välillä oli noin 10 prosenttiyksikköä. (Taulukot 14 ja 15.)

Taulukko 14. Täysimetys perherakenteen ja perheen taloudellisen tilanteen mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Perherakenne	Lapsen ikä, kk		
	0-1	2-3	4-5
Vain yksi aikuinen perheessä	42	38	26
Kaksi tai useampaa aikuista perheessä	59	54	36
<i>p</i> -arvo	NS	.036	NS
<b>Perheen taloudellinen tilanne</b>			
Erittäin hyvä tai hyvä	61	55	37
Kohtalainen tai huono	49	49	34
<i>p</i> -arvo	.005	NS	NS

Taulukko 15. Täys- tai osittaisimetys perherakenteen ja perheen taloudellisen tilanteen mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Perherakenne	Lapsen ikä, kk					
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-12
Vain yksi aikuinen perheessä	84	65	69	68	54	40
Kaksi tai useampaa aikuista perheessä	94	88	88	79	69	59
<i>p</i> -arvo	.026	<.001	.001	NS	NS	NS
<b>Perheen taloudellinen tilanne</b>						
Erittäin hyvä tai hyvä	96	90	90	79	70	59
Kohtalainen tai huono	86	80	79	76	62	56
<i>p</i> -arvo	<.001	<.001	<.001	NS	NS	NS

### Vanhempien tupakkatuotteiden käyttö

Vastanneissa oli hyvin vähän tupakkatuotteita käyttäviä vanhempia. Tupakkatuotteita käyttävien vanhempien lapsia imetettiin vähemmän kuin tupakkatuotteita käyttämättömien vanhempien vauvoja. Etenkin tupakkatuotteita käyttävien äitien vauvojen täysmetyksen ja imetyksen yleisyys oli huomattavan matala. (Taulukot 16 ja 17.) Tulos on samansuuntainen vuoden 2010 selvityksen kanssa. Suoraa vertailua vuoden 2010 tuloksiin ei kuitenkaan voida tehdä, koska tässä selvityksessä otettiin huomioon tupakan lisäksi nuuska ja sähkötupakka.

Taulukko 16. Täysimetys vanhemman tupakkatuotteiden käytön mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk		
	0-1	2-3	4-5
<b>Äidin tupakkatuotteiden käyttö</b>			
Ei käytä	60	56	37
Käyttää	24	20	12
<i>p</i> -arvo	<.001	<.001	.001
<b>Toisen vanhemman tupakkatuotteiden käyttö</b>			
Ei käytä	60	58	38
Käyttää	55	43	32
<i>p</i> -arvo	NS	<.001	NS

Taulukko 17. Täys- tai osittaisimetys vanhemman tupakkatuotteiden käytön mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk					
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-12
<b>Äidin tupakkatuotteiden käyttö</b>						
Ei käytä	95	91	90	81	73	61
Käyttää	64	44	30	38	22	31
<i>p</i> -arvo	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	.003
<b>Toisen vanhemman tupakkatuotteiden käyttö</b>						
Ei käytä	96	91	89	80	74	60
Käyttää	89	78	82	76	56	54
<i>p</i> -arvo	.002	<.001	.007	NS	<.001	NS

### Lapsen syntymäjärjestys, sukupuoli, raskauden kesto ja syntymäpaino

Syntymäjärjestys oli yhteydessä täysimetyksen yleisyyteen siten, että ensimmäisiä lapsia täysimetettiin 0–1 kuukauden iässä noin 20 prosenttiyksikköä ja 2–3 kuukauden ja 4–5 kuukauden iässä noin kymmenen prosenttiyksikköä vähemmän yleisemmin kuin toisina tai sitä seuraavina lapsina syntyneitä. Tässä ei ole tapahtunut huomattavia muutoksia vuosien 2010 ja 2019 välillä. Imetyksen osalta erot eivät olleet merkitseviä. (Taulukot 18 ja 19.)

Lapsen sukupuoli oli yhteydessä täysimetykseen: 2–3 kuukauden ja 4–5 kuukauden ikäisiä tyttöjä täysimetettiin yleisemmin kuin poikia vastaavassa iässä. Vastavaa eroa ei havaittu vuoden 2010 selvityksessä (Uusitalo ym. 2010). Vastavaa eroa ei havaittu imetyksen osalta. (Taulukot 18 ja 19.)

Ennenaikainen synnytys (< 37 raskausviikkoa) ei ollut yhteydessä täysimetykseen, mutta ennenaikaisesti syntyneitä imetettiin vähemmän alle neljän kuukauden iässä verrattuna täysiaikaisena syntyneisiin. Tulokset ovat samansuuntaisia vuoden 2010 selvityksen kanssa (Uusitalo ym. 2010). Tulosten luotettavuutta heikentää ennenaikaisesti syntyneiden pieni osuus aineistossa. Pienipainoisena syntyneitä vauvoja imetettiin vähemmän 2–3 kuukauden ja 4–5 kuukauden iässä kuin isompi-kokoisena syntyneitä. (Taulukot 20 ja 21.)

**Taulukko 18. Täysimetus syntymäjärjestyksen ja sukupuolen mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista**

Lapsen syntymäjärjestys	Lapsen ikä, kk		
	0–1	2–3	4–5
Ensimmäinen lapsi	49	48	30
Toinen lapsi	69	58	40
Kolmas lapsi tai enemmän	59	57	41
<i>p</i> -arvo	<.001	.028	.011
Lapsen sukupuoli			
Tyttö	58	58	40
Poika	57	50	31
<i>p</i> -arvo	NS	.05	.015

**Taulukko 19. Täys- tai osittaisimetus syntymäjärjestyksen ja sukupuolen mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista**

Lapsen syntymäjärjestys	Lapsen ikä, kk					
	0–1	2–3	4–5	6–7	8–10	11–12
Ensimmäinen lapsi	92	84	85	75	67	52
Toinen lapsi	93	89	88	80	72	63
Kolmas lapsi tai enemmän	96	90	89	82	63	65
<i>p</i> -arvo	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Lapsen sukupuoli						
Tyttö	94	88	88	77	72	53
Poika	93	86	85	80	65	64
<i>p</i> -arvo	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Taulukko 20. Täysimetys raskauden keston mukaan ja lapsen syntymäpainon mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Raskauden kesto	Lapsen ikä, kk		
	0-1	2-3	4-5
Alle 37 rvk	56	43	41
37 rvk tai enemmän	57	54	36
<i>p</i> -arvo	NS	NS	NS
Lapsen syntymäpaino			
< 2500 g	63	46	40
2500-3999 g	58	54	35
≥4000 g	58	50	37
<i>p</i> -arvo	NS	NS	NS

Taulukko 21. Täys- tai osittaisimetys raskauden keston ja lapsen syntymäpainon mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Raskauden kesto	Lapsen ikä, kk					
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-12
Alle 37 rvk	72	68	81	77	66	36
37 rvk tai enemmän	94	88	87	78	68	60
<i>p</i> -arvo	<.001	<.001	NS	NS	NS	NS
Lapsen syntymäpaino						
< 2500 g	86	62	69	57	57	44
2500-3999 g	93	88	87	79	69	59
≥4000 g	97	89	88	78	64	56
<i>p</i> -arvo	NS	<.001	.032	NS	NS	NS

## Lisämaidon ja kiinteiden ruokien käyttö

Vauvoista noin 60 prosenttia oli saanut lisämaitoa synnytyssairaalassa. Saatu lisämaito oli tyypillisesti luovutettua rintamaitoa, mutta korviketta oli saanut noin joka kymmenes vauva. (Taulukko 22.) Verrattuna vuoteen 2010 lisämaidon käyttö synnytyssairaloissa oli vähentynyt ja erityisesti korvikkeen käyttö lisämaitona oli vähentynyt (Uusitalo ym. 2010).

Alle neljän kuukauden ikäisistä vauvoista neljä kymmenestä oli saanut jotakin pullosta vastaushetkeä edeltävien 24 tunnin aikana. Pullon käyttö oli yleisimmillään 8-10 kuukauden iässä. (Taulukko 23.) Vuoteen 2010 verrattuna pulloruokinta oli vähentynyt erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä (Uusitalo ym. 2010).

Vain muutama vauva oli saanut kiinteää ruokaa ennen neljän kuukauden ikää. Seuraavassa ikäryhmässä 4–5 kuukauden ikäisillä vauvoilla tyypillisin kiinteä ruoka oli muut kasvikset kuin peruna, joita oli saanut neljä vauvaa kymmenestä. Joka kolmas vauva oli saanut marjoja tai hedelmiä ja joka viides perunaa. Lihan, kalan tai munan käyttö yleistyi 6–7 kuukauden ikäisillä, jolloin kuusi kymmenestä oli saanut näitä. Myös viljatuotteiden käyttö yleistyi 6–7 kuukauden iässä. Vanhemmassa ikäryhmässä 8–10 kuukauden ikäisillä viljatuotteiden käyttö yleistyi selkeästi ja myös perunan, kasvisten ja marjojen ja hedelmien käyttö oli hyvin yleistä. Hapanmaitotuotteiden ja lehmänmaidon käyttö yleistyi 11–12 kuukauden ikäisillä vauvoilla. Mehun käyttö oli hyvin vähäistä kaikissa tarkastelluissa ikäryhmissä. (Taulukko 24.) Kiinteän ruoan anto alle neljän kuukauden ikäisille vauvoille harvinaistui verrattuna vuoden 2010 selvitykseen (Uusitalo ym. 2010).

