

Sami Knutti

UUDET ELÄMÄT SODAN KESKELLÄ
Kriisin vaikutukset ihmisten ja synnytyssairaalan arkeen
Tampereella 1938–1945

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2022

TIIVISTELMÄ

Sami Knutti: Uudet elämät sodan keskellä: Kriisin vaikutukset ihmisten ja synnytyssairaalan arkeen Tampereella 1938–1945
Pro gradu -tutkielma, 113 sivua.
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta / Historian tutkinto-ohjelma
Huhtikuu 2022

Tässä tutkimuksessa tarkastelen Tampereen Pyynikinrinteellä vuosina 1913–1962 toimineen Tampereen kaupungin synnytyslaitoksen historiaa. Tutkimus sijoittuu synnytyslaitoksen historian erityisen vaikealle ajanjaksolle, vuosille 1938–1945. Tällöin toisen maailmansodan luoman yhteiskunnallisen kriisin tuomien haasteiden lisäksi laitos taisteli jatkuvasti toimintaympäristössään kohtaamiaan ongelmia vastaan. Keskeisimmät vaikeudet liittyivät laitoksen puutteellisiin ja ahtaisiin tiloihin, jotka eivät olleet riittäviä yhä kasvavan kaupungin väestön tarpeiden tyydyttämiseksi. Ahtaus vaikeutti laitoksen toimintaa, ja sen myötä myös erilaiset potilaiden ja vastasyntyneiden lasten henkeä uhkaavat taudit levisivät laitoksella nopeasti.

Tutkimuskohteena on laitoksella vuosina 1913–1962 asioineet potilaat, heille tehdyt hoitotoimenpiteet sekä vastasyntyneet lapset. Heitä tutkin Tampereen kaupunginarkistosta synnytyslaitoksen alkuperäisistä synnytyskertomuksista keräämäni ja koostamani tietokannan avulla, joka on tutkimuksen päälähdeaineisto. Tutkimuksessa käytetään sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä, pääpainon ollessa määrällisissä menetelmissä. Keskeisenä tilastollisen analyysin keinona on käytetty varianssianalyysia. Menetelmien monipuolisuudesta johtuen tutkimus voidaan lukea monimenetelmälliseksi tutkimukseksi.

Tutkimuksessa kiinnitetään erityisesti huomiota laitoksella synnyttäneiden potilaiden vastasyntyneiden lasten synnytyspainoihin sekä tekijöihin, jotka painoihin vaikuttivat. Synnytyspaino on sikiön kohdunsisäisen kehityksen indikaattori, johon voi vaikuttaa monia biologisia sekä yhteiskunnallisia tekijöitä, synnyttäjän iästä aina synnyttäjän sosioekonomiseen luokkaan. Sen avulla on mahdollista tehdä johtopäätöksiä eri ryhmien välisistä terveysoloista ja niiden eroista – tässä tutkimuksessa erityisesti Tampereen eri sosioekonomisten luokkien sekä asuinalueiden väliset erot ovat kiinnostuksen kohteena. Tutkimuksen keskeisinä tutkimuskysymyksinä on, miten sota-aika sekä synnytyslaitoksen ongelmat näkyivät laitoksen synnytyksissä, synnytyspainoissa ja hoitotapahtumissa ja oliko erilaisten ryhmien välillä huomattavissa merkitseviä eroja?

Tampereen synnytyslaitoksen potilaiden sekä synnytysten määrät vaihtelivat yhteiskunnallisten olojen mukana. Talvisodan aikana laitoksen syntyvyys laski mutta Tampereen syntyvyys kasvoi, kaupunkilaisten synnyttäessä muualla. Erityisen paljon potilaiden määrät ja syntyvyys kasvoivat yhdeksän kuukautta rauhan alkamisen jälkeen – jatkosodan jälkeen tämä näkyi suurten ikäluokkien syntymisenä, kansainvälisesti todettuna ”baby boom”-ilmiönä. Laitoksen potilaiden vastasyntyneiden lasten synnytyspainot olivat läpi tarkasteltavan ajan yllättävän korkeita, keskimääräisen syntymäpainon ollessa jopa 3376 grammaa. Painot vaihtelivat merkitsevästi eri sosioekonomisten luokkien välillä, heikoiten toimeen tulevien luokkien synnyttäessä keskimäärin muita luokkia kevyempiä lapsia. Tampereen kaupunginosien - ja alueiden välillä ei merkitseviä eroja synnytyspainoissa löytynyt, vaikka ne poikkesivatkin toisistaan sosioekonomisilta jakaumiltaan. Biologiset tekijät vaikuttivat synnytyspainoihin samalla tavalla kuin aiemmissa saman aihepiirin tutkimuksissa on todettu – esimerkiksi äidin iän noustessa myös syntyneiden lasten synnytyspainot kasvoivat. Myös hoitotapahtumien määrät erosivat ajallisesti sekä eri ryhmien välillä – erityisesti talven 1941–1942 ankaruus vaikutti elävänä syntyneiden määrän laskuun yhdeksän kuukautta myöhemmin. Myös laitoksella kuolleiden potilaiden määrä kasvoi sen vaikutuksesta. Tampereen synnytyslaitoksen korkeista synnytyspainoista ja suhteellisen vähäisestä kuolleena syntyneiden ja keskenmenojen määrästä voi huomata, että kaupungissa oli sota-ajan säännöstelytaloudesta ja muista heikentyneistä oloista huolimatta suhteellisen hyvä elintaso, ja erityisesti raskaana olevista naisista pidettiin hyvää huolta. Haasteellisesta sota-ajasta huolimatta säännöstelytalous takasi vakaan ravinnonsaannin Tampereen raskaana olleille naisille asuinpaikkaan katsomatta, samalla kuitenkin sosioekonomisten asemien luodessa yhä näkyvämpää epätasa-arvoisuutta potilaiden välille myös sota-aikana.

Avainsanat: hoitotapahtuma, sosioekonominen luokka, raskaus, synnytys, synnytyspaino, synnytyslaitos, syntyvyys, Tampere, toinen maailmansota, vastasyntyneet

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Sami Knutti: New lives in the midst of war: The effects of crisis on the people and everyday life of Tampere maternity hospital 1938-1945
Master's Thesis, 113 pages.
University of Tampere
Faculty of Social Sciences / Degree Programme in History
April 2022

This study examines the history of the maternity hospital of Tampere, which was situated in the borough of Pyynikinrinne from 1913 to 1962. The study focuses on the hospital during World War 2, more particularly during the years 1938-1945. The maternity hospital functioned even when social conditions were poor and the whole society was in crisis – even during the Second World War. While the hospital had to cope with the ever-changing world of wartime, it also had to manage its local challenges related to the cramped and insufficient facilities of the hospital. The facilities were too small and inadequate for the continuously growing population of Tampere. The crowding of the hospital introduced a lot of problems and provided a way for diseases to spread, threatening the lives of patients and newborns.

The research subjects of the study are the patients of the hospital during 1938-1945, their newborns, and the treatment that they received at the hospital. The main source material of the study are the medical records of patients of the hospital, collected from the city archive of Tampere. I have collected and categorized the source material to a digital format using Microsoft Excel. I use both quantitative and qualitative methods in this study, main focus being on the quantitative methods. The versatility of methods used in this study makes it a mixed methodology study.

Special attention is paid to the patients who gave birth to a living baby at the hospital. The focus here is directed to the birth weights of the newborns and the several factors which affected them. Birth weight is an anthropometric indicator of size, and it reflects the intrauterine development of the newborn. Many varied factors affect birth weight, from biological factors like age and parity to social factors like the socioeconomical status of the birther. With birth weight it is also possible to draw conclusions about health conditions of separate groups and the differences between them. In this study the main focus is on the differences between socioeconomical groups and between different residential areas. The main research question of the study is: How did wartime and the internal problems of the maternity hospital appear in the births, birth weights and other incidents which occurred in the hospital? Were there significant differences between groups?

The number of patients and the number of births varied by a large degree during the years under study, mostly following the larger social conditions of the time. During Winter War the birth rate of the maternity hospital dropped, while the birth rate of Tampere increased, people preferring to give birth outside of the hospital. Number of patients and live births usually increased nine months after peacetime had started and conditions of society had normalized to more peaceful level. For example, nine months after the end of Continuation War the birth of “baby boomers” could be observed at the hospital, when birth rate increased rapidly. Mean birth weight of the period was high, 3376 grams. Average birth weights varied significantly between many groups. Between socioeconomical groups the birth weights were lowest at the most disadvantaged groups, while financially better off groups had higher birth weights. There were no significant differences in birth weights between different neighborhoods and residential areas, even though they differed in their socioeconomical distribution. Biological factors affected birth weights the same way as in previous studies related to the topic: for example, birth weights increased with the age of the birther. Environmental factors, such as the harsh winter of 1941-1942, lowered the number of live births nine months later and increased the mortality of the hospital. Looking at the high average birth weights of 1938-1945 and the low infant mortality, it can be estimated that the living conditions of Tampere stayed high even during wartime and pregnant women were especially well taken care of. Even with the difficulties of wartime, rationing guaranteed pregnant women in Tampere a stable nutrition regardless of the place of residence. Still, socioeconomic status of the patients made inequality increasingly visible during the times of war.

Keywords: birth, birth weight, birth rate, maternity hospital, newborns, patient event, pregnancy, Second World War, socioeconomical status, Tampere

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

Sisällysluettelo

1. Johdanto	1
1.1 Tutkimuskysymykset	6
2. Teoreettinen viitekehys ja käsitteet.....	8
2.1 Teoreettinen viitekehys	9
2.2 Luonnontieteelliset tekijät	12
2.3 Yhteiskunnalliset tekijät	14
2.4 Aiempi tutkimus.....	18
3. Tampere ja sota-ajan synnytyksiin vaikuttaneet historialliset kehityskulut	20
3.1 Suomen väestöpolitiikka ja terveystaitoksen kehitys 1900-luvun alussa.....	20
3.2 Naiset, äitiys ja sota.....	26
3.3 Tampere ennen toista maailmansotaa	29
3.4 Tampere ja ravintotilanne toisen maailmansodan aikana	34
4. Metodologia	38
5. Tutkimusaineistosta	42
5.1 Aineiston jaottelu	42
5.2 Sosioekonomiset ryhmät ja alueellinen jakautuminen	47
6. Tampereen synnytyslaitos sota-aikana	52
7. Potilaiden, synnytysten ja hoitotapahtumien erityispiirteet Tampereen synnytyslaitoksella 1938–1945.....	59
7.1 Potilasmäärien muutokset	60
7.2 Synnytykset ja syntyvyys	63
7.3 Synnytyspainot.....	69
7.3 Muut hoitotapahtumat	81
8. Erityiset potilasryhmät	89
8.1 Siirtoväki	89
8.2 Laitoksella kuolleet potilaat	94
9. Johtopäätökset.....	99
10. Lähdeluettelo.....	104
Liitteet	112
Liite 1. Kuva 1. Tampereen synnytyslaitos 1900-luvun alussa ja vuonna 2021	112
Liite 2. Taulukko 1. Synnytyslaitoksen potilaiden määrä sekä osuus eri sosioekonomisissa luokissa -ja alueilla.....	113

1. Johdanto

Tampereen Pyynikinrinteellä, F. E. Sillanpään kadun ja Mariankadun kulmassa sijaitsee arkkitehti Lambert Pettersonin suunnittelema, vuonna 1913 rakennettu kaksikerroksinen rakennus. Tämä ulkoisesti lähes muuttumattomana pysynyt, myöhäisjugendia edustava punatiilinen talo tunnetaan nykyään nimellä Marjatan sairaala (Liite 1. Kuva 1.). Vuosikymmenien aikana rakennuksen nimi on kuitenkin muuttunut useaan otteeseen, ja sitä on kutsuttu muun muassa Pyynikin sairaalaksi ja Marian sairaalaksi. Vuosina 1913–1962 rakennus toimi Tampereen synnytyssairaalana, paikkana, jossa moni tamperelainen ja ulkopaikkakuntalainen otti ensihenkäisynsä. Synnytyssairaalatoiminnan jälkeen rakennus muutettiin vanhusten sairaalaksi. Lopullisesti sairaalatoiminta loppui syksyllä 2004, ja vuonna 2010 rakennus muutettiin vanhuksille suunnatuksi tehostetun palveluasumisen yksiköksi.¹

Tämä tutkimus keskittyy Marjatan sairaalan synnytyssairaala-ajanjaksoon, tarkemmin vuosiin 1938–1945. Lähes koko tutkittavaa ajanjaksoa, vuotta 1938 ja osaa vuodesta 1945 lukuun ottamatta, värittää toisen maailmansodan aika, jossa Suomi taisteli ensin Neuvostoliittoa vastaan talvi- ja jatkosodassa ja myöhemmin Natsi-Saksaa vastaan Lapin sodassa. Tutkimuksessa pyrin ottamaan selvää siitä, miten sota-aika vaikutti Tampereen synnytyssairaalassa tehtyihin synnytyksiin, synnyttäjiin ja muihin hoitotapahtumiin sekä miten synnytyssairaala itse selvisi tästä ajasta. Erityisenä tutkimuskohteena on laitoksella yksisikiöisistä raskauksista elävinä syntyneiden lasten synnytyspainot. Synnytyspaino on melko yleisesti käytetty antropometrinen koon mittari, josta selviää sikiön kohdunsisäinen kehitys. Kehitykseen on nähty vaikuttavan monia synnyttäjistä riippuvia tai riippumattomia tekijöitä, kuten sosioekonominen asema, ikä ja aiempien synnytysten lukumäärä.² Tässä tutkimuksessa sota-aika luo kiinnostavat puitteet syntymien, hoitotapahtumien ja synnytyspainojen sekä niihin vaikuttaneiden tekijöiden tutkimiselle.

Tutkimuksen tarkoituksena on luoda syvälinen kokonaiskuva synnytyslaitoksen toiminnasta, sen potilaista sekä laitoksella syntyneistä lapsista vuosina 1938–1945. Teoreettisilta lähtökohdiltaan tutkimus sijoittuu historiallisen väestöntutkimuksen ja antropometrisen historiantutkimuksen piiriin, ja tutkimus tuo paljon uutta tietoa näille Suomessa melko vähän tutkituille historian alueille. Tampereen synnytyslaitoksen historiaa ja tamperelaisten

¹ Yle, ”Marjatan sairaalasta tulee Linnea-ryhmäkoti”, 25.10.2010; Tampereen kaavoitusyksikkö, *Selostus*, <https://www.tampere.fi/ytoteto/aka/nahtavillaolevat/8049/selostus.html>, 22.9.2005.

² Kramer 1987, 719–721; Butie et al., 2020, 151.

sodanaikaisten synnytysten erityispiirteitä ei ole aiemmin tutkittu, ja tutkimus laajentaakin edellä mainittujen tutkimuskenttien ohella myös Suomen terveystieteellisen historian kenttää sekä Tampereen historiaan kohdistuvaa tutkimusta.

Vuonna 1892 säädetty asetus synnytyslaitoksista laittoi liikkeelle Suomen synnytyslaitosten kehityksen, ja heti seuraavana vuonna Tampereelle perustettiin kaupungin ensimmäinen synnytyslaitos. Synnytyslaitokset tarjosivat naisille hygieenisen ja turvallisen paikan synnyttää, ja olivat suuri edistysaskel suomalaisen terveydenhuollon kehityksessä. Ennen synnytyssairaalan valmistumista olivat synnytykset Tampereella tapahtuneet pääasiassa kotisyntytyksinä, joissa olivat yleensä olleet apuna kunnan tarjoamat tai yksityiset kätilöt. Vaikka 1920-luvulla vielä noin 85 prosenttia suomalaisten synnytyksistä tapahtui kotona, tehtiin niitä Tampereella enää vähän, laitoksella syntyneiden lasten muodostaessa kaupungin kokonaissyntyvyydestä jo noin 93 prosenttia. Toisen maailmansodan aikana jo lähes 96,5 prosenttia tamperelaisista synnytti laitoksella.³

Synnytyslaitoksilla tehtiin synnytysten ohella myös paljon muita hoitotoimenpiteitä – niissä hoidettiin esimerkiksi keskenmenon saaneita naisia ja tehtiin raskauteen liittyviä terveystarkastuksia. Synnytyslaitoksella voitiin tehdä myös abortteja – niitä tehtiin lähinnä ainoastaan, jos synnytys uhkasi synnyttäjän terveyttä. Terveyspalvelut kuten synnytyslaitokset olivat 1900-luvun alun Suomessa hyvin alueellisesti jakautuneita, ja niiden saatavuus oli kaupungeissa parempi kuin maaseudulla. Tästä syystä kaupunkien ulkopuolella perinteisin keinoin synnyttäminen kätilöiden avustuksella oli yleisempää.⁴ Maaseudulla asuvat saivat kuitenkin tulla myös kaupunkien synnytyslaitoksiin synnyttämään, mikä oli melko yleistä. Esimerkiksi Tampereen synnytyslaitoksen asiakkaista ulkopaikkakuntalaiset muodostivat yli 20 % vuosina 1938–1945.⁵

Tampereen synnytyslaitos oli toiminnassa vuosina 1938–1945 sodista huolimatta. Valtavien asiakasmäärien aiheuttaman ahtauden sekä sodan luoman tilanteen takia se joutui toimimaan koko tarkasteltavan ajan sekä tilojensa, että henkilökuntansa kannalta ääri rajoilla ja sopeutumaan jatkuvasti uusiin tilanteisiin. Sotatilanteesta ja Suomen heikentyneistä elinolosuhteista huolimatta laitoksella syntyi tarkasteltavan ajanjakson aikana yli 15 tuhatta tervettä lasta – laitoksen kaikista potilaista lähes 90 % synnytti siis yhden tai useamman elävän lapsen näiden kahdeksan vuoden aikana. Suomen syntyvyyskehitys 1900-luvun alun

³ Teräsvoori 1955, 1671; Jutikkala 1979, 202; Harjula 2007, 84.

