

Piirteitä avioliittoneuvoloiden kehityksestä Suomessa

Katsaus Väestöliiton avioliittoneuvoloiden toimintaan vuonna 1950.

Kirjoittanut *Kalevi Niemineva.*

Väestöliiton ensimmäisen toimintavuosikymmenen aikana ovat avioliittoneuvolat muodostaneet huomattavimman käytännöllisen työkentän liiton kansanterveydellisen toiminnan piirissä. Väestöliiton kansanterveystyöstä lähinnä vastuussa oleva prof. *A. Turunen*¹ kiinnitti jo liiton perustamisen aikoina huomiota avioliittoon haitallisesti vaikuttaviin tekijöihin. Hän kohdisti mielenkiintonsa ensi sijassa itsenäisyyden aikana tapahtuneeseen avioliiton solmiamisiän kohoamiseen, lapsettomiin avioliittoihin, avioerojen runsauteen ja rikollisiin keskenmenoihin. Tällöin Väestöliitossa suunniteltiin hänen johdolla ohjelma perheiden terveyden ja kotien jatkuvan sopusoinnun säilyttämiseksi. Aktiivisen toiminnan ensimmäisenä askeleena syntyivät avioliittoneuvolat, joiden lisääntyvä potilasmäärä on varmimpana merkinä tämän työn välttämättömyydestä maassamme. Helsingissä neuvoloiden toiminta on jo saanut vakiintuneet muodot. Maaseudulla sen sijaan ollaan yhä vielä kypsyysvaiheessa ja etsimässä mahdollisimman käyttökelpoisia työmuotoja. Katson tämän johdosta olevan aiheellista tarkastella viime vuoden saavutuksia neuvoloissa, koska siten parhaiten selviää, mihinkä suuntaan

avioliittoneuvontaa on maassamme vastaisuudessa ohjattava. Tähän mennessä ei avioliittoneuvoloiden tuloksista olekaan vielä julkaistu muuta laajempaa selostusta kuin *Kapriön* ja *Rouhunkosken*² laatima kirjoitus, joka on julkaistu englanniksi kansainvälisessä lääketieteellisessä aikakauslehdessä. Ajankohta kirjoitukselleni on siitakin syystä sopiva, että Suomessa on vuonna 1950 astunut voimaan uusi laki raskauden keskeytyksistä. Tämän lain laadinnan yhteydessä on kiinnitetty erikoista huomiota ennakoita ehkäisevään toimintaan rikollisten keskenmenojen torjunnassa. Todennäköisesti maan lääkintöviranomaisetkin alkavat kiinnittää suurempaa huomiota kysymyksen tähän puoleen, jolloin varmasti ja käsittääkseni ensisijaisesti avioliittoneuvoloitten jatkuva kehittäminen ja niiden toiminnan tukeminen tulee ajankohtaiseksi.

Puuttumatta tässä yhteydessä sen enempiä avioliittoneuvoloiden perustamisen esivaiheisiin totean vain, että Väestöliitossa keskityttiin neuvoloiden käytännöllistä työtä suunniteltaessa seuraaviin kolmeen kohteeseen:

1. Avioliittoon aikovien lääkärintarkastuksen suoritukseen.
2. Avioliitossa olevien neuvontaan ja ohjaukseen mm. lapsettomuus-, lapsirajoitus- sekä sukupuolielämän kykenemättömyys- ja kylmyystapauksissa.
3. Näissä ja myös mahdollisissa avioliiton ristiriitatapauksissa esiintyvien seikkain yhteiskunnallis-taloudellisen taustan selvittämiseen.

Ensimmäinen Väestöliiton avioliittoneuvola aloitti toimintansa Helsingissä maaliskuussa 1947. Sen saavuttaman huomattavan potilasmäärän johdosta neuvoloita perustettiin nopeassa tahdissa eri puolille maata huomattavimpiin kaupunkeihimme (Tampere, Pori, Turku, Lahti, Oulu, Jyväskylä, Kuopio, Kotka ja Hämeenlinna). Hämeenlinnan neuvola, viimeksi perustettu, aloitti toimintansa lokakuussa 1950. Neuvoloitten henkilökunnan kokoonpanoa on selostettu lähemmin aikaisemmissa kirjoituksissani.^{3,4} Nykyisistä neuvoloista on puolet ns. kahden lääkärin neuvoloita. Niissä on neuvolavastaanoitoilla siis käytettävissä sekä naistentautien että mieli- ja hermotautien kannalta avioliittokysymyksestä kiin-