Jotakin muuta ruokaa kuin vettä tai äidinmaidonkorviketta oli saanut vain muutama alle neljän kuukauden ikäinen lapsi. Kiinteiden ruokien käyttö yleistyi 4–5 kuukauden iässä, jolloin 53 prosenttia lapsista oli saanut kiinteää ruokaa. Ruokavalio monipuolistui nopeasti yli kuuden kuukauden ikäisillä lapsilla siten, että neljää tai useampaa ruoka-aineryhmää<sup>5</sup> oli saanut 6–7 kuukauden ikäisistä lapsista 39 prosenttia, 8–10 kuukauden ikäisistä 82 prosenttia ja 11–12 kuukauden ikäisistä 89 prosenttia lapsista. (Kuvio 1.)

Tässä selvityksessä kysyttiin ensimmäistä kertaa kiinteiden ruokien ateriointikerrojen määrää vuorokaudessa. Ateriointikerrojen määrä kasvoi nopeasti 4–5 kuukauden ikäisten totuttelusta siten, että kahdeksan kuukauden ikäiset ja sitä vanhemmat vauvat söivät kiinteitä ruokia viisi kertaa vuorokaudessa. (Taulukko 25.)

**Taulukko 22. Lisämaidon saanti sairaalassa, % lapsista**

Lisämaidon saanti	
Ei ole saanut lisämaitoa	41
Saanut luovutettua äidinmaitoa	43
Saanut korviketta	13
Ei osaa sanoa	2

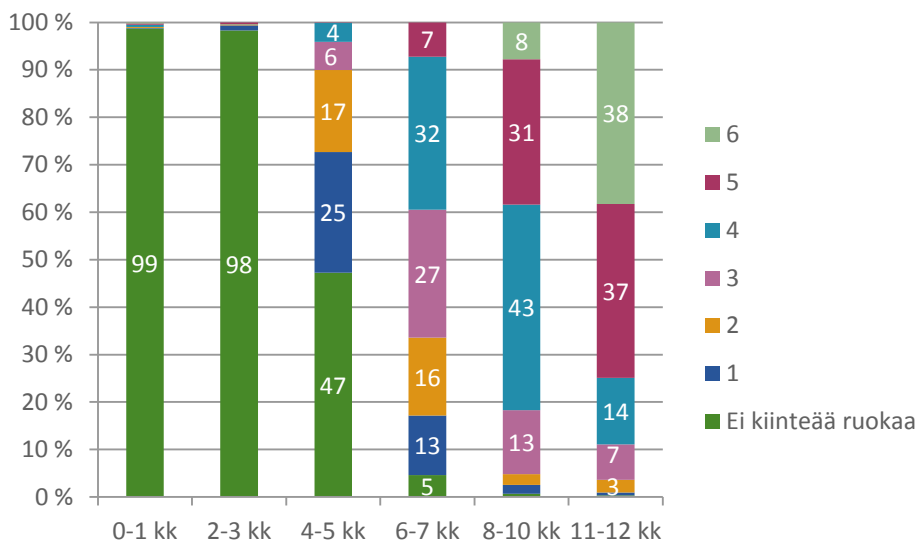
<sup>5</sup> Ruoka-aineryhmät olivat: 1) viljatuotteet (lasten puuro tai velli, tavallinen puuro tai leipä), 2) maitotuotteet (lehmänmaito, hapanmaitotuotteet) 3) peruna 4) muut kasvikset kuin peruna, marjat ja hedelmät, 5) liha, kala, kana tai muna, 6) rasvat (voi tai voi-kasviöljyseos, margariini tai öljy)

Taulukko 23. Pullon käyttö, % lapsista

Pullon käyttö	Lapsen ikä, kk					
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-12
Saanut jotakin pullosta	37	37	34	45	48	42

Taulukko 24. Lisämaito ja kiinteät ruoat viimeksi kuluneen 24 tunnin aikana, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Ruokaryhmä	Lapsen ikä, kk					
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-12
Vesi	1	2	7	39	70	83
Mehu	0	0	0	<1	1	3
Äidinmaidonkorvike tai vieroitusvalmiste	26	28	25	33	45	35
Lasten puurot tai vellit	<1	1	9	23	19	16
Muu puuro tai leipä	1	1	9	53	85	93
Lehmänmaito	0	<1	0	0	2	46
Hapanmaitotuotteet	<1	0	<1	<1	21	68
Peruna	1	1	21	53	74	72
Kasvikset (pl. peruna)	1	1	38	84	94	93
Marjat tai hedelmät	1	1	33	80	96	92
Liha, kala, kana tai muna	1	1	7	59	93	94
Voi tai voi-kasviöljyseos	0	0	<1	2	9	25
Margariini tai öljy	1	<1	1	13	30	45
Muu ruoka tai juoma	<1	1	1	5	17	27



Kuvio 1. Ruoka-aineryhmien<sup>5</sup> määrä lapsen iän mukaan viimeksi kuluneen 24 tunnin aikana.

Taulukko 25. Lapsen ateriointikertojen määrä vuorokaudessa

Lapsen ikä, kk	Md, kertaa vuorokaudessa	Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub>
4-5	2	1-3
6-7	4	3-5
8-10	5	4-5
11-12	5	5-5

## Lasten D-vitamiinivalmisteen käyttö

Vauvoista 89 prosenttia oli saanut D-vitamiinivalmistetta viimeksi kuluneen 24 tunnin aikana. D-vitamiinivalmisteen käyttö oli vähiten yleistä alle kahden kuukauden ikäisillä vauvoilla. Tosin tulos saattaa selittyä osaltaan sillä, että tässä ryhmässä oli mukana noin sata alle 2 viikon ikäistä vauvaa. D-vitamiinilisää suositellaan aloitettavaksi vasta 2 viikon iästä lähtien. Kahden kuukauden iästä alkaen noin joka kymmenes vauva ei ollut saanut D-vitamiinivalmistetta. (Taulukko 26.)

D-vitamiinivalmistetta tulisi antaa täysimetetyille ja alle 500 ml vitamiinoitua korviketta tai velliä/puuroa saaville 10 µg vuorokaudessa, 500–800 ml vitamiinoituja valmisteita saaville 6 µg ja yli 800 ml vitamiinoituja valmisteita saaville 2 µg (VRN 2018). Täysimetettyjen ja alle 500 ml vitamiinoituja valmisteita saavilla vauvoilla antosuosituksen mukaisen D-vitamiinimäärän sai lähes yhdeksän lasta kymmenestä. Enemmän vitamiinoituja valmisteita saavilla antosuositus toteutui vain noin joka



kolmannella lapsella, suurin osa näistä lapsista sai D-vitamiinia yli saantisuosituksen (Taulukko 27.)

**Taulukko 26. D-vitamiinivalmisteen käyttö edeltävän 24 tunnin aikana, % ikäryhmään kuuluneista lapsista**

D-vitamiinivalmisteen käyttö	Lapsen ikä, kk					
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-12
Kyllä	78	90	91	92	90	92

**Taulukko 27. D-vitamiinivalmisteen käyttö täysimetetyillä ja D-vitamiinia sisältävää äidinmaidonkorviketta tai puuroa/velliä saavilla. Prosentit ovat osuuksia D-vitamiinivalmistetta saaneista lapsista. Oikea antosuositus on lihavoitu.**

D-vitamiinivalmisteen määrä, µg	Täysimetetty	Korviketta tai velliä alle 500 ml	Korviketta tai velliä 500-800 ml	Korviketta tai velliä yli 800 ml
10	<b>86</b>	<b>86</b>	41	26
6	2	3	<b>29</b>	19
2	3	<1	11	<b>34</b>
Muu annostelu	9	10	19	21

# Pohdinta ja johtopäätökset

## Imetyssuosituksen toteutuminen ja imetyksen keston yhteydessä olevat tekijät

Tämän selvityksen mukaan vähintään puolet neljä kuukautta vanhoista ja sitä nuoremista lapsista oli täysimetettyjä. Täysimetyksen yleisyys on kasvanut etenkin 3–4 kuukauden ikäisillä lapsilla verrattuna vuoden 2010 selvityksen tuloksiin (Uusitalo ym. 2010). Tätä tulosta saattaa osaltaan selittää selvitysten välillä uudistunut ruokasuositus (VRN 2016), mikä painottaa vähintään neljän kuukauden täysimetystä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan etenkin saatu imetysohjaus on yhteydessä täysimetyksen yleisyyteen (Hannula ym. 2020). Imetysohjausta kehitetään aktiivisesti alueellisilla imetyksen edistämisen työryhmillä (Ikonen & Hakulinen 2019). Sairaaloissa lähes kaikilla kättilöillä on imetysohjaajakoulutus suoritettuna (Ikonen & Hakulinen 2019), tyypillisesti jo peruskoulutuksen aikana. Tämän selvityksen mukaan myös äitiys- ja lastenneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien imetysohjaajakoulutus on varsin kattava (97 %). Osuus on noussut huomattavasti vuoden 2010 selvityksestä, jolloin noin puolella terveydenhoitajista oli imetysohjaajakoulutus suoritettuna (Uusitalo ym. 2010). Tämän selvityksen tulosta voi osaltaan selittää terveydenhoitajien valikoituminen, eli imetyškoulutetut terveydenhoitajat ovat vastanneet muita aktiivisemmin kyselyyn. Toisaalta tulosta tukee se, että imetysohjaajakoulutus on ollut vuonna 2016 yhtä vailla kaikissa terveydenhoitajia kouluttavissa ammattikorkeakouluissa pakollinen osa opintoja (Hakulinen ym. 2017) ja sairaalat ja neuvolat tekevät aktiivista koulutusyhteistyötä imetyksen täydennyskoulutuksessa (Ikonen & Hakulinen 2019).