⁴ Harjula 2007, 35, 81–87.

⁵ Tampereen synnytyslaitosaineisto.

vuosikymmeninä ei poikennut juurikaan muiden teollistuneiden maiden kehityksestä. Suomessa syntyvyys oli ollut laskussa jo 1800-luvulta alkaen, ja toinen maailmansota laski syntyvyyttä entisestään. Tampereen syntyvyys ja synnytyslaitoksella syntyneiden määrät vastasivat vuosina 1938–1945 pitkälti koko Suomen syntyvyyden vaihtelussa näkyviä trendejä (Taulukko 2.), syntyvyyden kasvaessa hetkellisesti välirauhan aikana sekä jatkosodan päättymisen jälkeen. Vaikka Tampereella syntyvyys seurasi samaa linjaa muun maan kanssa, kasvoi kaupungin väkiluku jatkuvasti muuttovoiton ja alueliitosten myötä.⁶

Sotien aikaiseen Tampereelle kohdistuneeseen muuttoliikkeeseen kuuluivat myös sodan takia erityisesti Karjalan alueelta evakkoon joutuneet siirtolaiset. Muutama vuosi sodan jälkeen, vuonna 1948, siirtolaisia oli Tampereelle asettunut jo 9689 henkeä, mikä osaltaan nosti Tampereen syntyvyyttä yhä enemmän.⁷ Yhtenä erityisenä tutkimuskohteena tässä tutkimuksessa onkin synnytyslaitoksen siirtoväkeen kuuluneet potilaat.

Sotien aikainen Tampere tarjoaa synnytysten ja syntymäpainojen tutkimisen kannalta mielenkiintoisen tutkimusympäristön. Se oli toisen maailmansodan aikana jo pitkälle teollistunut kaupunki - 1930-luvun lopulla joka kymmenes teollisuuden työpaikka sijaitsi Tampereella. Se oli ollut Suomen ensimmäinen teollistumisen keskus, ja Porin ohella se oli väkilukuun suhteutettuna maan merkittävin teollisuuskaupunki 1940-luvulle tultaessa. Teollistumisen ja kaupungistumisen on nähty vaikuttavan syntyvyyteen laskevasti ja yhtenä syynä on pidetty sitä, että teollistumisen luoman taloudellisen kehityksen myötä perheillä ei ole enää varaa elättää montaa lasta. Kaupungistuminen loi myös tasa-arvoa sukupuolten välille, sillä naisilla oli kaupungeissa paremmat mahdollisuudet itsenäiseen elämiseen ja työllistymiseen kuin maaseudulla. Esimerkiksi Suomen teollisuustyöntekijöistä oli vuonna 1940 naisia jo 31 prosenttia, ja heitä oli paljon myös kaupan alalla.⁸ Myös Tampereella kaupungin tehdastyövoimasta ”olennainen osa” oli naisia.⁹

Tutkimuksessani käytän päälähdeaineistona Tampereen synnytyslaitoksen eli Marjatan sairaalan synnytyskertomuksia vuosilta 1938–1945. Synnytyskertomuksissa kerrotaan yksittäisen laitoksen potilaan tarkat henkilötiedot sekä potilaalle laitoksella tehdyt toimenpiteet ja hoitotapahtumat. Kertomuksissa on myös mahdollisesti laitoksella syntyneen lapsen tiedot, kuten lapsen synnytyspaino, pituus ja terveydentila. Synnytyskertomuksista löytyvät,

⁶ Jutikkala 1979, 7–9; Rasila 1992, 46–53; SVT, Syntyneet, 2022.

⁷ Rasila 1992, 64.

⁸ Wanamaker 2012, 169–170; Grabowski, Self & Shields 2015, 217; Haapala & Peltola 2018, 168; Koivuniemi 2018, 185–186.

⁹ Jutikkala 1979, 406.

tutkimuksen kannalta relevantit tiedot olen kerännyt ja koostanut itsenäisesti kronologiseen, digitaaliseen muotoon, muodostaen kattavan ja tarkan tietokannan laitoksen synnytyskertomuksista. Aineiston olen kerännyt Tampereen kaupunginarkistossa olevista arkistolähteistä toimiessani tutkimusavustajana väestöhistoriallisessa tutkimusprojektissa. Päälähdaineiston lisäksi tutkimuslähteinä olen käyttänyt Tampereen kaupungin kunnallishallinnon vuosikertomuksia kohdevuosilta. Yksittäisiä, Tampereen synnytyslaitoksen lääkäreiden kirjoittamia, laitoksen toimintaa käsitteleviä kirjoituksia olen myös käyttänyt tutkimuksessa apuna, tutkimuskirjallisuutena. Kunnallishallinnon vuosikertomukset sisältävät myös Tampereen sairaaloiden kuten synnytyslaitoksen vuosikertomukset, sekä Tampereen terveydenhoitolautakunnan vuosikertomukset. Vuosikertomukset tarjoavat kattavasti yksityiskohtaista tietoa synnytyslaitoksen toiminnasta sekä Tampereen kaupungin terveydenhuoltoon vaikuttaneista tekijöistä tutkimuskohteena olevana aikana. Synnytyslaitoksen lääkäreiden omat kirjoitukset ajan lääketieteellisissä julkaisuissa syventävät näitä tietoja.

Keräämääni dataa pyrin tutkimuksessa analysoimaan monipuolisesti erilaisia määrällisiä sekä laadullisia menetelmiä apuna käyttäen. Laadullisen ja määrällisen metodologian yhdistelyn myötä tutkimuksen voi ajatella monimenetelmällisenä tutkimuksena.¹⁰ Synnytyskertomuksista koostettua aineistoa on jaoteltu ja analysoitu käyttäen taulukkolaskentaohjelmaa Microsoft Exceliä sekä tilasto-ohjelmaa IBM SPSS Statisticsia. Ohjelmat tarjoavat erilaisia laskenta- ja sekä analyysimenetelmiä, joiden avulla olen pystynyt käsittelemään laajaa tilastollista aineistoa tarkasti. Keskeisenä analyysimetodinä olen käyttänyt SPSS:n avulla varianssianalyysia, jota hyödyntäen olen pystynyt analysoimaan laitoksella syntyneiden lasten synnytyspainoja sekä muita aineiston tilastotietoja. Varianssianalyysi on hyvä väline erityisesti eri ryhmien välisten syntymäpainojen keskiarvojen tilastollisten erojen ja merkitsevyyksien tutkimiseen.¹¹ Myös muista keskiarvojen vertailuun käytettävistä työkaluista, kuten parittaisvertailusta, on ollut paljon hyötyä.

Vastuullista historian tutkimuksen etiikkaa noudattaen ja tutkimuskohteina olevien ihmisten tietosuojaoikeuksia kunnioittaen tutkimuksessa ei mainita nimeltä ketään aineistossa esiintyvää ihmistä. Tutkimuksessa ei käytetä mitään sellaisia tietoja, mitä voitaisiin liittää tunnistettavasti

¹⁰ Sormunen et al., 2013, 312.

¹¹ Heikkilä 2017, 119, 211–214.

johonkin henkilöön, vaan kaikkia tutkimuskohteena olevia henkilöitä tarkastellaan anonyymeinä.

Tutkimuksen kohteena olevan ajankohdan ja paikan laaja taustoitus on tärkeää. Etenkin synnyttäjiin vaikuttaneet yhteiskunnalliset ilmiöt ja muutokset käyn tutkimuksessa laajasti läpi, jotta määrällisestä datasta esille nousevat asiat on mahdollista ymmärtää. Apunani tässä taustoituksessa käytän laajaa tutkimuskirjallisuutta, joka käsittelee muun muassa Tampereen historiaa, suomalaisten terveyspalvelujen historiaa ja syntyvyyden sekä synnyttämisen historiaa. Tampereen 1900-luvun historiaa taustoittavista kirjoista tärkeimmät ovat olleet *Tampereen historia 1–4-kirjasarjan* kolmas osa, Eino Jutikkalan kirjoittama teos (1979), sekä neljäs, Viljo Rasilan kirjoittama teos (1992). Sami Suodenjoen, Jarmo Peltolan ja Jouni Keskinen kirjoittama *Tamperelaiset* (2005) on ollut myös erityisen hyödyllinen Tampereen kaupunginosien- ja alueiden historiaan tutustuessani. Lisäksi, koska tutkimuksessani tutkittava ajankohta on sota-aika ja kotirintama, olen kirjallisuuden avulla pyrkinyt selvittämään sota-ajan oloja ja haasteita kotirintamalla. Myös laajat väestöhistorian ja rakennehistorian teokset, kuten *Suomen väestö* (toim. Koskinen et al., 2007) ovat olleet avuksi historiallisen demografian ja sen tutkimiseen liittyvien erityispiirteiden ymmärtämisessä. Apunani 1900-luvun suomalaisen terveydenhuollon kehityksen ja sitä koskevan yhteiskunnallisen keskustelun ymmärtämisessä oli keskeisenä teoksena Minna Harjulan *Hoitoonpääsyn hierarkiat: Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla* (2015).

Tämä tutkimus rakentuu johdannon jälkeen tutkimuskysymysten tarkemmalla esittelyllä, jonka jälkeen käsittelen tutkimuksen teoreettista viitekehystä sekä esittelen syntymien ja syntymäpainojen kannalta relevantteja käsitteitä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Tämän jälkeen taustoitan tutkimuskirjallisuuden avulla 1900-luvun alun suomalaisen terveydenhuollon kehitystä sekä keskustelua syntyvyydestä, syntymistä, keskenmenoista ja aborteista. Käsittelen myös naisten asemaa 1900-luvun alussa ja sotien aikana. Taustoittavassa luvussa tarkastelen myös Tampereen kaupungin kehitystä sekä sen asuinalueiden muotoutumista 1900-luvulla ennen sotia, jonka jälkeen tarkastelen sodanaikaisen Tampereen tapahtumia sekä sodan heikentämää kaupunkilaisten ravintotilannetta. Taustoittavien lukujen jälkeen esittelen tarkasti tutkimuksen pääaineiston, synnytyskertomusten piirteet sekä tavat, jolla olen kertomuksista koostettua laajaa synnytyslaitosaineistoa jaotellut. Tämän jälkeen esittelen varsinaisissa analyysissä käyttämäni menetelmät. Aineistoja ja menetelmiä taustoittavien lukujen jälkeen käsittelen Tampereen synnytyslaitoksen historiaa ja sen toimintaa sotien aikana. Tämä käsittelykappale ei perustu varsinaiseen, synnytyskertomuksista

koostettuun tilastolliseen päälähdeaineistoon, vaan se on koostettu laadullisia tutkimusmenetelmiä käyttäen pääasiassa Tampereen kunnallishallinnon kertomusten ja synnytyslaitoksen lääkäreiden kirjoitusten pohjalta. Tämän ”taustoittavan käsittelykappaleen” jälkeen varsinaisessa analyysiosiossa tutkimus etenee suuremmista teemoista pienempiin: laitoksen potilasmäärien tarkastelun jälkeen siirrytään tarkastelemaan Tampereen ja synnytyslaitoksen syntyvyyttä suhteessa Suomen syntyvyyteen, jonka jälkeen tutkitaan laitoksella syntyneiden lasten synnytyspainoissa ja hoitotapahtumissa näkyviä eroja eri ryhmien välillä. Analyysin lopussa tarkastellaan tarkemmin erityisiä potilasryhmiä, siirtoväkeä sekä laitoksella kuolleita naisia, jonka jälkeen tutkimustulokset koostetaan yhteen johtopäätökset-luvussa.

1.1 Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa tarkasteltavana ajankohtana on vuodet 1938–1945: lähes koko ajanjaksoa Suomessa väritti sota, jonka myötä yhteiskunnassa jouduttiin sopeutumaan uusiin oloihin, kuten säännöstelytalouteen ja väestönsiirtoihin. Tutkimuskysymykseni on, näkyykö Tampereella tapahtuneissa synnytyksissä ja synnytyspainoissa sota-ajan vaikutus sekä synnytyslaitoksen heikentyneet olot? Tätä kysymystä tarkastelen erilaisten alakysymysten avulla: Millainen sosioekonominen jakauma laitoksen potilailla oli, ja vaihtelivatko synnytyspainot ja eri hoitotapahtumien määrät sosioekonomisten luokkien välillä? Lisäksi tutkin potilaiden asuinalueita ja sitä, miten syntymäpainoista sekä muista hoitotapahtumista näkyvä elintaso on jakautunut Tampereella alueellisesti, ja onko alueiden ja kaupunginosien välillä merkitseviä eroja? Hoitotapahtumilla tarkoitan kaikkia muita laitoksella tehtyjä toimenpiteitä paitsi niitä synnytyksiä, joissa syntyi elävä lapsi. Potilaiden sosioekonomisten luokkien ja asuinpaikkojen lisäksi käsittelen potilaiden muita keskeisiä ominaisuuksia, kuten ikäjakaumaa, siviilisäätystä sekä aiempien raskauksien ja keskenmenojen vaikutusta synnytyspainoihin ja hoitotapahtumiin. Tutkin myös sota-ajan vaikutusta synnytyslaitoksen toimintaan, sen potilasmääriin sekä aineistosta esille nousseisiin, erityisiin potilasryhmiin. Yksi tutkimusta koskevista hypoteeseistani on se, että aiempaa synnytyspainoja koskevaa tutkimusta mukaillen myös Tampereella sodan myötä huonontuneet elinolot näkyvät vastasyntyneiden painojen muutoksissa.

Tutkimuksen varsinaisen, synnytyspainoja ja hoitotapahtumia käsittelevän analyysiluvun pohjustuksen kannalta merkittävässä asemassa on synnytyslaitoksen potilaiden sosioekonomisen rakenne ja jakautuminen Tampereen kaupunginosiin sekä ulkopaikkakuntiin.

Tätä käsittelen jo tutkimusaineistosta kertovassa luvussa, jossa esittelen myös muut tavat ja kriteerit, joilla olen aineistoani jaotellut. Synnyttäjän sosiaalisesta asemasta kertoo synnytyskertomuksissa muun muassa synnyttäjän tai hänen miehensä ammatti sekä hoidosta maksettu hinta. Esimerkiksi sekatyömiehen vaimolle hoito synnytyslaitoksella kustansi tavallisesti yhdeltä yöltä noin 20 markkaa, kun taas hyvin toimeentulevalle maanviljelijän vaimolle hoito saattoi kustantaa jopa 100–120 markkaa yöltä. Köyhimmälle kansanosalle, kuten osalle tässä tutkimuksessa apulaisiin ja palvelijoihin kuuluvasta sosioekonomisesta ryhmästä, hoito synnytyslaitoksella oli ilmaista, ja hoito laskutettiin kunnan köyhäinhoidon tiliin.¹² Tampereen kaupunginosien- ja alueiden sijoittumista kartalle voi tarkastella kartasta 1, ja kaupungin sosioekonomisten luokkien määriä sekä sijoittumista eri alueille voi tarkastella taulukosta 1 liitteestä 2.

