

Lääketieteellinen avioliittoneuvonta Suomessa.

Leo A. Kaprio, Kalevi Niemineva ja Mikko Olki

I

Johdanto.

Suomessa on vasta viimeisten kahden vuosikymmenen aikana huomattavammassa määrin maan lääkärikunnan taholta kiinnitetty huomiota niiden sairaustilojen diagnostisointiin ja hoitoon, joiden aiheuttamat psyykkiset tai fyysilliset muutokset kuvastuvat terveeseen ja normaalin avioelämän häiriöinä. Gynekologit ja psykiatrit ovat luonnollisesti olleet tästä ongelmasta eniten kiinnostuneita, koska nämä häiriötilat lähinnä liittyvät ihmisen seksuaalielämään.

Yksilöön kohdistuvan terveydenhoitotyön saavutettua sotien jälkeen yleisesti tunnetun ja arvostetun asemansa sairauksia ehkäisevänä ja vastustavana toimenpiteenä, on alettu myöskin maallikkopiireissä ymmärtää, että avioliitto ja perhe vaativat yhteiskunnan taholta vastaavanlaista huolenpitoa osakseen.

Suomen gynekologikunta on erikoisen huolestuneena seurannut rikollisia keskenmenoja koskevan kysymyksen ja nuorison seksuaalitapojen kehitystä maassamme. Apajalahti ja Turunen ovat useissa yhteyksissä korostaneet lääkärikunnan vastuuta näissä kysymyksissä. Tästä johtuen ovat gynekologit Suomessa erikoisella harrastuksella osallistuneet avioliittoneuvonnan suunnitteluun ja sen työhön.

Tämän työn tarkoituksena on selostaa pääpiirteissään Suomen avioliittoneuvonnan historiaa ja organisaatiota. Tarkemmin pyrimme selvittämään neuvoloissa käyneen potilaiston rakennetta,

heidän häiriötilojensa ja sairauksiensa luonnetta. Lopuksi pyrimme antamaan kuvan Suomen lääketieteellisen avioliittoneuvonnan tulevaisuuden näköaloista.

II.

Lääketieteellinen avioliittoneuvonta Suomessa.

1. *Aikaisempi toiminta.*

Vuonna 1935 perustettiin Helsinkiin työläisnaisjärjestöjen aloitteesta amerikkalaisen Margaret Sangerin esikuvan mukaisesti kunnallinen »Helsingin kaupungin sukupuoliasian neuvontatoimisto». Neuvolan toiminnalle ei nähtävästi vielä tällöin ollut edellytyksiä, koska toiminta muodostui vain kokeiluluontoiseksi ja varsin lyhytaikaiseksi. Siirala on 1936 selostanut saatuja neuvolakokemuksia päätyen tällöin tulokseen: »että kokemus sukupuoliasian neuvontatoimiston lyhytaikaisesta toiminnasta on kielteinen. Nykyisillä mahdollisuuksilla varustettuna eivät sitä suositelusta huolimatta ainakaan huomattavammin käytä ne, joita silmälläpitäen se lähinnä on aikaansaatu. Tarkoitustaan se niin ollen tuskin vastanee». Siiralan kokemuksia ovat Kaprio ja Rouhunkoski myöhemmin (1949) verranneet tässä kirjoituksessa käsitellyn järjestelmän mukaiseen neuvontaan. Tähän vertailuun palaamme myöhemmin.

Vuonna 1940 aloitettiin »Helsingin Yliopiston Naistenklinikkan» äitiysneuvolan yhteydessä pitää Aarno Turusen aloitteesta erityisiä neuvolavastaanottoja lapsettomuustapauksia varten. Tämän runsaasti potilaistoa koonneen toiminnan keskeytti kuitenkin jo seuraavana vuonna puhjennut sota. Sodan jälkeen on Aarno Turunen ottanut avioliittoneuvontakysymyksen uudelleen esille, tällöin laajemmassa muodossa, yrittäen koota samaan pisteeseen kaiken alan medisiinisen neuvonnan. Hän on kiinnittänyt huomiota (1942, 1950) niihin moniin yhteiskuntakehityksestä ja sodasta aiheutuneisiin ilmiöihin, kuten avioliiton solmimisiän ko hoamiseen, rikollisten raskaudenkeskeytysten lisääntymiseen, lap-

settomien avioliittojen suureen lukumäärään, avioerojen enenty-
miseen sekä yksinäisten äitien ongelmiin. Nämä kaikki osoittavat,
miten välttämätöntä on avioliiton terveydellinen neuvonta, eri-
koisesti sen liittyessä edellämainittuun yhteiskunnalliseen kesken-
menotorjuntaan (Rouhunkoski 1948, Kaprio 1949).

2. Nykyiset neuvolat ja niiden toiminta.

Ensimmäinen avioliittoneuvola on perustettu Väestöliiton toi-
mesta maan pääkaupunkiin Helsinkiin v. 1947. Neuvolan lääkä-
reinä toimivat tällöin Leo A. Kaprio ja Martti Paloheimo.

Neuvolan toiminta saavutti alusta lähtien kannatusta potilait-
ten taholta ja tällöin jouduttiin lähivuosien aikana perustamaan
neuvoloita ensinnä maan kahteen suureen teollisuuskaupunkiin
Turkuun ja Tampereelle ja sen jälkeen maan muihin kaupunkei-
hin, jotka luonteeltaan edellisiin verrattuna ovat enemmän ym-
päröivän maaseudun vaikutuksen alaisia. Vuoteen 1951 mennessä
oli Suomeen perustettu kaikkiaan 10 kaupunkiin avioliittoneuvola
Väestöliiton toimesta.

Neuvolan käytännöllistä työtä suunniteltaessa katsottiin tar-
koituksenmukaisimmaksi suunnata toiminta seuraaviin kolmeen
kohteeseen:

1. Avioliittoon aikovien lääkärintarkastukset ja avioliiton
seksuaalihygienian neuvonta.
2. Avioliitossa olevien neuvonta lapsirajoituksessa, lapsetto-
muustapauksissa sekä erilaisissa sukupuolielämän häiriö-
tiloissa.
3. Avioliitossa ilmenevien ristiriitojen selvittäminen.

Tässä yhteydessä on ensiksi korostettava sitä, että neuvola on
perustettu avioliitossa olevien ja avioliittoon aikovien ongelmia
selvittämään ja ratkaisemaan. Väestöliitto on toisin keinoin, joista
mainitaan jällempänä, pyrkinyt huolehtimaan naimattomien nais-
ten ja miesten seksuaaliprobleemeista nimenomaan rikollisia ras-
kaudenkeskeytyksiä ehkäisevässä hengessä.

Neuvoloita perustettaessa on pyritty siihen, että käytän-
nöllisestä työstä vastuussa olisi kussakin neuvolassa kaksi lääkä-

riä, joista toisen tulisi omata gynekologin ja toisen psykiatrin pätevyys. Näitä kahden lääkärin ja muun tarpeellisen henkilökunnan omaavia neuvoloita on saatu aikaan ainoastaan Helsinkiin, jossa tarvittavan pätevyyden omaavaa henkilökuntaa on ollut helposti neuvontaan käytettävissä. Muut neuvolat ovat joutuneet pääasiassa työskentelemään yhden lääkärin varassa, joka parhaansa mukaan on pyrkinyt hoitamaan kaikkia esille tulevia kysymyksiä. Vaikeimmissa tapauksissa ovat nämäkin neuvolat voineet konsultoida paikkakunnan eri alojen erikoislääkäreitä. Neuvoloissa on vastaanottoja kerran tai kahdesti viikossa iltaisin ja ne sijaitsevat usein äitiysneuvoloita varten perustetuissa huoneistotiloissa. Neuvonnan tarkoituksena on aina neuvolan perustamisen yhteydessä selostettu yleisölle eikä neuvontaa ole enää myöhemmin huomattavasti mainostettu. Potilaat tulevat neuvolaan valtaosaltaan omasta aloitteestaan. Ainoastaan syntyvyydensäännöstelytapauksien kohdalla on niitä, joita terveydenhoitohenkilöstö on neuvolaan lähettänyt.

Neuvolatoiminta on ollut maksullista, vastaten yleislääkäripalkkiota Suomessa. Saadut tulot eivät kuitenkaan ole riittäneet peittämään neuvolan kustannuksia. Neuvoloitten kokonaistaloudesta, samoin kuin muistakin käytännöllisistä asioista on vastannut Väestöliiton lääkärijaosto, esimies prof. Aarno Turunen. Neuvolan lääkärin ja muun henkilökunnan jatkokoulutuksesta on lääkärijaosto huolehtinut kurssien, luentopäivien sekä julkaisemansa »Avioliitto ja lääkäri»-lehden avulla.

Kokonaiskuvan saamiseksi Suomen avioliittoneuvontakysymyksestä on syytä mainita, että Väestöliitto on viimeisen vuosikymmenen aikana harjoittanut laajaa yleisöön kohdistunutta avioliittoneuvontatoimintaa esitelmätilaisuuksien, kirjeellisen neuvonnan sekä opaskirjasten avulla. Helsingissä on vuodesta 1950 ollut toiminnassa maan ruotsinkielisen sisarjärjestön (Svenska Befolkningsförbundet) avioliittoneuvola, jonka toiminta on yhdenmukainen Väestöliiton neuvoloiden kanssa.

Suomen Evankelisluterilainen kirkko on vuodesta 1951 harjoittanut avioliittoneuvontaa eri puolilla maata. Sen päätoimipai-

kan Helsingissä muodostaa »Perheasiain neuvottelukeskus». Neuvojina toimivat papit sekä maallikot ja konsultoivina jäseninä on sekä psykiatri että tuomari. Kirkon harjoittama neuvonta käsittää lähinnä avioliiton ristiriitatapaukset sekä valistus- ja kasvatustyön nuorison ja avioliittoon aikovien piirissä.

Tässä kirjoituksessa on tarkoituksemme käsitellä ainoastaan Väestöliiton avioliittoneuvoloita ja antaa kuva neuvoloiden potilaistosta ja neuvoloissa käsitellyistä ongelmista. Samalla tahdomme hahmoitella eri kehitysmahdollisuuksia neuvontatyössä. Viimeksimainitun asian tärkeys on ilmeinen, koska avioliittoneuvonta Suomen nykyisen aborttilain voimaantulon jälkeen näyttelee keskeistä osaa myös ehkäisevässä abortintorjuntatyössä. Kirjoituksemme puitteissa olisi tietysti mielenkiintoista luoda katsaus avioliittoneuvontaan muissa maissa ja kirjallisuuden avulla suorittaa myös vertailuja. Koska kuitenkin tällä lääkärin työkentällä enemmän kuin ehkä millään muulla lääketieteen alalla, kunkin kansan sosiaaliset, ekonomiset, uskonnolliset ja poliittiset olosuhteet vaikuttavat probleemien syntyyn sekä siihen miten näitä ongelmia pyritään ja pystytään hoitamaan, on meidän ollut rajoitettava yksinomaan Suomen olosuhteiden kuvaamiseen. Omaan aineistoomme olemme verranneet aikaisempia Suomen avioliittoneuvoloiden potilaistoa käsitteleviä tutkimuksia (Kaprio ja Rouhunkoski 1949, Kaprio 1950 ja Niemineva 1951).

III

Aineisto.

