



Imeväisikäisen lapsen ravitseminen ja ruoka- allergiat



Salminen Salli

2011 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Imeväisikäisen lapsen ravitseminen ja ruoka-allergiat

Salli Salminen
Terveystieteiden
Opinnäytetyö
Tammikuu 2011

Salli Salminen

Imeväisikäisen lapsen ravitsemus ja ruoka-allergiat

Vuosi

2011

Sivumäärä

34

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on koota tuoreinta tietoa imeväisikäisten lasten ravitsemuksesta, eli imetyksestä ja kiinteiden ruokien aloituksesta, sekä lasten allergioista ja ravitsemuksen ja allergioiden välisestä yhteydestä. Opinnäytetyötä voivat hyödyntää esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat sekä lapsivuodeosastojen kättilöt. Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska terveydenhoitajat ja kättilöt ovat avainasemassa imetys- ja allergiatietoisuuden levittämisessä sekä kansallisen allergiaohjelman tavoitteiden saavuttamisessa.

Opinnäytetyöhön etsittiin uusinta näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa noin viidestäkymmenestä hoito- ja lääketieteellisestä tutkimuksesta ja artikkelia. Tiedonhakuja tehtiin muun muassa Terveystietokannasta, Terveystietokannan- ja hyvinvoinnin laitoksen Internet-sivujen kautta sekä Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuista. Englanninkielistä aineistoa etsittiin Ovid- ja The Cochrane Library- tietokannoista. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä uusimmat tutkimustulokset selkeäksi raportiksi, joka hyödyttää työssään ravitsemuskysymyksiä ja ruoka-allergioita kohtaavia terveydenhuollon ammattilaisia. Tavoitteena oli myös oman asiantuntemuksen lisääminen aiheesta.

Keskeiset tulokset: imetyksellä on pitkäaikaisia terveysvaikutuksia sekä lapseen että äitiin. Imetetyillä lapsilla riski sairastua muun muassa tyypin I diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, astmaan, suolistoinfektioihin, korvatulehduksiin, atooppiseen ihottumaan ja ripulitauteihin on pienempi kuin ei-imetetyillä lapsilla. Imettävän äidin riski sairastua muun muassa osteoporoosiin ja ennen vaihdevuosisa ilmenevään rintasyöpään pienenee. Huolimatta imetyksen myönteisistä vaikutuksista kansalliset ja kansainväliset imetyssuosittukset eivät toteudu Suomessa ja vain prosentti suomalaislapsista on täysimetettyjä puolen vuoden iässä. Ruoka-allergioiden kohdalla allergiapelko johtaa usein turhien välttämisdieettien noudattamiseen. Suurin osa yhden vuoden ikäisten lasten välttämisdieeteistä johtuu yleisesti allergisoiviksi koettujen ruoka-aineiden välttämisestä varmuuden vuoksi. Tämän ei ole voitu osoittaa ehkäisevän allergian puhkeamista, pikemminkin päinvastoin. Väestön sietokykyä allergeeneille tulee pyrkiä lisäämään yllähygieenisen elinympäristön sijasta.

Asiasanat: imetys, imeväisikäinen, ravitsemus, ruoka-allergia

Salli Salminen

Infant nutrition and food allergies

Year	2011	Pages	34
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to gather the latest information on infants' nutrition, that is breastfeeding and introducing the solid foods, as well as children's allergies and the connection between nutrition and allergies. This thesis can be employed e.g. by public health nurses working in maternity and child health clinics and midwives working in postpartum wards. The subject of this thesis is important because the public health nurses and midwives are in key position in raising awareness about breastfeeding and allergies, as well as reaching the goals of the national allergy program.

The latest evidence-based information was gathered for this thesis from about fifty research reports and articles from the fields of nursing and medical sciences. The information retrieval was carried out in Terveystietä, The National Institute for Health and Welfare's internet sites and from the publications of the Ministry of Social Affairs and Health. The English material was searched from Ovid and the Cochrane Library databases. The aim of the thesis was to gather the latest research results into a clear report that will be beneficial to those health care professionals facing children's nutritional issues and food allergies in their work. The goal was also to increase one's own expertise on this subject.

The key results: breastfeeding has long-term health benefits both to the child and the mother. The children that are breastfed have decreased risk of falling ill with type I diabetes, cardiovascular diseases, asthma, intestinal infections, otitis, atopic dermatitis and diarrheal diseases compared to the non-breastfed children. Nursing mothers' risk of developing osteoporosis and pre-menopausal breast cancer are reduced. Despite the health benefits of breastfeeding the national and international breastfeeding recommendations are not followed in Finland. Not more than one per cent of the Finnish children are fully breastfed at the age of six months. The fear of food allergies often leads to following unnecessary avoidance diets. Most of the avoidance diets followed by one-year-olds are caused by avoiding the generally allergenic foods just in case. This has not been shown to prevent the onset of allergies, rather the opposite. The public's tolerance to allergens should be increased instead of the overly hygienic habitat.

Keywords: breastfeeding, infant, nutrition, food allergy

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	TIEDONHAKU AIHEESTA IMEVÄISIKÄISEN LAPSEN RAVITSEMUS JA RUOKA-ALLERGIAT	8
2.1	Tiedonhakuprosessi.....	8
3	IMETYS JA ÄIDINMAITO.....	8
3.1	Äidinmaito lapsen ensisijaisena ravintona	8
3.1.1	Vauvamyönteisyysohjelma	9
3.2	Imetyksen anatomiaa ja fysiologiaa	10
3.2.1	Rinnan anatomia.....	10
3.2.2	Maidontuotannon käynnistyminen	10
3.2.3	Ternimaito eli kolostrum.....	11
3.2.4	Äidinmaidon riittävyys.....	11
3.2.5	Rintamaidon koostumus	12
3.3	Rintamaidon terveysvaikutukset	13
4	IMEVÄISIKÄISEN RAVITSEMUSSUOSITUKSET	13
4.1	Kansainväliset suositukset.....	13
4.2	Suosituksien Suomessa	14
4.2.1	Suosituksien D-vitamiinin annosta	15
5	VARHAISEN RAVITSEMUKSEN HAASTEET	15
5.1	Kun imetys ei suju	15
5.1.1	Matalat rinnanpää	16
5.1.2	Kipeät ja ärtyneet rinnanpää	16
5.1.3	Rintojen pakkautuminen	16
5.1.4	Riittämätön maidoneritys	17
5.1.5	Lapsen imemislakko	17
5.2	Imetyksen vasta-aiheet.....	17
5.2.1	Imettävän äidin tupakointi ja alkoholinkäyttö	18
5.2.2	Imettävän äidin lääkehoito	18
6	MUU IMEVÄISIKÄISEN RAVINTO	18
6.1	Lisäruokien aloitus.....	19
6.1.1	Uusia ruokia yksi kerrallaan.....	19
6.1.2	Liian varhain aloitetut lisäruoat	20
6.2	Lihaa, viljoja, maitotuotteita	20
6.2.1	Liharuokien aloitus	21
6.2.2	Viljatuotteiden aloitus.....	21
6.2.3	Maitotuotteiden aloitus.....	21
7	IMEVÄISIÄN RAVITSEMUS JA RUOKA-ALLERGIAT	22
7.1	Yleistä allergiasta.....	22

7.1.1	Allergiamekanismi	23
7.1.2	Allergioiden esiintyvyys ja allergiapelko	23
7.1.3	Allergiaoireet	24
7.2	Atopia ja atooppinen ihottuma.....	24
7.3	Ruoka-allergioiden tutkiminen, toteaminen ja hoito.....	25
7.3.1	Ruoka-allergian hoito	26
7.3.2	Allergiaruokavalion tarkastaminen	27
7.4	Maitoallergia.....	27
7.5	Vilja-allergia.....	28
7.6	Ruoka-allergioiden ehkäisy.....	28
7.7	DIPP-ravintotutkimus.....	29
8	KANSALLINEN ALLERGIAOHJELMA.....	30
9	POHDINTA.....	31
	LÄHTEET	33

1 JOHDANTO

Lapsen ensimmäisen elinvuoden ravitsemus luo pohjaa myöhemmälle kasvulle, kehitykselle sekä ruokailutottumuksille. Voidaan todeta, että imeväis- ja lapsuusiän riittävä ja oikeanlainen ravitsemus on edellytyksenä lapsen hyvälle kasvulle, kehitykselle ja terveydelle (WHO 2009: 3). Tutkimuksissa on voitu todistaa, että varhaisella ravitsemuksella on merkitystä lapsen myöhempään sairastavuuteen. Kenties merkittävin yksittäinen tekijä imeväisikäisen lapsen ravitsemuksessa on rintaruokinta: imetyksen on todettu olevan tehokas ja luonnollinen keino edistää terveyttä (Hannula 2007). Imetyksen myönteiset vaikutukset ulottuvat lapsen ja äidin välisen myönteisen vuorovaikutuksen kehittymisestä aina lapsen pienentyneeseen riskiin sairastua ykköstyyppin diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, infektioihin, astmaan ja atooppiseen ihottumaan. Imettävä äiti palautuu synnytyksestä ja normalisoi painonsa nopeammin raskauden jälkeen. (Hasunen & Ryyänen 2006: 11; Hannula ym. 2008: 1133; Järvenpää 2009: 2089-2091; Kuitunen 2009; Savilahti 2005; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 103.)

Pikkulasten ruoka-allergiat ja niiden esiintyvyys on kasvussa. Sama suuntaus on nähtävissä muissakin länsimaissa. Allergisten sairauksien esiintyvyys on 1960-luvulta lähtien suurentunut ja kouluikäisistä jopa 40% kärsii atopiasta. (Haahtela, von Hertzen, Mäkelä & Hannuksela 2008: 9; Marschan 2007: 17, 23; Wang & Sampson 2006: 299.) Jopa kolmasosalla lapsista on 2-3 ikävuoteen mennessä epäilty ruoan aiheuttamia allergisia oireita, vaikka vain kymmenellä prosentilla on pystytty osoittamaan varsinainen ruoka-aineallergia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 189). Yleisesti ruoka-aineallergiaa arvellaan olevan noin 3-10 prosentilla pikkulapsista, tutkimuksesta riippuen (Mäkelä 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 218).

Terveydenhoitaja tapaa allergisia lapsia ja perheitä lähes päivittäin. Kansallisen allergiaohjelman tavoitteena on vähentää turhaa allergeenien välttämistä ja lisätä väestön sietokykyä allergeeneille (Haahtela ym. 2008: 9), joten neuvolan terveydenhoitaja on avainasemassa tämän tavoitteen toteutumisessa imeväisikäisten lasten kohdalla. Tämä edellyttää edelleen terveydenhoitajalta ajantasaista tietoa allergioista, niiden tutkimisesta sekä hoidosta. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen terveydenhoitajan tarvitsemaa tietoa imeväisikäisen lapsen ravitsemuksesta sekä uusinta tutkimustietoa pikkulasten ruoka-allergioista ja niiden ehkäisystä.

2 TIEDONHAKU AIHEESTA IMEVÄISIKÄISEN LAPSEN RAVITSEMUS JA RUOKA-ALLERGIAT

2.1 Tiedonhakuprosessi

Tiedonhakuprosessi kulki kirjoittamisen kanssa rinta rinnan: uuteen tiedonhakuun ryhdyin siinä vaiheessa, kun työ olisi muuten pysähtynyt. Aineiston keruu tehtiin suurimmaksi osaksi kevään 2010 aikana suomalaisista ja ulkomaisista aineistotietokannoista sekä suoraan eri tahojen internetsivuilta. Aineistotietokantahauissa käytettiin yksittäis- ja yhdistelmähakua sekä sanojen katkaisuhakua. Suomenkielistä aineistoa etsittiin Terveystietokannasta, Terveystietokannasta ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivujen kautta sekä Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuista. Englanninkielistä aineistoa etsittiin Ovid- ja The Cochrane Library- tietokannoista. Aineistoa etsittiin myös manuaalisesti eri yliopistojen julkaisutietokannoista sekä käyttäen jo löydettyjen tutkimusten lähdekirjallisuutta apuna. Opinnäytetyön ulkopuolelle jätettiin tietokantojen maksulliset artikkelit ja tutkimukset. Tutkimusten valintakriteereinä käytettiin tuoreutta (vuonna 2000 ja sen jälkeen julkaistut tutkimukset) sekä laadukkuutta (tekijöiden asiantuntemus, missä tutkimus on julkaistu). Opinnäytetyön aihetta vain sivuavat tutkimukset jätettiin suurimmaksi osaksi pois.

3 IMETYS JA ÄIDINMAITO

Ikäkausi: 0-4kk. Merkittävää tälle ikäkaudelle on lapsen voimakas ja nopea kasvu ja kehitys. Ensiviikkoina kiinnitetään huomiota lapsen riittävään painonnousuun ja imetyksen onnistumiseen. Lapsi muuttuu vähitellen sosiaalisemmaksi ja motoriset taidot kehittyvät, lapsesta kehittyvä jänkevempi ja katseen kohdistaminen alkaa onnistua. Ravitsemukseen liittyviä keskeisiä teemoja ovat usein ongelmat ja epävarmuus imetyksessä, yksinomainen imetys, lapsentahtinen imetys, tarvittaessa äidinmaidonkorvikkeen käyttö sekä yksilölliset syöttötavat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 60; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 130-132.)