nostuneita lääkäreitä, useissa tapauksissa asianomaisen alan erikoislääkäreitä. Saavutetut kokemukset ovat osoittaneetkin, että tämä yhdistelmä on paras mahdollinen Suomen olosuhteissa. Kaikilla avioliittoneuvoloilla on luonnollisesti ollut mahdollisuus saada tarvittaessa neuvotteluapua puuttuvan erikoisalan edustajalta. Monissa tapauksissa on potilas jouduttu ohjaamaan vieläkin kaapeamman alan erikoislääkärille taikka suoraan sairaalaan erikoistoimenpiteitä varten. Onhan luonnollista, että varsinkin hoitomahdollisuudet ovat neuvoloissa usein rajoitetut. Pyrkimyksenä avioliittoneuvoloitten työssä on kuitenkin ollut, että mahdollisimman suuri osa tapauksista pystyttäisiin pätevästi ratkaisemaan ja hoitamaan neuvolain piirissä. Onhan selvää, että avioliittoneuvolan apu potilaalle itselleen jää muussa tapauksessa varsin vähäiseksi. Varsinkin kauempaa tulleelle potilaalle aiheutuu melkoisia turhia lisäkustannuksia, jos hän joutuu tekemään turhan matkan avioliittoneuvolaan, joka kuitenkin on pakotettu suosittamaan potilaan muualle tarkempaan tutkimukseen. Tästä luonnollisesti vältytään parhaiten, jos voimme saada neuvontatyöhön osallistumaan kahden edellä mainitun alan erikoislääkäreitä.

Avioliittoneuvoloitten toimintaa on, kuten edellä jo totesin, käsitelty niiden omien aineistojen valossa hyvin vähän. Kysymystä kosketelleista mainittakoon Kaprio ja Rouhunkoski,² Turunen,⁵ Kaprio⁶ ja allekirjoittanut.^{3 4} Palaan oman aineistoni käsittelyssä näihin töihin myöhemmin; yhteistä niille on, että ne koskettelevat pääasiassa Helsingissä toimineita neuvoloita.

Seuraavan käsittelyn pohjan muodostavat avioliittoneuvoloitten laatimat, saman kaavan mukaiset vuosi-ilmoitukset vuoden 1950 toiminnastaan. Käsittelyssä on otettu huomioon myös vuoden kuluessa perustetut neuvolat. Kun avioliittoneuvoloitten vuosi-ilmoitukset ovat paikoitellen puutteellisia ja kun ne toisaalta eivät ole täysin yhdenmukaisia ja suoraan toisiinsa verrattavissa, olen harkintani mukaan yhdistänyt nämä tiedot. Vuosi-ilmoituksia varten anamnestisesti saatujen tietojen tulkinta on myöskin hyvin suuressa määrin subjektiivista, varsinkin kun on kysymys sosiaalisista olosuhteista. Kokonaisuudessaan saa kuitenkin vuosi-ilmoituksista kuvan, joka näyttää meille, mihin suun-

taan Väestöliiton avioliittoneuvolatoiminta on nyt kehittymässä, jos yleensä voi näin lyhyen havaintoajan puitteissa puhua kehityksestä.

Kaikissa avioliittoneuvoloissa on vastaanotettu vuoden 1950 kuluessa ensikertalaisia kävijöitä yhteensä 2 848. Avioliittoneuvoloissa niiden neljänä toimivuotena on ollut kaikkiaan noin 6 500 potilasta. Neuvoloitten rakennetta ja mahdollisia huomioiteja varten olen jakanut ne kolmeen ryhmään. Ensimmäisen ryhmän muodostavat Helsingin kaksi neuvola, toisen ryhmän Tampereen ja Turun neuvolat ja kolmannen kaikkien muiden kaupunkien neuvolat. Jako on hieman mielivaltaisen, mutta näin jakamalla tulevat kävijöiden määrät eri ryhmissä olemaan samaa suuruusluokkaa. Puuttumatta tarkemmin yksityisten avioliittoneuvoloitten vastaanottokertojen määrään todettakoon vain, että neuvoloitten vastaanotot ovat olleet kahdesti tai kerran viikossa ja potilaiden luku vastaanottoa kohden on ollut keskimäärin 10:n vaiheilla.