1. Yleisiä piirteitä.

Aineisto perustuu avioliittoneuvolasta saatuihin erikoisesti tätä yleiskatsausta varten yhdenmukaisesti kerättyihin tilastotietoihin ja käsittää niissä vuosina 1950—52 hoidetut 8.275 potilasta. Vuoden 1953 loppuun mennessä on neuvolitten toimiaikana alusta lähtien käynyt yhteensä yli 15.000 potilasta. Mainituilta vuosilta on huomioitu ainoastaan uudet potilaat ts. aikaisemmin neuvolan kirjoihin joutuneet eivät esiinny luvuissa. Tiedot ovat eräissä ta-

pauksissa puutteellisia tai ylimalkaisia ja ovat potilaat eräissä kohdin saattaneet antaa henkilötietoja myöten harhaanjohtavia tietoja, jotka tarkemmin harkittaessa ovat tuntuneet epätodennäköisiltä. Taulukoissa ilmenee myöhemmin kunkin yksityisen asian kohdalla näiden puutteellisten tietojen osuus. Tietojen puutteellisuus on ollut suurin syntyvyydensäännöstelypotilaiden kohdalla. Tässäkään ryhmässä ei puutteellisten tietojen osuus kuitenkaan kohoa kuin muutamaan prosenttiin ryhmän kaikista tapauksista. Tietojen arviointia vaikeuttaa monasti myöskin mahdollisuus arvostella oikein kunkin potilaan kohdalla esim. neuvolaan tulon motiivia.

Suomessa on suuria eroavaisuuksia pääkaupungin, suurimpien teollisuuskaupunkien (Turku ja Tampere) ja varsinaisten maaseutu kaupunkien välillä väestöjen sosiaalisissa olosuhteissa ja suhtautumisessa seksuaalikäytöksiin (Nieminen 1951, Valvanne 1951, Niemineva ja Olki 1953). Neuvoloista saatu kokemus osoittaa, että eri neuvoloitten potilaistossa on suuria eroja, nimenomaan jo puhtaasti lääketieteellisissäkin kysymyksissä. Tämän takia on perusteltua jakaa aineisto kolmeen ryhmään. Ensimmäisen ryhmän muodostavat Suomen ainoan suurkaupungin Helsingin neuvolan potilaat. Toisen ryhmän muodostavat kahden edellämainitun suuren teollisuuskaupungin Turun ja Tampereen neuvoloitten potilaat ja kolmannen ryhmän muissa kaupungeissa sijaitsevien neuvoloitten potilaat. Jako on jossain määrin keinotekoinen, sillä esim. Helsingin neuvoloissa käy potilaita kaikkialta Suomesta, joskin pääosan muodostavat helsinkiläiset. Nämä kolme ryhmää ovat potilaistoltaan lähes samaa suuruusluokkaa, joka helpottaa vertailun suorittamista.

Yleisenä huomiona avioliittoneuvoloitten potilaistosta on sanottava, että kaikki yhteiskuntaluokat ovat edustettuina, joskin ammattitaitoinen työväestö ja alempi virkamieskunta muodostavat enemmistön. Tämä ero on selvin suurten kaupunkien neuvoloissa. Seuraavassa käsittelemme ensin potilaiston yleisiä piirteitä ja senjälkeen yksityiskohtaisesti potilaistoa jaoteltuna niiden ongelmien perusteella, jotka ovat pakoittaneet heidät hakeutumaan neuvolaan.

Taulukko 1. Potilaiden lukumäärä vuosittain.

1950	1951	1952	1950-52
2.848	2.694	2.733	8.275

2. Aineiston yleinen jakautuminen.

Potilaiston jakautumisen aineistossa tutkittavina vuosina osoittaa taulukko 1. Siitä ilmenee, että potilaitten lukumäärä on pysynyt näinä kolmena vuotena saman suuruisena. Potilaistossa pieni vähentyminen johtuu siitä, että varsin huomattava osa raskauden toteamista varten tulleista potilaista on ohjattu jälkimmäisinä kahdena vuotena erityisesti tarkoitustaan varten perustettuihin sosiaalineuvoloihin, joiden toimintaan palaamme myöhemmin. Kolmena ensimmäisenä toimivuotena (1947—49) hoidettiin neuvoloissa yhteensä n. 4.500 potilasta. Alkuvuosien kasvun jälkeen tapahtunut vuotuisen potilasluvun stabilisoituminen viittaa siihen, että neuvolat ovat saavuttaneet sen laajuuden, minkä nykyiset järjestelymahdollisuudet tarjoavat. Eri kaupunkien neuvoloissa on potilaiston määrä pysynyt ennallaan. Aineiston jakautuminen kolmeen kaupunkiryhmään selviää taulukosta 2. Potilaiston iälistä jakautumista samoin jakautumista siviilisäädyn mukaan emme halua kokonaisaineiston puitteissa käsitellä, koska neuvolan puoleen kääntymisen monien erilaisten syiden johdosta tekee aineiston varsin epähomogeeniseksi. Sensijaan koskettelemme tätä puolta niiden syyryhmien kohdalla, joissa se on merkityksellistä.

Taulukko 2. Potilaiden jakaantuminen kaupunkiryhmittäin.

Helsinki	Tampere ja Turku	Muut kaupungit	Yhteensä
2 408	1.863	4.004	8.275
29.1 %	22.5 %	48.4 %	100.0 %

Taulukko 3. Aineiston jakautuminen sukupuolen mukaan vuosina 1950—52.

Vuosi	Potilaiden kokonaisuusmäärä	Naispuoliset		Miespuoliset	
		lukumäärä	%	lukumäärä	%
1950	2.848	2.487	87.3	361	12.7
1951	2.694	2.362	87.7	332	12.3
1952	2.733	2.417	88.4	316	11.6
1950-52	8.275	7.266	87.8	1.009	12.2

Mielenkiintoista on sensijaan tarkastella sukupuolista jakautumista aineistossa. Näinä kolmena vuotena on 12.2 % potilaista ollut miehiä (taulukko 3). Miesten osuus on tänä aikana vähän alentunut. Avioliittoneuvolan ensimmäisen toimintavuoden aikana oli Nieminevan mukaan miespotilaita lähes 2/5 kävijöistä. Kaprio on todennut 1950 heidän osuutensa jo vuoden 1949 loppuun mennessä alentuneen 20 %iin. Miesten määrä on ollut suhteellisesti suurin Helsingissä, jossa esim. vuonna 1950 oli miesten osuus 17 %, vastaavan luvun muissa neuvoloissa ollessa n. 10 %. Syy on tähän todennäköisesti haettavissa siitä, että pääkaupungin neuvoloissa on ollut alusta alkaen käytettävissä psykiatri, toisaalta myös siitä, että pääkaupungissa suoritettujen monivuotisten valistustyön johdosta miehetkin herkemmin kääntyvät aviollisissa huolissaan neuvolan puoleen. Maaseudulla sitävastoin on neuvolan suoma apu naisille ennenkaikkea syntyvyydensäännöstelyn ohjauksen muodossa kohdannut varsin otollisen maaperän.

IV

Potilaiden ongelmat.

1. Potilaiden ryhmitys.

Avioliittoneuvolan potilaiston probleemat ovat noudattaneet niitä suuntaviivoja, jotka toimintaa aloitettaessa hahmoiteltiin. Tosin eräät potilasryhmät ovat jääneet odotettua pienemmiksi, joihin palaamme. Taulukot 4 ja 5 antavat varsin hyvän kuvan

aineistostamme jaoiteltuna sen ongelman mukaan, mikä on aiheuttanut potilaan neuvolaan tulon. Tässä tutkimuksessa olemme jakaneet potilaat kuuteen pääryhmään, jotka käytännöllisessä avioliittoneuvolatyössä ovat myös luonteeltaan ja hoitotavoiltaan täysin erillisiksi ryhmiksi katsottava. Nämä pääryhmät ovat seuraavat:

- I. Syntyvyyden säännöstely
- II. Raskauteen liittyvät ongelmat
- III. Steriliteetti
- IV. Sukupuolielämän häiriöt
- V. Avioliittoon aikovien neuvonta
- VI. Avioliiton ristiriidat.

Kuten oli odotettavissakin, on syntyvyydensäännöstelyneuvonta muodostunut yhdeksi avioliittoneuvonnan tärkeimmistä tehtävistä nimenomaan tässä neuvolamuodossa, missä lääkärit toimivat pääasiallisina neuvonantajina. On myöskin todettava, että syntyvyydensäännöstelykysymykseen suhtauduttiin nimenomaan aikana ennen toista maailmansotaa Suomessa laajoissa piireissä kielteisesti, joten monia vastuksia on ollut edessä ja työkenttä on ollut varsin laaja. Syntyvyyden säännöstelyn ohjaukseen on lääkärienkin koulutuksen yhteydessä kiinnitetty aina sodan jälkeisiin vuosiin saakka varsin vähän huomiota.

Taulukko 4. Vuosien 1950—52 tapaukset jaoiteltuna neuvolaan tulon syyn mukaan vuosittain.

Neuvolaan tulon syy	1950		1951		1952		Yhteensä	
	luku	%	luku	%	luku	%	luku	%
Syntyvyyden säännöstely	1677	58.9	1596	59.2	1668	61.0	4941	59.7
Raskauden toteaminen	464	16.3	453	16.8	451	16.5	1368	16.5
Steriliteetti	220	7.7	171	6.3	148	5.4	539	6.5
Sukupuolielämän häiriöt	171	6.0	192	7.1	215	7.9	578	7.0
Avioliittoon aikovien neuvonta	90	3.2	96	3.6	117	4.3	303	3.7
Avioliiton ristiriidat	226	7.9	186	7.0	134	4.9	546	6.6
Yhteensä	2.848	100.0	2.694	100.0	2.733	100.0	8.275	100.0

Taulukko 5. Vuosien 1950—52 tapaukset jaoiteltuna neuvolaan tulon syyn mukaan kaupunkiryhmittäin.

Neuvolaan tulon syy	Kaikki neuvolat		Helsinki		Tampere ja Turku		Muut kaupungit	
	Lukumäärä	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
Syntyvyyden säännöstely	4941	59.7	1259	52.3	1225	65.8	2457	61.4
Raskauden toteaminen	1368	16.5	329	13.7	328	17.6	711	17.7
Steriliteetti	539	6.5	181	7.5	78	4.2	280	7.0
Frigiditeetti + impotenssi + ejacul. praecox	578	7.0	236	9.8	94	5.0	248	6.2
Avioliittoon aikovien neuvonta	303	3.7	163	6.8	31	1.7	109	2.7
Avioliiton ristiriidat	546	6.6	240	9.9	107	5.7	199	5.0
Yhteensä	8,275	100.0	2,408	100.0	1,863	100.0	4,004	100.0

Syntyvyydensäännöstelypotilaat edustavat lähes 3/5 aineiston kaikista potilaista. Näiden potilaiden osuus on hiukan kohonnut neuvolan perustamisesta lähtien, näyttäen kuitenkin tarkasteltuna kolmivuotiskautena stabilisoituneen edellämainitulle tasolle. Näiden potilaiden määrä on Helsingissä kaikkein pienin, eli 52 %, sensijaan Tampereella ja Turussa noin 66 %. On mielenkiintoista ja ensiarvoisen tärkeää todeta, ettei neuvolatoiminta Suomessa eikä edes minkään yksityisen neuvolan puitteissa, ole kuitenkaan muuttunut yksinomaisesti »lapsirajoituspolilinikaksi». Monissa maissa vastaavan luontoiset neuvolat toimivat varsin kaapella ja avioliiton kokonaisuuden kannalta hyvin rajoitetulta syntyvyydensäännöstelyn ohjauksen pohjalta. Ilmeisesti näyttää maassamme vakiintuneen käsitys, että avioliittoneuvolan työssä syntyvyydensäännöstely näyttelee varsin tärkeätä ja keskeistä osaa, mutta muodostaa kuitenkin vain osan sen toiminnasta. Muiden probleemiryhmien siksi huomattava osuus on siitäkin syystä varsin merkittävä, koska sotien jälkeisessä Suomessa syntyvyydensäännöstelypropaganda rikollisia abortteja ehkäisevässä mie-

lessä oli varsin voimakasta ja monien erilaisten vapaaehtoisten kansalaisjärjestöjen tukemaa.