Suomessa jouduttiin sota-aikana elämään säännöstelytaloudessa, kun sodan tuoman ulkomaankaupan tyrehtymisen myötä elintarvikkeista oli pulaa. Säännöstely alkoi syksyllä 1939 ja kesti vielä kauan sodan päättymisen jälkeen: esimerkiksi kahvia säännösteltiin jopa 1.3.1954 asti. Sodan aikana säännöstely oli kuitenkin ankarinta, ja korttitalous oli raskasta etenkin jo ennestään heikommin toimeen tuleville. Säännöstelyn myötä kansalaiset eivät saaneet tarpeeksi ravitsevaa ruokaa ja kansa laihtui. Paremmiin toimeen tulevat pystyivät ostamaan ruokaa säännöstelyn ohi esimerkiksi mustasta pörssistä, jossa se oli kalliimpaa.¹³ Aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella säännöstelytalous oli siis erityisen raskasta etenkin alempien sosiaaliluokkien raskaana oleville äideille, joille hyvän ja monipuolisen ravinnon saanti olisi ollut raskauden aikana erityisen tärkeää. Paremmiin toimeentulevat perheet pystyivät varallisuutensa ansiosta pärjäämään paremmin sota-ajan kotirintaman olosuhteissa ja säännöstelytaloudessa. Myös raskaana olevien naisten saama ravinto oli siis oletettavasti korkeammassa sosiaaliluokissa parempaa kuin alemmissä. Tutkimuksessa toisena hypoteesinani onkin se, että sota-aika näkyi erityisesti alempien sosioekonomisten luokkien synnytyksissä alhaisempina synnytyspainoina ja suurempina kuolleena syntyneiden lasten ja keskenmenojen määrinä verrattuna paremmiin toimeen tuleviin luokkiin.

Varsinaisessa analyysikappaleessa käsittelen erityisesti laitoksen vastasyntyneiden painoja ja muita laitoksen hoitotapahtumia sekä sitä, miten esimerkiksi synnytyspainojen keskiarvot vaihtelevat näiden jo aiemmin pohjustettujen sosioekonomisesti eroavien asuinalueiden ja muiden tekijöiden välillä. Vastasyntyneiden painon on nähty indikoivan synnyttäjän sosiaalista

¹² Harjula 2007, 183–184.

¹³ Rasila 1992, 28–32.

asemaa ja elintasoja. Kevyt vastasyntynyt voi kertoa tietoja synnyttäneen äidin terveydentilasta, ravinnonsaannista ja äidin saamasta synnytystä edeltävästä hoidosta. Vastasyntyneet on yleensä määritelty painonsa puolesta siten, että jos synnytyspaino on ollut alle 2500 grammaa, on lapsi määritelty keskoseksi. Keskosilla kuolleisuuden riski on ollut huomattavasti suurempi normaalipainoisina syntyneisiin lapsiin verrattuna. Yhteiskunnallisten tekijöiden kuten sosioekonomisen aseman ohella vastasyntyneen painoon vaikuttaa lukuisia biologisia tekijöitä, erityisesti raskauden kesto, synnyttäjän ikä sekä aikaisempien synnytysten määrä. Nämä ja monet muut tekijät voivat vaikuttaa myös esimerkiksi kohtukuolemien ja keskenmenojen riskiin.¹⁴ Yhdistämällä tiedot vastasyntyneen lapsen painosta muihin synnytyskertomuksista saataviin tietoihin pystyn rakentamaan kuvan synnyttäjien elintasosta ja sen muutoksista tutkimuskohteena olevana aikana sekä tarkastelemaan eri ryhmien välisiä eroja.

Tutkimusta motivoi erityisesti aiempien historiallisten väestöntutkimusten sekä antropometristen historiantutkimusten havainnot eri sosioekonomisten luokkien välisistä eroista synnytysten ja hoitotapahtumien välillä. Kaupunginosien -ja alueiden välisten erojen vertailu tuo tutkimukseen myös uutta näkökulmaa. Sota-aika ja sen erityispiirteiden vaikutukset raskauksiin ja synnytyksiin luovat kiinnostavan tutkimusajankohdan, ja tarkastelun ulottuessa vuosiin 1938 ja 1945 mahdollistuu myös sotia edeltävän ja niiden jälkeisen ajan vertailu suhteessa sota-aikaan. Aihepiiri on lisäksi Suomessa melko vähän tutkittu, ja se tarjoaa paljon uutta tietoa synnytyspainojen ja hoitotapahtumien eroista eri ryhmien välillä. Tutkimusta motivoi myös se, ettei Tampereen vuosien 1938–1945 aikana tapahtuneista synnytyksistä ja synnytyslaitoksen toiminnasta ole olemassa aiempaa, syvällistä historiantutkimusta.

2. Teoreettinen viitekehys ja käsitteet

Tässä luvussa käsittelen tutkimusaiheeni kannalta keskeisiä tutkimusteorioita sekä aiemman tutkimuksen pohjalta niitä tekijöitä, joiden on nähty vaikuttavan syntymiin, synnytyspainoihin ja muihin sairaaloissa tehtäviin hoitotoimenpiteisiin. Tekijät olen jakanut luonnontieteellisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin. Käytännössä luonnontieteelliset tekijät liittyvät synnyttäjän henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, kuten ikään, terveyteen ja synnytyshistoriaan. Yhteiskunnalliset tekijät taas liittyvät laajemmin synnyttäjän sosioekonomiseen taustaan, asuinpaikkaan ja siviilisäätyyn. Luvussa esittelen myös tutkimuksen kannalta tärkeitä,

¹⁴ Kramer 1987, 664, 676–683; Goldin & Margot 1989, 360–362.

erityisesti raskauksia ja synnytyksiä koskevia käsitteitä ja määritelmiä. Lopussa käsittelem lyhyesti tämän tutkimuksen kannalta relevanttia aiempaa, samaan aihepiiriin lukeutuvaa tutkimusta.

2.1 Teoreettinen viitekehys

Tämä tutkimus kuuluu teoreettisilta lähtökohdiltaan väestöntutkimuksen piiriin. Tarkemmin se on väestöntutkimuksen alaista tiedettä, historiallista väestötiedettä, sillä tutkimuskohteena on historiallinen väestö. Vielä syvemmälle tieteenalan määrittelyyn mentäessä voisi tätä tutkimusta kutsua myös antropometriseen historiantutkimukseen kuuluvaksi. Antropometrisessä historiantutkimuksessa kiinnostuksenkohteena on historiallisen väestön mitattavissa olevat ominaisuudet, kuten paino ja pituus – tässä tutkimuksissa erityistä huomiota kiinnitetään juuri vastasyntyneiden syntymäpainoihin.¹⁵

Väestöntutkimus on monitieteinen tutkimussuuntaus, jonka tarkoituksena on tutkia ja selittää väestöllisiä ilmiöitä erilaisten väestöllisten tekijöiden sekä muihin tieteenaloihin liittyvien tekijöiden kautta. Väestöilmiöillä tarkoitetaan esimerkiksi syntyvyyttä, hedelmällisyyttä, kuolleisuutta ja muuttoliikettä. Sen sijaan väestöllä tarkoitetaan jotakin ihmisryhmää, jota yhdistää jokin yhteinen ominaisuus, kuten ikä, etnisyys, kieli tai jokin muu seikka. Väestöllä voidaan myös tarkoittaa väestön määrää tai tietyn alueen asukaslukua: käytännössä väestö tarkoittaa populaatiota, jossa yksilöt ovat toisistaan riippumattomia.¹⁶ Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena olevalla väestöllä tarkoitan Tampereen synnytyslaitoksella vuosina 1938–1945 syntyneitä lapsia sekä heidän vanhempiaan.

Väestötekijöillä tarkoitetaan väestön mitattavissa olevia ominaisuuksia, kuten väestön määrää ja rakennetta sekä väestönmuutoksia. Yksi väestötekijä on esimerkiksi synnytyksiässä olevien naisten määrä: se on suoraan yhteydessä syntyneiden lapsien määrään. Muihin tieteenaloihin liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi yhteiskunnalliset, psykologiset ja luonnontieteelliset tekijät. Yhteiskunnallisia, väestöilmiöihin vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi sosioekonomisen aseman, työllisyystilanteen ja naisten koulutustason vaikutus syntyvyyteen ja kuolleisuuteen. Luonnontieteellisiä tekijöitä ovat muun muassa tutkimuskohteena olevien henkilöiden biologiset ominaisuudet, kuten terveys, sekä se ympäristö, jossa he elävät. Psykologisiin tekijöihin on luettu esimerkiksi henkilöiden persoonallisuuspiirteet.¹⁷ Tässä tutkimuksessa

¹⁵ Haimi 1987, 6; Harris 2009, 1.

¹⁶ Haimi 1987, 3; Koskinen et al., 2007, 15–17.

¹⁷ Ibid., 1987, 15-16.

ympäristö, jossa naiset elävät, on laskettu luonnontieteellisten tekijöiden sijasta yhteiskunnallisiin tekijöihin. Tällä tarkoitetaan käytännössä naisten asuinpaikkaa Tampereella – asuinpaikka ja ympäristö, jossa henkilö asuu, johtuu lopulta yhteiskunnallisista tekijöistä, kuten sosioekonomisesta luokasta ja varallisuudesta.

Aineisto antaa laajan ja yksityiskohtaisen kuvan tamperelaisten synnytyksistä sodan aikana – siinä ei kuitenkaan ole kaikkia kaupungissa syntyneitä, sillä pieni määrä naisista synnytti edelleen kotona tai muualla kättilöiden avustamana. Myös moni keskenmeno tapahtui kotioiloissa tulematta viranomaisten tietoon – voidaan olettaa, että laitoksella hoidetut keskenmenot olivat vain pieni osa kaupungissa tapahtuneiden keskenmenojen määrästä.¹⁸ Kaupungin kokonaissyntyvyyden hahmottamisessa käytetään apuna Suomen tilastollisista vuosikirjoista saatuja tietoja koskien kaupungissa vuosittain syntyneitä – näin on mahdollista myös tarkastella muualla kuin synnytyslaitoksella syntyneiden määriä. Syntyvyys ei kuitenkaan ole tässä tutkimuksessa pääosassa, vaan perinteisten väestöntutkimuksen aiheiden sijaan keskeisinä tutkimuskohteina on pääasiassa yhteiskunnallisten ja luonnontieteellisten, eli käytännössä biologisten tekijöiden vaikutukset laitoksella tapahtuneisiin syntymiin, synnytyspainoihin ja hoitotapahtumiin. Väestöntutkimuksen piirissä yleisesti käytettyjä tekijöitä tutkimuksessa siis hyödynnetään, mutta tutkimuskohteet ovat väestöntutkimukselle melko epäominaisia.

Lasten syntymäpainot ovat paljon tutkittu aihe, ja erityisesti niihin vaikuttavat tekijät ovat olleet usein tutkimusten kohteena. Syntymäpaino kertoo sikiön kohdunsisäisestä kasvusta, ja alhainen syntymäpaino on riskitekijä imeväiskuolleisuudelle sekä erilaisille terveysongelmille. Alhaisen syntymäpainon rajana on pidetty 2500 grammaa, sillä tämän jälkeen vastasyntyneiden kuolleisuus on alkanut voimakkaasti kasvaa. Osassa tutkimuksista jopa 2000 grammaa on pidetty alhaisen syntymäpainon rajana. Alhaisen syntymäpainon omaavat lapset on yleensä lajiteltu kahteen eri kategoriaan: keskosiin sekä kohdunsisäisen kasvun hitaudesta johtuviin, alhaisen syntymäpainon omaaviin lapsiin eli hidaskasvuisiin sikiöihin. Sikiön alhaisen syntymäpainon katsotaan johtuvan sikiön hidaskasvuisuudesta (intrauterine growth retardation eli IUGR), jos sikiö on pieni raskauden keston verrattuna. Käytännössä jos sikiö lukeutuu painonsa perusteella tietyssä raskauden kolmanneksessa syntyneiden lasten kevyimpään kymmeneen prosenttiin, johtuu paino sikiön hidaskasvuisuudesta. Alhainen syntymäpaino johtuu sen sijaan keskosuudesta, jos lapsi syntyy ennen 37 raskausviikkoa –

¹⁸ Meskus 2003, 212-213.

ennen vanhaan kaikki alle 2500 gramman painoisina syntyneet lapset laskettiin keskosiksi, sillä raskauden keston määrittäminen oli epätarkkaa.¹⁹ Samasta syystä myös tässä tutkimuksessa kaikki alle 2500 grammaa painavat lapset lasketaan keskosiksi, eikä sikiön hidaskasvuudesta johtuvia alhaisia syntymäpainoja eritellä erikseen. Raskauden keston määrittelyyn tarvittavat tiedot viimeisimmistä kuukautisista ovat synnytyskertomuksissa melko epätarkkoja, ja osassa ne puuttuvat kokonaan. Puutteista huolimatta tutkimuksessa analysoidaan myös raskauden kestoja niiden potilaiden osalta, joilta se on mahdollista.

Synnytyspaino on nähty vahvana indikaattorina yksittäisen vastasyntyneen selviytymiselle ja erilaisten ryhmien synnytyspainojen keskiarvot on usein liitetty imeväiskuolleisuuteen. Ryhmät, jotka omaavat alemmat syntymäpainot, omaavat yleensä myös korkeammat imeväiskuolleisuusprosentit: tällaiset ryhmät koostuvat yleensä alempien sosioekonomisten luokkien naisista. Alemmissa sosioekonomisissa luokissa synnyttäjiin ja lopulta synnytyspainoihin vaikuttaa monia erilaisia tekijöitä, kuten heikompi ja epäterveellisempi ravinto sekä päihteiden, erityisesti tupakan käyttö. Ylemmissä luokissa tilanne on näiden tekijöiden osalta yleensä parempi, mikä näkyy naisten terveydessä, raskauksissa ja synnytyspainoissa.²⁰ Sosioekonomisten luokkien välisten hoitotapahtumien, synnytysten ja synnytyspainojen erojen tutkiminen on tässä tutkimuksessa keskeisessä osassa – on kiinnostavaa tutkia, näkyvätkö edellä todetut erot sosioekonomisten luokkien välillä merkitsevästi myös sota-aikana Tampereella.

Syntymäpainoihin kohdistuvaa tutkimusta on myös kritisoitu. Keskeisin kritiikki liittyy siihen, että alhaisia syntymäpainoja ei voi pitää tarpeeksi hyvinä indikaattoreina perinataalille terveydelle – alhainen syntymäpaino ei välttämättä nosta kuolleisuutta tietyssä ryhmässä, ja ne ovat siksi huono informaation lähde populaation terveyden selvittämistä varten. Tähän näkemykseen liittyy syntymäpainojen ja imeväiskuolleisuuden yhteyteen vaikuttava paradoksi (low birth weight paradox). Yleensä populaatiot tai ryhmät, joissa on prosentuaalisesti suurempi määrä alhaisen syntymäpainon omaavia lapsia, omaavat myös suuremman imeväiskuolleisuuden. Tästä huolimatta erilaisissa riskiryhmissä, kuten tupakkaa polttavien äitien keskuudessa, syntymäpainoiltaan alhaisina syntyneiden lapsien joukoissa on pienempää imeväiskuolleisuutta kuin esimerkiksi tupakoimattomien naisten alhaisen syntymäpainon omaavien joukossa. Alhaisen syntymäpainon paradoksi tarkoittaa siis sitä, että vaikka alhaisen syntymäpainon esiintyvyys ryhmässä on suurempi, ei imeväiskuolleisuus kuitenkaan nouse; eli

¹⁹ Kramer 1987, 664; Wilcox 2001, 1234; Jakobsson & Paavonen 2009, 1317.

²⁰ Wilcox 2001, 1233.

erilaiset riskitekijät kuten tupakanpoltto alentavat syntymäpainoja mutta eivät nosta sikiön kuolleisuusriskiä.²¹ Tässä tutkimuksessa ei laitoksen imeväiskuolleisuutta kovin syvällisesti käsitellä, joten alhaisten syntymäpainojen paradoksia ei myöskään oteta huomioon.