Taulukko 1 osoittaa, että neuvoloissa kävijöistä on 13 % ollut miehiä. Miesten kohdalla on tapahtunut potilaistossa neljän toimintavuoden kuluessa suhteellista laskua. Lukumäärä kokonaisuudessaan on heidänkin kohdaltaan silti kasvanut. Ensimmäisen toimintavuoden kuluessa oli Nieminevan³ mukaan miespotilaita lähes kaksi viidettä osaa kävijöistä. Kaprio totesi heidän osuutensa jo vuoden 1949 loppuun mennessä alentuneen 20 %:iin. Taulukosta ilmenee, että miesten määrä on ollut suhteellisesti suurin Helsingissä, missä ei oikeastaan olekaan tässä mielessä tapahtunut laskua edellisestä vuodesta. Syy on tähän todennäköisesti haettavissa siitä, että pääkaupungin neuvoloissa on ollut käytettävissä useita psykiatreja, toisaalta myös siitä, että pääkaupungissa suoritettujen monivuotisen valistustyön johdosta miehetkin saattavat herkemmin kääntyä aviollisissa huolissaan neuvolan puoleen kuin maaseudulla. Maaseudulla taas on neuvolan suoma apu naisille juuri syntyvyyden säännöstelyn muodossa kohdannut varsin otollisen maaperän. Taulukossa ilmenneet luvut kehoittavat tehostamaan maaseudulla aviomiehiin kohdistuvaa valistustyötä.

Taulukko 2 selostaa syitä, joiden vuoksi ihmiset ovat hakeutuneet neuvoloihin. Samalla potilaalla on luonnollisesti saattanut olla useitakin syitä neuvolaan tuloonsa, mutta heidät on sijoitettu sarakkeisiin ainoastaan tärkeimmäksi todetun syyn perusteella. Esimerkkinä mainittakoon, että on hyvin usein todettu naisen, joka on tullut saamaan ohjausta syntyvyyden säännöstelyssä, olevan raskaana. Tällöin on syntyvyyden säännöstelyohjaus luonnollisesti rajoittunut ainoastaan ohjekirjasen antamiseen. Tällainen potilas on sijoitettu taulukon sarakkeeseen: raskauden toteaminen ja siihen liittyvät kysymykset.

Tärkeimmän ryhmän muodostavat syntyvyyden säännöstelyohjausta kaipaavat. Näiden potilaiden suhteellinen määrä on vähän kohonnut avioliittoneuvolatyön alusta lähtien ollen nyt 59 %. Syntyvyyden säännöstelyn vuoksi käyneiden määrä on luonnollisesti tätä keskimäärää korkeampi niissä kaupungeissa, joissa toistaiseksi on käytettävissä ainoastaan koulutukseltaan tai harrastuksiltaan lähinnä naistentautiopillisesti suunnistautunut lääkäri. Mielenkiintoista ja ensiarvoisen tärkeää on todeta, ettei neuvoloiden toiminta ole Helsingissäkään, jossa työtä on kauimmin suoritettu, muuttunut ollenkaan yksinomaisesti »lapsirajoituspoliklinikaksi». Ruotsissa ja Yhdysvalloissa useimmat vastaavanlaiset neuvolat toimivat varsin kapealla ja avioliiton kokonaisuuden kannalta hyvin rajoitetulla lapsirajoitus pohjalla. Vielä on kuitenkin liian aikaista ennustella, mihin suuntaan avioliittoneuvonnan tämä puoli maassamme lopullisesti kehittyi.

Taulukot 3, 4 ja 5 selostavat lähemmin syntyvyydensäännöstelypotilaiden ryhmittymistä lapsirajoitukseen pyrkimyksen syyn, perheen lapsiluvun ja avioliiton keston perusteella. Taulukosta 3 ilmenee, että terveydelliset tekijät ovat olleet 45 %:ssa aviovaimojen neuvolaan tulon syy. Silmiinpistäväenä erona Helsingin ja muiden neuvolaryhmien välillä on terveydellisten syitten joukossa esiintyvä tiheästi synnyttäneitten äitien suuri osuus viimeksi mainituissa neuvoloissa. Tämä onkin ymmärrettävää, koska varmasti juuri maaseudulla on näitä äitejä runsaasti ja he ovat herkimmin turvautuneet neuvolain tarjoamaan apuun.