Globaalit ravitsemustavoitteet linjaavat, että ainakin 50 prosenttia alle kuuden kuukauden ikäisistä vauvoista on täysimetettyjä (WHO 2014). Ottaen huomioon kansalliset suositukset 4–6 kuukauden täysimetyksestä, nyt saadut luvut ovat rohkaisevia. Silti kansanterveydellisesti perusteltu kansallinen tavoite siitä, että 80 prosenttia 4–6 kuukauden ikäisistä lapsista on täysimetettyjä vuoteen 2022 mennessä (Hakulinen ym. 2017), on vielä kaukana.

Täysimetyksen ohella osittaisimetystä äidinmaidonkorvikkeen tai kiinteiden ruoan ohella jatketaan aikaisempaa pidempään. Tämän selvityksen mukaan 76 prosenttia lapsista on imetettyjä 6–8 kuukauden iässä ja 62 prosenttia lapsista 9–12 kuukauden iässä. Luku on noin jopa 20 prosenttiyksikköä korkeampi kuin vuoden 2010 selvityksessä. Myös tätä parannusta voi selittää lastenneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien yleistynyt imetyškoulutus.

Selvityksen tulosten mukaan sosioekonomiset erot täysimetyksen ja imetyksen yleisyydessä ovat edelleen huomattavia, mutta ne ovat kaventuneet verrattuna vuo-

den 2010 selvityksen tuloksiin. Ilahduttavasti nuorien alle 25-vuotiaiden äitien ero vanhempiin äiteihin sekä perus- tai keskiasteen koulutuksen saaneiden äitien ero korkeammin koulutettuihin täysimetyksen yleisyydessä oli kaventunut noin 20 prosenttiyksikköä verrattuna vuoden 2010 selvitykseen. Sekä imetyksen toimintaohjelmassa (Hakulinen ym. 2017) että lapsiperheiden ruokasuosituksissa (VRN 2019) on painotettu tehostetun imetysohjauksen kohdentamista etenkin nuorille ja vähän koulutetuille perheille. Tämä tulos viittaa osaltaan niiden onnistuneeseen jalkauttamiseen.

Tupakkatuotteita käyttävien äitien osuus oli pienentynyt huomattavasti vuoden 2010 selvityksestä. Raskauden aikana tupakoi 11 prosenttia kaikista synnyttäjäistä ja heistä noin puolet ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin raskauden aikana (Jääskeläinen & Virtanen 2019). Tämä vastaa melko hyvin nyt saatua tulosta siitä, että alle vuoden ikäisten lasten äideistä noin kuusi prosenttia käyttää tupakkatuotteita. Muiden tupakkavalmisteiden kuin poltettavan tupakan käyttö on naisilla harvinaista (Jääskeläinen & Virtanen 2019). Tupakkatuotteita käyttävät äidit täysimettivät ja imettivät huomattavasti muita äitejä vähemmän yleisesti. Tulosta voidaan pitää tupakoivien äitien pienestä osuudesta huolimatta ainakin suuntaa-antavana. Tupakkatuotteiden käyttö häiritsee maidoneritystä ja altistaa siten imetysohjelmille, ja tupakointi on yhteydessä vähäisempään imetykseen myös aikaisempien tutkimusten mukaan (Winjdale ym. 2009, Santana ym. 2018). Myös toisen vanhemman tupakkatuotteiden käyttö oli yhteydessä vähäisempään imetykseen, mikä on linjassa vuoden 2010 selvityksen (Uusitalo ym. 2010) tulosten kanssa. On huomattava, että tupakointi on yhteydessä erityisesti matalaan koulutustasoon väestötasolla; ja nämä molemmat ovat yhteydessä vähäisempään täysimetyksen ja imetyksen keston.

Perheen kokema taloudellinen tilanne oli yhteydessä imetyksen yleisyyteen nuorimmissa ikäryhmissä. Tämä on linjassa aikaisemman tutkimusnäytön kanssa (Thulier & Mercer 2009, Winjdale ym. 2009, Ibanez ym. 2012, Santana ym. 2018). Tätä tulosta voidaan pitää huolestuttavana, sillä tuloeroista johtuva terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoistuminen on vakava yhteiskunnallinen ongelma, mikä on nostettu myös Sanna Marinin hallitusohjelmaan (Valtioneuvosto 2019). Suomessa on kattavan neuvolajärjestelmän vuoksi hyvät mahdollisuudet tukea imetystä ja torjua terveyden eriarvoistumista lapsiperheissä. Lisäksi kansainvälisesti on saatu hyviä tuloksia kohdennetusta imetysohjauksesta ja vertaistuesta eri riskiryhmille (Hannula ym. 2020).

Lapsiin liittyvien taustatekijöiden yhteys täysimetyksen ja imetyksen yleisyyteen on samansuuntainen vuoden 2010 selvityksen kanssa. Edelleen ensimmäistä lasta täysimetetään vähemmän yleisesti kuin seuraavia lapsia. Ensimmäistä lasta odottava perhe hyötyy imetystietoja ja imetysohjauksesta parantavasta imetysohjauksesta, mikä alkaa raskauden aikana ja jatkuu synnytyksen jälkeen (Hannula ym. 2020). Ennenaikaisena ja/tai pienipainoisena syntyneet lapset ovat täysimetyksen ja imetyksen suhteen riskiryhmässä vaikeutuneen maidonerityksen käynnistymisen ja ime-

tyksen alkamisen vuoksi (Ikonen 2018, Rollins ym. 2016). Tässä selvityksessä enenaikaisuus ja/tai pienipainoisuus oli yhteydessä vähäisempään imetykseen erityisesti nuorimmissa ikäryhmissä. Tyttövauvoja täysimetettiin poikia yleisemmin 2–5 kuukauden iässä. Tämä yllättävä ero saattaa johtua satunnaisvaihtelusta tai olla seurausta poikavauvojen nopeammasta kasvusta, mikä saattaa virheellisesti johtaa ajatukseen täysimetyksen riittämättömyydestä ja lisämaidon tai kiinteän ruoan tarpeellisuudesta.

## Lisämaidon, kiinteiden ruokien ja D-vitamiinivalmisteen käyttö

Tämän selvityksen mukaan lisämaidon käyttö synnytyssairaaloissa on edelleen valittavan yleistä. Jopa noin 60 % lapsista sai lisämaidon synnytyssairaalassa. Edellisestä selvityksestä poiketen annettu lisämaidon oli kuitenkin nyt yleisemmin luovutettua rintamaitoa, ja korvikkeen anto synnytyssairaaloissa on vähentynyt selkeästi. Lisämaidon käytön yhteydestä täysimetyksen ja imetyksen yleisyyteen on ristiriitaisia tutkimusnäyttöä. Joidenkin satunnaistettujen kokeellisten tutkimuksien mukaan lisämaidon käyttö synnytyssairaalassa ei ole yhteydessä imetyksen yleisyyteen kotiutumisen jälkeen (esim. Kair ym. 2019).

Vuodesta 2016 voimassa olleen lapsiperheiden ruokasuosituksen mukaan lasta tulisi täysimettää 4–6 kuukauden ikään ja kiinteät ruoat aloitetaan maisteluannoksilla yksilöllisen harkinnan mukaisesti 4–6 kuukauden iässä. Suosituksen mukaan alle neljän kuukauden ikäisille ei tule antaa kiinteää ruokaa. (VRN 2019.) Tämän selvityksen tulosten mukaan viesti on jalkautunut onnistuneesti käytäntöön. Vain muutama selvitykseen osallistunut lapsi oli saanut kiinteää ruokaa alle neljän kuukauden iässä. Lisäksi noin puolet 4–5 kuukauden ikäisistä lapsista ei ollut saanut vielä kiinteää ruokaa, mikä on rohkaiseva tulos siitä, että suosituksen viesti yksilöllisestä harkinnasta toteutuu myös käytännössä. Lapsiperheiden ruokasuosituksen mukaisesti vauvojen ruokavalio myös monipuolistuu nopeasti: yli seitsemän kuukauden ikäisistä lapsista valtaosa saa viittä tai useampaa ruokaryhmää ja syö viisi kertaa vuorokaudessa.