Raskaudentilaan liittyvät ongelmat muodostavat lähinnä suurimman ryhmän. Ryhmän suhteellinen osuus on ollut tänä ajanjaksona yhteensä 16.5 % ryhmän osuuden ollessa Helsingissä pienimmän ja maaseutukaupungeissa suurimman. Avioliittoneuvoloiden toimittua runsaan vuoden huomattiin, että suuren osan niiden potilaista muodostivat naiset, jotka kääntyivät neuvoloiden puoleen saadakseen raskaudentilansa keskeytetyksi. Syynä keskeytyspyyntöön näillä äideillä oli, harvoja poikkeuksia lukuunottamatta, taloudelliset vaikeudet, asuntokurjuus tai miehen liiallisesta alkoholin väärinkäytöstä johtuva hätä. Näiden potilaiden ongelmien vakavuuden ja vaikeuden tajuten sekä ymmärtäen, että heidän tukemisensa ja heistä huolehtiminen vaati syvällisempää ja laajemmalle asiantuntemukselle perustuvaa toimintaa kuin mihin avioliittoneuvoloissa oli mahdollisuuksia, perustettiin 1948 Helsinkiin erikoinen neuvola raskauksiensa takia vaikeuksiin joutuneille. Myöhemmin on näitä nk. sosiaalneuvoloita perustettu myös huomattavimpiin teollisuuskaupunkeihin Turkuun ja Tampereelle huolehtimaan näistä naisista, nimenomaan rikollisia raskaudenkeskeytyksiä ehkäisevässä hengessä (Niemineva ja Timonen 1949).

Kliinisessä mielessä erikoislääkäreitä vaativat potilasryhmät ovat III ja IV ryhmä, jotka käsittelevät lapsettomia aviopareja sekä sukupuolielämässä fyysillisinä tai psyykkisinä häiriöinä ilmeneviä ongelmia. Nämä ryhmät ovat lähes samansuuruiset, niiden yhteinen osuus kaikista tapauksista on 13.5 %. Lapsettomuustapauksien kohdalla on tapahtunut koko neuvolatoiminnan aikana lievää laskua. Syynä lienee se, että maan lääkärikuntaa on kouluutettu 1940 luvun alusta lukien hoitamaan paremmin näitä tapauksia, joten potilaat saavat tässä suhteessa apua kaikkialla maassa ja suoritettun valistustyön johdosta osaavat itsekin kääntyä erikoislääkärin puoleen. Toisaalta voimakas avioliittoisuus sotavuosina ja lähivuosien jälkeen on jyrkästi laskenut, josta syystä lapsettomien avioliittojen ongelma ei tällä hetkellä koko maassa ole samaa suuruusluokkaa kuin ennen.

Potilasryhmä, joka suhteellisen osuutensa puolesta on tuottanut pettymyksen toiminnan suunnittelijoille, ovat avioliittoon aikovat. Huolimatta siitä, että tässä suhteessa on sekä lääkäripiireissä että maallikkopiireissä korostettu premarital consultatiinin tärkeyttä, ei asia ole saanut riittävää kannatusta Suomessa osakseen. Tämä neuvonta pohjautuu lähinnä niihin periaatteisiin, jotka Kaprio Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim'in kokouksessa 1947 hahmoitteli. Ryhmän osuus on onneksi vuosittain niukasti lisääntymässä. Helsingissä, missä kysymystä on selostettu verraten paljon, ja missä nuoriso valistuneimmin seuraa ajan uusia virtauksia, onkin ryhmän osuus paljon suurempi kuin muualla maassa.

Viimeinen potilasryhmä: avioliiton ristiriidat, on epähomogeeninen luonteeltaan. Näillä potilailla on ollut monia sellaisia ongelmia, jotka osittain ovat lääketieteen ulkopuolisia jopa puhtaasti juridisia taikka taloudellisia kysymyksiä. Näidenkin tapausten suhteellinen osuus on suurin Helsingissä, mikä johtuu varmasti samoista seikoista kuin edellisen ryhmän kohdalla. Tähän viimeksimainittuun ryhmään liittyviä kysymyksiä on myöskin maamme kirkollinen avioliittoneuvonta laajassa mitassa hoitanut.

V

Syntyvyyden säännöstely.

1. Yleistä.

Syntyvyydensäännöstelyn ohjauksen vuoksi neuvolaan tulleita potilaita on ollut, kuten aikaisemmistakin taulukoista on ilmennyt vajaat 5.000 tapausta (4.941). Näiden tapausten kohdalla on syytä tarkastella lähinnä potilaiden omia motiiveja sekä niitä potilaiston piirteitä, jotka läheisesti liittyvät syntyvyydensäännöstelyn tarpeeseen; kuten ikää, avioliiton kestoa, lapsilukua avioliitossa sekä viimeisestä synnytyksestä kulunutta aikaa. Seuravassa luomme katsauksen muutamien taulukoiden muodossa mainittuihin kohtiin.

Neuvoloissa on ainoastaan poikkeustapauksissa annettu ohjausta syntyvyydensäännöstelyssä muille kuin avioliitossa oleville. Tätä periaatteellista linjaa on melko tarkoin noudatettu, joka ilmenee siitä, että minään vuonna ei naimattomien luku näiden potilaiden joukossa ole ylittänyt kymmentä. Tästä pienestä määrästä johtuen on naimattomat potilaat sijoitettu taulukoissa muiden joukkoon.

2. *Motiivit.*

Taulukko 6 ilmentää syitä, jolla neuvolan puoleen kääntynyt potilas on perustellut haluamansa ohjauksen tarvetta. Tässä yhteydessä on korostettava kahta seikkaa, ensiksi, että luvut kuvastavat potilaan omia subjektiivisia näkemyksiä ja potilaan antama selitys saattaa kätkeä varsinaisen motiivin, toiseksi taulukossa on kunkin potilaan kohdalla huomioitu vain yksi aihe, eli se, mitä on pidettävä todennäköisimpänä ja pääasiallisimpana. Nämäkin mahdolliset epäluotettavat tekijät eivät kuitenkaan peitä kokonaiskäsitystä potilaiston motiiveista. Syiden joukossa on huomattavissa kaksi suurempaa aiheryhmää, jotka lukumäärältään ovat lähes yhtä suuret: terveydelliset syyt 53.1 % sekä puhtaat sosiaaliset syyt 46.9 %. Tässä suhteessa ovat numerot pysyneet samanlaisina avioliittotoiminnan alusta lähtien. Nämä motiivit ovat luonteeltaan hyvin samankaltaisia kuin raskaudenkeskeytystä anovien motiivit, joita Timonen on kuvannut 1949.

Taulukko 6. Syntyvyydensäännöstelyn vuoksi neuvolaan tulleet potilaat vv. 1950—52.

Syyt.

Syy	Helsinki		Tampere ja Turku		Muut kaupungit		Yhteensä	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
<i>A. Terveydelliset syyt</i>								
1. Naisen sairaudet	346	27.5	247	20.2	424	17.3	1.017	20.6
2. Tiheästi toistuneet synnytykset	173	13.7	425	34.7	1.008	41.0	1.606	32.5
A. Yhteensä	519	41.2	672	54.9	1.432	58.3	2.623	53.1
<i>B. Sosiaaliset syyt</i>								
1. Huono taloudellinen asema	321	25.5	111	9.1	229	9.1	661	13.4
2. Helköt asunot	127	10.1	93	7.6	97	4.0	317	6.4
3. Riittävä lapsimäärä	48	3.8	197	16.1	224	9.0	469	9.5
4. Aviomiehen sairaudet	60	4.8	49	4.0	101	4.1	210	4.2
5. Opiskelu	61	4.9	28	2.3	49	2.0	138	2.8
6. Aviomiehen holtittomuus	52	4.1	51	4.1	51	2.1	154	3.1
7. Syy epämäär. ...	71	5.6	24	1.9	274	11.4	369	7.5
B. Yhteensä	740	58.8	553	45.1	1.025	41.7	2.318	46.9
Kaikki syyt yhteensä	1.259	100.0	1.225	100.0	2.457	100.0	4.941	100.0

Terveydelliset syyt käsittävät kaksi eri pääaihetta: naisen sairauden ja tiheästi toistuneet synnytykset. Sairausryhmään kuuluvat potilaat, joissa sellaiset vaikeat yleissairaudet kuin verenkiertoelinten taudit ja keuhkotauti ovat niin vakavia, että hedelmöittyminen on suureksi vaaraksi naiselle, mutta joilla ei tilanne toisaalta vielä aiheuta sterilisaation suoritusta. Tämän ryhmän suuruus Suomessa ei ole ihmeteltävää, koska maassamme esim. keuhkotuberkuloosin esiintyminen on vielä varsin yleistä. Viimeksimainitun sairauden kohdalla ovatkin maamme tuberkuloosilää-

kärit ja gynekologit vastikään yhteisen julkilausuman puitteissa halunneet korostaa syntyvyydensäännöstely-ohjauksen merkitystä. Tiheiden synnytysten ryhmä käsittää potilaat, joitten kohdalla synnytykset ovat seuranneet niin välittömästi toisiaan, että äiti on vakavan uupumusuhkan alaisena uudelleen hedelmöityessään.

Verrattaessa näiden terveydellisten syiden kummankin pääryhmän jakautumista luonteeltaan erilaisissa kaupunkineuvoloissa on todettavissa selvä eroavaisuus. Maaseutukaupungeissa ovat etualalla juuri nämä tiheästi synnyttäneet äidit. Syy heidän suureen esiintymiseensä maaseutukaupunkien neuvoloissa on luonnollisesti haettavissa siitä, että nämä kaupungit sijaitsevat siinä osassa Suomea, missä yleinen syntyväisyys on korkea ja näillä alueilla terveyssisaret ja kättilöt ovat kehoittaneet näitä äitejä kääntymään neuvoloiden puoleen.

Sosiaalisten syiden joukossa on havaittavissa useampia erilaisia, yhtenäisiä ongelmaryhmiä: minkään yksityisen syyryhmän olematta lukumääräisesti selvästi etualalla. Huono taloudellinen asema on yleisimpänä syynä, eli yksinomaan tästä syystä on 13,3 % kaikista potilaista pyrkinyt lapsirajoitukseen. Heikot asunto-olot muodostavat syyn 6,4 %:lle aineistosta. Tähän ryhmään on pyritty kokoamaan ne, joilla olisi ollut taloudellisia mahdollisuuksia parempaan asuntoon, mutta nykyisten asunnonsäännöstelyolosuhteiden vallitessa ei se ole ollut mahdollista. Nykyinen lapsiluku riittävä-ryhmään sisältyvät tapaukset, jotka ovat yksinkertaisesti, ilman enempiä perusteluita todenneet, että lasten lukumäärä on riittävä. Miehen sairaus-ryhmä käsittää suurimmalta osalta erilaisia invaliditeettitiloja sekä keuhkotuberkuloosia sairastavia. Opiskelijaryhmässä ovat enemmistönä yliopistolliseen loppututkintoon tähtäävät, jotka taloudellisten vaikeuksien (mies opiskelee) tai opintojen pitkittymisen takia (nainen opiskelee) haluavat välttää raskautta. Miehen holtittomuustapauksissa on kysymyksessä pääasiassa assosiaaliset alkoholistit. Sosiaalisten syiden pääryhmässä eri motiivien keskinäinen osuus on neuvolatoiminnan alkuvuosina noudattanut samoja linjoja kuin nyt käsiteltävänä ajanjaksona. Tosin alkuvuosina, välittömästi sotaa seuranneena

aikana, heikot asunto-olot olivat vähän enemmän etualalla (8.4 %/o, nyt 6.4 %/o) kuin nyt. Samoin opiskelijain osuus oli silloin runsaampaa (4.7 %/o, nyt 2.8%^o/o) johtuen siitä, että neuvolat aluksi sijaitsivat maan suurimmissa opiskelukeskuksissa.