2.2 Luonnontieteelliset tekijät

Tutkimuksessa keskityn syntymiin ja synnytyspainoihin vaikuttavista luonnontieteellisistä tekijöistä lähinnä biologisiin tekijöihin, eli synnyttäjän eri ominaisuuksiin -ja historiaan. Keskeisiä luonnontieteellisiä, syntymiin vaikuttavia tekijöitä ovat erityisesti synnyttäjän ikä, synnyttäjän terveys ja aiempien synnytysten tai raskauksien määrä.²²

Ikä ja aiempien synnytysten määrä ovat keskeisiä synnytykseen vaikuttavia luonnontieteellisiä tekijöitä. Ne ovat yleensä riippuvaisia toisistaan – vanhemmilla synnyttäjillä on yleensä enemmän aiempia synnytyksiä kuin nuoremmilla. Synnytyspainoja koskevassa tutkimuksessa synnyttäjän iän merkitys synnytyspainoihin on melko kiistelty aihe. Osassa tutkimuksia sillä on nähty olevan melko pieni vaikutus syntymäpainoihin ja raskauden keston, kun taas toisissa synnyttäjän iän on nähty vaikuttavan syntymäpainoon nousevasti tiettyyn pisteeseen asti – 35 ikävuoden jälkeen synnytyspainojen on yleensä nähty alkavan pienentyä ja raskauden keston lyhentyä. Myös erittäin nuorilla synnyttäjillä on todettu alhaisempia syntymäpainoja ja keskisuutta. Synnyttäjän iän on myös osoitettu olevan riskitekijä erilaisille raskauden -ja synnytyksen aikaisille komplikaatioille.²³

Tutkimuksissa on todettu lasten syntymäpainojen kasvavan tiettyyn pisteeseen asti synnytysten lukumäärän kasvaessa. Ensimmäistä kertaa synnyttävillä äideillä lasten syntymäpainot ovat yleensä normaalia matalammat, jonka jälkeen painot nousevat uusissa synnytyksissä. Myös raskauteen ja synnytykseen liittyvät riskit ovat ensimmäistä kertaa synnyttävälle suuremmat verrattuna 2–4 kertaa synnyttäviin. Uudelleensynnyttäjien eli 2–4 kertaa synnyttävien riskit on nähty pienimpinä ja synnytykset ovat yleensä olleet kaikista terveimpiä. Neljännen synnytyksen jälkeen raskauteen ja synnytyksiin liittyvät riskit alkavat kasvamaan. Esimerkiksi äitiyskuolleisuuden on nähty kasvavan tasaisesti viidennestä synnytyksestä lähtien: kymmenettä kertaa synnyttävillä riskit äitiyskuolleisuuden riskit ovat jo kymmenkertaiset ensisynnyttäjiin nähden. Yli neljättä kertaa synnyttäjät, eli monisynnyttäjät nähtiin

²¹ Ibid., 2001, 1234-1235.

²² Kramer 1987, 681, 719; Butie et al., 2020, 151.

²³ Kramer 1987, 681, 719; Goldin & Margo 1989, 362.

riskisyntyttäjinä myös 1900-luvun alun vuosikymmeninä. Synnyttäjän aiempi raskaushistoria vaikuttaa myös riskien kasvuun uudessa raskaudessa: esimerkiksi synnyttäjän aiemmin saama keskenmeno voi nostaa keskosuuden, keskenmenojen, imeväiskuolleisuuden ja alhaisten syntymäpainojen riskiä myös uusissa raskauksissa.²⁴

Äidin fyysisillä ominaisuuksilla, painolla ja pituudella, on myös nähty olevan suuri merkitys syntymäpainoon – pidemmät naiset saavat todennäköisemmin painavampia lapsia kuin lyhyemmät. Myös synnyttäjän saaman ravinnon vaikutukset synnytyspainoihin voidaan lukea biologisiin tekijöihin kuuluviksi, tosin sen voidaan nähdä johtuvan ajan yhteiskunnallisista oloista – säännöstelytalouden tuomasta puutteellisesta ravinnonsaannista. Synnyttäjän raskauden aikana saama ravinto, raskauden aikainen terveys, sekä raskauden aikana saatu hoito ovat keskeisiä sikiön kokoon vaikuttavia tekijöitä. Huonosti ravintoa saaneet äidit ovat yleisesti synnyttäneet kevyempiä lapsia. Kevyenä syntyneet lapset ovat olleet myös imeväiskuolleisuuden riskiryhmää. Synnyttäjien huono ravinnonsaanti vaikuttaa sikiöihin eniten raskauden kolmannella, eli viimeisellä kolmanneksella, kun raskausviikkoja on kulunut 32. Tällöin sikiön painon kasvu on korkeinta ja sen ravinnontarve suurinta.²⁵ Laitoksella synnyttäneiden naisten painot ja pituudet oli merkitty todella harvaan synnytyskertomukseen, jonka takia niiden vaikutusta synnytyksiin ei tässä tutkimuksessa käsitellä.

Kevyiden, alipainoisten sikiöiden lisäksi myös poikkeavan kookkaiden sikiöiden syntyminen eli makrosomia on melko yleistä. Poikkeavan kookkaana on pidetty sikiötä, joka syntyy täysaikaisessa raskaudessa yli 4500 gramman painoisena. Myös sikiön suuruus altistaa sekä äidin että lapsen monenlaisille terveysongelmille ja synnytysvaurioille – sikiölle makrosomia lisää erilaisia komplikaatioita ja nostaa kuoleman riskiä. Yleensä makrosomia johtuu äidin raskausdiabeteksestä sekä naisen ylipainosta tai runsaasta painonnoususta raskauden aikana.²⁶

Vaikka synnyttäjän terveydentilalla ja erilaisilla raskauden aikaisilla tai aiemmin sairastetuilla sairauksilla on todettu olevan suuria vaikutuksia raskauksien kulkuun ja synnytyspainoihin,²⁷ ei niitä tässä tutkimuksessa huomioida, sillä synnyttäjän terveydentilan ja sairauksien osalta synnytyskertomuksissa on usein melko puutteelliset tiedot. Synnytyskertomuksissa ei juurikaan erotella esimerkiksi synnytyksen aikaisia sairauksia aiemmin elämän aikana sairastetuista taudeista. Osassa synnytyskertomuksista potilaan sairauksista ja terveydentilasta

²⁴ Kramer 1987, 684, 691; Raudaskoski & Gissler 2014, 1309.

²⁵ Kramer 1987, 676–677, 693; Goldin & Margo 1989, 360–362.

²⁶ Tiitinen, ”Makrosomia (poikkeavan kookas sikiö)”, 2021.

²⁷ Kramer 1987, 719–721; Witt et al., 2012, 1535; Butie et al., 2020, 151.

on kerrottu hyvin seikkaperäisestikin, mutta koska tämä tutkimus perustuu laajan datan käyttöön, en tällaisia mikrohistoriallisia poikkeuksia ota tutkimukseen laajemmin mukaan niiden satunnaisen luonteen vuoksi. Sen sijaan laitoksella kuolleet naiset muodostavat helposti tutkittavan ryhmän, ja heidän terveydentilaansa sekä kuolemaan johtaneita seikkoja käsitellään tutkimuksessa tarkemmin.

2.3 Yhteiskunnalliset tekijät

Toisen maailmansodan aikana Suomessa alettiin kiinnittää huomiota sosioekonomisten ryhmien välillä näkyviin eroihin keskenmenojen esiintyvyydessä. Helsinkiläinen lääkäri Aulis Apajalahti kirjoitti Duodecim-lehdessä vuonna 1939 keskenmenojen määrän olleen suurta erityisesti heikoimman tulotason omaavissa ammattiryhmissä: eniten niitä todettiin ulko- ja sekatyöläisillä. Synnyttäjän taloudellisella tilanteella oli Apajalahden mukaan suuri vaikutus potilaiden synnytyksiin ja raskaudenaikaiseen terveyteen.²⁸ Sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja käsittelevä tutkimuskenttä on laajentunut toisen maailmansodan ajoista runsaasti, mutta Apajalahti oli myös nykytutkimuksen valossa päätelmässään oikeilla jäljillä – huono sosiaalinen asema on todettu esimerkiksi yhdeksi ennenaikaisen synnytyksen riskitekijäksi. Myös perinataalikuolleisuuden sekä imeväisikäisten eri ikäkausien kuolleisuudessa on todettu eroja, riippuen synnyttäjän sosiaaliryhmästä ja saadusta koulutuksesta. Alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä on todettu myös yleensä enemmän sairastuvuutta ja kuolleisuutta kuin muissa ryhmissä, ja elinajanodotteen on todettu huonomman tulotason omaavilla olevan heikompi kuin parempituloisilla.²⁹

Sosioekonomisen asema on käsitetty melko abstraktiksi yläkäsitteeksi, jonka mittaamisessa on käytetty hyödyksi esimerkiksi tutkittavien koulutusta, ammattia tai ammattiasemaa, tuloja sekä asuinoloja. Käsitteellä pyritään kuvaamaan yksilön elinoloja ja paikkaa yhteiskuntarakenteessa, ja sen mittaamiseen tarkoitettut tekijät on nähty yhteydessä toisiinsa: koulutus määrittää ammatin, ammatti määrittää tulot ja tulot määrittävät henkilön asuinolot ja asuinpaikan. Erilaisten sosioekonomisten luokkien terveysoloja tutkittaessa tulee ottaa huomioon myös eri tekijöiden erityispiirteet. Esimerkiksi ammatti voi heijastaa henkilön työoloja ja terveydentilaa, tulojen vaikuttaessa siihen, millainen mahdollisuus henkilöllä on hankkia terveyttä edistäviä palveluita.³⁰ Synnyttäjien sosioekonomista asemaa olen

²⁸ Apajalahti 1939, 272, 281–282.

²⁹ Koskinen & Martelin 2007, 222–223; Jakobsson & Paavonen 2009, 1320.

³⁰ Pitkänen 2007, 346; Koskinen & Martelin, 2007, 221–222.

tutkimuksessa pyrkinyt selittämään synnytyskertomuksista saatavien tietojen avulla. Näitä tietoja ovat synnyttäjien tai heidän aviomiehensä ammatti sekä potilaan tulotason indikaattori, hoidosta maksettu summa.

Sosioekonomisten ryhmien kuolleisuus- ja terveyserojen syitä on luokiteltu tutkimuksissa yleensä kahteen päätyyppiin: kausaaliselityksiin ja valikoitumisen merkitystä korostaviin selityksiin. Kausaaliselityksissä sosioekonomisen aseman nähdään vaikuttavan terveyteen erilaisten tekijöiden välityksellä. Esimerkiksi alemmissa yhteiskuntaluokissa yleisiä terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat materiaaliset seikat, joihin kuuluu muun muassa kuormittava työ, epäterveellinen asuinympäristö, huono ravitsemustilanne sekä puutteelliset terveydenhuollon palvelut. Muita tekijöitä voivat olla esimerkiksi elintapoihin liittyvät seikat, kuten runsas tupakan ja alkoholin käyttö, mikä on yleisintä alemmissa sosiaaliryhmissä. Valikoitumisen merkitystä korostavissa selityksissä nähdään, että terveys ja siihen liittyvät tekijät valikoivat ihmisiä eri sosioekonomisiin ryhmiin, eli sosioekonominen asema on seurausta terveydentilasta. Myös erilaisten psykososiaalisten tekijöiden on nähty vaikuttavan luokkien terveyseroihin. Esimerkiksi stressaavien elämäntapahtumien on nähty olevan yksi tekijä terveyseroissa. Heikon raskautta edeltävän mielenterveyden on nähty myös olevan keskeinen riskitekijä raskauden aikaisille komplikaatioille: se altistaa lapsen alhaiselle synnytyspainolle ja lisää riskiä kuolleena syntyneisiin lapsiin.³¹ Tässä tutkimuksessa keskityn kausaaliselityksiin, ja katson niiden vaikuttavan eri sosioekonomisten ryhmien aineistossa näkyviin eroihin. Valikoitumista korostavia selityksiä en tutkimuksessa käsittele, sillä pelkkien synnytyskertomusten avulla ei pysty tekemään johtopäätöksiä siitä, miten tietyn synnyttäjän terveydentila on vaikuttanut hänen sosioekonomiseen asemaansa yhteiskunnassa – tähän tarvitsisi laajempaa tietoa synnyttäjän henkilöhistoriasta, erityisesti terveyshistoriasta. Psykososiaaliset tekijät tulee kuitenkin tutkimuksessa myös huomioida: sota-aika oli varmasti raskaana oleville naisille erittäin stressaavaa ja henkisesti rankkaa aikaa.

Synnyttäjien asuinpaikkoja koskevaan tutkimukseen liittyy sosiaalisen segregaaation käsite. Asuinalueiden sosiaalisella segregaaatiolla tarkoitetaan alueiden eriytymistä esimerkiksi asukkaiden tulojen tai sosioekonomisen taustan mukaan. Huono-osaisten asuttamilla asuinalueilla on yleensä korkeampaa työttömyyttä, heikommat palvelut ja matalampi tulotaso kuin keskiluokan -ja hyväosaisten asuinalueilla. Näillä alueilla huono-osaisuus myös periytyy jälkikasvulle monella tavalla. Tämä on huomattu esimerkiksi vertailemalla huonommilla

³¹ Koskinen & Martelin, 2007, 225; Witt et al., 2012.

alueilta sekä parempiosaisilta alueilta tulevien lasten pituuksia ja koulutodistuksia – paremmilta alueilta tulevat lapset ovat yleensä olleet pidempiä ja saaneet parempia arvosanoja koulussa. Asuinympäristön ominaisuuksilla ja elinoloilla on suuri vaikutus myös raskauden kulkuun ja synnytyspainoihin. Esimerkiksi ympäristön likaisuus, meluisuus ja ahtauteen saattaa myötävaikuttaa keskisuuteen ja alhaiseen synnytyspainoon.³²

Kirjallisuuden perusteella Tampereen kaupunginosat olivat 1900-luvun alussa ja tutkimuksessa tarkasteltavana ajankohtana sosioekonomisilta jakaumiltaan melko sekalaisia, kantakaupungin alueiden ollessa kuitenkin pääosin varakkaampaa seutua kuin ympäröivät, työväestövaltaiset alueet. Vaikka segregatio ei siis ollut Tampereella kovin suurta ja asuinalueiden väestö oli sekalaista, oli kaupungissa silti selvästi työväen asuinalueita sekä asuinalueita, joissa ylempät sosiaaliluokat muodostivat suuren osuuden. Esimerkiksi keskustan läheisyydessä olevien Nalkalan (III), Pyynikinrinteen (VII) ja Kyttälän eteläosan (XII) alueiden väestö oli sosioekonomisesti todella hyvin toimeentulevaa, kun taas kauempana keskustasta olleet Nekalan, Viinikan ja Härmälän kaupunginosat koostuivat enimmäkseen köyhästä työväestöstä. Alueet poikkesivat myös elinoloiltaan: vaikka työväestön kaupunginosissa yleinen ahtauteen oli laskenut 1930-luvun aikana Tampereella huomattavasti, oli se ja erilaisten asumismukavuuksien puute edelleen työväestön asuinalueilla, erityisesti osassa esikaupunkialueita, suurempaa kuin muualla kaupungissa.³³ Sitä segregatiota jota Tampereella oli, sekoitti todennäköisesti osaltaan sota-aikana Tampereelle muuttanut siirtolaisväestö, kun eri sosioekonomisiin luokkiin kuuluneet evakot muuttivat kaupunginosista sinne, missä oli tilaa ja mihin rakennettiin uusia asuntoja. Tutkimuksen kannalta on kiinnostavaa selvittää tarkemmin kaupungin eri alueiden sosioekonomista jakaumaa ja sitä, vaikuttiko synnyttäjien sosioekonominen tausta ja asuinpaikka synnytyksiin ja synnytyspainoihin.

Tutkimuksissa on todettu myös siviilisäädyn vaikutus terveyteen ja kuolleisuuteen. Naimisissa olevilla on todettu alhaisempaa kuolleisuutta ja parempaa terveydentilaa kuin naimattomilla, ja avioliitolla on nähty olevan terveyttä suojaava ja sitä ylläpitävä vaikutus, naimisissa olevien elinympäristön ja elintapojen ollessa yleisesti terveyden kannalta parempia kuin naimattomien.³⁴ Raskauden aikana siviilisäädyn merkitys korostuu entisestään. Ahdistuneisuus ja masennus vaikuttavat negatiivisesti sikiön kasvuun ja syntymäpainoon, ja partnerin tai

³² Kramer 1987, 719; Saaritsa 2016, 330; Eerola & Saarimaa 2019, 238–240.

³³ Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 42–44, 69, 76–68, 216–227.

³⁴ Koskinen & Martelin 2007, 227–228.

puolison antaman raskauden aikaisen tuen on todettu vähentävän synnyttäjän ahdistuneisuutta ja parantavan mielenterveyttä. Isän heikko osallistuminen äidin raskauden aikaiseen tukemiseen on myös nähty synnytyspainoja heikentävänä tekijänä.³⁵ Sodan aikana raskaana olevien, naimisissa olevien naisten miehiltään saama tuki riippui pääosin siitä, oliko mies rintamalla vai ei. Synnytyskertomukset ovat tältä osin puutteellisia – niistä ei miehen olinpaikkaa raskauden tai synnytyksen aikana selviä. Voi kuitenkin olettaa, että raskaus sodan aikana oli stressaavampaa ja terveydelle raskaampaa kuin rauhan aikana, ja monen naisen täytyi myös Tampereella selvitä siitä ilman miehensä tukea.