Vuonna 2018 päivitetyn D-vitamiinin käytösuosituksen mukaan täysimetettävälle ja alle 500 ml vitaminoituja puuroja, vellejä tai äidinmaidonkorviketta saaville lapsille annetaan D-vitamiinia 10 µg vuorokaudessa ja annostus laskee, jos lapsi saa tätä enemmän vitaminoituja valmisteita (VRN 2018). Tämän selvityksen mukaan täysimetettävien ja alle 500 ml vitaminoituja valmisteita saavien kohdalla suositus täyttyy hyvin, mutta muiden ryhmien kohdalla oikean annostuksen ohjaamiseen tulisi vielä kiinnittää huomiota. Noin joka kymmenes yli kuukauden ikäinen lapsi ei ollut saanut D-vitamiinivalmistetta viimeksi kuluneen vuorokauden aikana. Riittävään D-vitamiinivalmisteen käyttöön on edelleen kiinnitettävä huomiota. Toisaalta moni D-vitaminoituja puuroja, vellejä ja korvikkeita saavista lapsista saa D-

vitamiinivalmistetta enemmän kuin suositellaan. Ensimmäisen ikävuoden aikana kaikille imeväisikäisille järjestetään vähintään yhdeksän määräraikaista terveystarkastusta. Lastenneuvolassa on syytä tehostaa D-vitamiinivalmisteen käyttöön liittyvää neuvontaa.

## Tulosten luotettavuus ja yleistettävyyys

Tämän selvityksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä heikentää huomattavasti matala vastausaktiivisuus ja paikoitellen hyvin heikko alueellinen kattavuus. Katoa on syntynyt todennäköisesti sekä siitä, että terveydenhoitajat ovat jättäneet kutsumatta perheitä tutkimukseen, että perheiden kieltäytymisestä. Kadosta johtuvaa aineiston vinoutumista on pyritty korjaamaan painottamalla aineistoa äidin koulutustason ja iän mukaan ennen analyysien tekemistä. Vaikka aineistoa on pyritty korjaamaan painotuksella, voivat todelliset täys- ja osittaisimetysluvut olla raportoitua matalammat. Toisaalta myös aikaisempi, pienehköllä, mutta valikoitumattomalla otoksella tehty tutkimus on antanut viitteitä siitä, että täysimetyksen ja imetyksen yleisyys on noussut vuodesta 2010 (Klemetti ym. 2018), ja nyt saadut imetysluvut ovat edellä mainittuun tutkimukseen verrattuna täysimetyksen osalta noin kymmenen prosenttiyksikköä matalammat ja imetyksen osalta hyvin samalla tasolla. Tämä tukee tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä.

Imeväisruokintaselvitysten toteutustapa on vaihdellut vuosien mittaan. Vuoteen 2005 saakka selvitys toteutettiin Lääninhallitusten kautta siten, että terveydenhuollon tarkastajat valitsivat selvitykseen osallistuvat terveyskeskukset. Vuonna 2010 mukaan kutsuttiin kaikki Suomen terveyskeskukset, ja näistä 60 prosentista saatiin tietoja. Tässä selvityksellä mukaan valitut kunnat poimittiin otoksella. Vuonna 2010 valikoitumista on todennäköisesti tapahtunut neuvolan tai yksittäisen terveydenhoitajan tasolla, mutta myös mukaan lähteneiden kuntien tasolla. Tässä selvityksessä kaikki mukaan kutsutut kunnat Ahvenanmaata (Maarianhamina) lukuun ottamatta suostuivat osallistumaan tutkimukseen, mutta kunnittainen vastausaktiivisuus vaihteli huomattavasti ja joissakin kunnissa tiedonkeruuta ei käytännössä tehty juuri lainkaan. Erityisesti pääkaupunkiseudun väkirikkaat kaupungit ja Turku jäivät hyvin pieneen vastausaktiivisuuteen. Terveydenhoitajien ajankäyttö ei näyttäisi selittävän pientä vastausaktiivisuutta. TEAvisarin vuoden 2018 tulosten (THL 2020b) mukaan Turussa lastenneuvolan terveydenhoitajalla on 304 lasta per henkilötyövuosi ja valtakunnallinen suositus (340 lasta / htv, STM 2004) täyttyy. Vastaavasti Vantaalla oli 344, Helsingissä 362 ja Espoossa 401 lasta per henkilötyövuosi. Hyvän vastausaktiivisuuden (54 %) saavuttaneessa Kuopissa oli 356 lasta per henkilötyövuosi. (THL 2020b.)

Esiselvityksen perusteella tässä selvityksessä otettiin mukaan vaihtoehtoinen tapa vastata lomakkeeseen itse vastaanoton jälkeen terveydenhoitajan antamalla linkillä. Tämä vastaustapa todennäköisesti mahdollisti useiden kuntien osallistumisen selvi-

tyksen aineistonkeruuseen, mutta aiheutti myös vinoutumista aineistossa. Aineiston kerääminen tunnisteellisena ja siten muistutusviestien lähettämisen mahdollisuus olisi todennäköisesti vähentänyt tästä syntynyttä vinoumaa.

Erillisen tiedonkeruun työllistyvyys ja ongelmat kattavan aineiston saamisessa puoltavat erillisselvityksistä luopumista. Jatkossa imetyksen yleisyydestä tulisi kerätä tietoa yhtenäisellä rakenteisella kirjaamisella potilastietojärjestelmiin ja näiden tietojen analysoimisella. Rakenteisten tietojen hyödyntäminen seurannassa edellyttää imetyksen kirjaamista yhdenmukaisesti ja siten riittävän tarkkaa ohjeistusta kirjaamiseen. Imetyksen yleisyyteen yhteydessä olevista tekijöistä, imetykokemuksista ja imetysohjauskokemuksista tulee kerätä edelleen tietoa suoraan perheille kohdennetuilla kysymyksillä väestötutkimusten yhteydessä.

# Johtopäätökset, toimenpide- ja jatkotutkimusehdotukset

Selvityksen johtopäätöksinä voidaan todeta:

- Täysimetys ja imetys ovat edelleen yleistyneet, mikä viittaa siihen, että pitkäjänteinen imetyksen edistämistyö on ollut vaikuttavaa. Laadukkaalla ohjauksella ja imetyksen edistämisen rakenteiden vahvistamisella, kuten alueellisella yhteistyöllä voidaan edelleen lisätä täysimetyksen ja imetyksen yleisyyttä ja siten edistää kansanterveyttä.
- Sosioekonomiset erot täysimetyksen ja imetyksen yleisyydessä ovat edelleen merkittäviä, vaikka ne ovat kaventuneet vuodesta 2010. Imetysohjausta ja tarvelähtöistä tukea sekä mahdollisesti muita kohdennettuja toimia tulisi suunnata nuorille perheille, ja perheille, joissa vanhemmilla on matala koulutustaso tai joissa toinen tai molemmat vanhemmat käyttävät tupakkatuotteita, sekä ensimmäisen lapsen saaville ja saaneille perheille. Lisäksi erityistä ohjausta tulee suunnata perheille, joilla on toimeentulovaiveuksia.
- Ennenaikaisena ja/tai pienipainoisena syntyneiden lasten perheiden imetysohjausta tulee edelleen kehittää.
- Määräaikaiset terveystarkastukset ja niihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta tulee järjestää säädöksen ja ohjeistusten mukaisesti lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana. Lisäkäyntejä tulee tarjota tuen tarpeen perusteella. Tihennetty seuranta mahdollistaa ohjauksen ja muun tarvittavan tuen räätälöinnin ja kohdentamisen mahdollisimman varhain tukea tarvitseville. Kohdennettua tukea on mahdollista tarjota digipalveluina ja erilaisissa vertaisryhmissä. Imetyksen edistämässä yhteistyö kolmannen sektorin kanssa on tärkeää.
- Terveystieteiden imetyškoulutus on kattavalla tasolla ja se on parantunut huomattavasti vuodesta 2010. Hyvää tasoa on tärkeää ylläpitää jatkuvalla täydennyskoulutuksella ja tukemalla halukkaita imetyksen asian tuntijaopintoihin.
- Suurin osa vauvoista sai lisämaitoa synnytyssairaalassa. Jatkossa on syytä uudistaa kansalliset lääketieteellisen lisämaito-antokriteerit, jotta lisämaitoa ei annettaisi liian heppoisin perustein. Lääkäreiden koulutukseen tulee kiinnittää huomiota, jotta lisämaitoa annetaan ainoastaan lääketieteellisestä syystä ja yksilöllisen harkinnan mukaan huomioiden äidin ja vauvan vointi.

- Suomalaiset lapset aloittavat kiinteät ruoat oikea-aikaisesti ja monipuolisesti, mikä viittaa siihen, että lapsiperheiden ruokasuositukset on saatu tältä osin jalkautettua onnistuneesti.
- Pieni osa lapsista ei saanut D-vitamiinivalmistetta, mutta runsaasti äidinmaidonkorvikkeita käyttäville vauvoille annettiin D-vitamiinivalmistetta suositeltua suurempia määriä. Lastenneuvoloissa tulee tehostaa D-vitamiinivalmisteen käyttöön liittyvää neuvontaa, ja annostusohjeita on syytä painottaa erityisesti runsaasti äidinmaidonkorvikkeita ja vitaminoituja puuroja ja vellejä käyttävien vauvojen vanhemmille.
- Lisää tutkimusta tarvitaan maahanmuuttajataustaisten perheiden imetyksestä ja saadusta imetysohjauksesta. Tutkimustietoa tarvitaan sosioekonomisten tekijöiden ja erityisesti niiden yhteisvaikutusten yhteydestä imetykseen, sosioekonomisten tekijöiden yhteydestä ruokintaan ja D-vitamiinivalmisteen käyttöön sekä yli vuoden ikäisten lasten imetyksen yleisyydestä.
- Erillisselvitys ei enää ole riittävä menetelmä kansallisten tietojen keräämiseen varhaisesta ravitsemuksesta. Imetyksen yleisyydestä ja muusta ruokinnasta tulee jatkossa kerätä tietoa yhtenäisellä rakenteisella kirjaamisella potilastietojärjestelmiin ja näiden tietojen analysoimisella. Tällaisen tiedon hyödyntäminen seurannassa edellyttää imetyksen kirjaamista yhdenmukaisesti ja siten tarkkaa ohjeistusta kirjaamiseen. Tarkempia tietoja vauvan ruokintaan liittyen tulee kerätä edelleen suoraan perheille kohdennetuilla kysymyksillä väestötutkimusten yhteydessä.