3.1 Äidinmaito lapsen ensisijaisena ravintona

Imeväisikäisen lapsen ensisijaista ravintoa tulisi olla äidinmaito, joko imetettynä tai lypsettyinä ja pullosta tai kupista tarjottuna. Ruokailutavoitteet imeväisiässä ovat täysimetys kuuden kuukauden ikään ja tämän jälkeen osittainen imetys 6-12 kuukauden iässä kiinteiden lisäruokien annon lisäksi. Rintamaidon puuttuessa se korvataan teollisella äidinmaidonkorvikkeella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 102; WHO 2009: 61). Täysimetyksellä tarkoitetaan tilannetta, jossa lapsi ei oman äidin rintamaidon lisäksi saa muuta ravintoa kuin D-vitamiinivalmistetta ja mahdollisesti muita ravintoainevalmisteita kuten fluoria tai keskostippoja, sekä mahdollisesti pieniä määriä vettä lusikasta tai mukista juotettuna. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 102-103; THL 2009: 14.) Osittaisella imetyksellä tarkoitetaan tilan-

netta, jossa lapsi saa rintamaidon ohella äidinmaidonkorviketta, kiinteää sosearuokaa, imeväisikäisten erityisvalmistetta, velliä tai muuta ravintoa (THL 2009: 14).

Imeväis- ja lapsuusiän riittävä ja oikeanlainen ravitsemus on edellytyksenä lapsen hyvälle kasvulle, kehitykselle ja terveydelle (WHO 2009: 3). Imetys tai rintaruokinta on helpoin, hygieenisin ja taloudellisin tapa ruokkia imeväisikäistä lasta ja imetys riittääkin ainoaksi ravinnoksi useimmille normaalipainoisina syntyneille lapsille ensimmäisten kuuden elinkuukauden ajan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 a: 6; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 103; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 181.) Optimaalinen imeväisikäisen lapsen ruokkiminen, eli imettäminen, on yksi tehokkaimmista tavoista edistää ja suojella lapsen terveyttä (Hannula, Kaunonen & Tarkka 2008: 1133; WHO 2009: 1). Imeväisikäisen lapsen ravinnontarpeen perustana on äidinmaidon koostumus, mikä tyydyttää parhaiten lapsen energian ja eri ravintoaineiden tarpeen. Optimaalisena lapsen kasvuna ja kehityksenä pidetäänkin imetetyn lapsen kasvua ja kehitystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 92.)

Lähes kaikki äidit pystyvät imettämään mikäli he saavat asianmukaista tietoa ja tukea lähiesiltään sekä terveydenhuollon ammattilaisilta (WHO 2003: 8). Suomalaiset äidit ovat motivoituneita imettämään ja lähes kaikki äidit imettävät lapsiaan sairaalasta lähtiessään. Tästä huolimatta täysimetyksen tavoite toteutuu vain harvoin. Alueelliset ja neuvolakohtaiset erot imetyksen toteutumisessa ovat suuria, mitä selittävät osaltaan erilaiset terveydenhuollon henkilöstön antamat ohjaus- ja tukitoimet, äitien koulutustaso sekä perheiden sosiaalinen ja taloudellinen tilanne. (Hannula & Kaunonen 2006: 22; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 104.)

3.1.1 Vauvamyönteisysohjelma

Suomessa vuonna 1993 käynnistynyt kansainvälinen vauvamyönteisyys-ohjelma (Baby friendly hospital initiative) painottaa imetyksen edistämistä, suojelemista ja tukemista. Ohjelman tavoitteena on terveydenhuollon henkilöstön imetysohjausosaamisen ja tieto-taitotason parantaminen ja ylläpitäminen. (Erkkola, Kronberg-Kippilä, Knip & Virtanen 2006; Hannula 2007; Hasunen & Rynnänen 2006: 13-14; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009: 5-6; Järvenpää 2008: 1147; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 104-105; Stakes 1994; Unicef & WHO 2006.)

Hyks Naisten- ja lastentautien tulosyksikön Vauvamyönteisyys-ohjelmaan kuuluu 10 askelta onnistuneeseen imetykseen, jossa määritellään ne toimet ja arvot, joiden avulla henkilökunta sitoutuu tukemaan, suojelemaan ja edistämään imetystä sekä imetysohjausta. Nämä askeleet ovat: imetysohjauksen toimintasuunnitelma on laadittu yhteistyössä eri osastojen kanssa ja siinä on huomioitu osastojen erityispiirteet. Henkilökunta tuntee suunnitelman ja sitoutuu

siihen. Sairaalan henkilökunta on saanut 18 tunnin imetysohjaajakoulutuksen. Äidit ja perheet saavat yksilöllistä ohjausta imetyksessä ja vauvanhoidossa. Äitejä kannustetaan varhaisimetykseen ja ensikontaktiin vauvan ja äidin valmiuksien mukaan. Äideille annetaan tietoa ja ohjausta maidonerityksen ylläpitämiseksi vaikka vauva joutuisi olemaan erossa äidistä. Terve, täysiaikainen, normaalipainoinen ja normaalipainoisena pysyvä vauva ei tarvitse lisämaitoa eikä muuta lisänestettä, mutta lääketieteellisistä syistä vauvalle annetaan lisäruokaa. Äitejä ja perheitä kannustetaan ja tuetaan pitämään vauvaa ympärivuorokautisessa vierihoidossa. Äitejä ohjataan imettämään vauvantahtisesti vauvan viestien mukaan. Tutin käyttöä ei suositella ennen kuin vauva on oppinut hyvän imemistekniikan ja äidinmaidon määrä on tasaantunut. Äideille ja perheille annetaan lisäksi tietoa erilaisista imetystukiryhmistä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009: 5.)

3.2 Imetyksen anatomiaa ja fysiologiaa

3.2.1 Rinnan anatomia

Imetyksen kannalta rinnan tärkeimmät ulkoiset osat ovat nänni sekä nännipiha, jotka tummuvat raskauden aikana. Tämä helpottaa vastasyntyneen rinnan imemiskohdan löytämistä. Nännipihassa on lisäksi niin kutsuttuja Montgomeryn nystyjä, jotka kasvavat raskauden ja imetyksen aikana ja joiden erittämä öljymäinen aine suojaa rinnan ihoa imetyksen aikana. Rinnan sisä rakenteista tärkeimmät ovat maitotiehyet, joita pitkin maito kulkeutuu nänniin ja lapsen suuhun, sekä mitorauhaset, joissa maito tuotetaan. Raskausaikana mitorauhasien koko kasvaa, jolloin rasvakudoksen määrä rinnassa vähenee ja maidontuotantoon tarvittavien mitorauhasien osuus rinnasta kasvaa. (Geddes 2007: 559; Heikkilä 2006: 11-12.)

3.2.2 Maidontuotannon käynnistyminen

Maidontuotannon käynnistyminen on kaksivaiheinen. Alkuvaiheessa rinnan solut muuttavat muotoaan ja aineenvaihduntaansa valmistautuessaan maidontuotantoon, jolloin rinnoissa muodostuvat ensimmäiset ternimaitopisararat. Tämän saavat raskausaikana aikaan hormonimuutokset, erityisesti korkeat estrogeeni- ja prolaktiinipitoisuudet (Geddes 2007: 558). Toinen vaihe, jossa oleellista on runsas maidontuotto, alkaa synnytyksen jälkeen. Tämä johtuu progesteronipitoisuuden laskusta synnytyksen yhteydessä, istukan kokonaan irrottua. Maidonerityksen aloittamiseen tarvitaan myös prolaktiinihormonia ja se myös ylläpitää maidoneritystä myöhemmässäkin vaiheessa. Toinen tärkeä imetyshormoni on oksitosiini, joka saa aikaan maidon herumisen. Sitä erittyy vauvan imiessä äidin rintaa tai kun rinnanpäästä stimuloidaan esimerkiksi lypsäessä. (Geddes 2007: 559; Heikkilä 2006: 14-16.) Imetyksen käynnistymistä auttaa myös lapsen ja äidin välinen ihokontakti ja varhaisimetus heti synnytyssalissa. Maidon herumiseen taas vaikuttavat psyykkiset tekijät hormonaalisten lisäksi: äidin ajattel-

sa tai katsellessa lastaan herumisrefleksi laukeaa helposti, mutta esimerkiksi kivun, mielihäiriön tai huolien vuoksi herumisrefleksi voi lukkiutua. Yöimetykset nostavat hormonimääriä erityisen paljon ja siten myös maitomäärää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 109-110.)

3.2.3 Ternimaito eli kolostrum

Ensimmäisiä maitotippoja, jotka lapsi rinnosta saa syntymänsä jälkeen, kutsutaan ternimaidoksi eli kolostrumiksi. Imetyksen alussa ternimaito muuttuu muutamassa päivässä valmiiksi maidoksi. Ensimmäisenä päivänä synnytyksestä maidon määrä on alle 100 ml, mutta se nousee nopeasti keskimäärin 500 millilitraan noin neljässä päivässä. Ensimmäisen kuukauden aikana maidon määrä tasaantuu, keskimäärin noin vauvan 800 ml päiväannokseksi. (Heikkilä 2006: 14-16.) Vastasyntynyt tulee yleensä ensimmäiset, niukkamaitoisemmat, päivät toimeen elimistönsä vararavinnolla ennen kuin maidontuotanto ja -eritys kunnolla käynnistyvät. On tavallista, että vastasyntyneen paino laskee ensimmäisten päivien aikana 5-8% syntymäpainosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 a: 8, 103; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 109.) Tämä ensimmäinen ei vielä vastaa koostumukseltaan tavanomaista äidinmaitoa, vaan se koostuu pääosin lasta tartunnoilta suojaavista immunoglobuliineista ja muista veren proteiineista. (Heikkilä 2006: 14-15.) Kolostrumia erittyy noin 1-5 vuorokautta synnytyksen jälkeen ja se tyydyttää alkuun lapsen ravinnontarpeen antaen samalla tehokkaan immunologisen suojan. Kolostrumissa on myös erityisen paljon monityydyttymättömiä rasvahappoja, jotka ovat tärkeitä hermoston kehityksen kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 109-111.)

3.2.4 Äidinmaidon riittävyys

Rintamaidon riittävyys taataan parhaiten ja helpoiten siten, että lapsi tyydyttää imemisen tarpeensa pelkällä rintaruokinnalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 a: 8, 103.) Imetyksessä ja maidonerityksessä pätee niin kutsuttu kysynnän ja tarjonnan laki, jossa maidontuotanto tasaantuu vastaamaan lapsen tarvetta. Onkin tärkeää imettää lasta tiheästi, noin kahden - kolmen tunnin välein. (Heikkilä 2006: 21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 a: 8.) Jokaisella lapsella on oma, yksilöllinen imemisrytmi, jonka mukainen imetys hyödyttää sekä lasta että äitiä. Ensimmäiset viikot synnytyksen jälkeen ovat imetyksen onnistumisen kannalta tärkeitä; on imetettävä tiheästi sekä päivällä että yöllä, jotta rintamaidon erittyminen saadaan käynnistymään nopeasti. Alkuviikkoina riittävän maitomäärän takaaminen lapselle vaatii 10-12 imetyskertaa vuorokaudessa, jonka jälkeenkin tulisi vuorokaudessa olla kahdeksan imetyskertaa. Imemisvälit vaihtelevat yhdestä neljään tuntiin, joiden välillä voi olla tätä lyhyempiä tai pidempiä syöttövälejä. Imeväisikäisellä esiintyy myös niin kutsuttuja tiheän imemisen kausia, jotka tulevat yhtäaikaisesti lapsen kasvaneen ravinnontarpeen kanssa. Tämä tapahtuu sykkyräkittäin. Tiheä imeminen on tyypillistä myös illansuussa ja aamuyöstä, jonka jälkeen seuraa usein pidempi unijakso. Tiheää imemistä ei tule tulkita maidon ehtymisen merkiksi, vaan en-

nemminkin lapsen tavaksi huolehtia maidon riittävydestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 114.)

3.2.5 Rintamaidon koostumus

Äidinmaidon koostumus muuttuu suuresti imetyksen alkuvaiheessa (ensimmäinen kuukausi), mutta imetystä jatkettaessa vuoden ikään tai ylikin, säilyy rintamaidon koostumus pitkälti samanlaisena. Yli vuoden imettäneillä äideillä rintamaidon rasvapitoisuus ja näin ollen siitä saatava energiamäärä kasvaa merkittävästi. Myös yksilölliset tekijät vaikuttavat äidinmaidon koostumukseen: esimerkiksi rasvaliukoisten vitamiinien määrä, maidon rasvapitoisuus ja rasvahappokoostumus riippuvat äidin omasta ravitsemuksesta. (Heikkilä 2006: 20-21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 a: 6; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 110.)

Äidinmaidossa on vastasyntyneen infektiosuojaa lisääviä, tulehdusreaktioita hillitseviä ja muita puolustusmekanismeja tukevia ainesosia. Nämä ainesosat vaikuttavat myönteisesti myös lapsen suolen kasvuun ja kehitykseen (Järvenpää 2009: 2089; THL 2009: 14-15.) Äidinmaidon ainesosat auttavat lapsen ruoansulatusta ja ravintoaineiden imeytymistä. Rintamaito on helposti sulavassa ja imeytyvässä muodossa ja sen tarjoamat ravintoaineet hyödynnetään tehokkaasti vastasyntyneen kehossa. Esimerkiksi rauta ja monet muut mineraalit imeytyvät huomattavasti paremmin rintamaidosta kuin äidinmaidonkorvikkeesta. Imetyksen jälkeen lapsen suolisto tyhjenee 1-2 tunnissa, kun taas äidinmaidonkorvikkeenannon jälkeen tyhjentyminen on puolet hitaampaa. (Heikkilä 2006: 20; WHO 2009: 9.)