Viidennessä osassa kaikista syntyvyyden säännöstelypotilaista on nainen sairastanut sellaista tautia, että raskauden ilmeneminen on vähemmän toivottavaa, jollei suorastaan äidille hengen-vaarallista. Tällaisten tapauksien suuri määrä ei olekaan ihmeellistä, kun ajattelee esimerkiksi keuhkotaudin levinneisyyttä Suomessa ja varsinkin ikään nähden hedelmällisimmässä osassa väestöä. Sosiaalisten syitten tarkempi pohdinta on vaikeaa, koska nämä syyt punoutuvat kiinteästi toisiinsa. Merkille pantavaa on, että Helsingin neuvoloissa käyneet äidit ovat perustelleet lapsirajoituspyrkimystään etupäässä huonon taloudellisen aseman tai ahtaiden asunto-olojen perusteella, sen sijaan maan muissa neuvoloissa on johtavana aiheena ollut toteamus, että lapsiluku perheessä on riittävä. Näytteenä siitä, että tässä mielessä on aineistossani todella eroa, on pidettävä taulukkoa 4, jossa lapsiluku maaseutukaupunkien neuvoloissa kävijöillä on keskimääräisesti melkoista suurempi kuin Helsingissä. Samasta taulukosta ilmenee, että kahdella kolmasosalla neuvolan puoleen kääntyneistä äideistä on ainakin kolme lasta. Lapsettomat ja vähälapsiset naiset ovat yleensä olleet keuhkotautisia tai opiskelevia. Avioliiton keston nähden (taulukko 5) eivät luvut suuresti poikkea toisistaan eri neuvolaryhmissä. Helsingissä on aivan lyhytaikaisia avioliittoja hieman enemmän kuin muualla; nämä ovat etupäässä juuri mainittuja opiskelija-avioliittoja. 57 %:ia kaikista lapsirajoituspotilaista on ollut yli viisi vuotta avioliitossa. Näiden taulukoitten perusteella voisi sanoa, että lapsirajoituspotilaiden enemmistön ovat muodostaneet useita vuosia naimisissa olleet, ainakin kolme lasta synnyttäneet naiset. Katsoisin, että Kaprion ja Rouhunkosken² toteamus, että Helsingissä alkavat yleensä taloudelliset tekijät kolmannesta lapsesta lähtien voimakkaammin vaikuttaa lapsirajoituspyrkimyksen edistäjinä, pitänee paikkansa yleisestikin koko maata ajatellen. Syntyvyyden säännöstelyä haluavien potilaiden määrän uskoisin jatkuvasti lisääntyvän, myöskin suhteelliselta määrältään, koska tuntuu siltä, että avioliittoneuvolatoiminnan katsotaan edustavan sopivaa muotoa lapsirajoitus-kysymyksen terveydellisessä käsittelyssä. Esimerkiksi Pitkänen⁷ katsoo, että syntyvyyden säännöstelyä koskeva ohjaus olisi parhaimmin

suoritettavissa erillisissä avioliittoneuvoloissa eikä esimerkiksi äitiysneuvoloiden yhteydessä. Eihän tosin järkiperaiselle äitiyshuoltotyölle syntyvyyden säännöstely ja ohjaus saa olla vierasta, niin paljon kuin ne eroavatkin raskauden ja synnytyksen hoidosta. Pitkänen lausuu kysymystä käsitellessään: »Vielä saattaa täydellä syyllä kysyä, onko kaikilla neuvolalääkäreillä (äitiysneuvoloissa) tarpeeksi suurta kokemusta ja asiantuntemusta syntyvyyden säännöstelyssä tarvittavassa harkinnassa, sen enempää kuin puhtaasti teknillisessä neuvonnassakaan, mitä puolta ei suinkaan pidä aliarvioida.»