Väestöilmiöihin ja väestön terveyteen vaikuttaa taustalla yhteiskunnan laajemmat kehityskulut, kuten väestöpolitiikka. Väestöpolitiikalla tarkoitetaan yhteiskuntapoliittisia toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on vaikuttaa esimerkiksi väestönkehitykseen tai väestön alueelliseen jakautumiseen. Minna Harjulan mukaan sotien aikana väestöpoliittista keskustelua vallitsi 1930-luvulla alkanut keskittyminen syntyvyyden nostamiseen ja lapsikuolleisuuden torjumiseen. Lasten ja äitien terveys nostettiin keskiöön – tästä esimerkkinä oli se, että vuosina 1939–1944 alettiin säätämään lakeja äitiys- ja lastenneuvoloiden rakentamisesta ja kunnanlääkärien sekä terveystönsuostajien palkkaamisesta. Väestöpolitiikka limittyi usein muiden poliittisten osa-alueiden kanssa yhteen. Sitä saattaa olla vaikea erottaa esimerkiksi perhepolitiikasta, jonka alueella tehtävät perheiden elinolojen parantamiseen tähtäävät päätökset voivat vaikuttaa ratkaisevasti väestöilmiöihin kuten syntyvyyteen.³⁶ Uskon että terveydenhuoltoa koskevat väestöpoliittiset- ja perhepoliittiset uudistukset 1900-luvun alussa ja sotien aikana vaikuttivat myös Tampereella synnyttäneiden naisten raskauden aikaiseen yleisterveyteen positiivisesti.

Väestöilmiöt, kuten syntyvyys ja väestön terveys, vaikuttavat lähestulkoon kaikkeen yhteiskunnassa, ja näiden vaikutusten historiallinen tunteminen on erityisen olennaista myös silloin, kun pyritään ymmärtämään nykyisyyttä ja suunnittelemaan tulevaisuutta.³⁷ Uskon että historiallisen väestöntutkimuksen sekä historiallisen antropometrian tutkimuskenttään sijoittuva tutkimus on yhteiskunnallisesti tärkeä. Se auttaa ymmärtämään nykyisyyden väestö- ja terveyskriisejä monipuolisemmin, laajentaen myös tulevaisuuden kriisien ja haasteiden ymmärtämisen keinoja. Ajankohtaisin kriisi tällä hetkellä on COVID-19-pandemia, jonka pitkän aikavälin vaikutukset väestön syntyvyyteen, kuolleisuuteen ja väestön yleisterveyteen

³⁵ Merklinger-Gruchala et al., 2009, 1, 10.

³⁶ Koskinen et al., 2007, 17; Harjula 2015, 129, 145, 151.

³⁷ Koskinen et al., 2007, 17

ovat vielä melko tutkimattomia, mutta jonka tutkimuskenttä kasvaa jatkuvasti. Kriisin välittömänä seurauksena on havaittu esimerkiksi kasvanutta syntyvyyttä,³⁸ mutta pitkän aikavälin seuraukset väestöön tuskin ovat kovin positiivisia, niin kuin eivät sotienkaan.³⁹ Historiallisissa väestöilmiöissä on vielä paljon tutkittavaa, ja historian ohella niiden tutkimisesta hyötyy moni muu ala, kuten lääketiede ja sosiologia.

2.4 Aiempi tutkimus

Historian tutkimusalalla erityisesti perinteisiä väestöhistorian kohteita, kuten syntyvyyttä, kuolleisuutta ja muuttoliikkeitä on tutkittu paljon. Historiallisen väestön biologisia ominaisuuksia käsittelevä tutkimuskenttä ei ole laajuudeltaan aivan yhtä merkittävä, mutta myös siihen sisältyy paljon mielenkiintoista ja syvällistä tutkimusta. Kenttä myös laajentuu uusien tutkimusten myötä jatkuvasti. Suomessa Sakari Saaritsa on tehnyt historiantutkimuksia antropometrisistä näkökulmista, esimerkiksi tutkiessaan 1900-luvun alun eri sosioekonomisista luokista tulevien koululaisten pituuseroja. Tutkimuksessaan Saaritsa toteaa sosioekonomisten tekijöiden vaikuttaneen lasten pituuksiin, parempiosaisista luokista tulleiden lasten ollessa keskimäärin pidempiä kuin huonompiosaisten lasten.⁴⁰

Synnytyspainoja käsittelevää tutkimusta on tehty viimeisen sadan vuoden aikana paljon etenkin lääketieteen, erityisesti epidemiologian alalla. Tieteen historian kannalta nämä tutkimukset ovat erityisen kiinnostavia. Yhdysvalloissa synnytyspainoja koskevia lääketieteen alan tutkimuksia on julkaistu runsaasti. Esimerkiksi M. S. Kramerin vuonna 1987 julkaistussa artikkelissa tarkastellaan Yhdysvalloissa vuosina 1970–1984 julkaistuja syntymäpainoja ja raskauden kestoja käsitteleviä lääketieteellisiä tutkimuksia. Kramer nostaa tutkimuksessaan esille erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat tai eivät vaikuta synnytyspainoihin. Tutkimuksessaan Kramer toteaa, että heikko sosioekonominen asema ei suoraan vaikuta synnytyspainoihin, mutta sosioekonomisen aseman tasoon liittyvät muut tekijät kuten heikko ravinnonsaanti ja päihteen käyttö, voivat niihin vaikuttaa.⁴¹ Myös antropometrisella historiantutkimuksella on maassa pitkät perinteet, esimerkkinä 1980-luvun lopulla julkaistu tutkimus, jossa tarkasteltiin Philadelphiassa 1800-luvun puolivälissä syntyneiden lasten synnytyspainojen ja imeväiskuolleisuuden vaihteluita kaupungin köyhimpien keskuudessa. Tutkimuksessa

³⁸ Marttinen 2021.

³⁹ Arthi & Parman 2021, 1–17.

⁴⁰ Saaritsa 2016, 358–359.

⁴¹ Kramer 1987, 663, 682–683.

todettiin köyhistä oloista tulevien äitien synnyttäneen yllättävän painavia lapsia, painojen laskiessa ainoastaan Yhdysvaltain sisällissodan tuoman puutteen myötä.⁴²

Melko uudessa, vuosia 1986–2012 käsittelevässä brittiläisessä tutkimuksessa todettiin syntymäpainojen kasvaneen ja vastasyntyneiden muuttuneen entistä painavimmiksi Englannissa ja Walesissa tutkimuskohteena olevana aikana. Myös muissa Länsi-Euroopan maissa sekä Pohjois-Amerikassa havaittiin samansuuntaista kehitystä. Syitä tähän katsottiin olevan monia: käytännössä niiden kaikkien voidaan kuitenkin katsoa johtuvan nykyaikaisen länsimaisen yhteiskunnan trendeistä. Ensinnäkin äitien keskimääräinen ikä on kasvanut ja raskauden aikaiset puutteet erityisesti ravinnon suhteen ovat vähentyneet. Lisäksi ylipainoisuus on lisääntynyt – äidin ylipainolla on nähty olevan myös sikiön painoa nostava vaikutus. Myös tupakan polton vähentymisen voidaan nähdä parantaneen sikiöiden terveyttä ja samalla nostaneen niiden painoja.⁴³

Länsimaiden lisäksi synnytyspainoja on tutkittu myös kehittyvissä -ja kehitysmaissa, joissa synnytyspainoihin vaikuttavat tekijät saattavat usein poiketa länsimaista. Esimerkiksi Intiassa alettiin 1900-luvun lopulla kiinnittämään huomiota maan alhaisiin synnytyspainoihin sekä korkeaan imeväiskuolleisuuteen ja tutkimaan niiden syitä ja seurauksia. Selittäviä tekijöitä alhaisille painoille löytyi monia, kuten synnyttäjän huono elinympäristö ja hygienia, heikko ravinnonsaanti, nuori ikä sekä huono koulutus ja tulotaso. Tutkimuksissa todettiin myös kroonisia aikuisten tauteja kuten kohonnutta verenpainetta esiintyvän jopa 40 % alhaisen syntymäpainon omaavista lapsista myöhemmin elämässä.⁴⁴

Tämän tutkimuksen aineiston keräsin ollessani töissä kansainvälisessä tutkimusprojektissa, jossa oli mukana muun muassa sveitsiläinen Zurichin yliopisto. Sveitsissä tutkimus keskittyi Baselin synnytyslaitoksella syntyneiden lasten painoihin ensimmäisen maailmansodan aikana. Tutkimuksessa todettiin synnytyspainojen laskeneen sodan aikana myös neutraalissa Sveitsissä, pääasiassa ravinnonpuutteen ja espanjantaudin vaikutuksesta. Melko samanlaisiin tuloksiin päädyttiin myös eräässä hollantilaisessa tutkimuksessa, jossa toisen maailmansodan aikaisen nälänhädän ja tautien todettiin nostavan keskosuuden riskiä etenkin silloin, jos nälänhätä vaikutti äitiin raskauden ensimmäisellä kolmanneksella.⁴⁵

⁴² Goldin & Margo 1989, 377.

⁴³ Ghosh et al., 2018, 264, 266–269.

⁴⁴ Bhargava 2017, 7–8, 251, 261–262.

⁴⁵ Kramer 1987, 695; Butie et al., 2020, 157.

Kiinnostus väestöhistoriallisen datan käyttöä ja tutkimista kohtaan kasvaa jatkuvasti historiantutkimuksen piirissä. Tämän voi huomata esimerkiksi melko uusista historian alan pro gradu -tutkielmista. Helsingin yliopiston talous- ja sosiaalhistorian alalta julkaistut pro gradut, Eeva-Maija Jokiniemen *Kasvunvaraa vai varaa kasvaa? Varhaislapsuuden kasvuerot 1930-luvun Helsingissä* (2020) sekä Stella Rummukaisen *Vastasyntyneet konfliktien keskellä. Imeväiskuolleisuuden vaihtelu Suomessa toisen maailmansodan aikana* (2019) ovat kiinnostavia esimerkkejä uudesta, väestöhistoriaan ja antropometrisen historiantutkimuksen viitekehukseen pohjaavista opinnäytetöistä, jonka piiriin myös tämä tutkimus asettuu.⁴⁶

3. Tampere ja sota-ajan synnytyksiin vaikuttaneet historialliset kehityskulut

Tässä luvussa taustoitan tutkimuskirjallisuuden avulla tutkimuksen aihepiiriä. Synnytyslaitoksen historiaan, syntyvyyteen, synnytyksiin ja muihin hoitotapahtumiin kohdistuvaa analyysia varten ensimmäisessä luvussa taustoitetaan Suomen terveystalouden kehitystä sekä väestöpoliittista keskustelua 1900-luvun alun vuosikymmeninä ja sotien aikana. Toisessa luvussa taustoitan naisten asemaa sekä naiseuteen ja äitiyteen liittyviä käsityksiä toisen maailmansodan aikana. Kolmannessa luvussa tarkastelen Tampereen kaupungin piirteitä 1900-luvun alun vuosikymmeninä, ja neljännessä luvussa käsittelen Tampereen tapahtumia sekä ravintotilannetta toisen maailmansodan aikana.

3.1 Suomen väestöpolitiikka ja terveystalouden kehitys 1900-luvun alussa

Suomi oli ennen toista maailmansotaa elänyt pitkään rakenteellisen muutoksen ajassa. Siitä oli kehittynyt demokraattisempi: kaikki täysi-ikäiset olivat saaneet äänioikeuden 1900-luvun alussa. Koulutusmahdollisuudet olivat myös parantuneet ja sosiaalinen nousu eri luokkien välillä oli tullut aiempaa paremmin mahdolliseksi. Tämän positiivisen kehityksen ohella oli Suomen syntyvyys kuitenkin alkanut vähentymään 1800-luvun lopulta lähtien. Keskeisimpänä syynä syntyvyyden vähenemiseen on katsottu olleen uudet, syntyvyyden säännöstelyä koskevat ajatukset. Maan väestön siirtyessä yhä suuremmissa määrin kaupunkeihin ei lapsia enää tarvittu niin paljon kuin ennen. Maaseudulla lapsi nähtiin tärkeänä lisänä työvoimaan ja mahdollisena tilanjatkajana, kun taas kaupungissa lapsi oli yksi ruokittava syy lisää. Kehitys

⁴⁶ Rummukainen 2019; Jokiniemi 2020.

on ollut samankaltainen myös muiden länsimaiden historiassa: syntyvyys ja hedelmällisyys ovat alentuneet, kun maan kaupungistumis- ja teollistumisaste sekä elintaso ovat kohonneet.⁴⁷ Kaupungeissa oli maaseutua enemmän työmahdollisuuksia, mutta kaupungeissa oli usein myös kalliimpaa ja ahtaampaa elää. Erityisesti naisille kaupungit tarjosivat enemmän mahdollisuuksia töiden kannalta, mutta kaupunkien teollisuuden työpaikkoihin sijoittuneilla naisilla oli ylipäätään paljon vähemmän aikaa lastenhoitoon, eikä maaseudulla yleisille suurperheille ollut kaupungeissa tilaa eikä aikaa. Kaupungeissa siis panostettiin mieluummin lasten laatuun kuin määrään.⁴⁸ Sotien aikana tapahtuneella naisten statuksen nousulla on myös nähty olleen suuri vaikutus syntyvyyden vähenemiselle: naisten kouluttautumisen- ja työmahdollisuudet kasvoivat ja samalla vaikutusvallan kasvu synnytysasioihin nousi. Myös erilaisten instituutioiden, kuten konservatiivisen kirkon vallan väheneminen, on yleensä taannut syntyvyyden laskun.⁴⁹

Syntyvyyden vähentyminen aiheutti Suomessa runsaasti huolta 1900-luvun alussa. 1920-luvulle tultaessa siitä oli tullut jo keskeisin väestökysymys Suomessa, ja väestönkasvun tärkeydestä tuli kaikkia eri yhteiskuntapiirejä yhdistävä näkemys.⁵⁰ Toisen maailmansodan myötä Suomen demografiset ongelmat nousivat entistä enemmän keskustelun kohteeksi. Syntyvyyden alenemista, väestönkasvun taantumista ja korkeaa imeväiskuolleisuutta pidettiin väestön keskeisimpinä ongelmina. Väestönkasvua oli jo ennen sotaa pidetty kansakunnan olemassaolon välttämättömänä perustana ja sodan myötä tämä ajatus vain vahvistui. Osaltaan väestönkasvu tarkoitti myös kansan elinvoiman ja valtion sotilaallisen voiman kasvua.⁵¹ Nyt väestönkasvun lisäämisestä tuli todella tärkeä yhteiskuntapoliittinen tavoite, ja syntyvyyden kasvun turvaamiseksi alettiin tehdä monia terveydenhuollon uudistuksia. Näistä uudistuksista keskeisimmät olivat vuonna 1944 säädetyt kolme lakia: laki kunnankätilöistä, laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista sekä laki kunnallisista terveystieteistä. Jo ennen sotia oli tehty uudistuksia väestönkasvun ja syntyvyyden lisäämiseksi: vuonna 1937 alulle laitettu äitiysavustusjärjestelmä voidaan nähdä Suomen valtion ensimmäisenä väestöpoliittisena tukimuotona.⁵² Sota-aikana Suomi menetti jatkuvasti sotarintamalla nuorta väestöään, eikä sillä ollut varaa hävitä sotaa syntyvyyttä vastaan kotirintamallaan.

⁴⁷ Jokinen & Saaristo 2006, 86, 196.

⁴⁸ Wanamaker 2012, 169–170.

⁴⁹ Grabowski, Self & Shields 2015, 152–154.

⁵⁰ Meskus 2003, 214, 217.

⁵¹ Meskus 2003, 215; Harjula 2015, 120.

⁵² Nätkin 1997, 77; Wrede 2003, 58, 78.