Eri luonteisten kaupunkien neuvoloissa on syyryhmien kohdalla todettavissa huomattaviakin eroja. Taulukkoa tarkastellessa on mielenkiintoisena erona todettavissa, että Helsingissä huono taloudellinen asema on ollut joka neljännellä neuvolaan tulon aiheena, kun muissa ryhmissä lähes vain joka kymmenennellä potilaalla. Toisaalta nykyistä lapsilukua Helsingissä pitää riittävänä 4 sadasta, kun vastaavasti teollisuuskaupungeissa 16 sadasta ja maaseutukaupungeissa 9 sadasta. Mikä on takana näin huomattavasti toisistaan eroavissa arvoissa? Mitään varmaa vastausta tähän ei voida antaa. Mahdollisesti syynä on se, että teollisuuskaupunkien väestön mentaliteetti on toisenlainen kuin muualla maassa. Turun ja Tampereen potilaisto on lähinnä koostunut näistä kaupungeista itsestään ja niiden välittömästä ympäristöstä. Helsingin alhaisen luvun selittänee se, että sen neuvoloissa on käynyt runsaasti potilaita koko maan alueelta ja toisaalta se, että Helsinki on kaupunki, jossa on runsaasti — jopa liikaa — lääkäreitä ja siitä syystä yleiselle neuvolavastaanotolle saapuvat edustavat väestön vähävaraisinta osaa. Heikkojen asunto-olojen suuri osuus Helsingissä (10.1 %/o) verrattuna maaseudun vastaavaan lukuun (4 %/o) on täysin selvä; maan pääkaupunkiin suuntautuvan muuttoliikkeen johdosta on siellä koko neuvolatoiminnan ajan esiintynyt suuri asutopula.

Edelliset rivit osoittavat, että inhimilliset surut ja huolet sekä pelko terveyden vaarantamisesta ovat olleet avioliittoneuvolaan syntyvyydensäännöstelyohjauksen takia tulleiden aiheina. Vain harvemmin on syyksi osoittautunut pelkkä puolisoiden mukavuudenhalu tai vastaava tekijä.

3. Avioliiton kesto.

Taulukko 7 antaa kuvan siitä, missä avioliiton vaiheessa potilaat ovat kääntyneet neuvoloiden puoleen syntyvyydensäännöstelykysymyksessä. Ensimmäisen avioliittovuoden aikana on näi-

den potilaiden luku varsin alhainen. Suurimman ryhmän muodostavat sitä seuraavina vuosina tulevat siten, että lähes puolet kaikista tulee viiden ensimmäisen avioliittovuoden kuluessa. Tämän jälkeen eri avioliittokestovuosien osuus luonnollisista biologisista syistä nopeasti vähenee, niin että yli 15 vuotta avioliitossa olleiden osuus on ainoastaan 7 %. Verratessamme edellä esitettyjä prosentteja neuvolan aikaisempiin kokemuksiin on todettava, että toiminnan jatkuessa on potilaisto tullut varhaisemmassa avioliittonsa vaiheessa neuvolaan. Vuosina 1947—48 oli avioliittonsa ensimmäisenä viitenä vuotena käyneitä 38.1 % kun tässä aineistossa vastaava luku on 44.1 %. Tähän aineiston rakenteen muuttumiseen on yleisellä valistustyöllä varmasti huomattava osuutensa.

Taulukko 7. Avioliiton kesto aika.

Avioliiton kesto v.	Helsinki	Tampere ja Turku	Muut kaupungit	Kaikki neuvolat	%
0—1	91	41	58	190	3.8
2—5	500	534	954	1988	40.2
6—10	365	409	859	1633	33.1
11—15	158	176	334	668	13.5
16—20	62	48	157	267	5.4
21 tai enemmän	22	16	44	82	1.7
Ei tietoa	61	1	51	113	2.3
Yhteensä	1.259	1.225	2.457	4.941	100.0

4. Lapsiluku.

Syntyvyydensäännöstelyn ohjausta ajateltaessa, on perheen kohdalla varmasti yhtenä merkitseväenä tekijänä aikaisempien lasten lukumäärä. Tätä kysymystä valaisee taulukko 8. Neuvola-aineisto on ollut varsin monilapsista. Onhan 3—5 lasta yli puolella kaikista syntyvyydensäännöstelypotilaista ja lähes joka kymmennellä potilaalla on 6 tai enemmän lapsia. Tässä suhteessa on tilanne pysynyt muuttumattomana koko sen ajan, minkä avioliittoneuvontatoiminta on tässä muodossa maassamme ollut. Todet-

takoon, että johdannossa mainitun, 1935 Helsingissä toiminnassa olleen neuvolan potilaista oli lapsettomia tai yksilapsisia lähes puolet. Edellämainitut luvut ilmentävätkin parhaiten Väestöliiton avioliittoneuvoloiden luonnetta verrattuna puhtaasti syntyvyydensäännöstelypoliklinikoihin. Eri kaupungeissa on potilaiden lapsiluvussa havaittavissa selvää eroa. Helsingissä on yhtä paljon 1—2 lapsisia tapauksia kuin 3—5 lasta omaavia. Sensijaan esim. maaseutukaupunkien kohdalla vastaavain ryhmäin prosenttiluvut ovat 27. 6. ja 51. 1. Tästä heijastuu selvästi, että maaseutuneuvoloiden potilaspiiriin on kuulunut, kuten jo aikaisemmin on todettu, runsaasti suuriperheisiä, väsyneitä äitejä.

Kahta viimeistä taulukkoa (7 ja 8) yhdessä tarkasteltaessa on todettava, että lapsirajoituspotilaiden enemmistön näissä avioliittoneuvoloissa ovat muodostaneet useimpia vuosia naimisissa olleet, ainakin 3 lasta synnyttäneet naiset, joista useiden kohdalla synnytykset ovat seuranneet välittömästi toisiaan. Kaprion ja Rouhunkosken aikaisemmin tekemä huomio, että Helsingissä alkavat yleensä taloudelliset tekijät kolmannesta lapsesta lähtien voimakkaammin vaikuttaa lapsirajoituspyrkimyksen edistäjinä pitää paikansa yleisestikin koko maata ajatellen.

Taulukko 8. Lasten lukumäärä.

Lasten luku määrä	Helsinki		Tampere ja Turku		Muut kaupungit		Yhteensä	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
1—2	544	43.2	420	34.3	680	27.7	1.644	33.3
3—5	554	44.0	696	56.8	1.256	51.1	2.506	50.7
6 tai enemmän	69	5.5	109	8.9	356	14.5	534	10.8
Ei tietoa	92	7.3	—	—	165	6.7	257	5.2
Yhteensä	1.259	100.0	1.225	100.0	2.457	100.0	4.941	100.0

5. Edellisestä synnytyksestä kulunut aika.

Toisena tärkeänä biologisena tekijänä syntyvyydensäännöstelypyrkimykselle, lapsien luvun ohella, on myöskin viimeisen synnytyksen ajankohta. Taulukossa 9 on tarkkailtu potilaiden viimeisen

synnytyksen ja neuvolassa käynnin väliaikaa. Herkimin ovat potilaat tulleet neuvolaan silloin, kun viimeisestä synnytyksestä on kulunut 3 kuukaudesta 1 vuoteen. Tämä onkin varsin ymmärrettävä fysiologiselta kannalta. Lapsen synnyttyä ovat äidit halunneet levätä ja toipua ennen uuden raskauden alkamista. Ihmetyttävän suuri on kuitenkin niidenkin lukumäärä, joilla on kulunut 3 vuotta enemmän aikaa edellisestä synnytyksestä. Tämä saattaa johtua siitä, että kuten aikaisemminkin todettiin, on syntyvyydensäännöstelyn ohjaus maassamme nuorta ja siitä syystä tämä osa potilaista on tullut tietoisiksi asian tärkeydestä vasta myöhemmin. Verrattaessa kehitystä vuosiin 1947—48 on todettava, että silloin ensimmäisen vuoden aikana synnytyksen jälkeen hakeutui neuvolaan 51.1 % potilaista kun sensijaan vastaava luku nyt on 61.0 %. Tähän edulliseen kehitykseen on osansa jo monasti korostetulla valistuksella. Eri kaupunkiryhmien välillä ei aineistossa ole muuta selvää eroa kuin että Helsingissä ovat potilaat kääntyneet neuvolan puoleen yleensä aikaisemmin kuin muualla. Ensimmäisen puolen vuoden aikana synnytyksen jälkeen käyneiden osuus Helsingin aineistossa on 53.2 %. Vastaava prosenttiluku teollisuuskaupungeissa ja maaseutu-kaupungeissa on yhteensä 34.9 %. Tämän eron yhtenä syynä on se, että Helsingin kättilö- ja sairaanhoitajakunta on oppinut kiinnittämään sellaisten äitien huomion neuvolassa käynnin tarpeellisuuteen, jotka äidit heidän mielestään tarvitsevat toipumisväliaikaa.

Taulukko 9. Edellisestä synnytyksestä kulunut aika.

Neuvola-ryhmä	Ei synnyttäneet	Edellisestä synnytyksestä kulunut aika							Yht.
		2 kk.	3 kk.	7-12 kk.	1-2 v.	3-4 v.	4 tai useampi v.	Ei tietoa	
Helsinki	67	166	176	128	86	44	67	20	754
Tampere ja Turku	1	87	155	143	216	90	56	5	753
Muut kaupungit	21	139	487	425	343	161	158	23	1757
Kaikki neuvolat	89	392	818	696	645	295	281	48	3264

6. Syntyvyyden säännöstelymenetelmät.

Tällä kohdalla on aiheellista selostaa myös minkäläistä ehkäisymenetelmien käyttöä on potilaille neuvottu. Taulukko 10 antaa havainnollisen kuvan tilanteesta. Sotavuosien jälkeen Suomessa käyttöön tullut emätinpessaari ja salva-yhdistelmä on tavallisin ehkäisymenetelmä, jota on ohjattu käyttämään yli 2/3 kaikista potilaista. Preceptin-salva, jota on monilla tahoin pidetty käänteentekeväenä syntyvyydensäännöstelyn alalla, tuli maassamme käyttöön vuoden 1952 kuluessa ja on sitä, kuten taulukosta ilmenee, käytetty jotensakin samassa suhteessa eri neuvolaryhmissä. Muiden menetelmien kohdalla on tavallisesti ollut kysymys jostain kombinoidusta menetelmästä: kondomi, kemiallinen valmiste, Ogino-Knaus ja kemiallinen spermamyrkky. Eri menetelmien valinnassa, kunkin potilaan kohdalla on noudatettu näitä menetelmiä koskevia yleisiä suuntaviivoja. Avioliittoneuvonnan olemassaolon aikana on kuitenkin ulkomaisen valuutan saantivaikeuksien johdosta pakotettu turvautumaan niihin menetelmiin, joissa ehkäisyvälineiden saanti on ollut turvattu. Vasta aivan viime vuosina on Suomessa kotimaisia kemiallisia valmisteita tullut käyttöön.

Taulukko 10. Syntyvyyden säännöstelymenetelmät.

Neuvolaryhmä	Pessaari		Preceptin		Muu menetelmä		Yhteensä Luku
	Luku	0/0	Luku	0/0	Luku	0/0	
Helsinki	485	64.3	92	12.2	177	23.5	754
Tampere ja Turku	487	64.7	71	9.4	195	25.9	753
Muut kaupungit ..	1228	69.9	158	9.0	371	21.1	1757
Yhteensä	2200	67.4	321	9.8	743	22.8	3264

Tässä yhteydessä emme valitettavasti voi esittää tilastollisia tietoja syntyvyydensäännöstelyohjauksen tuloksista. Edellämainitun Väestöliiton sosiaalineuvolan kokemukset kertovat kuitenkin vuosien kuluessa monista tapauksista, joissa potilas on ohjauksesta huolimatta tullut raskaaksi. Tähän lienevät syynsä sillä

ilmiöllä, että suomalainen nainen ei ole erikoisen taipuvainen kaikesta huolimatta käyttämään hyväkseen annettua ohjausta. Tähän viittaa myös suoritettu tutkimus suomalaisen naisen suhtautumisesta syntyvyydensäännöstelyyn (Olki 1954).

VI

Raskauteen liittyvät ongelmat.