# Kiitokset

Kiitämme Marika Sarjaa, Anastasiya Lahtista ja Saija Ohtonen-Jonesia lomakkeiden käännösten tarkastamisesta. Lämpimät kiitokset Hanna Lagströmille ja Jenni Vaar-nolle raportin arvioimisesta ja kommentoinnista. Kiitämme tutkimuksen tiedonke-ruuseen osallistuneita kuntia ja terveydenhoitajia. Parhaimmat kiitokset tutkimuk-seen tietoja antaneille perheille!

## Lähteet

- Hakulinen T, Otronen K, Kuronen K. (toim.) (2017) Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022. Ohjaus 24/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hannula L, Ikonen R, Kaunonen M, Kolanen H. (2020) Raskaana olevan sekä imeväisikäisen lapsen äidin sekä perheen imetysohjaus. HOTUS-hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM. (2012) Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*. 60(4):305–320.
- Ikonen R. (2018) Breast Milk for Preterm Infants: Mothers' milk expressing experiences, practices, and coping strategies. *Acta Universitatis Tampereensis* 2349. Tampereen yliopisto.
- Ikonen R, Hakulinen T. (2019) Imetyksen edistäminen synnytyssairaalossa: Selvitys nykyisistä käytännöistä. Työpäperi 12/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jääskeläinen M, Virtanen S. (2019) Tupakkatilasto 2018. Tilastoraportti 44/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kair LR, Flaherman VJ, Colaizy TT. (2019) Effect of donor milk supplementation on breastfeeding outcomes in term newborns: A randomized controlled trial. *Clin Pediatr*. 58(5):534–540.
- Klemetti R, Vuorenmaa M, Ikonen R, Hedman L, Ruuska T, Kivimäki H, Rajala R. (2018) Mitä vauvaperheille kuuluu?: LTH-tutkimuksen 3–4-kuukautisten vauvojen ja heidän perheidensä pilotitutkimuksen perusraportti. Työpäperi 18/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwaz EG, Richter LM & Victora CG, on behalf of The Lancet Breastfeeding Series Group. (2016) Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 387:491–504.
- Santana GS, Giugliani ERJ, Vieira TO, Vieira GO. (2018) Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *Jornal de Pediatria* 94(2):104–122.
- SAS 9.3 User's guide [https://support.sas.com/documentation/cdl/en/statug/63962/HTML/default/viewer.htm#statug\\_surveysselect\\_a0000000201.htm](https://support.sas.com/documentation/cdl/en/statug/63962/HTML/default/viewer.htm#statug_surveysselect_a0000000201.htm) Viitattu 22.5.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2004) Lastenneuvola lapsiperheiden tukena: suuntavivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 13/2004. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16/2008. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2020a) Vauvamyönteisyys. Verkkosivu: [https://thl.fi/fi/web/lapset-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ ja\\_ lastenneuvola/vauvamyönteisyys](https://thl.fi/fi/web/lapset-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja_ lastenneuvola/vauvamyönteisyys). Viitattu 3.9.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2020b) TEAviisari: Terveydenhoitajien henkilöstömitoitus verrattuna kansalliseen suositukseen. <https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tulokset?view=PTHVoiA&y=2018&y=2016&y=2014&y=2012&y=2010&y=2008&r=KOKOMAA&chartType=pointer&cmp=r#> Viitattu 23.9.2020.
- Thulier D, Mercer J. (2009) Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 38(3):259–68.
- Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T, Virtanen S. (2012) Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Raportti 12/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Valtioneuvosto. (2019) Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 2019. Valtioneuvoston julkaisuja 31/2019. Valtioneuvosto.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN). (2016) Syödään yhdessä –ruokasuositukset lapsiperheille. Kide 26/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN). (2018) D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositus imeväisikäisillä. Valtion ravitsemusneuvottelukunta.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN). (2019) Syödään yhdessä –ruokasuositukset lapsiperheille. Kide 26/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N & Rollins NC, for The Lancet Breastfeeding Series Group. (2016) Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 387:475–490.
- Wijndaele K, Lakshman R, Landsbaugh JR, Ong KK, Ogilvie D. (2009) Determinants of early weaning and use of unmodified cow's milk in infants: a systematic review. *Journal of the American Dietetic Association* 109(12):2017–28.
- World Health Organization (WHO). (2008) Indicators for assessing infant and young child feeding practices. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1) Viitattu 1.2.2019.
- World Health Organization (WHO). (2014) Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief. WHO WHO/NMH/NHD/14.7

# Liitteet

## Liite 1. Tiedote kuntiin



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

SAATE

1(1)

Riikka Ikonen

25.6.2019

### Terveyskeskusten neuvolatoiminnasta vastaavat henkilöt

Imetyksen on yksi kansanterveyden peruspilareita: se tutkitusti vähentää lapsen ja myös äidin sairastuvuutta lyhyt- ja pitkäaikaisesti. Suomessa on viime vuosina otettu isoja askeleita imetyksen edistämiseksi: synnytys sairaalat ovat kehittäneet toimintaansa Vauvamyönteisiksi, synnytys sairaalat ja neuvolat tekevät yhteistyötä ja neuvoloissa kehitetään koulutusta ja imetysohjausta. Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022 ohjaa imetyksen edistämistä kansallisesti.

Imeväisikäisten ruokintaa on selvitetty Suomessa vuodesta 1995 ja viimeksi vuonna 2010. Tuloksia voidaan käyttää kansallisesti ja alueellisesti erilaisten ohjelmien suunnittelussa ja arvioinnissa, strategiatyössä ja erilaisissa työryhmissä. Lisäksi WHO ja UNICEF kerää säännöllisesti kansallisia imetyksilukuja omaan raportointiinsa. Ajantasaiset imetyksiluvut ovat perusta imetyksen edistämisen suunnittelulle kansalliselta tasolta aina neuvolan oman toiminnan suunnitteluun. Neuvolan omalla tilastoinnilla ei saada kansallisesti vertailtavia ja yhdistettäviä tietoja.

Nyt toteutettavalla Imeväisruokintaselvityksellä kerätään ajantasaiset tiedot imetyksen yleisyydestä ja imeväisikäisten ruokinnasta Suomessa. Tutkimukseen on poimittu 48 kuntaa siten, että ne edustavat sairaanhoitopiireittäin koko maata. Kuntanne on poimittu mukaan tutkimukseen. Tutkimus toteutetaan tutkimukseen valittujen kuntien kaikissa lastenneuvoloissa siten, että terveydenhoitaja haastattelee määrääikäistarkastukseen tulevien 2 viikon – 12 kuukauden ikäisten lasten vanhemman. Haastattelu vie aikaa noin 10 minuuttia. Vaihtoehtoisesti terveydenhoitaja voi jakaa tutkimuksen linkin perheelle ja perhe vastaa lomakkeeseen itse vastaanoton jälkeen. Tutkimuksessa ei kerätä perheiden tai terveydenhoitajien tunnistetietoja.

Selvityksen tulokset julkaistaan raporttina kansallisina lukuina ja sairaanhoitopiireittäin (muutamia pieniä sairaanhoitopiirejä joudutaan yhdistämään). Lisäksi kunta saa omat imetyksilukunsa ja vertailun kansalliseen tasoon, jos vastauksia on yli 20. Tätä pienemmät vastaajamäärät yhdistetään saman sairaanhoitopiiriin toisen kunnan kanssa ja raportoidaan yhdessä kunnille. Näitä kunnittaisia lukuja ei julkaista, vaan ne toimitetaan vain kunnan omaan käyttöön.

Jotta aineiston keruu onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla, toivomme että suhtaudutte tutkimukseen myönteisesti ja kannustatte terveyskeskuksenne neuvolaterveydenhoitajia osallistumaan siihen. Vastaamme mielellämme kaikkiin selvitystä koskeviin kysymyksiin.

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos · Institutet för hälsa och välfärd · National Institute for Health and Welfare  
Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/hel +358 29 524 8000

## Liite 2. Terveydenhoitajan tiedote



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

IMEVÄISRUOKINTASELVITYS 2019

1.10.2019

### HYVÄ TERVEYDENHOITAJA

Imetys on yksi kansanterveyden peruspilareita: se tutkitusti vähentää lapsen ja myös äidin sairastuvuutta lyhyt- ja pitkäaikaisesti. Suomessa on viime vuosina otettu isoja askeleita imetyksen edistämiseksi: synnytys sairaalat ovat kehittäneet toimintaansa Vauvamyönteisiksi, synnytys sairaalat ja neuvolat tekevät yhteistyötä ja neuvoloissa kehitetään koulutusta ja imetysohjausta. Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022 ohjaa imetyksen edistämistä kansallisesti.