Raskaudentilan vuoksi neuvolaan kääntyneiden naisten määrä on huomattava; he muodostavatkin toiseksi suurimman ryhmän kävijöistä. Näiden potilaiden osuus on lähes samaa suuruusluokkaa kaikissa kolmessa avioliittoneuvolaryhmässä. Näistä potilaista kuuluisi kuitenkin lähes puolet lähinnä äitiysneuvolain piiriin. He ovat useasti tulleet vain epäilemänsä raskaudentilan toteamista varten. Taka-alalla on näilläkin naisilla tietysti saatanut olla ajatus mahdollisesta raskauden keskeyttämisestä, joka toisaalta on ollut pääasiallisimpana tarkoituksena yli puolella ko. sarakkeessa mainitulla neuvolassa kävijällä. Näiden potilaiden runsaus ja suhteellisesti suurentuva osuus Helsingistä etäännyttäessä (tätä suhteellista suurentumista kolmannessa ryhmässä lisää vielä, ettei Porissa ole voitu ottaa näitä potilaita ollenkaan vastaan), ilmentää selvästi näitä raskautensa vuoksi vaikeuksiin joutuneita odottavia äitejä varten tarvittavan avun ja tuen tarpeellisuutta maaseudullakin. Ko. potilaiden lukumäärää Helsingin kohdalta alentaa tietysti osaltaan täällä sijaitseva sosiaalineuvola, joka on perustettu juuri näiden raskautensa vuoksi vaikeuksiin joutuneiden naisten avuksi. Rouhunkoski ja *Valvanne*⁸ ovat katsooneet, että nämä potilaat kuuluvat omaan erityiseen neuvolaansa riippumatta siitä, tuleeko tehtäväksi raskauden keskeytys vai ei. Samoin he katsovat, että naimisissa olevat ja naimattomat odottavat äidit kuuluvat tähän samaan neuvolaan. Tämän neuvolan hoitajalle (erikoiskoulutuksen saanut sairaanhoitaja) on oltava enemmän aikaa kuin lääkäreillä syventyä kunkin yksityisen äidin huo- liin. Toimenpiteet uuden aborttilain soveltamisen yhteydessä viit-

taavatkin tällä hetkellä siihen, että näin tulisi tapahtumaan vähitellen koko maassa. Luonnollisesti on kiinteä yhteys avioliittoneuvoloiden ja sosiaalineuvoloiden välillä tarpeen. Onhan selvää, että milloin aviovaimon raskaus on terveydellisten syitten vuoksi keskeytettävä, on myös valvottava, että hän saa asianmukaista syntyvyyden säännöstelyohjausta. Tämä on annettava niin pian kuin se on raskaudentilan keskeyttämisen jälkeen fysiologiset tosiasiat huomioiden mahdollista. Ainoastaan tällä tavoin on naisella tilaisuus toipua siitä sairaudesta, jonka vuoksi keskeytys on suoritettu. Katsoisin, että tämä potilasryhmä vastaisuudessa pienee varsinaisissa avioliittoneuvoissa; valistustyön ansiosta naiset osaavat silloin kääntyä suoraan äitiys- tai sosiaalineuvolaan. Toisaalta on kuitenkin helposti ymmärrettävissä miksi äidit, jotka ehkä hiljaisuudessa toivovat raskautensa keskeytymistä, eivät halua sen toteamiseksi aina kääntyä suoraan äitiysneuvolan puoleen.

Avioelämään liittyvien yleisten häiriöiden, lähinnä puolisoitten välisen ristiriitaisuuksien takia on neuvolan puoleen kääntynyt melkoinen joukko potilaita varsinkin Helsingissä. Tämä ryhmä on tosin kokoonpanoltaan vuosi-ilmoituksissa kaikkein sekavin. Syyinä neuvolaan tuloon voivat olla mitä moninaisimmat syyt kuten mustasukkaisuus, uskottomuus, vaikeudet yhteisen rakkauselämän henkisessä piirissä, jommankumman puolison alkoholinväärinkäyttö jne. Tämän asiakaspiirin kohdalla on vaikeimmin vedettävissä raja (jos rajaa onkaan) lääkärin harjoittaman terveydellisen avioliittoneuvonnan ja kysymyksiin perehtyneen kokeneen maallikon myötätuntoisen kanssaihmiseen suhtautumisen välillä.

Avioliittoneuvonnan kannalta onkin lähitulevaisuudessa erittäin tärkeätä juuri tällä alueella tehtävä neuvontatyö. Tätä seikkaa painostaa *Stenbäck*⁹ pohtiessaan kysymystä avioliittoneuvonta ja lääkäri. Luonnollisesti on harkittava, onko lainkaan tarkoituksenmukaista käyttää kallista lääkäriäyövoimaa tämänkaltaisten kysymysten selvittelyssä. Parempi ja käytännöllisempi ratkaisu olisi käyttää maallikkoneuvoja *Macen*¹⁰ hengen mukaisesti. Hänhän on Englannissa luonut »avioliittoneuvojen» ammattikunnan, jotka ensinnä seulovat tapaukset, hoitavat osan ja lähettävät loput eri asiantuntijojen käsiteltäviksi.