Kuten potilaiden yleistä jakautumista koskevassa osassa olemme todenneet, on varsin suuri joukko potilaita (16.5 %) saapunut neuvolaan raskaudentilaan liittyvien kysymysten vuoksi. Osalla näistä potilaista on ollut kysymyksessä ainoastaan raskauden toteaminen, useimmilla sensijaan raskaudentilan aiheuttamat vaikeudet. Huomautettakoon, että Suomessa raskauden toteaminen yleensä tapahtuu lääkärin vastaanotolla tai äitiysneuvolassa. Kuten olemme edellä todenneet keskitettiin näiden potilaiden käsittely myöhemmin, eli vuonna 1948 omaan neuvolaansa ns. sosiaalineuvolaan, koska huomattiin, että nämä potilaat muodostavat täysin oman ryhmänsä, joiden auttaminen ja tukeminen vaatii omat erikoiset toimenpiteensä ja erikoistuneen henkilökunnan nk. sosiaalihoitajan, koska lääkäriytyövoima ei ole liiennyt näiden pitkäaikaista huoltoa tarvitsevien potilaiden jatkohoitoon. Sosiaali-neuvolan toiminta onkin vuosien kuluessa tehostunut niin, että tämä ryhmä on pienentymässä avioliittoneuvolain potilaistossa. Tämä ilmenee selvästi taulukosta n:o 11, jossa Helsingin kohdalla, jonne ensimmäinen sosiaalineuvola perustettiin, on näiden potilaiden osuus pienin, eli 13.6 % kaikista neuvolassa kävijöistä, vastaavien lukujen muissa neuvolaryhmissä ollessa 17.6 % ja 17.7 %. Vuosittaiseen kehitykseen viittaavat seuraavat Helsingin neuvolan prosenttiluvut. Raskaudentilan takia neuvolan puoleen kääntyneitä on vuonna 1950 15 %, vuonna 1951 13.7 % ja 1952 12 % kaikista potilaista.

Taulukko 11. Neuvolan potilaiden lukumäärän jakautuminen kaupunkiryhmittäin.

Neuvolaryhmä	1950		1951		1952		1950—52	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
Helsinki	144	15.0	102	13.7	83	12.0	329	13.6
Tampere ja Turku	130	17.0	104	18.6	94	16.7	328	17.6
Muut kaupungit ..	190	18.0	247	17.7	274	18.5	711	17.7
Kaikki neuvolat yhteensä	464	16.0	453	16.6	451	15.7	1368	16.3

Taulukko 12. Siviilisäätö ja suhtautuminen mahd. raskauteen.

Neuvolaryhmä	Siviilisäätö		Raskaus		Suhtautuminen		Yhteensä
	naimaton	naimisissa	todettu	ei todettu	posit.	negat.	
Helsinki	13	172	139	46	37	148	185
Tampere ja Turku ..	5	193	177	21	8	190	198
Muut kaupungit	56	465	435	86	18	503	521
Kaikki neuvolat	74	830	751	153	63	841	904

Taulukko 12 kuvaa eräitä seikkoja tämän ryhmän potilaistosta. Siviilisäädyltään potilaat ovat valtaosaltaan naimisissa olevia, ainostaan 8.2 % ollessa naimattomia. Maaseutukaupunkien kohdalla on naimattomien kävijöiden osuus hiukan korkeampi (10.7 %). Tämän ryhmän potilaiden joukossa oli kaikkiaan 16.8 % niitä, jotka eivät tutkimuksissa kuitenkaan osoittautuneet raskaina oleviksi. Ne potilaat, joilla raskauden tila todettiin, lähetettiin, mikäli oli aiheellista sosiaalneuvoloihin tai erikoislääkärien luo jatkohoitoon. Potilaiden tullessa neuvolaan suhtautui heistä ainostaan 6.9 % myönteisesti mahdolliseen raskaudentilaan, toivoen ainostaan tukea muodossa taikka toisessa. Sensijaan valtaosa toivoi saavansa tämän heille itselleen vaikeuksia aiheuttavan raskaudentilan keskeytetyksi.

Tässä yhteydessä ei ole syytä käydä lähemmin selostamaan potilaiden todellisten taikka kuviteltujen huolien vaikeuksien luonnetta. Viittaamme ainoastaan sosiaalineuvolan aineistosta tehtyihin tutkimuksiin (Timonen 1949).

VII

Steriliteetti.

Steriliteetin takia tulleiden potilaiden suhteellisessa osuudessa on neuvolan toiminta-aikana tapahtunut lievää laskua. Avioliittoneuvolatoiminnan kannalta muodostavat lapsettomuustapaukset erittäin tärkeän ryhmän, jotka vaativat usein erikoissairaalahoittoa. Neuvolan puitteissa on ollut pakko tyytyä tavalliseen yleis-tutkimukseen, sekä naisen kohdalla genitalli-statuksen selvittämiseen ja miehen kohdalla spermatutkimukseen. Tuloksista mainittakoon, että esim. Helsingin neuvoloissa oli 1/4 osalla tapauksista sperma huono. Näissä tapauksissa pyrittiin häiriö hoitamaan neuvolassa. Lopuille tapauksista on osalle suoritettu jatkotutkimukset Helsingin Naistenklinikalla ja tuloksista riippuen potilaat on lähetetty operatiiviseen hoitoon erikoissairaalaan. Niissä tapauksissa, joissa on todettu selvä (Suomessa tavallinen häiriötila) synnyntielinten hypoplasia, on hoito suoritettu avioliittoneuvolassa.

Avioliittoneuvolan toiminnassa näyttelee steriliteettitapauksien hoito tärkeätä osaa siinä mielessä, että siten kiinnittyy aviopuolisoiden huomio elintärkeään kysymykseen riittävän ajoissa. Yleisesti tiedetään, mitenkä nopeasti 35 ikävuoden jälkeen pienenevät mahdollisuudet hoitaa ja korjata tätä häiriötä esim. operatiivisin menetelmin. Taulukosta 13 käy ilmi, mitenkä runsaasti on yli 35 vuotiaita potilaita neuvoloiden aineistossa eli kolme kymmenestä potilaasta. Nimenomaan maaseutukaupunkien kohdalla on potilasaines selvästi vanhempaa kuin Helsingissä. Tiedot steriliteettipotilaiden avioliiton kestosta eivät myöskään ole varsin ilahduttavia, sillä yli 6 vuotta avioliitossa olleita on lähes puolet kaikista potilaista. Kuutta vuotta pidetään tässä mielessä rajana, jonka jälkeen hedelmöittyminen avioliitossa, ainakin ilman operatiivisia toimenpiteitä, on hyvin harvinaista.

Taulukko 13. Ikäryhmittely ja avioliiton kesto aika.

Neuvolaryhmä	Ikäryhmät vuosissa						Avioliiton kesto				Yhteensä
	alle 20	20—24	25—29	30—34	35—39	40 tai yli	2	2—5	6—10	yli 10	
Helsinki	—	9	44	28	13	17	3	37	46	25	111
Tampere ja Turku ..	—	2	9	12	8	6	6	14	11	6	37
Muut kaupungit	—	18	51	54	35	13	26	77	55	13	171
Kaikki neuvolat yht.	—	29	104	94	56	36	35	128	112	44	319

Avioliittoneuvolojen toimintaa suunniteltaessa oltiin selvillä siitä, ettei varsinaisen hoidon antaminen steriliteettitapauksissa ole avioliittoneuvoloissa mahdollista. Avioliittoneuvolojen pää-tarkoituksena on steriliteettikysymyksessä toimia tutkimuspaik-koina, joista potilaat lähetetään tarvittaessa erikoishoitoon. Eri tutkimusmahdollisuuksia on avioliittoneuvoloissa kuitenkin vielä mahdollisuus kehittää ja tehostaa. Suomessa parhaillaan toteutet-tavan keskussairaalan rakentamisen jälkeen tarjoutuu mahdolli-suus kaikkialla Suomessa järjestelmälliseen, röntgenologiseen tut-kimukseen ja kohdun limakalvon biopsioihin.

Tässä yhteydessä on syytä tähdentää sitä, mitenikä avioliittoon aikovien neuvonnan tehostaminen ratkaisevasti vaikuttaa siihen, että steriliteettitapaukset saadaan ajoissa hoitoon. Yksinkertaisella naisten genitaalien tutkimuksella sekä miehen spermanäytteen pe-rusteella voidaan ryhtyä tarvittavaan, tehokkaaseen hoitoon en-nen kuin kysymys hedelmättömyydestä on avioliitossa muodostu-nut ajankohtaiseksi.

VIII

Sukupuolielämän häiriöt.

1. Yleistä.

Lääkärin kannalta mielenkiintoisimman ja hoidon kannalta vaikeimman osan potilaistosta muodostavat erilaiset sukuelämän häiriötilat. Näiden potilaiden määrä aineistossa ei ole varsin vä-

hänen: kaikkiaan 578 tapausta. Häiriötilojen joukossa muodostavat suurimman alaryhmän frigiditeetin vuoksi tulleet naiset ja heidän aviopuolisonsa, mutta lähes yhtä suuria ryhmiä ovat miehistä kykenemättömyyttä ja ejaculatio praecoxia sairastavat. Muut sukuelämän häiriöt ovat olleet avioliittoneuvoloissa ja ilmeisesti koko maassa ainakin sikäli kuin liittyvät perhe-elämän piiriin, käytännön kannalta harvinaisuuksia. Sukuelämän häiriötilojen vuoksi neuvolaan tulleet potilaat ovat hoitoonsa nähden tavallisesti pitkäaikaisia ja potilaina vaikeimpia. Seuraavassa käsittelemme edellämainittua kolmea pääryhmää lähemmin ja tällöin huomioimme vuodet 1951—52. Suurin näistä kolmesta on frigiditeetti eli 186 tapausta. Impotentia coeundi-ryhmään kuuluu 128 ja ejaculatio praecoxiin 193 tapausta. Alkuvuosina (1947—48) on tapausten keskinäinen jakautuminen neuvoloissa ollut suhteellisesti sama.

Taulukko 14. Ikäryhmät ja lapsiluku.

Neuvola-ryhmä	Ikäryhmät							Lapsiluku				
	Luku	alle 20	20—24	25—29	30—34	35—39	40-vyli	ei lapsia	1	2	3	yll
Helsinki	70	1	20	24	12	9	4	18	29	17	3	3
Tampere, Turku	30	—	6	10	9	4	1	1	18	9	1	1
Muut kaupungit	86	1	9	34	23	17	2	7	31	33	10	5
Kaikki neuvolat yht.	186	2	35	68	44	30	7	26	78	59	14	9

Taulukko 15. Avioliiton kesto ja frigiditeetti.

Neuvolaryhmä	Luku	Avioliiton kesto vv.						Vian kesto vv.				
		alle 1	1—2	3—5	6—10	11—15	16—20	alle 1	1—2	3—5	6—10	yll 10
Helsinki	70	4	14	24	14	10	4	4	21	26	11	8
Tampere ja Turku	30	1	7	7	11	3	1	6	10	12	1	1
Muut kaupungit ..	86	7	10	21	32	12	4	7	32	26	15	6
Kaikki neuvolat yhteensä	186	12	31	52	57	25	9	17	63	64	27	15

2. *Frigiditeetti.*

Kahdessa taulukossa n:o 14 ja 15 on esillä muutamia havain-
toja frigiditeettitapauksista. Tarkasteltaessa potilaiston ikää viis-
vuotiskausittain muodostavat suurimman ryhmän 25—29 vuotiaat
potilaat (68 tapausta). Tämän ryhmän molemmin puolin jakautu-
vat potilaat tasaisesti fertiilinä ikäkautena; pienenä erona Hel-
singin ja maaseutukaupunkien välillä on todettava, että Helsin-
gistä on suhteellisesti enemmän nuoria ikäluokkia kuin maaseu-
dulla.

Lapsilukuun nähden on todettava, että perheen suuruus fri-
giditeettitapauksissa vastaa kaupunkien keskiväestön perheiden
suuruutta, toisin sanoen tässä aineistossa ei niinkään lapsiluvun
omaava perhe ole poikkeavasti etualalla; yksilapsisia potilaita on
aineistossa eniten ja monilapsisten osuus on erittäin vähäinen; ai-
noastaan 9:llä 186:sta potilaasta on 4 lasta tai enemmän.