Suomen imetyslukuja on selvitetty viimeksi vuonna 2010. Imetyslukuja voidaan käyttää kansallisesti ja alueellisesti erilaisten ohjelmien suunnittelussa ja arvioinnissa, strategiatyössä ja erilaisissa työryhmissä. Lisäksi WHO ja UNICEF kerää säännöllisesti kansallisia imetyslukuja omaan raportointiinsa. Ajantasaiset imetysluvut ovat perusta imetyksen edistämisen suunnittelulle kansalliselta tasolta aina neuvolan oman toiminnan suunnitteluun.

Tällä tutkimuksella kerätään ajantasaiset tiedot imetyksen yleisyydestä Suomessa. Tutkimukseen on poimittu 48 kuntaa siten, että ne edustavat sairaanhoitopiireittäin koko maata. Tutkimus toteutetaan tutkimukseen valittujen kuntien kaikissa lastenneuvoloissa haastattelemalla määräaikaistarkastukseen tulevien 2 viikon – 12 kuukauden ikäisten lasten vanhempia. Haastattelu vie aikaa noin 10 minuuttia. Oheisesta haastatteluohjeesta saat lisätietoa haastattelun suorittamisesta. Lisäksi omia taustatietojasi kysytään erillisessä lomakkeessa, joka täytetään kerran. Tutkimuksessa ei kerätä perheiden tai terveydenhoitajien tunnistetietoja.

Selvityksen tulokset julkaistaan raporttina kansallisina lukuina ja sairaanhoitopiireittäin. Lisäksi kunta saa omat imetyslukunsa ja vertailun kansalliseen tasoon, jos vastauksia on yli 20. Tätä pienemmät vastaajamäärät yhdistetään saman sairaanhoitopiiriin toisen kunnan kanssa ja raportoidaan yhdessä kunnille. Näitä kunnittaisia lukuja ei julkaista, vaan ne toimitetaan vain kunnan omaan käyttöön.

Selvitys antaa kansallisesti merkittävää tietoa imetyksen toteutumisesta ja ajallisista muutoksista, ja sen tulokset voivat toimia oman työn arvioinnin tukena ja laadun kehittäjänä. Jotta koko maan imetystilanteesta saataisiin luotettava kuva, on jokaisen lastenneuvolassa työskentelevän terveydenhoitajan panos äärimmäisen arvokas!

Avustasi ja yhteistyöstä lämpimästi kiittäen,

Imeväisruokintaselvitys 2019-työryhmä:  
Neuvotteleva virkamies Arja Ruponen, Sosiaali- ja terveysministeriö  
Neuvotteleva virkamies Sirpa Sarlio, Sosiaali- ja terveysministeriö  
Professori Suvi Virtanen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
Erikoistutkija Sari Niinistö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
Pääsihteeri Arja Lyytikäinen, Ruokavirasto  
Lastenlääkäri Kaija Mikkola, Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri  
Tutkimuspäällikkö Tuovi Hakulinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
Erikoistutkija, kansallinen imetyскоordinaattori Riikka Ikonen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Lisätietoja: Riikka Ikonen, puh. 029 524 7390, [riikka.ikonen@thl.fi](mailto:riikka.ikonen@thl.fi)

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Institutet för hälsa och välfärd • National Institute for Health and Welfare  
Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 29 524 6000

## Liite 3. Vanhempien tiedote



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

IMEVÄISRUOKINTASELVITYS 2019

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

1.10.2019

**HYVÄ VANHEMPI,**

Pyydämme sinua osallistumaan Imeväisruokintaselvitys 2019-tutkimukseen. Tutkimuksessa selvitetään imeväisikäisten (2 viikon -12 kuukauden ikäisten) lasten imetyksen yleisyyttä ja muun ruoan käyttöä. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa ajantasaista tietoa imetyksen yleisyydestä Suomessa sekä kansallisia että kansainvälisiä tietotarpeita varten. Kuntanne on yksi tutkimukseen valituista kunnista. Vastauksesi on erittäin tärkeä.

Sinulla on mahdollisuus osallistua tähän tutkimukseen, jos käyt 2 viikon – 12 kuukauden ikäisen lapsesi kanssa neuvolassa määräaikaisessa terveystarkastuksessa 1.10.2019-31.10.2019 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta perheenne saamiin palveluihin. Voit keskeyttää haastattelun tai lomakkeeseen vastaamisen missä tahansa vaiheessa. Antamiesi tietojen poistaminen aineistosta ei ole mahdollista sen jälkeen, kun lomake on tallennettu, koska vastauksiasi ei voi luotettavasti tunnistaa muiden vastausten joukosta. Tällöin antamiasi tietoja käsitellään osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksesta vastaa terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Tutkimuseettinen työryhmä on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

### Tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa terveydenhoitaja haastattelee sinua neivolakäyntinne yhteydessä. Haastattelussa kysytään taustatietojanne, lapsesi ruokintaa synnytyssairaalasta kotiutumisen jälkeen ja viimeisen vuorokauden aikana. Haastattelu kestää noin 10 minuuttia.

Vaihtoehtoisesti terveydenhoitaja voi antaa sinulle linkin verkossa olevaan kyselylomakkeeseen. Tällöin käyt itse vastaamassa lomakkeeseen. Näin toimitaan esimerkiksi silloin, jos aika ei riitä vastaanotolla haastatteluun.

### Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Tutkimusaineistosta vastaa THL, joka viranomaisena säilyttää ja käsittelee tietoja luottamuksellisesti salassapitovelvollisuutta noudattaen. Kaikilla tietoja keräville ja käsittelevillä henkilöillä on vaihtolovelvollisuus. Sinulta ei kysytä sellaisia tietoja, joiden perusteella sinut tai lapsesi voitaisiin tunnistaa. Antamiasi tietoja ei yhdistetä muihin tietoihin. Aineisto säilytetään THL:ssa ja se arkistoidaan pysyvästi.

Yksittäisen tutkittavan tunnistaminen ei ole mahdollista tutkimustulosten julkaisuista. Tulokset julkaistaan THL:n julkaisussa sekä kansallisissa ja kansainvälisissä julkaisuissa. Lisäksi aineistoa voidaan luovuttaa tutkimuskäyttöön muille tutkimusryhmille THL:n sisällä ja THL:n ulkopuolelle, esimerkiksi yliopistoille. Tällöin muut aineistoa käsittelevät sitoutuvat noudattamaan THL:n tietoturvallisen aineistonkäsittelyn ohjeita.

Lisätietoja tutkimuksesta: [www.thl.fi/imevaisruokintaselvitys](http://www.thl.fi/imevaisruokintaselvitys)

Riikka Ikonen, erikoistutkija, vastaava tutkija, puh. 029 524 7390, [riikka.ikonen@thl.fi](mailto:riikka.ikonen@thl.fi)

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Institutet för hälsa och välfärd • National Institute for Health and Welfare  
Mannerheimintie 106, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 29 524 8000

## Liite 4. Terveydenhoitajan haastatteluohje



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

IMEVÄISRUOKINTASELVITYS 2019

1.10.2019

### TUTKIMUKSEN KULKU

**Tutkimusaika ja suorittamistapa:** Tutkimusaika on 1.10.2019-31.10.2019. Haastattele tänä aikana kaikki vastaanotollesi määräaikaan terveystarkastukseen tulevat 2 viikon-12 kuukauden ikäisten lasten vanhemmat. Suorita ensisijaisesti haastattelu itse ja merkitse saamasi vastaukset verkkolomakkeelle. Jos haastattelu ei ole mahdollista kyseisen perheen kohdalla (esimerkiksi vastaanottoaika loppuu kesken, perheen käyttämä kieli), anna vanhemmalle linkki jonka avulla hän voi itse käydä itse täyttämässä lomakkeen.

**Terveydenhoitajan tietoja koskeva lomake:** Tutkimuksessa kerätään myös työtäsi koskevaa tietoa. Käy vastaamassa neuvolaa ja omaa koulutustaasi koskeviin kysymyksiin ennen haastatteluja Terveydenhoitajan taustatietolomakkeella internet-osoitteessa [www.thl.fi/imevaisruokintaselvitys](http://www.thl.fi/imevaisruokintaselvitys). Kirjautu lomakkeelle salasananalla. Täytä taustatietolomake *vain kerran* tutkimusjakson aikana.

**Terveydenhoitajan tunnistekoodi:** Jotta taustatietosi voidaan yhdistää lasten tietoihin, pyydämme sinua keksimään itsellesi henkilökohtaisen tunnistekoodin. Koodin tulee sisältää kuusi merkkiä. Päälekkäisyyksien välttämiseksi tunnistekoodina on hyvä käyttää satunnaista kirjain- ja/tai numeroyhdistelmää ja välttää kokonaisia sanoja. Unohdusten ja virheiden ehkäisemiseksi kirjoita koodin itsellesi muistiin alla olevaan tilaan, ja säilytä tämä paperi aineiston keruun ajan. Käytä samaa koodia terveydenhoitajan taustatietolomakkeessa sekä jokaisessa 'Alle 1-vuotiaiden lasten imetys ja ruoankäyttö' -lomakkeessa. Jos annat linkin perheelle itse täytettävään lomakkeeseen, kirjoita tunnistekoodisi siihen varattuun tilaan perheelle annettavaan paperiin.