Rintamaito koostuu vedestä sekä laktoosista ja lipideistä, jotka toimivat lapsen pääasiallisina energianlähteinä (Heikkilä 2006: 21; WHO 2002: 15). Lipideistä muodostuu jopa yli 50% vauvan saamista kaloreista. Oligosakkareilla, joita on äidinmaidossa kolmanneksi eniten, uskotaan olevan merkitystä lapsen puolustuskyvylle. Näitä on erityisen runsaasti äidinmaidossa muihin maitoihin verrattessa. (Heikkilä 2006: 21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 112.) Laktoosia tarvitaan kasvuun sekä aivojen että keskushermoston kehittymiseen (Heikkilä 2006: 22). D-vitamiinia lukuun ottamatta äidinmaidossa on kaikki lapsen kehityksen ja terveyden kannalta välttämättömät ravintoaineet (Heikkilä 2006: 22; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 112; THL 2009: 11; WHO 2009: 9).

Äidinmaidon proteiinin määrä vaihtelee imetyksen keston mukaan: alkuvaiheessa proteiinin määrä on suurimmillaan, mutta jo puolen vuoden imetyksen jälkeen proteiinin määrä on puolittunut. Kaiken kaikkiaan rintamaidon proteiinipitoisuus on matala ja se on hyvin imeytyvää, johtuen heraproteiinin suuresta osuudesta, joka on noin 70%. Kaseiineja, toisia äidinmaidon pääproteiineista, on keskimäärin 30-40%. Kaseiiniproteiinissa kalsium on erityisen hyvin imeytyvässä muodossa. Rintamaidon proteiinit auttavat muiden ravintoaineiden imeytymistä, suo-

jelevat lasta taudinaiheuttajilta ja muun muassa muokkaavat vastasyntyneen puolustusjärjestelmää suoliston pinnalla ja muissa elimissä. (Heikkilä 2006: 24-25; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 111.)

3.3 Rintamaidon terveysvaikutukset

Rintamaito on parasta ravintoa vastasyntyneelle (Hasunen & Ryyänen 2006: 11; Heikkilä 2006: 19.). Siitä on myös terveydellistä, ravitsemuksellista sekä psykologista etua niin lapselle kuin äidillekin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 a: 103; WHO 2003: 7). Lapsen tarvitsemien ravinteiden lisäksi äidinmaidossa on runsaasti vasta-aineita ja antimikrobisia yhdisteitä, jotka estävät taudinaiheuttajia. Lisäksi äidinmaidossa on hyödyllisten suolistobakteerien kasvua tukevia yhdisteitä. Voidaan sanoa, että äidinmaito aktiivisesti suosii hyviä bakteereja ja tappaa pahoja, jonka lisäksi vauva saa siitä runsaasti normaalibakteereja, joilla on todennäköisesti merkitystä taudinaiheuttajien ehkäisyssä. (Heikkilä 2006: 19-20.)

Äidinmaidon pitkäaikaiset terveysvaikutukset ulottuvat sekä lapseen että äitiin (Hänninen-Nousiainen, Koponen, Pietilä & Halonen 2004: 40). Muun muassa lapsuusajan lihavuuden riski on pienempi imetetyillä lapsilla. Samoin riski tyypin I diabetekseen ja sydän- ja verisuonitauteihin sairastumiseen on pienempi. (Hasunen & Ryyänen 2006: 11; Hannula ym. 2008: 1133; Hannula & Kaunonen 2006: 21; Järvenpää 2009: 2089-2091.) Imetys suojaa lasta infektiolta, vähentää riskiä sairastua astmaan (Renko 2001: 4409) ja vähentää kätkytkuoleman riskiä (Järvenpää 2009: 2091). Imettämisen on osoitettu myös vähentävän lapsen riskiä sairastua atoopiseen ihottumaan (Järvenpää 2009: 2091; Kuitunen 2009; Wang & Sampson 2006: 299). Rintaruokinta myös suojaa lasta merkittävästi suolistoinfektioilta (Savilahti 2005). Imetys pienentää äidin riskiä sairastua ennen vaihdevuotia ilmenevään rintasyöpään ja se auttaa kiintymyssuhteen muodostumisessa lapsen ja äidin välille (Hasunen & Ryyänen 2006: 11; Hannula ym. 2008: 1133; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 103). Imetys auttaa äitiä palautumaan synnytyksestä ja painon normalisoitumisessa raskauden jälkeen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 103; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 181). Myös äidin riski sairastua osteoporoosiin vähenee (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 181). Imetetyillä lapsilla esiintyy vähemmän ripulitauteja, keuhkokuumetta, toistuvia korvatulehduksia ja virtsatietulehduksia. Myös rokotusten teho lisääntyy imetetyillä lapsilla. (Järvenpää 2008: 1147.) Imetyksen onnistuessa on sillä myönteisiä vaikutuksia äidin ja siten koko perheen hyvinvointiin (Hannula & Kaunonen 2006: 21).

4 IMEVÄISIKÄISEN RAVITSEMUSSUOSITUKSET

4.1 Kansainväliset suositukset

Maailman terveysjärjestö World Health Organization eli WHO suosittaa lasten täysimetystä kuuden kuukauden ikään saakka ja osittaista imetystä sopivien lisäruokien lisäksi aina kahden vuoden ikään saakka (Hasunen & Ryyänen 2006: 13; WHO 2009: 3). Kuitenkin kansainvälisesti vain noin 35% imeväisistä on täysimetettyjä kuuden kuukauden iässä (WHO 2009: 4). Kansainväliseksi imetystavoitteeksi on asetettu, että 80% 4-6 kuukauden ikäisistä lapsista olisi täysimetettyjä. Rintaruokintaa tulisi jatkaa vähintään vuoden ikään saakka. (Kansanterveyslaitos 2008: 22-23.)

4.2 Suositukset Suomessa

Suomessa täysimetystä suositellaan kuuden kuukauden ikään saakka ja osittaista imetystä lisäruokien ohella vuoden ikään saakka (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 102). Suomen imetyssuositukset perustuvat Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksiin, WHO:n rintaruokintasuositukseen sekä uusimpiin tutkimuksiin (Kansanterveyslaitos 2008: 23). Suomessa kuitenkin vain 1% lapsista on täysimetettyjä kuuden kuukauden iässä, kun kuukauden iässä täysimetettyjä oli noin 58%. (Erkkola ym. 2006.) On siis selvää, ettei Suomessa saavuteta kansainvälisiä imetyssuosituksia (Kansanterveyslaitos 2008: 23). Imeväisikäisen lapsen ravitsemussuositusten tavoitteita ovat yksinomainen rintaruokinta kuuden kuukauden ikäiseksi, kiinteiden ruokien aloitus neljän ja kuuden kuukauden välillä yksilölliset erot huomioiden, sekä imetyksen jatkaminen osittaisena kiinteiden ruokien ohella vuoden ikään saakka. (Kansanterveyslaitos 2008: 23.) Suomalaisen DIPP-tutkimuksen lapsista vain 20% oli täysimetettyjä 4 kuukauden ja 1% kuuden kuukauden iässä. Vuoden ikäisinä 18% lapsista sai rintamaitoa. (Kansanterveyslaitos 2008: 22-23.)

DIPP-ravintotutkimukseen osallistuneilla lapsilla yksinomaisen rintaruokinnan kesto oli keskimäärin 1,4 kuukautta. Kaikista lapsista kuukauden ikäisinä yksinomaan rintaruokittuja oli 56%, mutta kolmen kuukauden iässä enää 32%, neljän kuukauden iässä 20% ja kuuden kuukauden ikäisinä enää 1%. Vain joka toinen lapsi sai rintamaitoa enää kuuden kuukauden iässä, vaikka kuukauden ikäisinä 92% lapsista sai oman äidin maitoa. (Kansanterveyslaitos 2008: 22.) Tutkimukseen osallistuneiden lasten rintaruokinnan kokonaiskestossa on ollut nähtävissä hienoista nousua vuosien 1996 ja 2004 välillä. Samanlaista kehitystä ei ole havaittavissa yksinomaisen rintaruokinnan kestossa. (Kansanterveyslaitos 2008: 23.) Yksi suositusten toteutumattomuuden vaikuttava tekijä saattaa olla jo synnytys sairaalassa saatu lisämaito. Tutkimuksessa huomattiin, että synnytys sairaalassa lisämaitoa saaneiden lasten yksinomaisen rintaruokinnan kesto sekä rintaruokinnan kokonaiskesto olivat merkittävästi lyhyempiä kuin vain oman äidin maitoa synnytys sairaalassa saaneilla lapsilla. Synnytys sairaalassa kaikista lapsista sai lisämaitoa (luovutettua rintamaitoa tai äidinmaidonkorviketta) jopa 80%, vaikka vauvamyönteisyysohjelman periaatteiden mukaisesti muuta kuin oman äidin maitoa tulisi antaa vastasyntyneel-

le vain lääketieteellisin perustein. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009: 5; Kansanterveyslaitos 2008: 22.)

4.2.1 Suositukset D-vitamiinin annosta

D-vitamiinin annosta lapsille on omat suosituksensa. Aiemmin alle yksivuotiailla lapsilla lapsen ravinto vaikutti vitamiinivalmisteen annosteluun. Mikäli lapsi sai yksinomaan äidinmaidonkorvikkeita maitonaan, jotakin lapsen erityisvalmistetta tai vitamiinoitua lastenvelliä, oli D-vitamiinivalmisteen annos pienempi kuin jos lapsi oli yksinomaan tai osittain rintaruokittu. Mikäli lapsi saa äidinmaitoa yksinomaan tai osittain, on D-vitamiinilisän annos 10µg/vrk. (Sosi- ja terveysministeriö 2004 b: 96.) Nykyään, aiemmasta ohjeistuksesta poiketen, alle kaksivuotias lapsi saa saman annoksen D-vitamiinia, eli 10µg/vrk ympäri vuoden, huolimatta äidinmaidonkorvikkeiden käytöstä. 2-18-vuotiaiden lasten tulisi saada D-vitamiinia 7,5µg/vrk ympäri vuoden. D-vitamiinin muodoksi suositellaan D3-muotoa, joka on luonnollinen vitamiinin muoto ihmisen elimistölle. (THL 2011.) Tutkimuksissa on huomattu, että D-vitamiinivalmisteita käytetään selvästi suosituksia vähemmän (Kronberg-Kippilä & Virtanen 2005).

5 VARHAISEN RAVITSEMUKSEN HAASTEET

5.1 Kun imetys ei suju

Vaikka suurin osa äideistä pystyy imettämään, on olemassa sellaisia tilanteita jolloin imettäminen ei syystä tai toisesta ole mahdollista. Kuitenkin vain harvoin äidinmaidon voidaan katsoa olevan sopimatonta lapselle. Tällaisissa yleensä terveydellisissä tapauksissa joissa lasta ei voida tai tule imettää, paras vaihtoehto lapselle on omalta äidiltä pumpattu rintamaito, luovutettu rintamaito tai äidinmaidonkorvike, yksilöllinen tilanne huomioiden. (WHO 2003: 10.) Mikäli lasta ei voida imettää, ovat vaihtoehtoina muun muassa tuttipullo, kuppi sekä syöttöletku. Nämä vaihtoehtoiset syöttömenetelmät ovat olleet yleisesti käytössä lapsivuodeosastoilla, kun äiti ei pysty joko lainkaan tai vain osan ajasta imettämään. On ajateltu, että myös ennen aikaisesti syntyneet lapset pystyvät hörppimään maitoa kupista, sillä siinä lapsen tarvitsee koordinoita vain nieleminen ja hengittäminen. Imetettäessä ja tuttipullosta ruokittaessa lapsen tulee osata koordinoita sekä hengitys, nieleminen että imeminen. Kupista syöttämisen etuna on myös se, ettei lapsi sekoita keskenään rintaa ja kuppia kuten voisi sekoittaa rinnan ja tuttipullon. Tällöin rinnalle oppiminen kupista syöttämisen jälkeen onnistuu helpommin. Kupista syöttäminen on ollut myös kehitysmaissa käytössä pitkään, missä tuttipullojen puh- taudesta huolehtiminen on vaikeaa. (Flint, New & Davies 2008: 2-3.)

Imetyksen sujumisen ongelmat voivat aiheutua puutteellisesta tai virheellisestä imetystekniikasta, jolloin äidin ohjaukseen tulee panostaa. Mikäli äiti ei saa itse tarpeeksi lepoa, ravintoa tai nestettä, ei voi odottaa hänen jaksavan myöskään tiheitä imetyksiä. Toisinaan maidoneritys on niin runsasta, ettei lapsi pysty sitä alussa kunnolla syömään, jolloin äiti voi antaa maidon aluksi suihkuta esimerkiksi harsoon (Kolanen & Tamminen 2009; Tiitinen 2010.) Oli tilanne mikä tahansa, imetyksen onnistumisen kannalta on tärkeää rauhoittaa aina syöttötilanne ja pitää lasta mahdollisimman paljon ihokontaktissa. (Kolanen & Tamminen 2009.)