Suomen väestöpolitiikkaan vaikutti sotien aikana ja ennen sitä erityisesti Ruotsista sekä Natsi-Saksasta omaksutut vaikutteet. Ruotsista tulleet vaikutteet olivat pääosin positiivisia – länsinaapurista Suomeen levisi muun muassa ajatus sukupuolten välisestä kumppanuudesta, jossa nainen ja mies olivat molemmat yhteiskunnallisia vaikuttajia. Toisaalta ruotsalaiseen käsitykseen kuului myös ajatus ”kotiäitisopimuksesta”, jossa naisen paikkana nähtiin koti ja tehtävänä äitiys. Natsi-Saksasta Suomeen levisi konservatiivista, negatiivista väestöpolitiikkaa, jossa väestöä luokiteltiin ylempään ja alempiarvoiseen väestöön. Saksasta levisi myös ideat rotuhygieniasta sekä erityisesti siihen liittyvät ajatukset syntymien ja syntyvyyden jalostamisesta – alempiarvoisena pidetyn väestön syntyvyyttä haluttiin rajoittaa. Ajatusta vihollisen poistamisesta oman kansan keskuudesta perusteltiin erityisesti Suomen kansallisen elinvoiman säilyttämisellä. Vihollisilla ei Suomessa tarkoitettu muita kansallisuuksia ja rotuja, vaan lähinnä perinnöllisiä sairauksia omaavia kansalaisia, sekä alkoholisteja ja homoseksuaaleja. Tällainen väestö haluttiin steriloida joko vapaaehtoisesti tai vastentahtoisesti. Tämän väestöpoliittisen ajattelun pohjalta vuonna 1935 säädetty sterilointilaki oli Suomessa voimassa lopulta vuoteen 1970 asti.⁵³

Syntyvyyden vähenemisen yhtenä syynä uskottiin olevan laittomat raskaudenkeskeytykset eli sikiönlähdettämiset. Ne olivat lisääntyneet erityisesti 1900-luvun alusta lähtien, ja 1930-luvulla sikiönlähdettämistä tuli yleisin ”äitiysrikos”, sen syrjäyttäessä rikostilastoissa lapsenmurhan. 1930- ja 1940-lukuja pidetäänkin sikiönlähdettämisen huippukausina – laittomia raskaudenkeskeytyksiä arvioitiin tehtävän Suomessa vuosittain noin 25 000–30 000, joista kuitenkin vain pieni osa tuli viranomaisten tietoon. Sikiönlähdettäminen oli yleisintä työväestön keskuudessa, jossa työläisnaisten huonot taloudelliset ja sosiaaliset olosuhteet saattoivat johtaa laittomaan aborttiin. Sen voidaan nähdä olleen yksi ehkäisykeinoista sekä naimattomien että naimisissa olleiden naisten keskuudessa: se oli niin yleistä, että sikiönlähdettäjiille muodostui jopa omat ammattikunnat, jotka auttoivat rahaa vastaan naisia saamaan tahallisen keskenmenon. Sikiönlähdettäminen oli suuri riski siihen ryhtyvien naisten terveydelle. Ne aiheuttivat usein tulehduksia ja jälkitauteja, jotka pahimmissa tapauksissa saattoivat johtaa naisten hedelmättömyyteen ja jopa kuolemaan. Laittomat raskaudenkeskeytykset vähenivät vasta vuoden 1950 aborttilain säätämisen myötä, jossa pyrittiin laajentamaan laillisia aborttiperusteita terveydellisistä syistä myös sosiaalisiin syihin.

⁵³ Nätkin 1997, 66–71.

Aiemmin abortteja oli tehty sairaaloissa käytännössä vain, jos naisen hengen katsottiin olevan raskauden tai synnytyksen takia vaarassa.⁵⁴

Sikiönlähdettäminen saattoi aiheuttaa sen tekeville naisille niin pahoja jälkitauteja, että sairaanhoitoon hakeutuminen oli välttämätöntä. Lääkärit hoitivat myös kotikäynneillään paljon laittoman abortin tehneitä. Esimerkiksi Finlaysonin sairaalan lääkärinä vuodesta 1935 lähtien toiminut Herbert Fock hoiti vuosittain noin 50 laittoman abortin tehnyttä, jonka lisäksi hän hoiti vastaanotollaan useita keskenmenon saaneita, joiden myös epäiltiin tehneen abortin. Laittomia abortteja esiintyi Fockin mukaan Tampereella siviilisäätyyn katsomatta sekä naimattomien että naimissa olleiden naisten joukossa. Ajan tavan mukaan Fock teki aina ilmoituksen laittoman abortin tehneistä naisista poliiseille, mutta poliisilaitos usein sivuutti nämä tapaukset, sillä laitoksella ei ollut aikaa niitä käsitellä.⁵⁵ Sikiönlähdettäminen oli siis 1930–1940-luvuilla niin yleistä, että poliiseilla ei ollut edes resursseja viedä näitä tapauksia eteenpäin. Tapausten tutkimattomuus saattoi johtua myös siitä, että sikiönlähdettämistä ei pidetty kovin vakavana rikoksena. Sikiönlähdettämisestä aiheutuneiden jälkitautilien vuoksi hoitoon hakeutuneita naisia näkyy paljon myös Tampereen synnytyslaitoksen vuosikertomuksissa, jossa hoidettiin vuosittain kymmeniä, vuosina 1942–1943 jopa satoja potilaita, jotka eivät tulleet laitokselle synnyttämään mutta joiden oireisiin kuului verenvuoto. Verenvuodon takia potilaille tehtiin yleensä toimenpiteenä kohdun kaavinta, jossa kohtuontelo tyhjennettiin mahdollisesti sinne jääneistä raskausmateriaaleista.⁵⁶ Moni tällainen potilas oli luultavasti tehnyt aiemmin laittoman raskauden keskeytyksen kotioloissa, osa taas saattoi hakeutua hoitoon luonnollisesti saadun keskenmenon takia.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä oli vielä talvisodan alkaessa melko kehittymätön, ja hyvinvointi sekä terveystalvet olivat Suomessa alueellisesti hyvin jakautuneet. Etelä-Suomen suurissa kaupungeissa palvelut olivat hyvät ja imeväiskuolleisuus oli ollut laskussa, kun taas maaseudulla ja muilla syrjäisemmällä seuduilla terveystalvet olivat puutteelliset ja noin joka kymmenes lapsi kuoli ennen ensimmäisen ikävuoden täyttämistä. Eliniänodote talvisodan alussa syntyvälle tytölle oli 61 vuotta, pojalla 55 vuotta.⁵⁷ Puutteista huolimatta oli 1930-luvun aikana terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseksi tehty Suomessa paljon töitä. Erityisesti oli kiinnitetty huomiota järjestelmän uudelleenorganisointiin, kuntien vastuun kasvaessa ja niiden roolin korostuessa terveystalvetuiden tarjoajana. Uudistuksiin haettiin

⁵⁴ Meskus 2003, 211–214, 218–221.

⁵⁵ Miettinen 1990, 215.

⁵⁶ Tiitinen 2021, ”Raskaudenkeskeytykset”; Tampereen synnytyslaitosaineisto.

⁵⁷ Laurent 2008, 63–64.

esimerkkejä muualta Länsi-Euroopasta, erityisesti Ruotsista ja Saksasta, joissa terveydenhuoltojärjestelmät olivat Suomea kehittyneempiä. Sairaalalaitosta haluttiin kehittää erityisesti muuttamalla lääninsairaalat erikoissairaanhoidon tarjoaviksi keskussairaaloiksi. Suunnitelmat viivästyivät toisen maailmansodan syttymisen takia, ja keskussairaalalaki hyväksyttiin eduskunnassa vasta vuonna 1943. Lain myötä Suomi jaettiin 20 sairaanhoitopiiriin, joiden kaikkien keskuksena toimi keskussairaala. Se myös velvoitti kunnat maksamaan sairaanhoitopiiriensä keskussairaalan kustannuksista 50 prosenttia. Uudistuksen myötä terveystalouden alueellinen epätasa-arvoisuus Suomessa vähentyi.⁵⁸

Neuvolajärjestelmä toimi Tampereella jo vuonna 1938 hyvin. Niitä oli yhteensä neljä: Härmälässä, Pispalassa, Epilässä ja Viinikassa. Lisäksi esitys uuden neuvolan perustamisesta Petsamon esikaupunkiosaan oli vireillä. Tampereen terveydenhoitolautakunnan tekemien huomioiden mukaan neuvolassa käyntiä pidettiin kaupungissa suuressa arvossa. Terveystalouden tarkastusten ohella neuvoloissa levitettiin raskaana oleville ja synnyttäneille äideille tietoa esimerkiksi ravintoon ja hyviin elämäntapoihin liittyen. Erityisesti rintamaidon, raittiin ilman, puhtauden ja säännöllisyyden merkitystä korostettiin äideille.⁵⁹ Vuoden 1944 äitiys- ja lastenneuvontalain myötä kaikki Suomen neuvolat siirtyivät kuntien haltuun. Neuvoloiden toiminta perustui äitiyshuoltoa tekevän kättilön sekä lastenhoitoon keskittyvän terveyssisaren tekemään yhteistyöhön. Neuvolat edustivat 1940-luvulla Suomen politiikassa saavutettua äitiyspoliittista yhteisymmärrystä, jossa tiedostettiin äitien tarvitsema terveydenhoidollinen, raskauden ja synnytyksen aikainen tuki.⁶⁰ Neuvolajärjestelmä oli tärkeä lisäkeino raskaana olevien ja jo synnyttäneiden äitien sekä lapsien terveyden seuraamiseen sekä heidän terveydentilansa parantamiseen.

Asetus synnytyslaitoksista oli säädetty jo vuonna 1892, ja ennen neuvolajärjestelmän kehittämistä synnytyslaitokset olivatkin etenkin isoissa kaupungeissa kuten Tampereella tarjonneet naisille apua raskauden aikaisiin tauteihin ja synnytyksiin. Myös niiden saatavuus oli muiden terveystalouden ohella Suomessa alueellisesti kuitenkin hyvin eriarvoistunut, ja niitä oli lähinnä vain kaupungeissa, maaseudun jäädessä usein niistä paitsi. Maaseudulla synnyttiin yleensä kotona, ja synnyttämässä avustivat lähinnä yksityiset- tai kunnankättilöt, joiden tehtäviin oli vuodesta 1937 lähtien kuulunut myös äitien neuvontatyö.⁶¹ Tampereen

⁵⁸ Saarivirta, Consoli & Dhondt 2010, 31–32.

⁵⁹ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1938, 7.luku: Tampereen terveydenhoitolautakunnan kertomus vuodelta 1938, 29, 65.

⁶⁰ Wrede 2003, 80; Harjula 2015, 150.

⁶¹ Harjula 2015, 35, 85.

laadukkaasta synnytyslaitoksesta johtuen kaupungissa synnytettiin yksityiskätilöiden avustamina tai kotona melko vähän – jo 1920-luvulla noin 93 % tamperelaisista synnytti laitoksella.⁶²

Tampereen synnytyslaitoksella synnytykset tapahtuivat pääasiassa normaalisti, alatiesynnytyksinä. Keisarileikkauksia ei 1900-luvun alussa ja sodan aikana juurikaan tehty, sillä niihin sisältyvät riskit olivat erittäin suuret. Ne alkoivat yleistymään vasta vuoden 1945 jälkeen, kun antibioottien, erityisesti penisilliinin käyttö lisääntyi – ennen antibiootteja leikkauksen jälkeiset hengenvaaralliset infektiot olivat yleisiä. Esimerkiksi vuosina 1941–1945 ainoastaan noin prosentti Tampereen synnytyslaitoksella tapahtuneista synnytyksistä oli keisarileikkauksia. Laitoksen lääkärit pyrkivät välttämään keisarileikkausten tekoa myös vaikeissa tilanteissa riskien suuruuden takia.⁶³

Lapsiperheiden asemaa pyrittiin 1930–1940-luvun Suomessa parantamaan monien erilaisten lakien säätämisen kautta, kuten vuoden 1937 äitiyslain, 1943 perheenlisiä koskevan lain sekä vuoden 1944 kodinperustamislainoja koskevan lain avulla. Sotien jälkeen vuonna 1948 säädettiin lisäksi perheiden kannalta erittäin tärkeä lapsilisälaki.⁶⁴ Väestöpoliittisessa keskustelussa äitien ja lasten terveys oli keskiössä. Lasten ja äitien terveyteen panostamisen katsottiin johtavan syntyvyyden kasvuun ja lapsikuolleisuuden vähenemiseen. Sodan myötä terveydenhuolto alettiin nähdä yhä enemmän valtion vastuualueena, ja sen luotettavuutta, määrätietoisuutta ja yhtenäisyyttä pidettiin erityisen tärkeänä. Kunta taas nähtiin valtion paikallisena toimeenpanoelimenä, ja kansanterveystyö siirtyikin Mannerheimin Lastensuojeluliiton kaltaisilta järjestöiltä kunnille. Kun aiemmin terveyspalveluiden saatavuus oli ollut Suomen sisällä kunnittain hyvin eriarvoista, syntyi sodan aikana erilaisten lakiuudistuksien ja yhteiskunnallisten muutosten myötä Suomeen kaikki kunnat kattava kansanterveystyötä tekevä organisaatio, kun koko avohuolto alettiin nähdä kuntia velvoittavana palvelukokonaisuutena.⁶⁵ Vaikka sota oli Suomen ja suomalaisten kannalta kaamea asia, harppasi Suomen terveydenhuoltojärjestelmä osin juuri sodan takia suuria askelia eteenpäin.

⁶² Teräsvuori 1955, 1671; Keskinen, Peltola & Suodenjoki, 2005, 20.

⁶³ Teräsvuori 1952, 936–940.

⁶⁴ Meskus 2003, 227–228.

⁶⁵ Harjula 2015, 129, 131, 134, 145.

3.2 Naiset, äitiys ja sota

Toisen maailmansodan syttyessä suuri osa suomalaisista miehistä joutui rintamalle, kun taas naiset jäivät pääosin kotiin tekemään yhteiskunnan kannalta tärkeitä ja välttämättömiä töitä. Muutoksen myötä sukupuolten roolit suomalaisessa yhteiskunnassa järjestäytyivät uudelleen. Kotirintamalla naiset saattoivat päätyä monenlaisiin töihin, kuten maanpuolustustehtäviin, hoitotöihin tai työvelvollisuustöihin.⁶⁶ Naisten työvoimapanosta pidettiin sodan aikana ratkaisevana yhteiskunnan perustoimintojen ylläpitämisen takaamista varten. Naisten työllistämistä välttämättömiin tehtäviin organisoitiin Suomessa talvisodan myötä perustettu Naisten työvalmiuskeskus, joka muutettiin välirauhan myötä vuonna 1940 Naisten valmiusliitoksi. Naisten valmiusliitto järjesti naisille 6 kuukautta kestäviä työleirejä, joissa naiset saivat koulutusta töihin, joiden katsottiin olevan yhteiskunnan toimivuuden kannalta relevantteja. Tällaisiin töihin kuului muun muassa lapsista ja vanhuksista huolehtiminen, karjanhoito, maanviljelystyöt, ruoanlaitto sekä muut jokapäiväiset, kodin piirissä tehtävät työt. Tampereella lähin työleirejä järjestävä työpalvelukeskus sijaitsi Pirkkalassa. Kaikki Suomen 18–55-vuotiaat kansalaiset olivat vuoden 1942 työvelvollisuuslain nojalla työvelvollisia, joita voitiin määrätä työpalveluun. Pääosin laki kuitenkin koski pelkästään naisia, miesten ollessa rintamalla.⁶⁷

Sodan myötä naisten määrä aiemmin miesvaltaisilla aloilla lisääntyi. Esimerkiksi teollisuuden töissä naisia alkoi sodan kuluessa olla yhä enemmän: vuonna 1943 naisten osuus teollisuuden työntekijöistä oli jo 51 prosenttia. Naiset tekivät tehtaissa rankkaa vuorotyötä haastavissa olosuhteissa, ja työvuorot saattoivat venyä jopa 10 tunnin pituisiksi. Maatilojen emännillä työpäivät olivat vielä pidempiä, jopa yli 12 tuntisia. Palkkatöiden lisäksi naiset saatettiin määrätä muihin, palkattomiin töihin, kuten mottitalkoisiin, joilla pyrittiin helpottamaan maan polttopuupulaa.⁶⁸ Työnantajat palkkasivat sota-aikana mieluusti naisia, sillä heille voitiin maksaa töistä huomionpää palkkaa kuin miehille. Naisten palkka olikin sota-aikana vain noin puolet miesten palkan määrästä, vaikka sotateollisuuden töissä naisten tulokset olivat usein parempia kuin miehillä.⁶⁹

⁶⁶ Näre 2008, 9.

⁶⁷ Alander 2020, 545–548.

⁶⁸ Olsson 2008, 156, 175–176.

⁶⁹ Keskinen, Peltola & Suodenjoki, 2005, 29; Näre, 2008, 10.