Henkilökohtainen tunnistekoodini on

#### Vaihtoehto 1: Haastattelu

1. Kerro lapsen vanhemmalle/vanhemmille tutkimuksesta. Haastatteluun voi osallistua toinen vanhemmista tai molemmat yhdessä.
2. Mene Internet-osoitteeseen [www.thl.fi/imevaisruokintaselvitys](http://www.thl.fi/imevaisruokintaselvitys) -> Kyselyn materiaalit -> Perheen lomake.
3. Kirjoita pyydettyyn kohtaan salasana. Haastattelulomake avautuu.
4. Käy lomake läpi perheen kanssa kysymällä lomakkeen kysymykset ja merkitsemällä vastaukset verkkolomakkeelle vanhemman vastausten perusteella. Lapsen taustatiedot voit halutessasi katsoa neuvolakortista.
5. Lopuksi tallenna lomake painamalla lähetä.

Täytä jokaisesta lapsesta oma lomake kirjautumalla lomakkeelle uudelleen. Salasana pysyy samana.

#### Vaihtoehto 2: Vanhempi vastaa itse lomakkeeseen vastaanoton jälkeen

1. Anna vanhemmalle lomake Linkki vastauslomakkeeseen vanhemmalle. Kehota vanhempaa vastaamaan lomakkeeseen mahdollisimman pian neuvolakäynnin jälkeen.
- Anna linkki vanhemmalle vain siinä tapauksessa, että ette tehneet haastattelua vastaanoton aikana.**

#### Onko ongelmia? Haluatko lisätietoja?

Ota yhteyttä: erikoistutkija Riikka Ikonen, puh. 029 524 7390 (ma-pe klo 7.30-16.30) tai [riikka.ikonen@thl.fi](mailto:riikka.ikonen@thl.fi)

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Institutet för hälsa och välfärd • National Institute for Health and Welfare  
Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 29 524 6000

## Liite 5. Terveystenhoitajan kyselylomake

1. Vastajan henkilökohtainen tunnistekoodi: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

2. Neuvolan nimi: \_\_\_\_\_

3. Kunta:[Alasvetovalikko osallistuvista kunnista]

4. Minkä synnytyssairaalan alueeseen neuvola kuuluu? [Alasvetovalikko]

5. Peruskoulutuksesi ja tutkinnon suoritusvuosi

- Terveystenhoitaja |\_|\_|\_|\_|\_|
- Terveystenhoitaja-kätilö |\_|\_|\_|\_|\_|
- Kätilö-terveystenhoitaja |\_|\_|\_|\_|\_|
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|

6. Imetysohjaukseen liittyvä lisäkoulutuksesi ja sen suorittamisvuosi

- Imetysohjaajakoulutus |\_|\_|\_|\_|\_|
- Imetysohjaajakoulutus |\_|\_|\_|\_|\_|
- IBCLC-tutkinto (International Board Certified Lactation Consultant)  
|\_|\_|\_|\_|
- Muu, mikä \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|

7. Missä työskentelet päätoimisesti?

- Lastenneuvolassa
- Äitiys- ja lastenneuvolassa
- Äitiysneuvolassa
- Muussa, missä: \_\_\_\_\_

8. Vastaa vielä seuraaviin imetysohjauksen rakenteita koskeviin kysymyksiin:

	Kyllä	Ei
Onko sinulla mahdollista lähettää perhe tarvittaessa imetysohjauksen tuntijalle tai imetysohjauksen klinikalle?		
Toimiiko alueellasi imetysohjauksen edistämisen työryhmä?		
Onko sinut perehdytetty voimassa olevaan kansalliseen imetysohjauksen edistämisen toimintaohjelmaan?		



## Liite 6. Perheen kyselylomake

*Vastaamalla kyselyyn suostun siihen, että vastauksiani käytetään tieteellisiin tutkimuksiin ja palvelujen kehittämiseen.*

### Vastauksen tiedot

Valitse oikea vaihtoehto:

- Terveydenhoitaja suorittaa haastattelun
- Lapsen vanhempi täyttää itse lomakkeen

Vastaajana on:

- lapsen synnyttänyt vanhempi (äiti)
- toinen lapsen vanhempi (isä/ äidin puoliso)
- molemmat yhdessä

Terveydenhoitajan henkilökohtainen tunnistekoodi: Jos täytät lomakkeen itse, merkitse tähän terveydenhoitajalta saamasi numero: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### I Perustiedot

1. Neuvolan nimi: \_\_\_\_\_

2. Asuinkunta [Alasvetovalikko osallistuvista kunnista]

3. Lapsen ikä (Huom. kirjaa aika joko viikkoina TAI kuukausina)

|\_|\_| viikkoa / |\_|\_| kuukautta

4. Lapsen syntymäpaino

- alle 1000 grammaa
- 1000-1499 grammaa
- 1500-1999 grammaa
- 2000-2499 grammaa
- 2500-2999 grammaa
- 3000-3499 grammaa
- 3500-3999 grammaa
- 4000-4499 grammaa
- 4500 grammaa ta enemmän

5. Lapsen sukupuoli:

- tyttö
- poika

6. Monesko synnytys tämän lapsen synnytys oli? |\_|\_|

7. Täydet raskausviikot syntymähetkellä

- alle 28
- 28-32
- 33-36
- 37-42
- yli 42

8. Synnytyssairaalan nimi [Alasvetovalikko]

9. Oliko raskaus monikkoraskaus (kaksoset, kolmoset)?

- ei
- kyllä, syntyneiden lasten lkm |\_|

## II Imetys ja lisäruokinta

10. Imetetäänkö lasta tällä hetkellä?

- kyllä (siirry kysymykseen 14)
- ei

11. Kuinka kauan lapsi sai rintamaitoa? (Huom. kirjaa aika joko viikkoina TAI kuukausina)

- |\_|\_| viikkoa / |\_|\_| kuukautta
- ei lainkaan

12. Saiko lapsi synnytyssairaalassa lisämaitoa (esim. luovutettua äidinmaitoa tai äidinmaidonkorviketta)?

- kyllä, luovutettua äidinmaitoa
- kyllä, korviketta
- ei
- en osaa sanoa

13. Onko lapsi synnytyssairaalasta kotiutumisensa jälkeen saanut muuta ruokaa tai juomaa kuin rintamaitoa, vettä ja/tai vitamiinivalmistetta?

- kyllä
- ei (siirry kysymykseen 15)

14. Minkä ikäisenä lapsi ensimmäisen kerran synnytyssairaalasta kotiutumisensa jälkeen sai muuta ruokaa tai juomaa kuin rintamaitoa, vettä ja/tai vitamiinivalmistetta? (Huom. kirjaa aika joko viikkoina TAI kuukausina vastaustarkkuuden mukaan)

|\_|\_| viikkoa / |\_|\_| kuukautta

### III Lapsen ruokailu vastaushetkeä edeltäneiden 24 tunnin aikana

Näissä kysymyksissä kysytään ruoasta ja juomasta, jota lapsi on saanut edellisen 24 tunnin aikana. Muistele siis yksi vuorokausi taaksepäin eiliseen päivään samaan kellonaikaan kuin nyt, kun mietit lapsen saamaa ruokaa ja juomaa.

15. Onko lapsi saanut viimeksi kuluneen 24 tunnin aikana rintamaitoa?

- kyllä
- ei

16. Onko lapsi saanut viimeksi kuluneen 24 tunnin aikana jotakin muuta kuin rintamaitoa ?

- ei (siirry kysymykseen 19)
- kyllä

17. Mitä lapsi saanut viimeksi kuluneen 24 tunnin aikana? (valitse sopivat vaihtoehdot)

- vettä
- mehua
- äidinmaidonkorviketta tai vieroitusvalmistetta, kuinka monta millilitraa
- D-vitamiinoituja lasten puuro- tai vellivalmisteita, kuinka monta millilitraa
- muuta puuroa tai leipää
- tavallista lehmänmaitoa
- hapanmaitotuotteita (esim. piimää, jogurttia, rahkaa)
- perunaa
- muita kasviksia kuin perunaa sellaisenaan tai soseena
- marjoja tai hedelmiä sellaisenaan tai soseena
- lihaa, kalaa, kanaa tai munaa
- voita tai voi-kasviöljyseosta
- margariinia tai öljyä
- muuta ruokaa tai juomaa

18. Kuinka monta kertaa lapsi söi kiinteitä tai sosemaisia ruokia viimeksi kuluneen 24 tunnin aikana?

|\_|\_| kertaa

19. Onko lapsi saanut tätä hetkeä edeltävien 24 tunnin aikana D-vitamiinivalmistetta?

- kyllä, \_\_\_ mikrogrammaa
- ei

20. Onko lapsi saanut tätä hetkeä edeltävien 24 tunnin aikana jotakin tuttipullosta?

- kyllä, mitä \_\_\_\_\_
- ei

**IV Taustatiedot**

21. Samassa taloudessa lapsen kanssa asuu

aikuista

koulu- tai opiskeluikäistä lasta

alle kouluikäistä lasta (laske myös tämä vauva mukaan)