5.1.1 Matalat rinnanpäät

Syitä siihen, miksi imetys ei suju, on lukuisia. Äidin rinnanpäät voivat olla matalat, jolloin lapsen on vaikea tarttua nänniin. Rinnanpäät voivat olla vetäytyneet, jolloin ne saa nostettua tai houkuteltua esiin, tai niin kutsutut ontelonisät, jolloin nänni ei nouse lainkaan esille. Hormonaalisten muutosten ansiosta tällaiset matalat tai vetäytyneet rinnanpäät saattavat kohota paremmin esille, mutta tärkeintä on oikean imemisotteen ja asennon neuvominen. Vetäytyneen rinnanpään voi saada esille stimuloimalla sitä esimerkiksi hieromalla. Ontelonisää voi painaa peukalo-etusormiotteella nännin takaa ja ympäriltä, mieluiten äidin maatessa kylkiasennossa. Osa äideistä hyötyy rintakumin käytöstä. (Kolanen & Tamminen 2009.)

5.1.2 Kipeät ja ärttyneet rinnanpäät

Erityisesti imetyksen alkuvaiheessa äidin rinnanpäät voivat kipeytyä, punottaa ja jopa rikkoutua. Nännien rikkoutumista voi ehkäistä jättämällä imetyksen jälkeen maitopisaran nännin suojaksi, tai käyttämällä erityisiä rinnanpäiden hoitoon tarkoitettuja voiteita, joita ei tarvitse pestä pois ennen seuraavaa imetyskertaa. Myös imetyksen jälkeinen rinnanpäiden suihkuttelu ja huolellinen kuivaaminen, ilmakylvyt, puhtaat liivinsuojat sekä kipulääkitys harkinnan mukaan voivat helpottaa tilannetta. (Kolanen & Tamminen 2009; Tiitinen 2010.) Mikäli lapsen imuote on väärä eikä rinnanpää mene tarpeeksi syvälle lapsen suuhun, voi haavaumia syntyä. Tämän vuoksi ennaltaehkäisy riittävän imetysohjauksen muodossa on tärkeää. Syynä saattaa olla myös lapsen kireä kielijänne, joka estää oikean imuotteen. (Kolanen & Tamminen 2009.)

5.1.3 Rintojen pakkautuminen

Mikäli rintoja ei tyhjennetä tarpeeksi usein tai tehokkaasti, saattavat ne pakkautua mikä johtaa rintojen kipeytymiseen, punotukseen ja turvotukseen. Äidille saattaa tulla myös vilunväristyksiä. Tilanne voi syntyä myös muutama vuorokausi synnytyksen jälkeen maidon noustessa rintoihin. Tällöin pahin vaihe menee yleensä ohi vuorokaudessa ja tilanne helpottaa vähitellen kahden viikon kuluessa. Muita syitä rintojen pakkautumiselle voivat olla myöhäinen imetyksen käynnistyminen, harvat tai epäsäännölliset imetyskerrat, aikaan sidotut imetykset (esimerkik-

si aina 10 minuuttia rintaa kohden), vaihtaminen rinnalta toiselle kesken imetyksen, lisäruoan antaminen tai tutin käyttö, rintaimplantit, mutta myös toisinaan stressi, kireät vaatteet tai erityisen runsas maidoneritys. Hoitona rintojen pakkautumiseen on rintojen tyhjennys joko imettämällä vähintään kahdeksan kertaa vuorokaudessa tai lypsämällä rintaa mahdollisimman usein, mikäli lapsi ei ime. Ensiapuna rintojen kuumotukseen voi käyttää viileitä kääreitä tai jääkaappikylmiä kaalinlehtiä. Lämmin suihku tai lämpimät kääreet sekä rinnan kevyt hierominen auttavat oksitoniinihormonin erittymisessä ja maidon herumisessa. (Kolanen & Tamminen 2009; Tiitinen 2010.)

5.1.4 Riittämätön maidoneritys

Aina äidin oma maito ei riitä lapsen tarpeisiin. Mikäli imetyksen tihentäminen ja tehostaminen ei auta, saattaa lääkehoidosta olla apua. Maidoneritystä stimuloiva lääkehoito voi tulla kyseeseen esimerkiksi silloin, kun äidin oma maidontuotanto on heikentynyt esimerkiksi äidin sairauden vuoksi, pitkää sairaalahoitoa tarvitsevien keskosvauvojen äideillä ja adoptioäideillä, jotka haluavat imettää lastaan. Lääkehoidon rinnalla tulee rintoja stimuloida riittävästi joko imettämällä tai pumppaamalla rintoja vähintään kahdeksan kertaa vuorokaudessa. Imettävän äidin kannustaminen ja jaksamisen tukeminen ovat merkittäviä imetyksen onnistumiselle. (Kolanen & Tamminen 2009; Tiitinen 2010.)

5.1.5 Lapsen imemislakko

Toisinaan lapsi saattaa hylkiä äidin rintaa, jolloin puhutaan imemislakosta. Tämän saattaa aiheuttaa eri syyt, esimerkiksi vauvan tukkoinen nenä jolloin lapsi ei pysty kunnolla hengittämään imemistilanteessa. Tukkoisuuteen voi auttaa fysiologinen keittosuolaliuos, jota tiputetaan lapsen sieraimiin. Lapsi saattaa olla myös sairas eikä jaksaa imeä, jolloin äiti lypsää maidon ja esimerkiksi hörpyttää sen lapselle kupista. Lapsi saattaa aristaa suutaan, joka voi joutua esimerkiksi sammaksesta tai puhkeavista hampaista. Mikäli kyseessä on hampaiden tulo, voi maidon hörpyttää lapselle kunnes kivuliain vaihe on ohi. (Kolanen & Tamminen 2009.)

5.2 Imetyksen vasta-aiheet

Varsinaisia imetyksen vasta-aiheita on muutamia, kuten äidin HIV-infektio (Heikinheimo, Lehtovirta, Skogberg, Salo, Ristola & Ämmälä 2002; Savilahti 2005) tai B- ja C-hepatiitti. B-hepatiittiposiitivisten äitien lapset rokotetaan B-hepatiittia vastaan, jonka jälkeen äiti voi imettää lastaan. Hepatiitti B- ja C-virusten erittymisestä rintamaitoon on edelleen jonkin verran ristiriitaista tietoa. (Savilahti 2005.)

5.2.1 Imettävän äidin tupakointi ja alkoholinkäyttö

Tilanteita, joissa rintaruokinnasta saattaa aiheutua haittaa tai vaaraa lapselle ovat äidin runsas alkoholinkäyttö sekä tupakointi. Tupakointi vaikuttaa imetyksen sujuvuuteen sekä rintamaidon makuun ja maidon herumiseen huomattavasti. Lapsi on usein haluttomampi imemään juuri makuvaikutuksen vuoksi. Nikotiini siirtyy äidin elimistöstä rintamaitoon, joten tupakoinvan äidin tulisi pitää ainakin kahden tunnin tupakkataukoja ennen imetystä, jotta nikotiinin määrä rintamaidossa olisi mahdollisimman vähäinen. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008: 350; Pietinalho 2003.) Alkoholit siirtyy myös äidin elimistöstä rintamaitoon, jonka alkoholipitoisuus on sama kuin äidin elimistössä (Pohjola, Alaja & Seppä 2007). Kuitenkaan imettävän äidin satunnainen, kohtuullinen alkoholinkäyttö ei ole este imetykselle (Haarala ym. 2008: 351). Lapsen maksa ei metaboloiki alkoholia lainkaan yhtä tehokkaasti kuin aikuisen. Lasten on huomattu imevän kokonaismäärältään vähemmän maitoa, jos se on alkoholipitoista. Mikäli lapsi saa alkoholia rintamaidon mukana, lyhentää se lapsen unessaoloaika ja aktiivisen unen määrää ja lisäksi pisintä unijaksoa. Myös päiväunirytmiiin tulee muutoksia: lapsi nukkuu lyhyempiä jaksoja ja näiden jaksojen määrä lisääntyy. (Pohjola, Alaja & Seppä 2007.)

5.2.2 Imettävän äidin lääkehoito

Suurinta osaa lääkkeitä voidaan käyttää myös imetyksen aikana. Imetystä ei tulisi lopettaa turhaan lääkehoidon aloittamisen vuoksi, vaan ainoastaan mikäli ei löydetä lapsen kannalta turvallista vaihtoehtoa. (Heikkinen 2000.) Imettävän äidin lääkeannoksesta joutuu rintamaidon kautta lapseen keskimäärin alle 1%. Johtuen kuitenkin imeväisikäisen lapsen kehittymättömästä kyvystä käsitellä lääkkeitä, saattavat jotkin rintamaidon kautta lapseen siirtyvät lääkkeet aiheuttaa lapselle vaaraa. (Malm, Vähäkangas, Enkovaara & Pelkonen 2008: 2.) Lapselle äidin imetysaikana käytetyistä lääkkeistä mahdollisesti aiheutuvia haittoja ovat toiminnalliset häiriöt ja kehityksen viivästyminen. (Malm ym. 2008: 4.) Imetysajan lääkehoidossa on hyvä noudattaa muutamia perussääntöjä: lääkkeen tulisi olla pidempään käytössä ollut ja hyvin tunnettu, lääkeannoksen tulisi olla pienin tehokas annos ja mikäli lääke otetaan vain kerran vuorokaudessa, tulisi sen otto ajoittaa heti imetyksen jälkeen. Täysin kiellettyjä lääkkeitä imetyksen aikana ovat esimerkiksi solunsalpaajat, dopamiiniagonistit jotka lopettavat maidon erittymisen sekä radioaktiiviset lääkkeet. Myöskään joitakin psykiatrisia lääkkeitä kuten litiumin tai pitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien käyttöä ei suositella imetysaikana. (Malm ym. 2008: 10.)

6.1 Lisäruokien aloitus

Ikäkausi: 4-6kk. Merkittävää tälle ikäkaudelle on usein ongelmat lisäruoan tarpeen arvioinnissa sekä imetyksen ylläpitäminen. Lapsi on kiinnostunut kasvoista ja kykenee vastavuoroiseen hymyyn ja jокelteluun, kommunikointi laajenee ja syvenee. Lapsi pystyy katseellaan seuraamaan esinettä tai liikkuvaa hahmoa sekä tavoittelemaan esimerkiksi lelua. Lapsi oppii kääntymään vatsalta selälleen ja päinvastoin. Istuma-asennossa lapsella alkaa olla hyvä selän tasapaino. Kiinnostus esineisiin ja ihmisiin on lisääntynyt ja esineiden tutkiminen tapahtuu viemällä ne suuhun. Ravitsemukseen liittyviä teemoja ovat lapsen motorinen kypsyminen lisäruokintaan, lisäruokien aloittaminen yksilöllisesti lapsen tarpeen ja valmiuksien mukaan, imetyksen haavoittuvuus, imetyksen jatkuvuuden turvaaminen sekä kiinteän lisäruoan aloittaminen kaikille lapsille viimeistään puolen vuoden iässä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 60; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 135-138.)

Lapset tarvitsevat kiinteää lisäruokaa viimeistään kuuden kuukauden iästä alkaen, jotta heidän energian, proteiinin ja raudan saantinsa voitaisiin turvata. Mikäli täysimetys jatkuu yli kuusi kuukautta, on lapsi vaarassa sairastua raudanpuuteanemiaan. Myös kasvuhäiriöiden riski kasvaa. Tämän lisäksi lapsi on puolivuotiaana motoriselta kehitykseltään valmis syömään kiinteämpää ruokaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 122.) Lisäruokien aloituksessa on huomioitava niiden oikea-aikaisuus, riittävä ravintosisältö sekä turvallisuus. Oikea-aikaisuudella tarkoitetaan sitä, ettei lapsen ravinnontarve enää täyty yksinomaisella rintaruokinnalla (WHO 2003: 8-9.) Lisäruokien aloitus on aina yksilöllistä ja lähtee lapsen tarpeista. Tähän vaikuttavat sekä imetys ja rintamaidon riittävyys että lapsen kasvu ja kehitys. Mikäli rintamaitoa on niukasti, voidaan lisäruokien anto aloittaa jo neljän kuukauden iässä. Jotta imetyksen jatkuminen voitaisiin turvata, on parempi antaa lapselle kiinteitä lisäruokia kuten soseita, kuin äidinmaidonkorviketta tai velliiä tuttipullosta. Mikäli lasta ei ole lainkaan imetetty, aloitetaan lisäruoat samoin 4-6 kuukauden iässä äidinmaidonkorvikkeen annon jatkuessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 122; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 182-184.)

6.1.1 Uusia ruokia yksi kerrallaan

Lisäruokia aloitetaan hitaasti, mieluiten lapsen oman rytmin mukaisesti. Ruokavaliota laajennetaan vähitellen yksi uusi ruoka-aine kerrallaan, johon lapsen annetaan totutella noin viikon ajan ennen uuden ruoka-aineen kokeilemistä. Näin lapsi saa rauhassa totutella uusiin makuihin ja ruoan koostumukseen ja mahdollinen ruoan sopimattomuus voidaan helpommin havaita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 122; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 184.) Sopivia ensimmäisiä lisäruokia lapselle ovat muun muassa peruna, muut kasvikset, marjat ja hedelmät. Näihin ruoka-aineryhmiin totuttelun jälkeen lapselle voidaan tarjota liha- ja viljatuotteita, edelleen yksi ruoka-aine kerrallaan, noin 5-6 kuukauden iässä. 10 kuukauden iässä lapselle

voidaan aloittaa tavallisten maitovalmisteiden käyttö rintamaidon tai äidinmaidonkorvikkeen ohella. Totuttelu on hyvä aloittaa hapanmaitotuotteista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 122; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 183.) Lisäruokiin siirtymisen myötä on hyvä totuttaa lasta myös ruokailuvälineiden käyttöön. Lapsen kiinteät ruoat tulisi tarjota lautaselta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 123.) Lapsen tulisi myös saada käyttää sormiaan ja harjoitella lusikan käyttöä sekä omatoimista syömistä (WHO 2003: 8-9). On tärkeää, ettei imeväisikäisellä lapsella ei käytetä lainkaan suolaa ruoanvalmistuksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 184).