Kotirintaman ohella naisia oli paljon töissä myös rintamalla. Lottia toimi sotatoimialueella paljon esimerkiksi lääkintä-, ilmavalvonta ja viestitehtävissä.⁷⁰ Lottien lisäksi rintamalla toimi myös paljon muissa tehtävissä olleita naisia, kuten sairaanhoitajia, apusisaria, sotilaskotisisaria ja työvelvollisia. Työvelvolliset toimivat rintamalla siviilityöpaikoissa, kuten pesuloissa. Sosiaaliselta taustaltaan työvelvolliset olivat pääosin työläisiä, kun taas lotat olivat taustaltaan lähinnä hyvätulaisia maaseudun naisia ja talojen tyttäriä sekä kaupunkien yläluokkaan kuuluneita nuoria naisia. Lotta Svärd-järjestö suhtautui kielteisesti punaisen taustan omaaviin työläisnaisiin ja piti heitä poliittisesti epäluotettavina, joten työläisnaisten pääsy lottatehtäviin oli vaikeaa. Kaija Heikkisen mukaan suomalaisessa yhteiskunnassa oli jo vuoden 1918 sisällissodan päättymisestä lähtien vallinnut yhä enemmän keskiluokkainen ja porvarillinen siveellisyysajattelu. Sodan myötä porvarillinen naisideaali vahvistui, ja se oli hallitsevassa osassa suomalaisen yhteiskunnan eri alueilla, myös Lotta Svärd-järjestössä. Tässä naisideaalissa nainen nähtiin ennen kaikkea äitinä, lasten synnyttäjänä ja kasvattajana sekä kodin hoitajana.⁷¹ Ritva Nätkinin mukaan lapsen synnyttäminen ja äitiys nähtiin sodan aikana isänmaallisena tekona ja kotirintamapalveluksena. Synnyttämisen ohella myös lapsen kasvatus oli äidin väestöpoliittisesti tärkeimpiä tehtäviä: lapsista piti kasvattaa kunnan kansalaisia, laadukasta väestöä.⁷² Perheen ja kodin merkitystä pidettiin porvarillisessa naisideaalissa ensisijaisen tärkeinä. Naisideaalin ylläpitämiseksi naisten moraaliin kiinnitettiin sota-aikana erityisesti rintamalla suurta huomiota, ja naisia pyrittiinkin rintamalla kontrolloimaan esimerkiksi erilaisilla seurustelemisen rajoituksilla.⁷³

Vaikka sodan nähdään vahvistaneen porvarillista naisideaalia, höllentyi se myös hieman tietyillä osa-alueilla sodan vaikutuksesta. Esimerkiksi asenteet naimisissa olevien naisten työssäkäyntiä kohtaan muuttuivat sodan myötä myönteisemmiksi, kun sota-aika oli tehnyt siitä kotirintamalla todella yleistä. Edelleen perhekeskeinen avioliittokäsitys oli kuitenkin todella vahva, ja Suomessa vallitsi kotikultiksikin kutsuttu perhekeskeisyyden korostamisen kulttuuri avioitumisen yleistyessä ja naimattomuuden vähentyessä. Myös äitiyden idea muuttui sodan myötä – sitä pidettiin edelleen perinteisenä naisille kuuluvana roolina ja keskeisimpänä tehtävänä, mutta sen käsite laajeni ideologian tasolla yhteiskunnallisen äitiyden malliksi, jossa nainen nähtiin myös yhteiskunnan yhtenäisyyden ja siveellisuuden kannattajana. Kaikilla naisilla nähtiin olevan biologisen äitiyden lisäksi luonnollinen kyky äidilliseen toimintaan erilaisilla

⁷⁰ Näre 2008, 14–15.

⁷¹ Heikkinen 2015, 157–159, 161, 168–169.

⁷² Nätkin 1997, 174–183.

⁷³ Heikkinen 2015, 164–166.

yhteiskunnan aloilla. Tämän yhteiskunnallisen äidin tehtäviin kuului myös sotatoimia tukevat tehtävät, kuten kotirintaman taistelutahdon ja henkisen moraalin ylläpito. Äitiä koski sota-aikana myös uhrautuvaisuuden vaatimus, ja heidän tuli olla valmiita luopumaan pojistaan ja lähettämään heidät sotarintamalle mahdolliseen kuolemaan. Sota-aika teki kuitenkin äideistä aktiivisia toimijoita. Vaikka edelleen kotia pidettiin äitien tärkeimpänä yhteiskunnallisen toiminnan ympäristönä, saattoivat he nyt toimia äidin roolin ohella myös palkkatyössä tai järjestötoiminnassa.⁷⁴

Suomalaisen sukupuolimoraalin nähdään höllentyneen sota-aikana, vaikka sitä valvottiin tarkasti sekä sota- että kotirintamalla. Pidättyvyyteen ja aviolliseen uskollisuuteen perustuva absoluuttisen sukupuolimoraalin käsitys antoi tilaa sallivammalle, relatiiviselle sukupuolimoraalille. Sodan tuoma poikkeustila lisäsi lyhytaikaisten, avioliiton ulkopuolisten suhteiden esiintyvyyttä väestössä. Tämä aiheutti monia ongelmia, kuten siveellisyysrikosten määrän kasvua. Esimerkiksi sikiönlähdetysten ja lapsensurmien määrät kasvoivat. Sota-aikana myös prostituutio oli yleistä, mikä nosti sukupuolitautilien määriä väestössä. Sotien aikana avioliiton ulkopuolella syntyneiden lasten määrä lisääntyi – sitä ei toisaalta paheksuttu enää yhtä paljon kuin 1900-luvun alun vuosikymmeniä. Sota-aika ja väestönkasvua korostava väestöpolitiikka oli osaltaan tehnyt myös naimattomien äitien synnytyksistä hyväksyttävämpää, ja myös heitä alettiin arvostamaan aiempaa enemmän. Suomi tarvitsi lisää lapsia, eikä synnyttäjän siviilisäädellä ollut enää kovinkaan suurta merkitystä. Toisaalta miehille ja pojille esiaviolliset sukupuolisuhteet olivat edelleen paljon sallitumpia kuin naisille ja tytöille.⁷⁵

Sotien myötä naisten asema yhteiskunnassa muuttui. Vaikka porvarillinen naisideaali oli yhteiskunnassa edelleen vahvoilla, sotien aiheuttama naisten lisääntynyt määrä työelämässä sekä muissa tehtävissä laajensi käsityksiä naiseudesta. Perinteistä äitiyttä ja lasten kasvattamista pidettiin edelleen naisten tärkeimpänä tehtävänä, mutta sota-aika teki naisista myös aktiivisia toimijoita – kotiäidin roolin ohella naiset pystyivät tekemään paljon muutakin, kuten palkkatöitä erilaisilla aloilla. Naisten yhteiskunnallisen roolin ja äitiyden käsityksen ohella myös sukupuolimoraaliin ja seksuaalisuuteen liittyvät käsitykset muuttuivat sallivammiksi.

⁷⁴ Nätkin 1997, 73, 108; Olsson 2008, 161.

⁷⁵ Näre 2008, 22, 24.

3.3 Tampere ennen toista maailmansotaa

Tampereesta oli 1930-luvun loppuun mennessä kasvanut yksi Suomen merkittävimmistä teollisuuskaupungeista. Kaupunki oli elänyt käytännössä teollisuuden ehdoilla jo 1800-luvun lopulta lähtien, ja toisen maailmansodan alkuvuosina jo joka kymmenes teollisuuden työpaikka sijaitsi Tampereella. Se oli ollut Suomen ensimmäinen teollistumisen keskus, ja Porin ohella se oli väkilukuun suhteutettuna maan merkittävin teollisuuskaupunki 1940-luvulle tultaessa.⁷⁶

Suurin teollisuudenala Tampereella vuonna 1938 oli tekstiiliteollisuus, joka työllisti puolet kaupungin teollisuudessa työskennelleistä. Myös muut teollisuudenalat kuten nahka-, kenkä-, vaatetus- ja metalliteollisuus kasvoivat kuitenkin nopeasti.⁷⁷ Tampere kasvoi teollisuutensa lisäksi myös hyvien liikenneyhteyksiensä vuoksi. Se oli junaliikenteen solmukohta, ja lähikuntien ohella Tampereelta kulki esimerkiksi sodan aikana Helsinkiin jopa kolme pikajunavuoroa päivässä. Myös tiiviit linja-autoyhteydet sekä erityisesti Näsijärven hyvät laivayhteydet lähikuntiin mahdollistivat lähikunnissa asuvien helpomman ja nopeamman vierailun Tampereella. Tampereella saatettiin käydä lähikunnista käsin töissä, vierailulla tai jopa synnyttämässä.⁷⁸

Tampereen väkiluku oli kasvanut voimakkaasti aina toisen maailmansodan alkuun asti. Esimerkiksi vuodesta 1918 vuoteen 1937 kaupunki oli kasvanut 44 000 asukkaasta 73 000 asukkaaseen. Normaalin väestönlisäyksen eli Tampereelle suuntautuneen muuttoliikkeen ja syntyvyyden ohella kaupunki oli kasvanut alueliitosten myötä. Suuri osa kaupungissa työskennelleistä väestöstä asui myös kaupunkia ympäröivissä lähikunnissa, kuten Messukylässä ja Pirkkalassa.⁷⁹ Tampereelle muutettiin yleensä hyvien työmahdollisuuksien perässä, ja kaupungin runsaat teollisuuden työpaikat houkuttelivat muuttajia erityisesti maaseudulta muista Pirkanmaan kunnista. Tampereelle muutti runsaasti väkeä kauempaakin, ja 1930-luvun lopulla myös Helsingistä alkoi suuntautua voimakasta muuttoliikettä Tampereelle.⁸⁰

Vaikka Tampereen väkiluku kasvoi voimakkaasti muuttovoiton ja alueliitosten myötä, sen syntyvyys oli kuitenkin laskussa. Tässä se seurasi muun Suomen sekä muiden teollistuvien ja teollistuneiden maiden linjaa. Esimerkiksi Suomessa syntyvyys oli ollut laskussa jo 1800-

⁷⁶ Koivuniemi 2018, 185–186.

⁷⁷ Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 13.

⁷⁸ Jutikkala 1979, 430–431, 437, 441.

⁷⁹ Peltola 2008, 192.

⁸⁰ Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 24–25.

luvulta alkaen, toisen maailmansodan laskiessa sitä entisestään. Ainoastaan välirauhan aikana sekä sodan päättymisen jälkeen syntyvyys nousi hetkellisesti.⁸¹ Tampereella syntyvyys oli vähentynyt ennen sotia jopa enemmän kuin muissa Suomen kaupungeissa. Kaupunki oli muun Suomen ohella kärsinyt voimakkaasti toista maailmansotaa edeltäneestä lamakaudesta, jonka katsotaan kestäneen vuodet 1928–1938. Yli 75 % tamperelaisista kuului työväestöön ja erityisesti teollisuuden työväestöön, ja Tampereella kärsittiinkin tänä aikana runsaasta työttömyydestä, pula-ajasta ja yleisesti heikosta toimeentulosta.⁸² Lamakausi toi suurta epävarmuutta ja turvattomuutta. Työpaikkojen väheneminen kaupungissa vähensi myös erityisesti miesten muuttoliikettä Tampereen alueelle, joka taas johti avioliittojen vähenemiseen ja tätä kautta syntyvyyden runsaaseen vähenemiseen. Toisaalta laman aikana myös kuolleisuus väheni. Lamakauden etuna Tampereen kannalta oli myös julkisen rakentamisen vilkastuminen kaupungin työttömiä varten järjestettyjen hätäaputyömaiden muodossa. Rakennustoiminnan vuoksi Tampereen infrastruktuuri oli sodan koittaessa melko hyvässä kunnossa.⁸³ Laman aikana koettu puute ja heikot olot osaltaan myös valmistelivat tamperelaisia tulevaa, sotien aikaisia vielä heikompia oloja varten.

Teollistumisen ja kaupungistumisen on yleisesti nähty vaikuttaneen syntyvyyteen laskevasti. Yhtenä syynä on pidetty sitä, että teollistumisen luoman taloudellisen kehityksen myötä perheillä ei ollut enää varaa elättää montaa lasta.⁸⁴ Kaupungistuminen loi kuitenkin myös tasa-arvoa sukupuolten välille, sillä naisilla oli kaupungeissa paremmat mahdollisuudet itsenäiseen elämiseen ja työllistymiseen kuin maaseudulla. Suomen teollisuustyöntekijöistä oli vuonna 1940 naisia jo 31 prosenttia, ja heitä oli paljon myös kaupan alalla.⁸⁵ Myös Tampereella kaupungin tehdastyövoimasta ”olennainen osa” oli naisia.⁸⁶ Tampereen demografia oli 1900-luvun alkupuoliskolla muutenkin naisvoittoinen. Esimerkiksi vuonna 1935 kaupungissa asui 135 naista jokaista sataa miestä kohden, ja vielä vuonna 1945 luku oli suuri, 131 naista sataa miestä kohden. Vuosina 1938–1945 naiset muodostivat Tampereen väestöstä noin 57 prosenttia. Naisvaltaisuuden ohella Tampereen väestö oli nuorta, sillä teollisuuden työpaikat vetivät kaupunkiin erityisesti työikäisiä ikäluokkia.⁸⁷

⁸¹ SVT, Syntyneet, 2022; Rasila 1992, 46–53.

⁸² Peltola 2008, 12–14.

⁸³ Keskinen, Peltola & Suodenjoki, 2005, 14, 18–19.

⁸⁴ Grabowski, Self & Shields 2015, 217; Wanamaker 2012, 169–170.

⁸⁵ Haapala & Peltola 2018, 168.

⁸⁶ Jutikkala 1979, 406.

⁸⁷ Tampereen kaupungin tilastollinen vuosikirja 1950, Väestö; Keskinen, Peltola & Suodenjoki, 2005, 28, 32–33.

Tampere kasvoi jatkuvasti sekä pinta-alaltaan että väestöltään erityisesti aluemuutosten avulla. Keskeinen Tampereen aluemuutos oli vuoden 1937 aiemmin Pohjois-Pirkkalan pitäjään kuuluneiden läntisten esikaupunkien alueen liittäminen kaupunkiin. Tähän Harjun seurakunnan liitosalueeseen kuului yhteensä 7 kylää, joista keskeisimpänä oli Pispalan kylä. Pispalan kaltaiset, Tampereen rajojen ulkopuolella olevat esikaupunkiasuinalueet olivat olleet 1900-luvun alun vuosikymmeninä erittäin suosittuja työväestön keskuudessa. Työväestö saattoi usein elää paljon vapaammin tällaisilla esikaupunkialueilla – alueiden kotien ei välttämättä tarvinnut täyttää täysin kaupunkiasutukselle asetettuja vaatimuksia. Ensimmäiset työläisille suunnatut Tampereen esikaupunkialueet, Viinikka ja Lappi, oli rakennettu melko lähelle keskustaa mahdollisimman hyvien kulkuyhteyksien päähän. Esikaupunkialueiden rakentaminen yhä laajemmalle alueelle tuli mahdolliseksi erityisesti uusien liikennevälineiden, kuten johdinautojen eli sähkökäyttöisten linja-autojen sekä perinteisten linja-autojen keksimisen myötä. Säännöllinen linja-autoliikenne Tampereella alkoi jo 1920-luvulla, mutta kunnallinen liikennelaitos aloitti toimintansa vasta 1940-luvun lopulla. Sotien aikana Tampereen linja-autoliikenne lamaantui, armeijan ottaessa lähes kaikki linja-autot haltuunsa. Ne linja-autot, jotka kaupunkiin jäivät, kärsivät polttoaineen, kuljettajien ja varaosien puutteesta. Vaikka sotien aikana julkinen liikenne heikentyi voimakkaasti rautatieliikennettä lukuun ottamatta, tarjosivat linja-autot erityisesti rauhan aikana Tampereen kaukaisimmilla esikaupunkialueilla asuville työläisille nopean pääsyn keskusta-alueilla sijaitseviin tehtaisiin ja muihin työpaikkoihin.⁸⁸

Jouni Keskinen, Jarmo Peltolan ja Sami Suodenjoen ”*Tamperelaiset: tehdaskaupungin väestö, alue ja asuminen 1918–1940*” kirjassa esittämän jaottelun mukaan Tampereen voidaan nähdä jakautuneen 1940-luvulle tultaessa viiteen erilaiseen alueeseen: kantakaupunkiin, uuteen kantakaupunkiin, laitakaupunkiin, esikaupunkiin ja reuna-alueisiin. Nämä alueet poikkesivat yleensä toisistaan demografisilta ominaisuuksiltaan, vaikkei kaupungissa varsinaisesti ollutkaan pelkästään ylä- ja keskiluokan asuinalueita. Kantakaupungin ja uuden kantakaupungin alueiden väestö koostui pääosin varakkaammasta väestöstä kuin laitakaupunkien, esikaupunkien ja reuna-alueiden väestö. Erityisesti esikaupungeille ja reuna-alueille ominaista oli keskimääräistä alhaisempi varallisuus, korkeampi työttömyys, ahtaampi asuminen ja suurempi sairastavuus. Varallisuus kuitenkin myös hivuttautui jatkuvasti kantakaupunkien alueelta muualle Tampereelle, ja paremmin toimeentulevaa väestöä muutti yhä enemmän keskusta-alueiden ulkopuolisiin kaupunginosiin. Kauempana keskustasta olevia

⁸⁸ Peltola 1998, 15, 22; Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 10, 14, 39–41; Kankkonen 2011, 158–159.

asuinalueita myös uudistettiin ja saneerattiin jatkuvasti. Esimerkiksi aiemmin työläisvaltainen Juhannuskylän kaupunginosa koki jo ennen sota-aikaa mittavan saneerauksen, mikä muutti kaupunginosan sosioekonomista jakaumaa: alueelle muutti parempiosaisempaa väestöä, ja huono-osainen väestö muutti muualle.⁸⁹ Tässä tutkimuksessa käytetty kaupunginosien jaottelu perustuu *Tamperelaiset*-kirjassa esitetylle aluejaolle, ja aluejakoa voi tarkastella kartasta 1.