22. Mikä on lapsen synnyttäneen vanhemman syntymävuosi

23. Mikä on lapsen toisen vanhemman syntymävuosi

24. Mikä on lapsen synnyttäneen vanhemman koulutusaste (valitse ylin suoritettu)

- Perusaste (peruskoulu)
- Keskiaste (pääsääntöisesti 2-3 vuotta perusasteen jälkeen. Mm. ylioppilastutkinto, ammatilliset perustutkinnot, ammattitutkinnot ja erikoisammattitutkinnot. Esim. lähihoitaja, sähköasentaja)
- Alin korkea-aste (pääsääntöisesti 2-3 vuotta keskiasteen jälkeen. Esim. tekniikon, hortonomin ja sairaanhoitajan tutkinnot, jotka eivät ole ammattikorkeakoulututkintoja).
- Alempi korkeakouluaste (3-4 vuotta päätoimista opiskelua keskiasteen jälkeen. Ammattikorkeakoulututkinnot, yliopistojen alemmat korkeakoulututkinnot, kandidaatin tutkinnot sekä esim. insinööri ja merikapteeni).
- Ylempi korkeakouluaste (pääsääntöisesti 5-6- vuotta päätoimista opiskelua keskiasteen jälkeen. Ylemmät korkeakoulututkinnot, maisterin tutkinnot sekä lääkäreiden erikoistumistutkinnot).
- Tutkijakoulutusaste (itsenäinen ja julkaisukelpoinen tutkimustyö tai väitöskirja. Lisensiaatin tai tohtorin tutkinto).
- En osaa sanoa

25. Mikä on lapsen toisen vanhemman koulutusaste (valitse ylin suoritettu)

- Perusaste (peruskoulu)
- Keskiaste (pääsääntöisesti 2-3 vuotta perusasteen jälkeen. Mm. ylioppilastutkinto, ammatilliset perustutkinnot, ammattitutkinnot ja erikoisammattitutkinnot. Esim. lähihoitaja, sähköasentaja)
- Alin korkea-aste (pääsääntöisesti 2-3 vuotta keskiasteen jälkeen. Esim. tekniikon, hortonomin ja sairaanhoitajan tutkinnot, jotka eivät ole ammattikorkeakoulututkintoja).
- Alempi korkeakouluaste (3-4 vuotta päätoimista opiskelua keskiasteen jälkeen. Ammattikorkeakoulututkinnot, yliopistojen alemmat korkeakoulututkinnot, kandidaatin tutkinnot sekä esim. insinööri ja merikapteeni).
- Ylempi korkeakouluaste (pääsääntöisesti 5-6- vuotta päätoimista opiskelua keskiasteen jälkeen. Ylemmät korkeakoulututkinnot, maisterin tutkinnot sekä lääkäreiden erikoistumistutkinnot).
- Tutkijakoulutusaste (itsenäinen ja julkaisukelpoinen tutkimustyö tai väitöskirja. Lisensiaatin tai tohtorin tutkinto).

- En osaa sanoa

26. Käyttävätkö lapsen vanhemmat tupakkatuotteita? Vastaa molempien vanhempien osalta.

	Synnyttänyt vanhempi		Toinen vanhempi	
	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä
Tupakkaa, savukkeita tai sikareita				
Sähkötupakkaa				
Nuuskaa				

27. Millainen on perheen taloudellinen tilanteen?

- Erittäin hyvä  
 Melko hyvä  
 Kohtalainen  
 Melko huono  
 Erittäin huono

28. Missä maassa synnyttänyt vanhempi on syntynyt?

- Suomessa  
 Muussa Pohjoismaassa (Ruotsi, Norja, Tanska, Islanti)  
 Muussa maassa

29. Missä maassa toinen vanhempi on syntynyt?

- Suomessa  
 Muussa Pohjoismaassa (Ruotsi, Norja, Tanska, Islanti)  
 Muussa maassa

## Liite 7. Kunnittainen ja alueittainen vastausaktiivisuus ja vastausmuoto.

Alue	Kunta	Odotettu vastaajien lkm, N	Vastaajia, n	Vastausaktiivisuus, %	Vanhempi täyttänyt lomakkeen, % vastanneista
Varsinais-Suomi		1049	134	13	
	Pöytyä	36	36	100	8
	Salo	164	70	43	9
	Turku	848	28	3	71
Satakunta		526	131	25	
	Eura	44	45	102	9
	Pori	322	58	18	53
	Rauma	160	28	18	90
Kanta-Häme		301	189	63	
	Forssa	53	26	50	50
	Hämeenlinna	242	162	67	12
	Ypäjä	7	1	15	0
Pirkanmaa		1216	456	38	
	Lempäälä	116	58	50	52
	Parkano	20	24	123	0
	Tampere	1081	374	35	47
Pääkaupunkiseutu		5888	241	4	
	Espoo	1534	14	1	100
	Helsinki	3086	222	7	98
	Vantaa	1268	5	0	80
Etelä-Savo, Itä-Savo, Pohjois-Karjala		526	100	25	
	Joensuu	313	67	21	96
	Kontiolahti	71	22	31	100
	Rantasalmi	11	11	105	0
Pohjois-Savo		689	370	54	
	Kuopio	512	275	54	15
	Siilinjärvi	110	68	62	34
	Varkaus	66	27	41	0
Keski-Suomi		754	273	36	
	Jyväskylä	622	211	34	38
	Laukaa	100	36	36	22
	Saarijärvi	32	26	81	4
Etelä-Pohjanmaa		424	117	28	
	Alajärvi	46	5	11	100
	Ilmajoki	67	35	52	51
	Seinäjoki	311	77	25	96
Vaasa		424	218	51	
	Pietarsaari	88	74	84	1
	Uusikaarlepyy	35	25	71	0
	Vaasa	301	119	40	36
Keski-Pohjanmaa		295	136	46	
	Kannus	36	29	81	0
	Kokkola	242	85	35	10
	Reisjärvi	17	22	128	5

Kainuu, Pohjois-Pohjanmaa		1609	511	42	
	Kajaani	152	116	76	1
	Kuusamo	46	36	79	11
	Oulu	1009	359	36	34
Lappi, Länsi-Pohja		383	198	52	
	Kemi	83	40	48	40
	Kemijärvi	16	19	121	0
	Rovaniemi	284	139	49	75
Uusimaa		392	67	17	
	Hanko	23	18	77	100
	Kerava	154	37	24	35
	Porvoo	215	12	6	50
Päijät-Häme, Etelä-Karjala, Kymenlaakso		1725	254	20	
	Hamina	64	24	38	100
	Kotka	189	27	14	100
	Kouvola	272	54	20	98
	Lahti	508	96	19	92
	Lappeenranta	261	53	20	36
Tuntematon			4		
	Yhteensä		3418	22	

Vuodessa syntyneiden lasten lukumäärä jaettiin luvulla 0,67,<sup>6</sup> ja kerrottiin luvulla 0,75,<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Alle vuoden ikäisten määräaikaiset terveystarkastukset suoritetaan kuukausittain kuuden kuukauden ikään asti, ja sen jälkeen kahdeksan ja 12 kuukauden iässä, jolloin  $\frac{8}{12}$  (=0,67) syntyneistä lapsista käy yhden kuukauden aikana lastenneuvolassa.

<sup>7</sup> Tiedonkeruuaikaa oli neljän viikon sijasta kolme viikkoa.

## Liite 8. Aineiston painotuksessa käytetyt painokertoimet ja niiden laskenta

Painotettava ryhmä	Aineiston koko (N)	Perusjoukon jakauma (K <sub>i</sub> ) <sup>1</sup>	N*K <sub>i</sub>	Havaittu jakauma (n <sub>i</sub> )	Paino (W <sub>i</sub> )
Alle 25 vuotta, perus- tai keskiaste	3365	0,124	417,26	295	1,414
Alle 25 vuotta, alin tai alempi korkeakoulu	3365	0,009	30,285	48	0,631
Alle 25 vuotta, ylempi tai ylin korkeakoulu	3365	0,0005	1,6825	5	0,337
25-30 vuotta, perus- tai keskiaste	3365	0,213	716,745	564	1,271
25-30 vuotta, alin tai alempi korkeakoulu	3365	0,107	360,055	476	0,756
25-30 vuotta, ylempi tai ylin korkeakoulu	3365	0,046	154,79	179	0,865
31-35 vuotta, perus- tai keskiaste	3365	0,129	434,085	327	1,327
31-35 vuotta, alin tai alempi korkeakoulu	3365	0,1	336,5	462	0,728
31-35 vuotta, ylempi tai ylin korkeakoulu	3365	0,09	302,85	347	0,873
36 vuotta tai enemmän, perus- tai keskiaste	3365	0,071	238,915	181	1,320
36 vuotta tai enemmän, alin tai alempi korkeakoulu	3365	0,055	185,075	240	0,771
36 vuotta tai enemmän, ylempi tai ylin korkeakoulu	3365	0,056	188,44	241	0,782

<sup>1</sup>Lähde: Syntyneet 2018. Tilastokeskus.



## Liite 9. WHO:n indikaattorit / WHO Indicators for assessing infant and young child practices

Indicator	Prevalence	Notes
Exclusive breastfeeding under 6 months	59.9%	
Continued breastfeeding at 1 year	58.7%	Only children aged 12 months
Introduction of solid, semi-solid or soft foods	96.4%	
Minimum meal frequency	93.1%	Only children aged 6-12 months
Children ever breastfed	98.9%	Only children aged 0-12 months
Age-appropriate breastfeeding	62.8%	Only children aged 0-12 months
Bottle feeding	39.2%	Only children aged 0-12 months

Source: WHO 2009

Indicators are calculated as presented in:

[https://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF\\_Indicators\\_part\\_III\\_country\\_profiles.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_Indicators_part_III_country_profiles.pdf)