6.1.2 Liian varhain aloitetut lisäruoat

Liian varhainen lisäruokien aloitus häiritsee imetystä ja voi näin ollen johtaa helposti liian aikaiseen vieroittamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 122). Kuitenkin kun lisäruokien anto aloitetaan sopivassa iässä, tapahtuu vieroittaminen asteittain. Mitä enemmän lisäruokia lapsi syö, sitä vähemmän hän tarvitsee rintamaitoa tai äidinmaidonkorviketta. Lasta vieroitettaessa lisäruokien määrää lisätään tietoisesti ja vastavuoroisesti imetyskertoja vähennetään. Lisäruokien anto myös ajoitetaan ennen imetyskertoja. Kalsiumin tarve täytetään tarvittaessa äidinmaidonkorvikkeella ja lähempänä vuoden ikää tavallisilla maitotuotteilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 117.) Lisäruokien liian varhainen aloitus häiritsee lapsen ruoansulatusta: pienen vauvan ruoansulatujärjestelmä ei vielä pysty täydellisesti pilkkomaan ruoka-aineiden sisältämää proteiinia, rasvaa ja tärkkelystä. Myös allergiariski on suuri. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 122). Vertailtaessa lapsia, joilla kiinteät ruoat on aloitettu kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden iässä, myöhemmin lisäruokia saaneilla lapsilla oli vuoden iässä vähemmän allergioita (Wang & Sampson 2006: 301).

Imetyksen loppuessa tai rinnalla suomalaislapsille annettiin keskimäärin 1,5 kuukauden iässä äidinmaidonkorviketta (noin 60 % lapsista). Ensimmäisenä kiinteänä lisäruokana lapselle tarjotaan yleensä perunaa tai porkkanaa, marjoja ja hedelmiä tai molempia näitä ryhmiä yhtäaikaaisesti, noin 3,5 kuukauden iässä, eli huomattavasti suosituksia aiemmin. Myös poika- ja tyttölasten lisäruokien aloituksessa on eroja: poikalapset saavat lisäruokia yleensä sekä lihaa ja liharuokia varhaisemmin kuin tyttölapset. (Erkkola ym. 2006.) Kansanterveyslaitoksen (2008: 27-28) tutkimuksen mukaan yksivuotiaista lapsista noin kaksikymmentä prosenttia saa äidinmaitoa ja lähes kaikki lapset saavat jotakin teollista lastenruokaa. Teollisia puuroja saavat noin puolet lapsista, imetetyt lapset hieman harvemmin kuin ei-imetettyt lapset. Imetettyt lapset saavat vähemmän äidinmaidonkorviketta, maitovalmisteita ja liharuokia, mutta suhteessa enemmän kasvisruokia ei-imetettyihin lapsiin verrattuna.

6.2 Lihaa, viljoja, maitotuotteita

Ikäkausi: 7-9kk. Merkittävää tälle ikäkaudelle on lapsen taitojen voimakas kehitys. Lapsi pystyy syömään jo melko karkeaa ruokaa ja pystyy jäljittelemään erilaisia ääniä. Lapsi osaa jo leikkiä esimerkiksi taputus- ja piiloleikkiä. Lapsi oppii seisomaan tuettuna ja liikkumaan päämäärähakuisesti tavalla tai toisella. Ravitsemuksen keskeisiä teemoja ovat ruokavalion monipuolistaminen, osittaisen imetyksen tukeminen, lapsen totuttaminen mukin käyttöön, ruoan karkeuttaminen, sormiruokat ja lapsen pinsettiote sekä siirtyminen ruokapöydän ääreen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 60; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 139.)

6.2.1 Liharuokien aloitus

Lihaa ja viljaa sisältäviä soseita suositellaan annettavaksi lapselle aikaisintaan 5-6 kuukauden iässä (Hasunen & Rynnänen 2006: 35). Liharuosta maksaa ei suositella alle yksivuotiaiden ruokavalioon lainkaan sen korkean A-vitamiini- ja raskasmetallipitoisuuksien vuoksi. Kalaa ja kalaruokia voi kalalajeja vaihdellen syödä 2-3 kertaa viikossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 124-125.) Ylipäänsä lihan tarve imeväisiässä on hyvin pieni: koko ensimmäisen vuoden ajan, liharuokien tultua osaksi lapsen ruokavaliota, lapselle riittää 10-20 grammaa lihaa ateri-aa kohti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 a: 16.) Kansanterveyslaitoksen tutkimuksessa (2008) huomattiin kuitenkin, että lapsille liharuokia syötetään huomattavasti tätä enemmän, keskimäärin yli 150g päivässä.

6.2.2 Viljatuotteiden aloitus

Lapselle kiinteämmän ruoan syömisen opetteluun sopii hyvin puuro, jonka päätteeksi lasta vielä imetetään. Noin puolen vuoden iästä lähtien lapsen ruokavalioon voi lisätä teollisen lastenvellin, joka ei kuitenkaan saisi turhaan syrjäyttää imetystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 126.) Viljaruokien anto aloitetaan keskimäärin viiden kuukauden iässä. Tämänikäisistä 47% on jo saanut jotakin viljaruokaa. Myös näitä lisäruokia annetaan lapsille usein selvästi suositeltua aikaisemmin. (Hasunen & Rynnänen 2006: 36.)

6.2.3 Maitotuotteiden aloitus

Erilaisten maitotuotteiden kokeilu tulisi aloittaa suosituksen mukaan noin kymmenen kuukauden iässä siten, että äidinmaito tai äidinmaidonkorvike säilyy lapsen pääasiallisena maitovalmisteena vuoden ikään saakka. Kokeilun voi aloittaa hapanmaitovalmisteista, joita annetaan lapselle alkuun makuannoksina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 121; 126.) Tavallisten, ei-hapanmaitovalmisteiden kokeilu on hyvä jättää lähemmäs vuoden ikää (Hasunen & Rynnänen 2006: 35). Lapsi tarvitsee keskimäärin noin 6 desilitraa maitoa päivässä, mihin luetaan äidinmaito, äidinmaidonkorvike, hapanmaitovalmisteet ja teolliset vellit. Maitovalmisteita annetaan maitovalmisteisiin totuttamisen vuoksi ja lisäruokana myös rintaruokituille lapsille.

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 126.) Mikäli alle kaksivuotias lapsi käyttää ainoastaan rasvattomia maitotuotteita, tulee hänen ruokavalionsa lisätä päivittäin pieni annos (2-3tl) ylimääräistä energiaa esimerkiksi pehmeän kasvisrasvan muodossa riittävän energiansaannin varmistamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 33). Tilastojen valossa yksivuotiaat ei-imetetyt lapset käyttivät vähemmän maitovalmisteita ja enemmän äidinmaidonkorvikkeita kuin muut ikävaiheet. Noin kolmellakymmenellä prosentilla yksivuotiaista juusto sisältyi ruokavalioon. (Kansanterveyslaitos 2008: 36.)

7 IMEVÄISIÄN RAVITSEMUS JA RUOKA-ALLERGIAT

7.1 Yleistä allergiasta

Allergia on usein elinikäinen, epätarkoituksenmukainen immuunipuolustuksen häiriö, jossa immuunijärjestelmä ylireagoi ja immuunivaste kääntyy ihmisen kannalta väärään kohteeseen, kuten esimerkiksi ruoka-aineeseen. (Haahtela ym. 2008: 9; Tuokkola & Virtanen 2008). Allergisilla sairauksilla tarkoitetaan yleisimmin atooppisesti eli IgE-välitteisesti syntyviä sairauksia, joissa atooppisen henkilön elimistö tuottaa poikkeavan immunologisen vasteen. Tämä voidaan todeta mittaamalla veren IgE-vasta-aineita. Poikkeava vaste kohdistuu tällaisella henkilöllä niitä antigeeneja tai allergeeneja kohtaan, joihin hän omassa elinympäristössään törmää. (Harjumaaskola & Kaila 2001; Immunobiologian laboratorio 2008; Marschan 2007: 22.) Anti-geenilla tarkoitetaan sellaista yhdistettä, joka aiheuttaa elimistössä immuunivasteen. Allergeeni taas puolestaan aiheuttaa elimistössä allergisen reaktion, jolloin elimistössä vapautuu erilaisia välittäjäaineita ja vasta-aineita. Kun tällainen vasta-aine reagoi allergeenin kanssa, vapautuu elimistössä histamiinia, joka aiheuttaa allergisia oireita: ihottumaa, kutinaa, punoitusta, suun kutinaa tai kirvelyä, ruoansulatuskanavan oireita, kielen tai nielun turvotusta sekä nenän vuotamista. Pahimmillaan allerginen reaktio voi johtaa anafylaktiseen shokkiin, joka vaatii välitöntä hoitoa. (Immunobiologian laboratorio 2008; Tuokkola & Virtanen 2008.) Anafylaksian yleisimmät oireet ovat nielun turvotus, hengityksen vinkuminen, urtikaria, verenpaineen voimakas lasku sekä oksentelu ja ripuli (Johnson 2009: 30).

Allergioiden yleistymisestä puhutaan paljon ja hoitoon hakeutuneiden allergiapotilaiden määrä on kasvanut selvästi viime vuosina. Yhtenä syynä tähän yleistymiseen saattaa olla allergiaoireiden entistä parempi tunnistaminen. (Tuokkola & Virtanen 2008.) Allergioiden esiintyvyyden kasvusta on olemassa ristiriitaista tietoa. Osassa tutkimuksissa todetaan, ettei voida suoraan sanoa, että ruoka-allergioiden ja allergisten määrä todella olisi lisääntynyt kahden viime vuosikymmenen aikana (Käypä Hoito 2009: 3; Mäkelä 2009). Kuitenkin muun muassa kansallisessa allergiaohjelmassa todetaan, että allergioiden esiintyvyys olisi jatkuvasti suurentunut (Haahtela ym. 2008: 9).

7.1.1 Allergiamekanismi

Ihmisen immuunipuolustuksen tulisi suuntautua erilaisia bakteereja, viruksia ja muita mikro-
beja ja loisia vastaan (Marschan 2007: 19; Tuokkola & Virtanen 2008). Ihmisen luontaisen im-
munitietin tai immuunipuolustuksen toimintaan vaikuttaa suuri joukko erilaisia pieneliötä
ihon, hengitysteiden ja erityisesti suoliston kautta. Nämä pieneliöt ovat suurimmaksi osaksi
mikrobeja, kuten viruksia, bakteereja ja homesieniä. Allergiassa tämä immunologinen tasa-
paino horjuu, jolloin sitä tulee palauttaa ja vakauttaa uusin ja vaihtelevin keinoin. Väestön
sietokyvyn erilaisille allergeeneille ja ympäristön ärsykkeille on todettu heikentyneen, mikä
aiheuttaa immuunipuolustuksen tarpeettoman reagoimisen ympäristön valkuaisainehiukkasiin,
kuten ruoka-aineisiin (Haahtela ym. 2008: 9-10). Ruoka-allergiassa allergeeneina toimivat
yleisimmin ruoan proteiinit tai muut pienimolekyyliset aineet (Tuokkola & Virtanen 2008). On
hyvä huomata, että sanan allergia käyttö on yleistynyt, ja nykyään yleiskielessä sillä voidaan
tarkoittaa lähes mitä tahansa poikkeavaa reagointia (Harjumaaskola & Kaila 2001). Lisäksi
allergian ja yliherkkyyden raja voi usein olla epäselvä: ruoan aiheuttama yliherkkyys on silloin
varsinainen ruoka-allergia, jos se on immunologisten mekanismien välityksellä syntynyt spesi-
finen reaktio. Muussa tapauksessa puhutaan ruokayliherkkyydestä eli intorelanssista. Ruoka-
yliherkkyydessä elimistö voi reagoida siis jonkin ruoka-aineen sisältämään histamiiniin tai
biogeeniseen amiiniin, mutta allergiassa elimistö vapauttaa itse histamiinia jonkin ruoka-
aineen vaikutuksesta. Kaikkien yliherkkyyksien, kuten keliakian, tarkkoja mekanismeja ei
vielä tunneta. Laktoosi-intoleranssissa yliherkkyys johtuu laktoosia hajottavan entsyymin vä-
hydestä tai puutteesta. (Tuokkola & Virtanen 2008.)