Taulukko 15 esittää avioliiton kestoa ja häiriötilan kestämis-
aikaa. Jos pidetään 5 vuotta raja-arvona ovat ryhmät, joiden avio-
liitto on kestänyt alle ja yli 5 vuotta, yhtä suuret. 12:ssa tapauk-
sessa ei avioliitto ole kestänyt vuottakaan. Häiriötilan kestossa
kiinnittyy huomio siihen, että runsaasti yli puolet (57 %) tapauk-
sista on sellaisia, joissa häiriötila on kestänyt ainakin 3 vuotta ja
15 tapausta sellaisia, joissa häiriötila on kestänyt 10 vuotta.

Selvimmät syyt frigiditeettiin tässä aineistossa ovat olleet: a)
raskauden pelko, b) biologinen alikehittyneisyys ja c) miehen
assosialisuus.

Frigiditeettitapauksien tarkempaan analysointiin nähden viit-
taamme seuraaviin julkaisuihin: Parland 1950, Olki 1955.

3. *Impotenssi ja Ejaculatio Praecox.*

Taulukossa n:o 16 käsitellään ejaculatio praecoxia ja impoten-
tia tapaukset yhdistettyinä Ejaculatio praecox-tapauksia on kaik-
kiaan 93 ja impotenssi-tapauksia kaikkiaan 128. Lähes puolet mo-
lempiin ryhmiin kuuluvista hoidettu Helsingin neuvoloissa. Tar-
kasteltaessa potilaiston jakautumista ikäryhmittäin kiinnittää
huomiota se tosiseikka, että kunkin ikäryhmän osuus 20—45 ikä-

vuoteen on jotensakin yhtäsuuri. Tapauksien jakautuminen tasisesti eri ikäkausille johtuu siitä, että nuorimmissa ikäluokissa on vallitsevana avioliiton alkuaian ejaculatio praecox ja vanhemmissa taas aikaansaavat lisääntyvät ristiriidat ja vaikeudet avioliiton henkisissä ja taloudellisissa kysymyksissä impotensian. Avioliiton keston perusteella jakaantuvat tapaukset myöskin erittäin tasisesti. Lyhytaikaisen avioliiton kuin erittäin pitkäaikaisen osuus johtunee samoista syistä kuin yllä on mainittu. Vaikeampaa sitävastoin on perustella 3—10 vuotta naimisissa olleiden suhteellisen runsasta osuutta. Suomalaiselle mentaliteetille tyypillisellä hitaudella ja ujudella kääntyä lääkärin puoleen on kuitenkin tässä osuutensa. Tavallista on, että potilas ennen neuvolaan tuloaan on jo useita vuosia kärsinyt vaivastaan ja turvautuu ulkopuoliseen apuun vasta aivan viime tilassa. Tämän tosiasian puolesta puhuu taulukon viimeinen osa, josta ilmenee, että lähes puolet potilaista on kääntynyt neuvolan puoleen vian kestettyä vähintään 3 vuotta.

Taulukko 16. Impotenssi ja Ejaculatio praecox.

Neuvolaryhmä	Luku	Ikäryhmät							Avioliiton kesto					Vion kesto					
		alle 20	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45 yll	Naima alle 1	1—2	3—5	6—10	11—15	yll 16	alle	1—2	3—5	yll 6	
Helsinki	99	2	8	24	20	13	6	26	19	16	7	7	10	23	17	16	38	28	17
Tampere ja Turku .	18	—	1	3	8	1	3	2	3	—	5	3	3	3	1	1	10	5	2
Muut kaupungit ...	104	—	6	23	14	26	14	21	20	14	16	30	6	—	18	10	43	28	23
Kaikki neuvolat yht.	221	2	15	50	42	40	23	49	42	30	28	40	19	26	36	27	91	61	42

Sukupuolielämän häiriötilojen vuoksi neuvolaan tulleet potilaat ovat hoitoonsa nähden pitkäaikaisia. Nämä potilaat joutuvat säännöllisesti käymään neuvolassa 3—10 kertaa, joka luonnollisestikin silloin, kun matka neuvolaan on pitkä, tuottaa suuria vaikeuksia ja estää lääkäreitä pääsemästä hyviin hoitotuloksiin. Näiden tapausten käsittely vaatii myöskin ehdottomasti hyvän psykiatrisen koulutuksen omaavan lääkärin.

IX

Avioliittoon aikovien neuvonta.

Tämän ryhmän muodostavat kihloissa olevat ja vastikään avioliittonsa solmineet, jotka haluavat yleistä terveystarkastusta sekä tietoja määrättyistä seksuaalielämään liittyvistä kysymyksistä (taulukko 17). Potilaitten kokonaismäärä on suhteellisen pieni, vain 3.7 % koko aineistosta. Avioliittoneuvonnan periaatteiden mukaisesti tulisi tämän ryhmän osuuden olla huomattavasti suuremman. Helsingissä, jossa valistustyö tälläkin alalla on saavuttanut laajemmat mittasuhteet kuin muualla maassamme, onkin avioliittoon aikovien osuus neuvolan potilaistossa jatkuvasti noussut, ollen se vuonna 1950 5 % ja vuonna 1952 9 %. Muissa neuvoloissa ei vastaavanlaista nousua ole havaittavissa.

Taulukko 17. Avioliittoon aikovien neuvonta.

Neuvolaryhmä	Luku	Ikäryhmät						Sääty			Motiivi	
		Alle 20	21—24	25—29	30—34	35—39	Yli 40	Naimat.	Kihloissa	Naimi- sissä	Avioliitt. alkovat.	Muu neuv-
Helsinki	115	7	33	49	17	5	4	37	69	9	81	34
Tampere ja Turku	18	1	7	8	1	1	—	4	10	4	12	6
Muut kaupungit ..	80	8	26	19	14	2	11	21	39	20	56	24
Kaikki neuvolat yhteensä	213	16	66	76	32	8	15	62	118	33	149	64

Tyypillistä tämän ryhmän potilaille on, että suurimmalla osalla heistä on ollut joku erityinen ongelma, johon he ovat halunneet selvitystä. Näistä ongelmista ovat lapsensaantimahdollisuuksiin ja määrättyihin perinnöllisiin sairauksiin ja ominaisuuksiin liittyvät kysymykset olleet etualalla. Pelkän avioliiton, terveydenhoidon tai seksuaalihygienian oppitunnille on vain aniharva saapunut.

Tässä yhteydessä on paikallaan kiinnittää huomiota niihin perusteisiin ja tehtäviin, jotka Kaprio ja Saloheimo ovat ajatelleet liittyviksi avioliittoon aikovien terveystarkastukseen.

He katsoivat, että avioliittoon aikovien terveystarkastusten käytäntöönotto vapaaehtoisessa muodossa puolustaa paikkaansa, koska lyhempiaikaisiinkin virkoihin nykyisin vaaditaan lääkärintodistus. Tämän tarkastuksen he ajattelivat lähinnä vakuutus-tarkastusten luontoisiksi, ts. sen yhteydessä pitäisi selvittää suunnilleen samat asiat kuin vakuutustarkastuksissakin. Anamneesissa pitäisi siis kiinnittää huomiota nivelreumatismin esiintymiseen, sokeritautiin, sydämen, keuhkojen ja munuaisten sairauksiin, joilla kaikilla on merkitystä tulevien graviditeettien kannalta, samoin aikaisempiin laparatomiioihin ja verensiirtoihin. Mieheltä olisi kahden kesken tiedusteltava parotiitin jälkeisen kivistulehduksen, gonorrhean ja lueksen esiintymistä sekä hänen aikaisempia seksuaalisia kokemuksiaan. Naisen kohdalla olisi huomio kiinnitettävä aikaisempien kokemusten lisäksi gonorrheaa, gynekologisia tulehduksia, kuukautisanamneesia koskeviin tietoihin. Yleistutkimuksessa olisi kiinnitettävä huomiota sydämen ja keuhkojen statukseen, verenpaineen mittaamiseen ja virtsan tutkimiseen. Wasserman-reaktion otto luonnollisesti tärkeä. Tarvittaessa on Rh-näyte niinikään muistettava ottaa.

Vaikeuksia tuottaa niiden tautien ja sairauksien osuuden arvostelut, joilla katsotaan olevan periytymistäipumuksia. Mikäli sukurasitusta esiintyy molemmin puolin, on syytä tarkoin harkita niitä vaaroja, joita suunniteltuun avioliittoon tulevaisuudessa saattaa liittyä. Läheisessä yhteistyössä avioliittoneuvoloiden kanssa toimii Suomessa erityinen perinnöllisyysneuvonta (Olki 1951), jonka ratkaistavaksi on tarkoitus antaa kaikki vaikeammat probleemat. Tämä työ on Suomessa kuitenkin vasta aivan alussa. Tärkeimpiä perinnöllisiä sairauksia Suomessa ovat käsitelleet Heino ja Niemineva.

X

Avioliiton ristiriidat.

Ryhmä, jonka osuus koko aineistosta on vajaa 7 % muodostaa sen epäyhtenäisimmän ja motiiveiltaan vaihtelevaisimman pääryhmän (taulukko 18). Ryhmän potilaista on naisia noin 4/5. Ta-

vallisimmat ristiriitojen syyt ovat miehen ylenmääräinen alkoholin käyttö sekä siitä johtuva taloudellinen kurjuus (20 %), aviopuolisoiden uskottomuus (17 %) sekä aviopuolison psyykkisesti poikkeava tila tai reaktio (27.5 %). Seksuaalinen sopeutumattomuus on ollut ristiriitojen alkusyynä 14 %:lla. Mustasukkaisuuden osuutta näistä syistä on käsitellyt Parland 1954. Alkoholin suuri osuus perhe-elämään haitallisesti vaikuttavana tekijänä suomalaisessa kodissa käy tästä aineistosta selvästi esille. Osa ryhmän potilaista ei itse asiassa kuulu lääketieteellisen avioliittoneuvonnan piiriin. Ne potilaat, joiden ristiriitojen alkusyy on ollut lääketieteellisin keinoin hoidettavissa, on käsitelty neuvolassa, tai ohjattu tarkempaan psykiatriseen erikoistutkimukseen ja hoitoon. Osa potilaista on ohjattu maan kirkolliseen avioliittoneuvolaan ja osa kunnallisiin virastoihin ja huoltolaitoksiin.

Taulukko 18. Avioliiton ristiriidat.

Ristiriidan syy	Helsinki	Tampere ja Turku	Muut kaupungit	Kaikki neuvolat yhteensä
Sukupuolinen sopeutumattomuus ..	4	13	29	46
Mustasukkaisuus	18	7	8	33
Puolison uskottomuus	18	16	21	55
Potilaan uskottomuus	6	2	2	10
Hermostolliset häiriöt	18	14	23	55
Puolison alkoholismi	34	8	22	64
Muut syyt	38	17	2	57
Yhteensä	136	77	107	320

XI

Lääketieteellisen avioliittoneuvonnan kehittäminen.

Ryhtymättä tarkemmin tekemään aineistomme perusteella johdopäätöksiä yksityisistä seikoista, olemme seuraavassa halunneet kiinnittää huomion seuraavaan kahteen pääkohtaan:

1. Onko avioliittoneuvolan nykyinen organisatio sopiva, tai olisiko sitä kehitettävä?

2. Onko potilaiston nykyinen rakenne tehokkaan lääketieteellisen avioliittoneuvonnan kannalta sopiva?

Organisatio.