Tähänkin kysymykseen liittyy kuitenkin epämiellyttävä taloudellinen puoli. Kanssaihmiesten avioliittojen vaikeuksiin syventyminen on monimutkainen, erittäin paljon aikaa vaativa työ, jossa ei tule kysymykseen kiire eikä hätiköinti. Tämä aikakysymys onkin asiaa lääkärin kannalta arvosteltaessa pahin. Kaikesta huolimatta lienee näitä asioita sivuavain kysymysten neuvonta ennen kaikkea henkilökysymys, kuten poikkeuksetta muutkin avioliittoneuvontaan kytkeytyvät asiat, olkoot sitten kysymyksessä lääkärit tai maallikot. Toistaiseksi ei Väestöliitto ole pientä vaatimattontaa kokeilua lukuun ottamatta omaksunut selvää näkökantaa asiassa.

Lapsettomuustapauksien lukumäärä on neljänä toimivuotena pysynyt suhteellisesti melkein samansuuruisena (8 %) ollen kuitenkin suurempi »muiden kaupunkien» ryhmässä (10 %). Alan erikoislääkäreitähän on näiden alueilla toistaiseksi harvassa. Ilahduttavana piirteenä aineistossani näitten potilaiden kohdalla on, että lähes puolet (47 %) on hakeutunut hoitoon, ennen kuin avioliitto on kestänyt kolmeakaan vuotta. Hedelmöittymismahdollisuudethan pienenevät nopeasti tämän avioliittoajan jälkeen ja hoitokin on tietysti potilaiden vanhetessa vaikeampaa ja ennen kaikkea vähemmän tuloksellista. Erikoista huomiota on pyritty kohdistamaan mieheen lapsettomuuden aiheuttajana. 32 tapauksessa onkin potilaistossa todettu häiriöitä miehen siemennesteessä. Avioliittoneuvoloiden kannalta on valitettavaa, että usein joudutaan lapsettomuuden kannalta vaikeissa tapauksissa lähettämään potilas jatkotutkimuksiin tai hoitoon muualle. Avioliittoneuvoloiden kehittäminen tässä suhteessa kohtaa toistaiseksi taloudellisessa ja teknillisessäkin mielessä voittamattomia vaikeuksia. 61 tapauksessa 220:sta onkin täytynyt näin menetellä. Lapsettomain avioliittojen kohdalla uskoisin olevan tästä huolimatta mahdollisuuksia neuvoloiden toiminnan laajentamiseen, ainakin siinä mielessä, että neuvolat toiminnallaan kiinnittävät asianomaisten huomion tutkimuksen tarpeellisuuteen niin aikaisessa vaiheessa, että silloin usein yksinkertaisin menetelmin voidaan tilanteessa auttaa.

Tässä yhteydessä on mielestäni tärkeätä korostaa avioliittoneuvoloiden merkitystä tutkimuksessa todettujen ehdottomasti sterii-

lien (lapsettomien) avioliittojen suhteen. Avioliittoneuvoloissa oikealla hetkellä saatu kehoitus ottolapsen hankintaan vie tavallisesti siihen, että näin tehdään, ja lopputuloksena on perheen ja yhteiskunnan kannalta hyvin edullinen ratkaisu.

Sukuelämän häiriötilojen vuoksi on eri ryhmien neuvoloissa ollut potilaita suunnilleen saman verran eli 4—7 % kaikista kävijöistä. Näiden potilaiden määrä on pysynyt suhteellisesti samana avioliittoneuvonnan alusta lukien. Suurimman alaryhmän muodostavat frigiditeetin vuoksi tulleet naiset ja heidän aviopuolisonsa (72 potilasta), mutta lähes yhtä suuria ryhmiä ovat toisaalta miehistä kykenemättömyyttä (54), toisaalta ejaculatio praecoxia (42) sairastavat miehet. Muut sukuelämän häiriötilat ovat olleet neuvoloissa ja ilmeisesti maassammekin, ainakin sikäli kuin ne liittyvät perhe-elämän piiriin, käytännön kannalta harvinaisuuksia. Sukuelämän häiriötilojen vuoksi neuvoloihin tulleet potilaat ovat hoitoonsa nähden tavallisesti pitkäaikaisia ja potilaina vaikeimpia. Koska ryhmä on näinkin suuri ja potilaita on varmasti kaikkialla Suomessa ja kaikissa eri yhteiskuntapiireissä, olisi ehdottomasti pyrittävä ennenkin korostamaan päämäärään, että kaikissa avioliittoneuvoloissa pitäisi olla ainakin kerran kuu-kaudessa tavattavissa näitä ongelmia täydellisesti ratkomaan pystyvä lääkäri, lähinnä tällöin psykiatri. Tämänluonteisia potilaitten häiriötiloja on *Parland*¹¹ lyhyesti kuvannut muualla.