7.1.2 Allergioiden esiintyvyys ja allergiapelko

Jopa kolmasosalla lapsista on 2-3 ikävuoteen mennessä epäilty ruoan aiheuttamia allergisia
oireita, vaikka vain kymmenellä prosentilla on pystytty osoittamaan varsinainen ruoka-
aineallergia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 189). Epäilyjä on siis aina moninkertaisesti
todettuihin tapauksiin verraten (Mäkelä 2009). Yleisesti ruoka-aineallergiaa arvellaan olevan
noin 3-10 prosentilla pikkulapsista, tutkimuksesta riippuen (Mäkelä 2009; Sosiaali- ja terveys-
ministeriö 2004 c: 218). Allergia onkin yleisin lasten ja nuorten krooninen sairaus ja sen esiin-
tyvyys on jatkuvasti kasvussa (Haahtela ym. 2008: 9). Ruoka-allergioihin liittyy kuitenkin myös
paljon kuviteltua allergisuutta, allergiapelkoa, ja erityisruokavaliota noudattavien lasten
määrä on allergiaohjelman (Haahtela ym. 2008: 14) mukaan liian suuri. Tämä on haitallista
lapselle, sillä liian tiukat välttämisdieetit voivat vääristää kuvaa ruoasta, vaarantaa tärkeiden
ravintoaineiden saantia ja johtaa vaaratilanteisiin vakavien allergisten reaktioiden muodossa
mikäli altistumista pääsee tapahtumaan. Lievät allergiaoireet ovat hyvinkin yleisiä erityisesti
lapsilla ja ne häviävät useimmiten itsestään. Lievät oireet eivät myöskään säännönmukaisesti
pahene vaikeiksi niille tehdä mitään. (Haahtela ym. 2008: 9-10, 14.) Lievään allergiaan riittää

pääsääntöisesti järkevä itsehoito sekä oireiden seuranta. Vasta mikäli oireet jatkuvat, voimistuvat tai aiheuttavat merkittävää haittaa tulisi ryhtyä suurempiin diagnostisiin tutkimuksiin. (Haahtela ym. 2008: 10.)

Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen (2008: 48, 122) mukaan kolmen vuoden ikään mennessä tutkimukseen osallistuneista lapsista 25% noudatti jotakin erityisruokavaliota. Näistä lapsista kahdellakymmenellä prosentilla oli jokin ruoka-aineallergia. Huomattavaa on, että ruoka-allergiat ovat ensisijaisesti pienten lasten ongelma: neljätoista prosenttia yksivuotiaista tutkituista lapsista noudatti erityisruokavaliota allergian vuoksi. Ruoka-allergian vuoksi erityisruokavaliota noudattavien lapsien määrä laski tästä niin, että kolmen vuoden ikään mennessä prosenttiosuus oli enää yhdeksän. Vaikka välttämiseruokavaliota ei enää suositella allergioiden ehkäisykeinona sen tehottomuuden ja hyödyttömyyden vuoksi (Haahtela ym. 2008; Kramer & Kakuma 2009: 2; Tuokkola & Virtanen 2008) suurin osa yhden vuoden ikäisten lasten välttämisdieeteistä johtui yleisesti allergisoiviksi koettujen ruoka-aineiden välttämisestä varmuuden vuoksi. (Kansanterveyslaitos 2008: 48.) Pienten lasten yleisimmät allergeenit ovat maito (3-5%), kananmuna, kotimaiset viljat kuten vehnä, ohra ja ruis, sekä kala (Kansanterveyslaitos 2008: 122; Käypä Hoito 2009: 2; Mäkelä 2009; Tuokkola & Virtanen 2008).

7.1.3 Allergiaoireet

Ruoka-aineallergiat puhkeavat yleensä alle yhden vuoden iässä. Imeväisikäisellä allergiaoireet ilmenevät usein iho- tai suolisto-oireina, joskus koliikkina (Morin 2009: 192) tai epämääräisenä itkuisuutena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 189.) Iho-oireet ovat useimmiten ihottumaa, joko atooppista ihottumaa, eksanteemoja eli punoittumia, ihon lehahtelua tai ajoittaisia nokkosihottumia. Suolisto-oireet ovat oksentelua, ripulia ja vatsakipuja. Suurella osalla iho-oireita saavista lapsista on myös suolisto-oireita. (Kuitunen 2010 a; Käypä Hoito 2009: 3, 5-6; Marschan 2007: 22; Mäkelä 2009: 5-6.) Oireet ilmenevät usein lyhyen ajan, joko muutamien päivien tai viikkojen, kuluessa uuden ruoka-aineen lisäämisestä lapsen ruokavalioon. Allergiaoireita voi lapsella ilmetä myös täysimetyksen aikana ja joskus myös ensimmäisellä kerralla kun uutta ruoka-ainetta tarjotaan lapselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 189, 192.)

7.2 Atopia ja atooppinen ihottuma

Atooppinen allergia on tunnetuin ja parhaiten tutkittu allergian muoto. Tästä johtuu myös sanojen atopia ja allergian käyttäminen toisinaan toistensa synonyymeina (Harjumaaskola & Kaila 2001). Atopiolla tarkoitetaan periytyvää taipumusta herkistyä tavallisille allergeeneille elinympäristössä. (Immunobiologinen laboratorio 2008). Atopian kriteerinä pidetään IgE vasta-aineiden muodostumista vastineena allergeeneille. Mikäli IgE vasta-aineita ei voida osoittaa

prick-testillä tai verikokeella, on kyseessä ei-IgE-välitteinen allergia (Marschan 2007: 22.) Atooppinen ihottuma on itsenäinen sairaus, jossa geneettisistä syistä eri allergeenit läpäisevät ihon helpommin kuin terveellä yksilöllä ja iho myös kuivuu herkästi (Mäkelä 2010: 5). Atooppista ihottumaa on joka kymmenennellä imeväisikäisellä, pojilla useammin kuin tytöillä (Hannuksela 2009). Pienillä lapsilla atooppinen ihottuma voi ilmetä jo ensimmäisten elinviikkojen aikana seborrooisena eli tali-ihottumaa muistuttavana ihottumana päänahassa ja poskissa tai läiskäisenä maitorupena poskiin ja raajoihin muutaman kuukauden iässä. Seborrooinen tali-ihottuma paikantuu tyypillisesti ihopoimuihin, jotka alkavat punottaa ja hilseillä. Tämä atooppisen ihottuman muoto häviää yleensä kahden vuoden ikään mennessä, mutta voi jatkua taiveihottumana joka toisella lapsella. Läiskäinen maitorupi aiheuttaa erittäviä rupia, joihin saattaa kehittyä krooninen tulehdus. Tällaiset läiskät kutisevat yleensä, toisin kuin tali-ihottuma. Läiskäinen atooppinen ihottuma voi jatkua kouluikään saakka. (Hannuksela 2009.) Laaja-alainen ihottuma, joka ei reagoi paikallishoitoon, on peruste jatkotutkimuksille ja erikoislääkärin konsultaatiolle, erityisesti jos lapsella epäillään herkistymistä keskeisille ruoka-aineille, kuten lehmänmaidolle tai kotimaisille viljoille (Kaila 2007). Voikin sanoa, että jos lapsella ilmenee laaja-alaista atooppista ihottumaa ensimmäisten elinviikkojen aikana, on myös laaja-alaisen ruoka-allergian mahdollisuus kasvanut ja sitä voidaan pitää jopa todennäköisenä (Mäkelä 2010: 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 190).

7.3 Ruoka-allergioiden tutkiminen, toteaminen ja hoito

Allergiadiagnoosin teossa keskeistä on huolellinen anamneesi sekä oireiden tarkka selvittäminen. Vanhemmat tulee nähdä oman lapsensa asiantuntijoina, ja tästä syystä heidän kuuntelemisensa ja havaintoihinsa luottaminen on ensisijaisen tärkeää. Anamneesin teossa on tärkeää selvittää vanhempia haastatteleamalla imetyksen kesto, oireiden alkamisikä, lisäruokien aloitus sekä äidin ruokavalio imetyksen aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 190.) Tyypillisiä allergiaoireita lapsella ovat iho-oireet kuten nokkosihottuma, eryteema, eli ihon punoitus, tai ekseema, suolioireet kuten oksentelu, ripuli tai ummetus, hengitystieoireet kuten nuha ja hengitystieobstruktiot sekä vaarallisimpana anafylaksiat (Mäkelä 2009). On huomattava, että lapsilla voi olla allergiaoireita vastaavia, lyhyitä oirejaksoja esimerkiksi infektioiden aikana ja jälkeen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 190). Varsinainen allergiadiagnoosi perustuu aina välttämisen-altistuskokeeseen. Muut allergiatestit, kuten prick-tutkimukset tai IgE-testit ovat korkeintaan viitteellisiä. (Käypä Hoito 2009: 9; Mäkelä 2009; Mäkelä 2010: 7; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 190.) Niistä on lähinnä hyötyä alkuvaiheen taudinmäärittämisessä imeväisikäisten kohdalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 190).

Allergiaa tutkittaessa välttämisen-altistuskokeella poistetaan lapsen ruokavaliosta välttämisenjakson aikana epäillyt ruoka-aineet noin kahden viikon ajaksi (Mäkelä 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 190). Tänä aikana vanhemmat pitävät niin kutsuttua oirepäiväkirjaa, johon

kirjataan oireet ja havainnot lapsen ruokailusta. Vanhemmille annetaan tarkat ohjeet välttämisyksikön ajan ruokavalion toteutuksesta. Välttämisyksikön aikana lapsen oireiden tulisi lieventyä selvästi ja taas palata välttämisyksikön jälkeen altistuksessa. Sekä kokeilu että altistus aloitetaan pienillä annoksilla ja se voidaan tavallisesti toteuttaa kotiloissa, mikäli nämä ruoka-aineet ovat ravitsemuksen kannalta vähemmän tärkeitä. Vilja- ja maitoaltistukset sekä sellaiset altistukset, joissa on riskinä voimakas allerginen reaktio, tehdään lääkärin valvonnassa. (Käypä Hoito 2009: 9-10; Mäkelä 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 190.) Anafylaktisen reaktion jälkeen altistuskokeeseen ei enää tavallisesti ryhdytä. Toisinaan on vaikea osoittaa syy-yhteyttä reaktion aiheuttaneen ruoka-aineen ja itse reaktion välillä, mikäli siitä aiheutuu niin kutsuttu viivästynyt reaktio. Tällainen reaktio saattaa ilmetä viikkokin ruoan nauttimisen jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 190.) Vanhempien ei tule omatoimisesti jättää mitään pois lapsen ruokavaliosta vain varmuuden vuoksi, koska sen riskinä on turha lapsen ruokavalion yksipuolistuminen ja ravintoaineiden liian vähäinen saanti (Mäkelä 2010: 11; Tuokkola & Virtanen 2008). Yhtä hyödytöntä on välttää yleisesti allergisoivia ruoka-aineita allergian pelossa. (Tuokkola & Virtanen 2008.)

7.3.1 Ruoka-allergian hoito

Varsinaista parantavaa hoitoa ruoka-aineallergiaan ei ole, mutta valituissa tapauksissa voidaan kokeilla siedätyshoitoa (Allergia- ja astmaliitto 2010). Useimmiten siedätyshoitoa käytetään allergisen astman, allergisen nuhan ja sidekalvotulehduksen sekä ampiais- ja mehiläisallergian syynmukaisena hoitona (Valovirta 2009). Mikäli siedätyshoitoa käytetään ruoka-allergian hoitoon, on sen tavoitteena kehittää yksilön sietokykyä tiettyä allergeenia kohtaan. Useimmiten siedätyshoitoa ruoka-allergioiden hoidossa käytetään maitoallergikoilla. (Allergia- ja astmaliitto 2010.) Varsinaisena syynmukaisena hoitona diagnosoiduissa ruoka-allergioissa käytetään välttämisyksiköä, josta on poistettu todellisia allergisia oireita aiheuttavat ruoka-aineet (Allergia- ja astmaliitto 2010; Käypä Hoito 2009: 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 191). Jos ruoka-allergia kohdistuu lapsen ravitsemuksen kannalta tärkeisiin ravintoaineisiin kuten viljoihin tai maitoon, tulee vältettävillä ruoka-aineilla etsiä korvaavat valmisteet (Mäkelä 2010: 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 191). Tärkeää on muistaa, että lieviä oireita aiheuttavia ruoka-aineita ei ole tarpeen kokonaan eliminoida ruokavaliosta, sillä ne häviävät useimmiten itsestään (Haahtela ym. 2008: 10). Ruoka-allergian hoidon tavoitteena on aina taata lapselle normaali kehitys, kasvu ja mahdollisimman monipuolinen ruokavalio, lapsen ikä huomioiden (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 191).

Maito- ja kananmuna-allergiat häviävät lapsilla useimmiten ennen kouluikää. Osa allergioista, kuten pähkinä-, siemen-, kala- ja äyriäisallergiat jatkuvat muita allergioita useammin aikuisikään. Näiden ryhmien ulkopuolelle jäävien allergeenien, kuten hedelmä-, vihannes- ja vilja-allergioiden luonnollisesti kulusta ei ole kovin paljon tutkittua tietoa. Vaikuttaisi kuitenkin

kin siltä, että olisivat usein lyhytkestoisia, vain joitakin kuukausia. (Käypä Hoito 2009: 3; Mäkelä 2009.) Yleistäen voisikin sanoa, että suurimmalla osalla lapsista ruoka-allergiat paranevat kouluikään mennessä (Mäkelä 2010: 3; Kuitunen 2010 a; Tuokkola & Virtanen 2008).