1. Organisaatiota harkittaessa tulee ensimmäisenä esille kysymys, onko lääkärin harjoittama, henkilökohtainen avioliittoneuvonta keskitettävä määrättyihin tutkimus- ja hoitopisteisiin taikka olisiko se parhaiten hoidettavissa muun lääkäriyön ohella yleisillä poliklinikoilla tai esimerkiksi äitiysneuvoloissa. Oman erityisen neuvolan puolesta puhuu, että monet alan piiriin kuuluvat häiriötilat ovat sen luontoisia, etteivät potilaat mielellään käänny yleisten poliklinikoitten puoleen, missä päivittäin käsitellään suuri määrä potilaita. Tällaisilla poliklinikoilla ei helposti synny sitä välitöntä suhdetta potilaan ja lääkärin välille, joka on hoidon tulosten kannalta useimmissa tapauksissa välttämätön. Monissa tapauksissa on neuvonnan piiriin kuuluvien häiriötilojen diagnostointi ja hoito siksi monimutkaista, että ainoastaan keskittämällä tapaukset erikoisiin avioliittoneuvoloihin voivat niissä toimivat lääkärit saada siksi suuren kokemuksen, että pystyvät tehokkaasti hoitamaan tai järjestämään näiden potilaiden hoidon.

Lisäksi on muistettava, etteivät kaikki lääkärit henkilökohtaisilta ominaisuuksiltaan ole suinkaan parhaita mahdollisia avioliittoneuvontalääkäreitä. Tarkoituksenmukaisen avioliittoneuvonnan periaatteena on lisäksi pidettävä gynekologin ja psykiatrin välitöntä yhteistyötä tai ainakin hyvää konsultatiomahdollisuutta heidän kesken. Ehdottomasti välttämätöntä se on seksuaalielämän häiriötapauksissa ja avioliittoon aikovien neuvonnan kohdalla. Poliklinikoita, joissa olisi yhdessä nämä erikoisalojen lääkärit, ei Suomessa ole.

Avioliittoneuvonta äitiysneuvoloissa rajoittuisi ainoastaan synnytyvyyden säännöstelyohjaukseen. Äitiysneuvonnasta vastuussa olevat lääkärit eivät pidä tätä järjestelyä kuitenkaan suotavana (Pitkänen). Omasta puolestamme yhdyimme tähän näkökantaan. Äitiysneuvoloiden työ on ensinnäkin pyrittävä säilyttämään sen alkuperäisessä tarkoituksessa: raskaudenaikaisten olojen huo-

mioitsijana ja neuvonnan antajana. Jos nyt syntyvyyden säännöstelyä tarkoittavien yksityiskohtaisten ohjeiden antaminen tapahtuu — vaikkapa vain selvissä tapauksissa — äitiysneuvoloissa, saattaa yleisön keskuuteen pian levitä kokonaan väärä käsitys äitiysneuvoloiden vastaanotoista. Edelleen ei säännöstelyohjeiden antaminen ja esimerkiksi emätinpesaarin sovittaminen useinkaan vielä kaksi kuukautta synnytyksen jälkeen, jolloin jälkitarkastus Suomessa suoritetaan, ole otollista, vaan täytyisi sen tapahtua myöhäisemmässä vaiheessa. Syntyvyydensäännöstelyneuvonnan liittäminen äitiysneuvoloiden ohjelmaan on ristiriidassa sen periaatteen kanssa että lapsirajoituskysymys muodostaa vain yhden, tosin keskeisen osan, avioliittoneuvonnasta. Muita häiriötiloja varten tulisi tällöin kuitenkin olla olemassa oma työpisteessä. Edellisen huomioiden näyttää nykyinen avioliittoneuvolamuoto olevan paras mahdollinen Suomessa. Silti on syytä tehostaa jo nyt syntyneen hyvän yhteistoiminnan välttämättömyyttä äitiysneuvoloiden ja avioliittoneuvoloiden välillä.

Todettuamme edellä, että avioliittoneuvonta Suomessa parhaiten tapahtuu sitä varten erikoisesti perustetuissa klinikoissa, on meidän siirryttävä tarkastelemaan onko neuvolan käytännöllinen työskentely järjestetty tarkoitustaan vastaavaksi. Neuvolan potilaiston rakenne ja sen probleemit määräävät lääkäri työvoiman luonteen. Avioliittoneuvoloiden potilaista on 2/3 ollut syntyvyydensäännöstelytapauksia. Jotta tämän ryhmän hoito olisi asiallista edellyttää se, että neuvolan lääkäriellä on gynekologista asiantuntemusta. Tämä asiantuntemus on sitäkin tärkeämpää, koska runsaalla 1/5:lla potilaista on probleemeja (steriliteetti ja raskauden toteaminen), jotka edellyttävät jopa erikoislääkärikokemusta. Loput potilaista eli vajaa 1/5, ovat sellaisia, jotka ehdottomasti edellyttävät psykiatrista asiantuntemusta. Myöskin varsin huomattavassa osassa gynekologisia tapauksia tarvitaan psykiatrista konsultaatiota, jota ilman syntyvyydensäännöstelyn hoito muodostuu pelkkien oireiden hoitamiseksi ilman että potilaat neuvolaantulon perussyytä kyetään auttamaan. Muiden, lääketieteen erikoisalojen asiantuntemuksen tarve neuvolassa on ollut niin

vähäinen, että se pystytään tilapäisen konsultation avulla järjestämään. Tilanne on muuttunut täksi erikoisesti sen jälkeen, kun raskaudenkeskeytystä erilaisten sairaustilojen perusteella pyytävät on ohjattu omaan neuvolaansa (sosiaalineuvola). Muiden asiantuntijoiden kuin lääkärin suorittama avioliittoneuvonta ei mielestämme kuulu välittömästi tämän neuvonnan piiriin. Yhteistyöhön näiden muiden avioliittoneuvojien kanssa palaamme myöhemmin. Näin ollen neuvolan rungon muodostavat parhaiten kaksi lääkäriä, joista toisella on psykiatrasta asiantuntemusta ja toisella gynekologista pätevyyttä. Tämän kaltainen kahden lääkärin neuvola on Suomessa mahdollisuuksien rajoissa ainoastaan suurimmissa asutuskeskuksissa. Tämä on toiminnan kannalta haitallista, koska yhden lääkärin neuvoloissa toiminta pakostakin muodostuu yksipuoliseksi. Tämä heijastuu nykyisessä potilaistossa, jossa gynekologista asiantuntemusta tarvitsevat ovat runsaasti etualalla, johtuen siitä, että yhden lääkärin neuvoloissa toimivat lääkärit ovat gynekologisesti orientoituneita. Mikäli käytettävissä olisi kaikissa neuvoloissa kaksi lääkäriä, muodostuisi erilaisten potilasryhmien suhde toiseksi ja enemmän todellista tarvetta vastaavaksi. Tämä ilmenee selvästi verrattaessa Helsingin ja maaseutukaupunkien neuvoloiden potilasryhmiä toisiinsa, kuten materiaalin käsittelyssä on tehty.

Potilaiston kasvaessa on tarvittavien diagnostisten laboratorioden lukumäärä kasvanut. Näistä kokeista avioliittoneuvoloiden toiminnan kannalta ovat tärkeimmät spermanäytteiden analysointi sekä biologiset raskaudentoteamisreaktiot. Nämä molemmat kokeet ovat lisäksi sen luontoisia, ettei niitä yleensä suoriteta sairaaloiden eikä myöskään yksityisissä rutiinilaboratorioissa. Tämän alan näytteet on tähän asti tutkittu harvoissa, niitä suorittavissa yksityislaboratorioissa sopimuksen mukaan. Mielestämme olisi laboratorionäytteiden tutkiminen keskitettävä yhteen tutkimuspaikkaan ja tarvittaessa perustettava yhteistoiminnassa muiden Väestöliiton lääketieteellisten toimintamuotojen kanssa oma laboratorio.

Verkosto.

Nykyinen neuvolaverkosto Suomessa on harva. Huomattavan osan Suomen väestöstä jäädessä ikäänkuin neuvolapiirien ulkopuolelle. Tältä kannalta olisi neuvoloiden lukumäärän lisääminen suotavaa. Edellä esitetyt neuvolan lääkäreihin kohdistuvat vaatimukset huomioiden ei neuvoloiden lukumäärän huomattava lisääminen Suomessa ole mahdollista lähivuosien aikana. Pitäisimme tärkeimpänä ensiksi saattaa nykyiset neuvolat täyteen toimintavalmiuteen. Toisella sijalla olisi sitten neuvoloiden lukumäärän vähitellen tapahtuva lisääminen korkeintaan kaksinkertaiseen määräänsä. Tämän määrän katsomme pitkälläkin tähtäimellä kykenevän huolehtimaan maan lääketieteellisen avioliittoneuvonnan koko tarpeesta, ja tällöin olisi jokaisella suuremmalla asutuskeskuksella (yli 20.000 asukasta) oma avioliittoneuvola. Erikoisesti haluamme korostaa sitä, että uudet neuvolat on heti perustettaessa pyrittävä saamaan kahden lääkärin neuvoloiksi. Tätä pyrkimystä tulee lähivuosien aikana huomattavasti helpottamaan se, että vasta nyt on pääkaupungista maaseutukeskuksiin siirtymässä niitä kolleegoita, jotka ovat pääkaupungin avioliittoneuvoloissa saaneet laajan käytännöllisen kokemuksen avioliittoneuvonnassa.

Onko potilaiston nykyinen rakenne tehokasta lääketieteellistä avioliittoneuvontaa vastaava.

2. Syntyvyydensäännöstelyn vuoksi saapuneet potilaat ovat kuten todettiin muodostaneet 3/5 kaikista potilaista. Tämä onkin luonnollista, koska maassamme ei vastaavanlaista neuvontaa, yksityislääkärin vastaanottojen ohella ole muualla saatavissa sekä toisaalta johtuen siitä keskeisyydestä, mitä syntyvyydensäännöstelyn ohjaus avioliitossa edustaa. Kuten edellisestä ilmeni oli tästä potilaistosta suurin osa monisyntyttäjiä ja kauan avioliitossa olleita. Avioliittoneuvonnan yleisiä suuntaviivoja ajatellen onkin suotavaa, että tämä suunta edelleen säilyy. Kuten johdannossa viitattiin ovat avioliittoneuvolat nimensäkin puolesta lähinnä tarkoitettu avioliitossa oleville tai avioliittoon aikoville. Yksinomaan

syntyvyydensäännöstelyn ohjausta antava neuvola olisi mielestämme varsin puutteellinen jo puhtaasti käytännölliseltä ja eettilliseltäkin kannalta, koska olemalla vain puhdas ehkäisymenetelmien neuvontapaikka, päädyttäisiin siihen, että ne lukuisat sukuelämään liittyvät syyt — ekonomisluontoiset ristiriidat avioliitossa jäisivät täysin huomiota vaille. Monipuolisella avioliittoneuvo-
neuvonnalla sen sijaan on mahdollisuuksia vaikuttaa parantavasti niihin syihin, jotka ovat tuoneet potilaat neuvolaan myöskin syntyvyydensäännöstelyä pyytämään. Raskaudentilaan liittyvien ongelmien vuoksi neuvolaan tulleiden potilaiden määrä on pienentymässä, joka suuntaus tulee edelleen jatkumaan. Tämä ilmiö on aiheutunut useassa eri yhteyksissä selostamiemme sosiaalineuvoloiden perustamisesta.

Kolmantena ryhmänä ovat lapsettomuustapaukset. Tämä kysymys on avioliiton kannalta tärkeimpiä, yhtä tärkeä kuin syntyvyydensäännöstelyn ohjauskin. Avioeroluvut osoittavat kiistatta mitenkä juuri lapsettomien avioliittojen kohdalla erot ovat huomattavasti tavallisimpia kuin lapsiperheissä. Vaikeutensa muodostaa se, että polikliinisessä neuvonnassa on usein vaikea ratkaista todellista syytä ja ennenkaikkea asianmukaista hoitoa. Neuvolan toimintaa olisi aiheellista mielestämme ennenkaikkea tehostaa miehen tutkimuksen (sperma-analyysi) kohdalla. Nämä tutkimukset eivät ole puutteellisten laboratorio-olosuhteiden takia tulleet asianmukaisesti suoritetuiksi. Tämäkin puutteellisuus omalta osaltaan puoltaa oman laboratorion perustamista. Nimenomaan juuri tässä yhteydessä on korostettava avioliittoneuvo-
lan merkitystä siinä mielessä, että se toiminnallaan kiinnittää yleistä huomiota tärkeisiin avioliiton terveydellisiin kysymyksiin. Avioliiton häiriintyneen ferti-
liydyn hoitoa ei voida koskaan aloittaa liian varhain. Hyviä tuloksia ei voida saavuttaa ennen kuin potilaat oppivat riittävän ajoissa kääntymään lääkärin puoleen.