Yllättävän vähäiseksi lukumäärältään ovat jääneet avioliittoon aikovat, huolimatta siitä että lääkäripiireissä heidän terveystarkastuksiaan on kosketeltu senkin jälkeen, kun Kaprio Duodecimin kesäkokouksessa 1947 kiinnitti asiaan huomiota. Erikoisen vähäinen on näitten kävijöitten osuus maaseutukaupunkien ryhmässä. Tämä osittain selittääkin kävijöitten vaatimattoman määrän. Uskoisin vähäisen kävijämäärän johtuvan ensi sijassa kysymyksessä olevan asian uutuudesta, erikoisesti avioliittoon aikovan nuorison keskuudessa. Helsingissä, missä kysymystä on tehostettu verraten paljon, onkin kävijöitä tyydyttävästi. Toisaalta ei ole asian tärkeydestä huolimatta Väestöliitonkaan taholta kiinnitetty riittävää huomiota esimerkiksi avioliittoon aikovien perinnöllisten kysymysten käytännölliseen käsittelyyn. Tällä suunnalla on var-

masti löydettävissä yhteistoiminnassa seurakuntien harjoittaman yleisen avioliittoneuvonnan ja asiasta kiinnostuneiden nuorisojärjestöjen kanssa sopiva pohja avioliittoon aikovain ohjauksen laajentamiseksi myös avioliittoneuvoloiden toimintapiirissä.

Edellisessä olen lyhyesti kosketellut avioliittoneuvoloiden toimintaa ja todennut siinä useita ilahduttavia piirteitä ja ennen kaikkea työmuotojen yleistä vakavoitumista. Toisaalta on kuitenkin vielä useita kysymyksiä, jotka vaativat jatkuvaa tarkkailua. Yhteenvetona kaikesta haluaisin keskittää huomion avioliittoneuvolain edelleen kehittämisessä seuraaviin kysymyksiin:

- 1) *Neurolaverkoston täydentämisessä tulisivat kysymykseen lähinnä Itä-Suomi ja Etelä-Pohjanmaa. Verkko on kuitenkin nykyisin niin laaja, ettei uusia neuvoloita kannata perustaa väenväkisin, vaan on niiden synnyttävä spontaanisti, väestökeskuksien omasta aloitteesta.*
- 2) *Miesten keskuuteen on tehostetummin levitettävä tietoutta neuvoloiden olemassaolosta ja nimenomaan siitä, että neuvolat on tarkoitettu molemmille aviopuolisille.*
- 3) *Syntyvyyden säännöstelyn ja lapsettomuuden vuoksi käyneen potilasaineuksen laadun suhteen toivoisi nykyisin vallitsevan ilahduttavan suuntauksen jatkuvan.*
- 4) *Raskautensa vuoksi neuvoloihin kääntyvät olisi tästedes, mikäli mahdollista, ohjattava suoraan sosiaalneuvolaan tai äitiysneuvolaan.*
- 5) *Sukuelämän häiriötilojen selvitystä varten pitäisi olla ehdottomasti kaikissa neuvoloissa käytävissä psykiatrissa asiantuntemusta.*
- 6) *Avioliittoon aikovien suhteen olisi pyrittävä tiiviimpään kosketukseen nuorisojärjestöjen ja muiden elimien (seurakunnat) kanssa, jotka valmistavat ihmisiä »elämään». Erikoisesti perinnölliset kysymykset tarjonnevat uusia näkymiä käytännöllisessä työssä.*
- 7) *Tärkein viimeiseksi. Olisi tarkoin harkittava kaikki mahdollisuudet avioliitossa esiintyvien keskinäisten vaikeuksien laajempaan tasoittamiseen neuvolain piirissä. Tällöin olisi joko ulkopuolisen taloudellisen avun turvin tehtävä asiaan kiinnos-*

tuneille ja syventyneille lääkäreille mahdolliseksi varata riittävästi aikaa näitä kävijöitä varten taikka sitten pyrittävä samaan päämäärään Macen hengessä maallikkoneuvojen avulla.