7.3.2 Allergiaruokavalion tarkastaminen

Jotta välttyttäisiin turhilta välttämisruokavalioilta, tulisi lapsen ruokavaliorajoituksia tarkastaa säännöllisesti. Yleisenä periaatteena voidaan pitää pienen lapsen kohdalla oireita aiheuttaneen ruoka-aineen kokeilua puolen vuoden välein ja kolmen ikävuoden jälkeen noin vuoden välein. Mikäli allergiaoire on alun perin ollut anafylaksia tai yleistynyt, vaikea allergiareaktio, tulisi nämä kokeilut suorittaa lääkärin valvonnassa. (Kuitunen 2010 a; Mäkelä 2010: 11; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 192). Mitä vanhemmasta lapsesta on kyse, sen paremmin ruokavaliorajoitusten tulee perustua tutkittuun ja osoitettuun tietoon. Viimeistään viisivuotisen neuvolassa tulee allergiatilanne ja erikoislääkärin mahdollisen uusinta-arvion tarve arvioida uudelleen. (Mäkelä 2010; 11.) Jos vältettyjä ruoka-aineita kokeillaan säännöllisesti pienin annoksin, saatetaan välttyä tilanteelta jossa lapsi kehittää niin kutsutun ruoka-aversioon, eli vastenmielisyyden jotakin tiettyä ruokaa tai ruoka-ainetta kohtaan. Mikäli tällainen kuitenkin pääsee kehittymään, voi lasta opettaa pois vastenmielisyydestä antamalla tämän maistaa ruokaa tai ruoka-ainetta useita kertoja, miellyttävässä ruokailutilanteessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 192.)

7.4 Maitoallergia

Maitoallergiasta kärsivien lasten oireilu alkaa useimmiten kolmen ja kuuden kuukauden iän välillä (Mäkelä 2010: 3) ja se puhkeaa usein päivien tai viikkojen sisällä siitä, kun lapsi alkaa saada äidinmaidonkorviketta, teollisia lastenveljejä tai maitovalmisteita (Kuitunen 2010 b; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 192). Maitoallergiassa lapsi on allerginen maidon proteiinille, jota tulee välttää kokonaan lapsen ruokavaliossa. Myös maitoallergia osoitetaan välttämis-altistuskokeella lääkärin valvonnassa. Kun allergia on voitu osoittaa, käytetään alle puolivuotiailla lapsilla hoidossa pilkottuja erityisvalmisteita. Yli puolivuotiailla lapsilla voidaan ottaa kokeiluun soijamaito. Mikäli iho- tai suolioireet jatkuvat voimakkaina joko pilkotun erityisvalmisteen tai soijamaidon käytön aikana, voidaan edelleen kokeilla korvata lapsen ruokavalion maito aminohapoista valmistetulla erityisvalmisteella. Koska vain muutaman prosentin suomalaisista lapsista on todettu olevan niin herkkiä maidon proteiinien osille, että heidän tarvitsisi käyttää aminohappovalmistetta maidon korvaajana, ei aminohappovalmisteen suora aloittaminen lapselle ole suositeltavaa. Luontainen sietokyky saattaa kasvaa ajan kanssa, jos elimistölle tarjotaan pieniä maitoproteiinin osasia. (Kuitunen 2010 b; Mäkelä 2010: 9-10.)

Mikäli lapsen kasvu ja kehitys on ikätasoista, voidaan vuoden iässä siirtyä esimerkiksi kauratai riisimaitoon. Tällöin on kuitenkin muistettava huolehtia lapsen riittävän kalkan ja D-vitamiinin saannista. Jos lapsen kasvu ja kehitys ei kuitenkaan ole tyydyttävää tai lapsen ruokavalio on rajoitettu joltakin muilta osin, tulee erityisvalmisteen käyttöä jatkaa puolitoistatäi jopa kaksivuotiaaksi saakka. (Mäkelä 2010: 10.) Puolivuotiaaksi asti lapsen päivittäinen kalsiumin tarve on noin 210mg/pvä ja puolesta vuodesta vuoden ikäiseksi noin 540mg/pvä (Hero, Mäyränpää & Mäkitie 2008: 3781). Puolivuotiaaksi asti lapsen kalsiumintarve tulisi tyydyttyä suurimmaksi osaksi rintamaidolla tai äidinmaidonkorvikkeella. (Morin 2007: 254.)

7.5 Vilja-allergia

Vilja-allergioiden kohdalla on tärkeää selvittää aiheutuvatko lapsen oireet kaikista kotimaisista viljoista, vai vain vehnästä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 194-195). Vehnäallergias-ta voidaan puhua myös silloin, kun lapsi saa oireita myös rukiista ja ohrasta. Suurin osa vehnäallergisista lapsista sietää kuitenkin kauraa. (Mäkelä 2010: 10.) Vehnäallergia osoitetaan välttämis-altistuskokeella lääkärin valvonnassa. Kuten maitoallergiakin, myös vehnäallergia ilmaantuu useimmiten imeväisiässä ja suurin osa niistä häviää kouluikään mennessä. (Mäkelä 2010: 10.) Mikäli lapsella on suolisto-oireita, suvussa esiintyy keliakiaa tai lapsen kasvu hidastuu, tulee keliakian mahdollisuus sulkea pois ennen välttämisruokavalion aloittamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 195).

7.6 Ruoka-allergioiden ehkäisy

Perinteisesti lasten allergian ehkäisykeinoina suositellaan suositusten mukaista pitkää rinta-ruokintaa, vanhempien tupakoimattomuutta, sekä yleisesti allergisoivien ruoka-aineiden välttämistä vuoden ikään saakka (Harjumaaskola & Kaila 2001). Nykykäsityksen mukaan kuitenkin viimeisin keino tästä listasta voidaan poistaa sekä hyödyttömänä että mahdollisesti jopa haitallisena lapselle (Kaila 2007; Kramer & Kakuma 2009: 2; Käypä Hoito 2009: 4; Mäkelä 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 189; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 218; Tuokkola & Virtanen 2008).

Imetys voi suojata lasta allergista reaktiotapaa vastaan jonkin verran (Kaila 2007; Kuitunen 2010 a). Täysimetyksen suojateho allergioita vastaan lisääntyy ainakin neljän kuukauden täysimetykseen saakka, mutta tämän jälkeen teho ei ole yhtä varmaa. Äidinmaidon suojavaikutus säilyy kuitenkin jopa vuosikymmenen ajan. (Mäkelä 2009.) Tutkimusten mukaan niillä lapsilla, joita ei imetetä tai joita imetetään korkeintaan kuukauden ajan, esiintyy eniten atopiaa ja ruoka-allergioita (Wang & Sampson 2006: 299). Odottava ja imettävä äiti ei voi ehkäistä syntyvän tai imetetyn lapsen allergioita välttämisruokavaliolla, vaan hänen tulisi välttää vain niitä ruoka-aineita mistä itse saa oireita. Välttämisruokavaliolle ei allergian ehkäisy-tarkoituk-

nessa ole perusteita imetysaikana (Kaila 2007; Kramer & Kakuma 2009: 5; Käypä Hoito 2009: 4; Mäkelä 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 189; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 c: 218; Tuokkola & Virtanen 2008). Imetys voi kuitenkin suojata lasta jonkin verran allergian puhkeamiselta, mikäli lapsella on allergiaperimä. (Kaila 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 189; Tuokkola & Virtanen 2008; Wang & Sampson 2006: 300.) Toisaalta on viitteitä siitä, että runsas rasvaisen kalan syöminen sekä n-3-sarjan rasvahappojen saanti saattaisi pienentää lapsen riskiä sairastua allergiaan (Tuokkola & Virtanen 2008.)

Atooppisten ihottumien ehkäisyssä pätevät samansuuntaiset imetyssuosituksset kuin muutenkin: yksinomaisen rintaruokinnan kesto tulisi olla 4-6 kuukautta. Tätä pidempi yksinomainen rintaruokinta lisää allergiavaaraa. (Hannuksela 2009; Mäkelä 2009.) Toisaalta rintaruokinta suojaa lasta atooppiselta ihottumalta jonkin verran, kun taas äidinmaidonkorvikkeen saaminen lisämaitona ensimmäisten elinpäivien aikana voi lisätä allergiariskiä (Mäkelä 2009). Probiotituotteiden eli esimerkiksi maitohappobakteereja sisältävien tuotteiden anto lapselle saattaa vähentää lapsen atooppisen ihottuman ilmaantumista varhaislapsuudessa, erityisesti allergiariskiperheiden lapsilla (Käypä Hoito 2009: 4; Mäkelä 2008: 2283; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004 b: 190). Probiotibakteerit saattavat myös helpottaa allergisten sairauksien oireita. Probiotit määritellään ei-sulaviksi ruoka-aineiksi, jotka edistävät terveyttä stimuloimalla valikoivasti suolen bakteerikannan kasvua tai aktiivisuutta. Probiotibakteerit ovat eläviä mikro-organismeja jotka edistävät kantajansa terveyttä. (Marschan 2007: 18, 34-35.) Osa asiantuntijoista on kuitenkin sitä mieltä, ettei atooppisen ihottuman ilmaantumista voi mitenkään estää (Hannuksela 2009). Tässäkin tutkimustulokset ovat ristiriitaisia.

7.7 DIPP-ravintotutkimus

DIPP-ravintotutkimus (Diabeteksen ennustaminen ja ehkäisy- projektin ravintotutkimus) on seurantatutkimus, jonka tavoitteena on selvittää sikiöajan, imeväisajan ja viiden ensimmäisen elinvuoden ravitsemuksen merkitystä diabeteksen esiasteen kehittymiseen geneettisesti alttiilla lapsilla. Projektissa selvitetään myös ravitsemuksen yhteyttä allergisten sairauksien ja astman puhkeamiseen. (Virtanen 2008.) DIPP-ravintotutkimuksen aineistossa selvitetään ruoka-allergisten lasten ruokavaliota sekä varhaisen ravitsemuksen merkitystä ruoka-allergian kehittymiseen. Tämä tutkimus on edelleen kesken, mutta ensimmäinen osa "Ravitsemus ja ruoka-allergia" -väitöskirjakokonaisuuteen on valmis. (Tuokkola 2007.)

Tässä tutkimuksessa kolmivuotiaiden lasten vanhemmat vastasivat kyselyyn lapsella siihen mennessä esiintyneistä erityisruokavalioidista. Kyselyssä selvitettiin maitoallergiaa, vilja-allergiaa, muita ruoka-allergioita sekä yleisesti allergisoivien ruoka-aineiden välttämistä, sekä näiden ruokavalioiden alkamis- ja päättymisikää. Kyselyssä selvitettiin myös olivatko nämä ruokavaliot aloitettu perheen vai terveydenhuoltohenkilökunnan aloitteesta. Tutkituista lap-

sista maitoallergiaa oli kahdeksalla prosentilla ja vilja-allergiaa 5,3%:lla. Muita allergisoivia ruoka-aineita olivat kananmuna, kala, soija, peruna sekä eri hedelmät ja kasvikset. Tutkimuksen allergiset lapset välttivät keskimäärin kahta eri ruoka-ainetta. Maito- ja vilja-allergioiden kohdalla erityisruokavalion noudattaminen alkoi keskimäärin yhdeksän kuukauden iässä. (Tuokkola 2007.)

8 KANSALLINEN ALLERGIAOHJELMA

Vuonna 2008 julkaistussa uudessa, kansallisessa allergiaohjelmassa otetaan uusi näkökulma allergioihin ja niiden syntyyn. Ohjelman tarkoituksena on hoitaa vakavat allergia- ja astmaongelmat entistä aikaisemmin ja paremmin, mutta samanaikaisesti kasvattaa väestön sietokykyä lieville allergiaoireille. Taustalla on ajatus siitä, että lievät allergiaoireet eivät pahene vaan pikemminkin pysyvät lievinä. Usein oireet voidaan saada kuriin altistumalla lieviä allergisia oireita aiheuttaville tekijöille sopivassa määrin. Ohjelmassa puhutaan allergiaterveydestä, mikä muuttaa allergian enemmän yksilön ominaisuudeksi kuin sairaudeksi. (Haahtela ym. 2008: 4; Mäkelä 2008: 2283-2284.)

Ylipäänsä allergian ehkäisyssä ja hoidossa erilaisten oireita aiheuttavien tai oireita mahdollisesti aiheuttavien tekijöiden välttäminen ei ole oikea tie. Ainoastaan vakavissa allergiatapauksissa, tai tapauksissa joissa välttämiseksi on oikeat ja täsmälliset perusteet, allergeenien välttäminen on tärkeää ja perusteltua. Lisäksi uusien tietojen osoittaa, ettei allergeenien välttäminen torju väestön atooppisia sairauksia eikä siitä ole pitkäkestoista kliinistä hyötyä. Allergeenien täydellinen välttäminen onkin lähes mahdotonta. Toki se voi olla tärkeää yksittäisissä tapauksissa, esimerkiksi kun kyseeseen tulevat anafylaksiat. (Haahtela ym. 2008: 11, 14.)

Allergiaohjelman mukaan ihmisiä tulee rohkaista yleistä terveyttä ja vastustuskykyä vahvistamaan elämäntapaan, jo lapsesta saakka. Allergiaa voidaan ajatella kaupunkisairautena: nykyaikaisessa yhteiskunnassa allergioiden synnyn taustalla on ennemminkin suojatekijöiden romahdus kuin riskitekijöiden lisääntyminen. Kansallisen allergiaohjelman tavoitteena onkin lisätä väestön sietokykyä allergeeneja vastaan vahvistamalla elimistön luontaisen puolustusjärjestelmän kehittymistä. Nykyinen hygieeninen ja kaupunkimainen elinympäristö ei tarjoa tarpeeksi haasteita tasapainoisen immuunipuolustuksen kehittymiselle. (Haahtela ym. 2008: 4, 9-10, 13; Marschan 2007: 28.)