Sukuelämän häiriötilat muodostavat ryhmän, joka on jatkuvasti kasvamassa. Yleinen valistustyö on selvittänyt harmonoisen sukuelämän merkityksen avioliiton takeena. Tästä johtuen ihmiset yhä suuremmissä määrin kääntyvät näissä vaikeuksissaan lääkä-

rin puoleen. Jo vuonna 1950 tehdyssä tutkimuksessa osoitettiin, että näitä potilaita on kaikkialla Suomessa ja kaikissa yhteiskuntaluokissa. Saataessa yhä runsaammin psykiatrista asiantuntemusta kiinnitetyksi avioliittoneuvoloihin tulee tämän potilasryhmän osuus huomattavasti kasvamaan. Mielenkiintoista ja alan lääkäreiden kokemuksia lisäävää tulee olemaan tämän ryhmän hoidossa saavutettujen kokemusten tarkastelu, koska vastaavan luontoista aineistoa ei ole ollut Suomessa aikaisemmin saatavissa.

Avioliittoon aikovien neuvonta. Avioliittoon aikovien neuvontaa on kaikkien avioliiton häiriötiloja aiheuttavien sairauksien ennakkoehkäisyyn kannalta pidettävä erittäin tärkeänä. Tämän ryhmän potilaiston suuruus ja laatu ei ole täysin vastannut odotuksia. Etupäässä neuvolan puoleen on kääntynyt vain niitä, joilla jo syntynyt sairaus tai häiriötila on muodostanut syyn neuvolaan tulolle. Seuraavassa esitämme luettelon muodossa ne syyt, joiden takia tämän ryhmän potilaat ovat neuvolan puoleen kääntyneet. Luettelo antaa samalla kuvan niistä seikoista, joihin tämän ryhmän potilaiden kohdalla olisi päähuomio kiinnitettävä.

1. Fyysilliset abnormiteetit.
2. Alentuneen fertiiliteetin pelko.
 - a. infektioiden jälkitilat
 - b. hypoplasia.
3. Vaikeat yleissairaudet, kuten tuberkuloosi ja sydänviat.
4. Psykkinen poikkeavaisuus.
 - a. psykopathia
 - b. alkoholismi
 - c. seksuaaliset perverssiteetit.
5. Lainmukaiset avioesteet.
 - a. oligophrenia
 - b. mielitaudit
 - c. epilepsia genuinea
 - d. tarttuvassa vaiheessa olevat sukupuolitaudit
 - e. aistiviat.

Saamamme kokemuksen mukaisesti on varsinainen avioliittoon aikovien ohjausneuvonta suoritettava valistuskirjasten tai

erilaisten valistuskurssien muodossa ja avioliittoneuvolan osuuden tulee rajoittua ainoastaan lääketieteellisten probleemien ratkaisemiseen. Avioliittoon aikovien tavallisten terveystarkastuksen suorittaminen ei mielestämme kuulu avioliittoneuvolapiiriin. Tämä avioliittoon aikovien terveystarkastus, jonka käyttöönottoa pitäisimme erittäin suositeltavana, kuuluu nähdäksemme henkivakuutustarkastuksen muotoisena yleislääkärin suoritettavaksi.

Viimeisenä ryhmänä ovat avioliiton ristiriidat. Tämä on kokoonpanoltaan sekava ja tämän potilspiirin kohdalla on vaikeimmin vedettävissä raja lääkärin harjoittaman terveydellisen avioliittoneuvonnan kysymyksiin perehtyneen kokeneen maallikon ja myötätuntoisen kanssaihmissen välillä. Suuri osa tämän ryhmän potilaista on alustavan tutkimuksen jälkeen ohjattu Suomen Valtionkirkon ylläpitämään Perheasiain neuvottelukeskukseen.

Yhteenveto.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lääketieteellisen avioliittoneuvonnan kehitystä ja organisatiota Suomessa, sekä luoda katsaus, Väestöliiton avioliittoneuvoloissa vuosina 1950—52 hoidettujen 8.275 potilastapauksen perusteella, tämän alan problemeihin Suomessa. Tutkimuksen alussa selostetaan Suomen lääketieteellisen avioliittoneuvonnan historiaa, nykyistä avioliittoneuvolatoimintaa ja sen organisatiota. Tällöin todetaan mm., että Väestöliiton avioliittoneuvoloissa on niiden perustamisesta lähtien (1947), vuoden 1953 loppuun mennessä, käynyt yhteensä yli 15.000 potilasta.

Lähempää tarkastelua varten on aineisto jaettu kolmeen pääryhmään neuvolakaupunkien luonteen mukaisesti, sillä Suomessa on suuria eroavaisuuksia pääkaupungin, suurimpien teollisuuskaupunkien ja varsinaisten maaseutukaupunkien välillä väestön sosiaalisissa olosuhteissa, sekä sen suhtautumisessa seksuaalikysymyksiin. Nämä pääryhmät ovat: 1) Pääkaupunki (2.408 potilasta, vastaten 29 % koko aineistosta). 2) Tampere ja Turku (1.863 potilasta, 22,5 %). 3) Muut kaupungit (4.004 potilasta, 48,5 %).

Kaikkien neuvolaryhmien potilaistosta muodostavat miespuoliset potilaat yhteensä ainoastaan 12,2 %.

Neuvolaan tulon syyn mukaan ryhmiteltynä jakautuu aineisto kuuteen pääryhmään, jotka ovat seuraavat:

Syntyvyyden säännöstely	4.941	noin 59,7 %
Raskauteen liittyvät ongelmat	1.368	„ 16,5 „
Steriliteetti	593	„ 6,5 „
Sukupuolielämän häiriöt	578	„ 7,0 „
Avioliittoon aikovien neuvonta	303	„ 3,7 „
Avioliiton ristiriidat	546	„ 6,6 „

Eri motiiviryhmien yksityiskohtaisessa tarkastelussa todetaan mm. seuraavaa: Syntyvyydensäännöstelyn vuoksi on neuvolan puoleen kääntynyt 3/5 kaikista potilaista. Maaseutukaupungeissa ovat syntyvyydensäännöstelyn syyt valtaosaltaan terveydellisistä tekijöistä johtuvia (naisen sairaus, tiheät synnytykset), kun taas pääkaupungissa sosiaaliset tekijät (taloudelliset vaikeudet, asunonpuute) muodostavat pääsyyksiä lapsirajoitukselle. Koko aineistossa ovat tämän ryhmän potilaat yleensä kauan avioliitossa olleita monisyntyttäjiä.

Raskaudentilan aiheuttamien probleemien takia on neuvoloissa käynyt vajaa viidennes potilaista. Suurimmalla osalla tämän ryhmän potilaista on varsinaisena neuvolaantulon syynä ollut toivo saada alkanut raskaudentila keskeytetyksi. Vuodesta 1949 lähtien on maan pääkaupungissa, sekä myöhemmin myös suurimmissa teollisuuskaupungeissa, ollut toiminnassa erikoinen neuvola (sosiaalineuvola) näiden potilaiden hoitamiseksi, nimenomaan rikollisia raskaudenkeskeytyksiä estävässä hengessä. Tästä johtuen on näiden potilaiden osuus pääkaupungin ja teollisuuskaupunkien avioliittoneuvoloissa jatkuvasti pienentynyt, sensijaan maaseutukaupungeissa heidän suhteellinen osuutensa pysynyt huomattavan suurena.

Steriliteetin takia neuvolaan hakeutuneitten osuus muodostaa 7 % koko aineistosta. Näistä potilaista on yli puolet kääntynyt neuvolan puoleen vasta avioliiton kestettyä yli viisi vuotta, ja yli kolmannes potilaista on ollut 30 vuotta täyttäneitä tai vanhempia.

Tämän, potilaistolle tyypillisen, myöhäisen asiaanpuuttumisen vuoksi on steriliteettitapauksien hoito neuvoloissa vaatinut suurta asiantuntemusta ja samasta syystä on huomattava osa tämän ryhmän potilaista jouduttu, suoritettujen diagnostisten toimenpiteitten jälkeen, lähettämään erikoissairaaloihin (operatiiviseen) hoitoon.

Sukupuolielämän häiriötilat (frigiditeetti, impotenssi ja ejaculatio praecox) muodostavat ryhmän, jonka osuus neuvolassa on jatkuvasti kasvanut. Näiden potilaiden osuus koko aineistosta on 7,0 %. Näiden häiriötilojen esiintyminen suomalaisessa avioliitossa näyttää saatujen kokemusten perusteella olevan yleisempää kuin mitä on otaksuttu. Sensijaan muunlaaiset seksuaalielämän patologiset häiriöt (homoseksualismi, hypererotismi, fetischismi jne.) näyttävät tämän aineiston perusteella olevan harvinaisia. Hoitonsa puolesta vaatii näiden potilaiden menestyksellinen käsittely ehdottomasti hyvän psykiatrisen asiantuntemuksen.

Avioliittoon aikovien neuvonta on saanut odotettua pienemmän osan neuvolan toiminnassa. Pääkaupungin neuvolamateriaalissa on näiden potilaiden osuus n. 7 %, mutta muissa neuvoloissa ainoastaan n. 3 %. Ottaen huomioon sen erittäin suuren merkityksen, mikä ajoissa annetulla neuvonnalla on esimerkiksi lapsettomuustapauksissa ja perinnöllisissä kysymyksissä, olisi tärkeätä saada tämän ryhmän osuus huomattavasti nousemaan.

Avioliiton ristiriidat muodostavat epähomogeenisen ryhmän, joka käsittää 6,6 % aineistosta. Näistä potilaista on vain osalla ollut lääketieteellisen avioliittoneuvonnan alaan kuuluvia ongelmia, jotka on pystytty neuvolassa hoitamaan (sukupuolinen sopeutumattomuus, hermostolliset häiriöt). Huomattava osa potilaista on jouduttu ohjaamaan erilaisiin yhteiskunnallisen huolto toiminnan piiriin kuuluviin laitoksiin ja virastoihin.

Lääketieteellisen avioliittoneuvonnan vastaista, suotuisaa kehitystä silmälläpitäen Suomessa on syytä huomioida seuraavat näkökohdat: Saavutetut kokemukset osoittavat selvästi, että lääketieteellinen avioliittoneuvonta, voidakseen saavuttaa tarkoitustaan vastaavan tason ja laajuuden, on keskitettävä erikoisesti

tätä tarkoitusta varten perustettuihin neuvoloihin. Jo olevien avioliittoneuvoloiden lukumäärää olisi pyrittävä lisäämään, mutta korkeintaan kaksinkertaiseen määrään nykyisestään, jolloin jokaisella suuremmalla kaupungilla (yli 20.000 asukasta) olisi oma neuvolansa. Ennen tätä neuvoloiden lukumäärän lisäämistä on kuitenkin nykyiset neuvolat pyrittävä saamaan täyteen toiminta- valmiuteensa, kiinnittämällä jokaiseen neuvolaan psykiatrista asiantuntemusta omaava lääkäri. Tämän laajuuden omaava neuvolaverkosto, jonka jokaisessa neuvolassa on kaksi lääkäriä (gynekologi ja psykiatri), on käytännölliseltä kannalta lähivuosien aikana mahdollista saada aikaan Suomessa ja sen voidaan myöskin katsoa pystyvän täydellisesti hoitamaan maamme lääketieteellisen avioliittoneuvonnan piiriin kuuluvat kysymykset.