Taulukko 1. Potilaiden jakautuminen sukupuolen ja neuvolar ryhmän mukaan

	Naisia		Miehiä		Yhteensä	
	Lukumäärä	%	Lukumäärä	%	Lukumäärä	%
Neuvolaryhmä						
Helsinki	807	83	166	17	973	100
Tampere ja Turku ..	669	90	75	10	744	100
Muut kaupungit	1011	89	120	11	1131	100
Kaikki neuvolat	2487	87	361	13	2848	100

Taulukko 2. Potilaiden jakautuminen neuvolaan tulon syyn perusteella

Neuvolaan tulo syy	Neuvolaryhmä						Kaikki neuvolat	
	Helsinki		Tampere ja Turku		Muut kaupungit			
	Luku- määrä	%	Luku- määrä	%	Luku- määrä	%	Luku- määrä	%
Syntyvyyden säännöstely	505	52	472	63	700	61	1677	59
Raskauden toteaminen ja siihen liittyvät kysymykset	144	15	130	17	190	18	464	16
Avioelämään liittyvät yleiset häiriöt	139	14	38	5	49	4	226	8
Lapsettomuuden ongelma	70	7	41	6	109	10	220	8
Sukuelämään kytketyt häiriötilat	67	7	50	7	54	4	171	6
Avioliittoon aikovia koskevat kysymykset	48	5	13	2	29	2	90	3
Kaikki	973	100	744	100	1131	100	2848	100

Taulukko 3. Syyt, joiden vuoksi lapsirajoituspotilaat ovat kään-
tyneet avioliittoneuvoloiden puoleen

Syyt	Neuvolaryhmä			Kaikki neu- volat	
	Helsinki	Tampere ja Turku	Muut kaupungit	Luku- määrä	%
A. Terveydelliset syyt:					
Vaimon sairaus tai huono yleiskunto	128	86	68	282	20
Liian tiheät synnytykset ..	52	118	180	350	25
Yhteensä A.	180	204	248	632	45
B. Sosiaaliset syyt:					
Huono taloudellinen asema	113	27	46	186	13
Heikot asunto-olot	53	24	18	95	7
Nykyinen lapsiluku riittävä	38	150	124	312	23
Miehen sairaus tai inva- liditeetti	27	19	17	63	5
Opiskelijat	25	12	13	37	3
Miehen holtittomuus	11	16	10	50	4
Yhteensä B.	267	248	228	743	55
Kaikki syyt	447	452	476	1375	100

Taulukko 4. Lapsirajoituksen vuoksi neuvoloissa käyneiden
lapsiluku.

Lapsiluku	Helsinki	Tampere ja Turku	Muut kau- pungit	Kaikki neuvolat	%
0—2	173	163	143	479	34
3—5	210	280	297	787	55
6 ja yli	31	35	88	154	11
Kaikki	414	478	528	1420	100

Taulukko 5. Lapsirajoituksen vuoksi neuvoloissa käyneet avio-
liiton keston perusteella

Avioliiton kesto vuosia	Helsingin neuvolat	Tampere ja Turku	Muut kaupungit	Kaikki neuvolat	%
0—1	21	16	24	61	4
2—5	161	209	286	656	39
6—10	147	149	250	546	33
11—15	80	74	32	286	17
16—20	31	19	45	95	6
21 ja yli	4	4	12	20	1
Kaikki	444	471	749	1664	100

Lähdeviitteitä.

- ¹ Turunen, A.: Duodecim 1942: 58: 135.
- ² Kaprio, L. ja Rouhunkoski, M.: Ann. Chir. et Gynaec. Fenniae 1949: Vol. 38, Suppl. 3: 224.
- ³ Niemineva, K.: Kätilölehti 1948: N:o 4.
- ⁴ Niemineva, K.: Huoltaja 1950: N:o 3.
- ⁵ Turunen, A.: Kätilölehti 1950: N:o 4.
- ⁶ Kaprio, L.: Avioliitto ja lääkäri 1950: N:o 1.
- ⁷ Pitkänen, H.: Avioliitto ja lääkäri 1951: N:o 1.
- ⁸ Rouhunkoski, M. ja Valvanne, L.: Avioliitto ja lääkäri 1950: N:o 4.
- ⁹ Stenbäck, A.: Avioliitto ja lääkäri 1951: N:o 1.
- ¹⁰ Mace, D.: Marriage Councelling. Lontoo. 1948.
- ¹¹ Parland, O.: Avioliitto ja lääkäri 1950: N:ot 2 ja 3.