9 POHDINTA

Opinnäytetyön prosessi on omalla kohdallani edennyt vaihtelevasti: ajoittain työ edistyi hurjaa vauhtia ja taas toisinaan pysähtyi täysin. Kun aloitin työn tekemisen helmikuussa 2010, en osannut kuvitella tätä työvaihetta, jossa prosessi on lähes päätöksessään. Jo pelkkä aiheen rajaus tuntui tuolloin lähes ylitsepääsemättömän vaikealta. Keväällä työ taas eteni tiedonhauilla ja opinnäytetyön suunnitelman teolla. Kesällä työ ei edennyt lainkaan huolimatta suurista suunnitelmista kirjoitella raporttia kesätöiden ohessa. Syksyllä koulun alkaessa jostakin löytyi into saada työ päätökseen ja työn runko hahmottui nopeasti. Opinnäytetyön prosessin aikana se on jäänyt mieleen suurimpana onnistumisena, sillä työn rungon valmistuttua oli helppoa täydentää puutteellisia kappaleita ja kohtia. Yksin tekemisen hyvät ja huonot puolet tulivat esille prosessin aikana: nautin vapaudesta tehdä työtä milloin ja miten halusin, mutta kaipasin ajoittain toista mielipidettä ja vertaistukea. Erityisesti niinä hetkinä, kun koko prosessi pysähtyi ja alkuun pääseminen tuntui vaikealta, olisin kaivannut työkaveria potkimaan minuun uutta puhtia. Näin jälkempäin olen kuitenkin edelleen tyytyväinen ratkaisuuni tehdä työ yksin.

Työn ohjaukseen en voi olla muuta kuin tyytyväinen. Ohjaajani Marja Tanskanen oli erinomaisen kannustava ja rakentavan kriittinen koko prosessin ajan. Jokaisella ohjaukserillä sain uutta intoa tehdä työtä sekä konkreettisia ohjeita siihen, kuinka jatkan eteenpäin. Laadukkaan ohjauksen ansiosta pystyin tekemään työn kohtuullisessa ajassa loppuun asti.

Opinnäytetyöni aihe muuttui heti prosessin alkuvaiheessa ja tarkentui imeväisikäisten lasten ravitsemukseen ja ruoka-allergioihin. Koin itse lasten ruoka-allergiat ja niiden lisääntymisen tärkeäksi oltuani juuri neuvolaharjoittelujaksolla, jossa joka toisella vastaantulevalla lapsella tuntui olevan allergioita. Tutkimuksia lukiessani opin, että allergiat ovat lasten ja nuorten yleisin krooninen sairaus. Aihe on tärkeä, koska allergiasuositukset ovat ajan kuluessa muuttuneet, mutta toimintatavat eivät kaikilta osin. Neuvolatyössä terveydenhoitajan tehtävänä tulisi olla lasten vanhempien ohjaaminen, tiedon antaminen ja toimintatapojen muuttaminen uusien suositusten ja tutkimustulosten mukaisesti. Näillä keinoin pystytään ehkä vähentämään lasten turhaa ja joskus vältettävissä olevaa allergisoitumista. Kunhan DIPP-ravintotutkimuksen toinen osa valmistuu, saamme taas uutta tietoa ravitsemuksen ja allergioiden välisestä yhteydestä.

Tutkimuksia lukiessani muutamat tutkimustulokset toistuivat yhä uudestaan ja uudestaan. Imetyksen hyödyt sekä äidille että lapselle sekä imetyksen vaikutus vähentävästi allergioiden sekä joidenkin muiden sairauksien puhkeamiseen olivat yksi tällainen toistuva tulos. Myös siitä oltiin yhtä mieltä, että äidin tai lapsen välttämisruokavaliot, mitä tulee yleisesti allergisoiviin

ruoka-aineisiin, olivat turhia eikä niitä tulisi noudattaa. Tällaiset turhat välttämiset saattavat jopa johtaa allergisoitumiseen tai allergiaoireiden pahenemiseen. Eri mieltä taas oltiin siitä, ovatko lasten allergiat todella yleistymässä vaiko ei. Tutkimukset osoittavat, että allergisten lasten määrä on melko vakiintunut vuodesta toiseen, mutta liian pitkään jatkuvat allergiadietit saattavat antaa väärää kuvaa tilanteesta. Aiheesta tullaan varmasti tekemään vielä lisää tutkimusta. Mielenkiinnolla odotan myös DIPP-ravintotutkimuksen raporttia, joka julkaistaan lähiaikoina. Se antaa varmasti uutta, luotettavaa tietoa ravitsemuksen ja allergioiden välisestä yhteydestä.

Työn tekemisen kautta oma asiantuntijuus aiheesta on lisääntynyt huomattavasti ja kiinnostus ravitsemusasioihin on lisääntynyt. Opinnäytetyön aiheen tärkeys korostui työtä tehdessä ja erilaisia tutkimuksia lukiessa. Mielestäni terveydenhoitajalla tulee olla tuntuma lasten ravitsemusasioihin sekä ruoka-allergioihin, sillä niihin törmää varmuudella lasten parissa työskennellessä.

LÄHTEET

- Erkkola, M-L., Kronberg-Kippilä, C., Knip, M. & Virtanen, S. 2006. Ravitseminen elämänkaaren alkupäässä - tavoitteisiin matkaa. Suomen Lääkärilehti 2006;61(48):5029-5035.
- Flint, A., New, K. & Davies, M.W. 2008. Cup feeding versus other supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. Review. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2.
- Geddes, D. 2007. Inside the lactating breast: the latest anatomy research. Journal of Midwifery & Women's Health. Vol. 52, no. 6. November/December 2007. American College of Nurse-Midwives.
- Haahtela, T., von Hertzen, L., Mäkelä, M. & Hannuksela, M. 2008. Kansallinen allergiaohjelma 2008-2018 - aika muuttaa suuntaa. Suomen Lääkärilehti 14/2008 vsk 63.
- Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystenhoitajan osaaminen. 1. painos. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Hannula, L. 2007. Imetyksen edistämällä parempaa kansanterveyttä. Kansanterveyslehti: 1/2007.
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M-T. 2008. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. Journal of clinical nursing: 17. Blackwell Publishing Ltd.
- Hannuksela, M. 2009. Tietoa potilaalle: pikkulasten atooppinen ekseema. Lääkärikirja Duodecim: Kustannus Oy Duodecim.
- Harjumaaskola, T. & Kaila, M. 2001. Allergian ehkäisy - onko lapsen ruokavalion modifioinnista hyötyä? Lääkärilehti. 2001;56(3):285-287.
- Hasunen, K. & Ryyänen, S. 2006. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:19.
- Heikinheimo, O., Lehtovirta, P., Skogberg, K., Salo, E., Ristola, M. & Ämmälä, P. 2002. HIV-positiivinen synnyttävä. Aikakauskirja Duodecim. 2002;118(13): 1405-1409.
- Heikkilä, M. 2006. Äidinmaito - terveysjuomaa ja normaalibakteereita. Lisensiaattityö. Mikrobiologian osasto. Soveltavan kemian ja mikrobiologian laitos. Helsingin yliopisto.
- Heikkinen, T. 2000. Imettävän äidin lääkehoito. Aikakauskirja Duodecim: 116(2): 153-156.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2009. Vauvamyönteisysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen. HYKS naistentaudit ja synnytykset.
- Hero, M., Mäyränpää, M. & Mäkitie, O. 2008. Murtumille alttiin lapsen tutkiminen. Suomen Lääkärilehti 2008;63(44):3777-3783. Suomen Lääkäriliitto.
- Hänninen-Nousiainen, P., Koponen, P., Pietilä, A-M. & Halonen, P. 2004. Lisäntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Imetyks. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004.
- Johnson, A. 2009. What's your food allergy familiarity? The Nurse Practitioner. Vol 34, no. 4.
- Järvenpää, A-L. 2008. Miksi imetyks ei onnistu Suomessa suositusten mukaisesti? Aikakauskirja Duodecim. 2008;124(10):1147-8. Kustannus Oy Duodecim.
- Järvenpää, A-L. 2009. Imetyksen vaikutukset lapsen terveyteen. Suomen Lääkärilehti 23/2009 vsk 64. Suomen Lääkäriliitto.

- Kaila, M. 2007. Allergiset sairaudet lapsuusiässä. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
- Kansanterveyslaitos. 2008. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 32/2008. Helsinki 2008. Yliopistopaino.
- Kolanen, H. & Tamminen, O. 2009. Imetysohjaus ja imetysohjelmat. Lääkäriin käsikirja: Kustannus Oy Duodecim.
- Kramer, MS. & Kakuma, R. 2009. Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. Review. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Kuitunen, M. 2009. Imetyksen vaikutus atooppisen ekseeman ilmaantumiseen. Näytönastekatsaus: Suomalainen Lääkäriinseura Duodecim.
- Kuitunen, M. 2010 a. Lasten ruokayliherkkyys- ja allergia. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
- Kuitunen, M. 2010 b. Lehmänmaitoallergia. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
- Malm, H., Vähäkangas, K., Enkovaara, A-L. & Pelkonen, O. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Lääkelaitoksen julkaisuja.
- Marschan, E. 2007. Immunological effects of probiotic bacteria in prevention and treatment of allergic diseases in children. Publications of the National Public Health Institute 13/2007.
- Morin, K. 2007. Answering questions about calcium intake in infants and toddlers. Infant Nutrition. Volume 32; number 4.
- Morin, K. 2009. The challenge of colic in infants. Infant Nutrition. Volume 34; number 3.
- Mäkelä, M. 2008. Allergeenien välttämisestä toleranssin parantamiseen. Uusi allergiaohjelma on iso askel. Aikakauskirja Duodecim 2008;124(20):2283-4. Suomalainen Lääkäriinseura Duodecim.
- Mäkelä, M. 2010. Lasten ruoka-allergia. Allergia- ja astmaliiton julkaisuja.
- Pietinalho, A. 2003. Tupakoinnin haitat ja savuttomuuden hyödyt. Lääkäriinlehti. 2003;58(46):4701-4704. Suomen Lääkäriinliitto.
- Pohjola, A., Alaja, R. & Seppä, K. 2007. Alkoholii ja imetys. Lääkäriinlehti. 2007;62(36):3161-3165. Suomen Lääkäriinliitto.
- Renko, M. 2001. Imetys suojaa lapsuusiän astmalta. Lääkäriinlehti 2001;56(43):4409. Suomen Lääkäriinliitto.
- Savilahti, E. 2005. Rintamaidon terveydellinen merkitys kehittyneissä maissa. Aikakauskirja Duodecim. 2005; 121(20):2189-93. Kustannus Oy Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004 a. Imeväisikäisen lapsen ruoka. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:17. Helsinki. 11. uudistettu painos. Edita Publishing Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004 b. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki. 4.painos. Edita Publishing Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004 c. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki. Edita Prima Oy.

Stakes. 1994. Vauvamyönteisyys -ohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2009. Lasten ruoka-allergia. Käypä hoito -suositus.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009-2012. Luonnos.

Tiitinen, A. 2010. Tietoa potilaalle: Imetysongelmia. Lääkärikirja Duodecim: Kustannus Oy Duodecim.

Unicef & World Health Organisation. 2006. Baby-friendly hospital initiative. Revised, updated and expanded for integrated care. UNICEF/WHO Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital.

Valovirta, E. 2009. Siedätyshoito. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Wang, J. & Sampson, H. 2006. Nutrition in infant allergy. A step in the right direction. *Holistic Nursing Practice* 2006;20(6):299-302.

World Health Organization. 2002. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. WHO Library Cataloguing in Publication data.

World Health Organization. 2003. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO Library Cataloguing in Publication data.

World Health Organization. 2009. Infant and young child feeding. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Internet-lähteet

Allergia- ja astmaliitto. 2010. Tietoa allergiasta. < www.allergia.com > Viitattu 9.9.2010.

Fellman, V. & Järvenpää, A-L. 2007. Vastasyntynyt. *Therapia Fennica*. < http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt#T.C3.A4ysiaikaisten_ja_yli_1_500-1_850_g:n_painoisina_syntyneiden_lasten_ravinto > Viitattu 12.5.2010.

Immunobiologian laboratorio. 2008. Allergiat. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja*. < <http://www.ktl.fi/portal/14980> > Viitattu 7.9.2010.

Kronberg-Kippilä, C. & Virtanen, S. 2005. Mitä suomalaiset vauvat syövät? *Kansanterveyslaitoksen*. < <http://www.ktl.fi/portal/8525> > Viitattu 6.9.2010.

Mäkelä, M. 2009. Allerginen lapsi neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. *Kansanterveyslaitoksen valtakunnallinen kansanterveyspäivä*. < <http://www.ktl.fi/ate/doc/kt5/makela.pdf> > Viitattu 7.9.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositusten muutoksia. < <http://www.thl.fi/doc/fi/23892> > Viitattu 25.1.2011.

Tuokkola, J. 2007. Ruoka-allergian tutkiminen DIPP-ravintotutkimuksessa. < <http://www.dipp.fi/ajankohtaista.htm> > Viitattu 6.9.2010.

Tuokkola, J. & Virtanen, S. 2008. Ruoka-allergiat ja ravitsemus. < <http://www.ktl.fi/portal/6864> > Viitattu 23.5.2010.