Tampereella eri kaupunginosat oli tapana nimetä roomalaisin numeroin. Kantakaupunkiin katsottiin kuuluvaksi myöhemmin Tammerkoskeksi nimetty II kaupunginosa, Kaakinmaa (VI), Nalkala (II) sekä Pyynikki (VII). Nämä kaupunginosat sijaitsivat Tampereen halkaisevan Tammerkosken kosken länsipuolella. Uuteen kantakaupunkiin kuului Kyttälän kaupunginosat (XI ja XII) sekä Ratina (XIII) ja myöhemmin myös Tullin alue (XVII). Nämä alueet sijaitsivat kosken itäpuolella. Kantakaupunkiin kuuluvia osia yhdisti Hämeenkadun läheisyys, joka oli Tampereella kaupan keskeisintä aluetta ja liikenteen pääväylä. Laitakaupunkiin kuului edellä mainitut Armonkallion (IX) ja Juhannuskylän (X) alueet sekä Amurin (IV ja V), Finlaysonin alueen (I) ja Tammelan (XIV-XVI) kaupunginosat. Esikaupunkialueita olivat Viinikan ja Nekalan (XXIII-XXIV), Petsamon (XXI), Härmälän ja Lapin alueet. Lisäksi esikaupunkialueisiin voidaan katsoa kuuluneeksi myös Vuohenojan, Rantaperkiön, Järvensivun sekä Pispalan alueet sekä Tampereen rajojen ulkopuoliset alueet, kuten Lielähti ja Koivistonkylä, jotka tässä tutkimuksessa lasketaan Tampereen alueeseen kuuluviksi. Tampereen reuna-alueita 1940-luvulle tultaessa olivat vielä Särkänniemi ja Santalahti (VIII) sekä Kaleva ja Hatanpää. (XX-XXII).⁹⁰ Tässä tutkimuksessa reuna-alueeseen lasketaan myös Lapin kaupunginosa sekä Lapinniemen alue, joiden yhdistelmästä käytetään lyhennelmää ”Lappi”. Lapin alueella sijaitsi myös normaalisti kaupungin vähävaraisesta ja heikoiten toimeen tulleesta väestöstä huolehtinut Tampereen kunnalliskoti, joka sotien aikana hoiti myös tavallisia siviilejä.⁹¹ Vuonna 1947 Tampereeseen liitetty Messukylän kunta voitaisiin myös ajatella Tampereen esikaupunkialueena, mutta tässä tutkimuksessa se on jaoteltu Tampereen ulkopuoliseksi alueeksi, maaseutuun kuuluvaksi. Myös myöhemmin 1960- ja 1970-luvuilla Tampereeseen liitetyt Aitolahti ja Teisko lasketaan tutkimuksessa edelleen Tampereesta erillisiksi kunniksi.⁹²

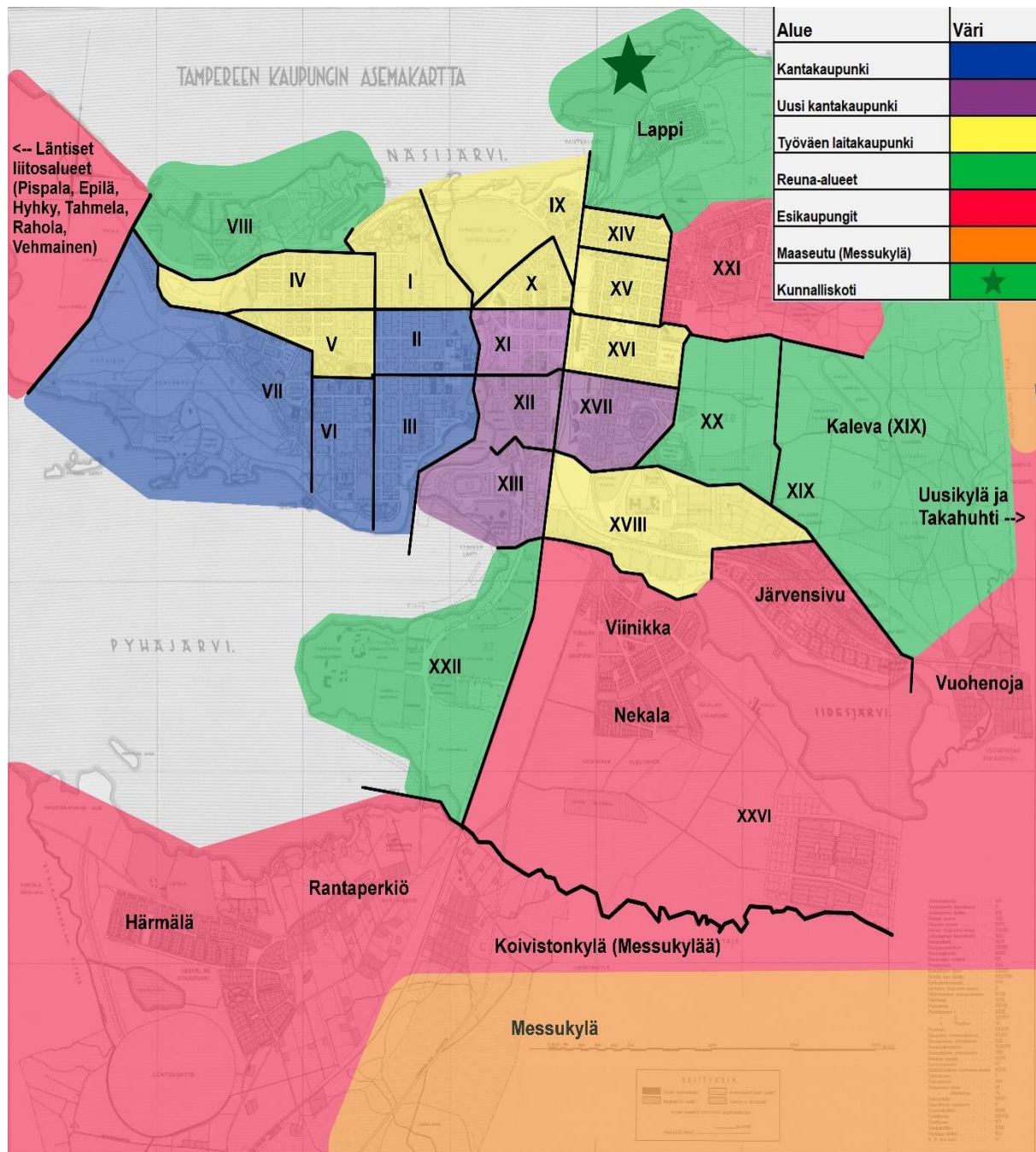
⁸⁹ Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 42–44; Peltola 2008, 95, 239.

⁹⁰ Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 42–44.

⁹¹ Jutikkala 1979, 588.

⁹² Rasila 1992, 78–82.

Kartta 1. Kartta Tampereen kaupunginosista ja alueista 1938–1945. Kuvalähde: Tampereen kaupungin asemakartta 1939. Aluejako: Keskinen, Peltola & Suodenjoki, 2005.



3.4 Tampere ja ravintotilanne toisen maailmansodan aikana

Talvisota alkoi virallisesti 30.11.1939. Tampere oli ensimmäistä kertaa neuvostoliittolaisten pommikoneiden kohteena noin kolme viikkoa sodan alkamisen jälkeen, 21.12.1939. Ensimmäisissä kaupunkiin kohdistuneissa pommituksissa kuoli kuusi ihmistä, jonka lisäksi kaksi loukkaantui vakavasti. Vuoden 1939 lopulla kaupunkia pommitettiin vielä kolme kertaa, ja vuoden 1940 ensimmäisinä kuukausina Tampere joutui pommikoneiden kohteeksi vielä useaan otteeseen. Viimeisen kerran Tamperetta pommitettiin 3.3.1940. Pommitusten seurauksena yhteensä 17 ihmistä menetti henkensä ja 25 haavoittui.⁹³ Kaupungille koitui lisäksi suuria aineellisia vahinkoja. Neuvostokoneista talvisodan aikana tiputetut 1800 pommia tuhosivat 73 taloa kokonaan, 240 talon vaurioituessa. Yli 4000 tamperelaista menetti pommitusten seurauksena kotinsa. Lisäksi Tampereen yleinen sairaala vaurioitui, ja yksi sen osastoista jouduttiin siirtämään Lamminpään kansakoululle. Jatkosodan aikana kaupunki säilyi pommituksilta, vaikka se olikin helmikuussa 1944 määrätty Neuvostoliiton suunnitelmissa yhdeksi neuvostokoneiden pommituskohteeksi.⁹⁴

Sotien aikana 1939–1945 puolustusvoimien palveluksessa kuoli yhteensä 1272 tamperelaista miestä. Suurimmat tappiot tulivat jatkosodan hyökkäysvaiheessa vuoden 1941 loppupuoliskolla sekä kesän 1944 torjuntataisteluissa. Yhteensä Tampere menetti sotien aikana 1,6 % väestöstään. Tämä oli kuitenkin melko pieni määrä verrattuna esimerkiksi muihin Pirkka-Hämeen kuntiin, jossa väestöjen menetykset olivat keskiarvoltaan noin 2,2 prosentin luokkaa.⁹⁵ Tampere selvisi melko sodista melko vähillä miestappioilla, sillä suuri osa asevelvollisista miehistä sai jäädä Tampereelle sotateollisuuden palvelukseen. Sotilaita värvättiin enemmän maaseudulta.⁹⁶ Tampereella oli jo ennen sotaa ollut todella vahva teollisuus, joka sotien aikana valjastettiin armeijan palvelukseen valmistamaan muun muassa kranaatteja, tykkejä, lentopommeja ja lentokonemoottoreita. Teollisuusyritykset olivat talvisodan aikana keskeisiä neuvostokoneiden pommituskohteita Tampereella, ja esimerkiksi Finlaysonin tehdasalueelle osui sodan aikana useampi pommi. Tehdas oli kuitenkin kouluttanut työntekijänsä jo ennalta palontorjunta- ja ensiaputehtäviin, ja pommien aiheuttamat vahingot ja tulipalot saatiin nopeasti korjattua ja sammutettua.⁹⁷

⁹³ Jutikkala 1979, 708–714.

⁹⁴ Hoppu 2011, 146–148.

⁹⁵ Ibid., 2011, 150–151.

⁹⁶ Jutikkala 1979, 710.

⁹⁷ Miettinen 1990, 138–140; Hoppu 2011, 151.

Talvisodan takia Tampereelle evakuoitiin paljon siirtolaisia. Osa oli asutettu Tampereelle ja osa oli tullut kaupunkiin vapaaehtoisesti. Vuonna 1948 Tampereella asui 9689 siirtoväkeen kuuluvaa henkilöä, joista suurin osa oli kotoisin Karjalan Neuvostoliitolle luovutetuista kunnista. Kaupungille aiheutti ongelmia siirtolaisten asuttaminen ja elättäminen, sillä talvisodan pommituksissa kaupunki oli menettänyt tuhansia asumishuoneita. Siirtolaisten lisäksi myös puolustusvoimien palveluksista vapautuneille täytyi järjestää asuinpaikka ja työtä. Suuri osa siviiliin kotiutuvista pääsi takaisin vanhoihin tehtäviinsä, kun sodan aikana niissä toimineet naiset ja vanhemmat miehet lähtivät pois työelämästä.⁹⁸ Asuinpulasta ja työttömyydestä kärsivätkin erityisesti siirtoväkeen kuuluvat, vaikka siirtolaisjärjestöt olivatkin erikseen anoneet kaupungilta töitä ja asuntoja. Esimerkiksi talvisodan jälkeen asuntoa vailla olevat siirtolaisperheet saattoivat asua erilaisissa tilapäismajoituksissa, kuten siirtolapuutarhojen majoissa tai jopa ladoissa.⁹⁹ Osin huonon asumistilanteen vuoksi moni siirtolaisperhe lähti varmasti heti tilaisuuden tullen Tampereelta takaisin Karjalan seudulle jatkosodan ja alueiden hetkellisen takaisin saamisen myötä.

Suomen elintarviketilanteesta alkoi talvisodan alkamisen myötä muodostua nopeasti huolen aihe. Vuonna 1939 perustetun Suomen kansanhuoltoministeriön tekemän kartoituksen perusteella Suomen elintarvikevarastot riittivät vain noin puoleksi vuodeksi, eikä tilannetta auttanut tuontiviljan saannin tyrehtyminen lähes kokonaan. Ainoa keino saada elintarvikevarastot riittämään oli säännöstellä kansalaisten kulutusta säännöstelykupongkien avulla. Talvisodan aikana säännöstelyä ei vielä ehditty kunnolla aloittamaan, mutta välirauhan aikana siihen siirryttiin melko nopeasti ja laajasti koko yhteiskunnassa. Säännöstely koski lähes kaikkia elintarvikkeita, aina kahvista ja sokerista viljaan ja lihaan. Säännöstelykupongeilla saatava elintarvikkeiden määrä riippui henkilön iästä, sukupuolesta ja ammatin raskaudesta. Näiden ominaisuuksien perusteella ihmiset jaettiin erilaisiin ryhmiin, ja ryhmien kulutusrajat saattoivat nousta tai laskea kulloisenkin elintarviketilanteen mukaan.¹⁰⁰

Keskiverto suomalainen laihtui sotien aikaisen säännöstelytalouden aikana arviolta noin kuusi kiloa. Keskeisenä syynä oli rasvan vähyys ruoassa. Kaupungeissa asuvat olivat yleensä ruoan suhteen huonommassa asemassa kuin maaseudulla asuvat, sillä he olivat riippuvaisia kauppojen tarjonnasta. Maaseudulla asuvat olivat melko omavaraisia, pystyen hyödyntämään

⁹⁸ Rasila 1992, 22–24, 64–45.

⁹⁹ Keskinen, Peltola & Suodenjoki, 2005, 27–28.

¹⁰⁰ Jaatinen 2008, 115–117.

ympäröivää luontoa ravinnon saamiseksi esimerkiksi metsästämyllä. Maanviljelijät usein myös varasivat viljaa omiin tarpeisiinsa, Kansanhuoltoministeriön kielloista huolimatta.¹⁰¹

Tampereen asukkaat olivat ravintotilanteen suhteen sodan aikana siitä onnellisessa asemassa, että kaupungissa oli vahvat ja varakkaat teollisuusyritykset. Silloin kun se oli sodan aikana mahdollista, teollisuuslaitokset pystyivät ostamaan työntekijöilleen elintarvikkeita rajahinnoilla, turvaten näin työläisten riittävän ravinnonsaannin ja samalla tehtaan toiminnan tehokkuuden. Teollisuusyritykset ostivat työntekijöilleen myös perunaa, joita he pystyivät viljelemään itse palstaviljelymaillaan. Kaupunkilaiset hankkivat itselleen myös paljon helppohoitaisia kotieläimiä elintarviketilannetta helpottamaan – esimerkiksi Tampereen kaupungin sisällä oli vuoden 1943 alussa yhteensä 1035 sikaa. Näin ruokavalioon oli mahdollista saada enemmän lihaa, mikä oli säännöstelytalouden aikana luksustuote.¹⁰² Raskaana olevien naisten ja pienten vauvojen äitien riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi heille oli säännöstelytalouden aikana varattu käyttöön ostoetuoikeuskortti, joka oikeutti heidät ohittamaan kauppojen jonot ja tekemään ostoksensa ennen muita. Lapsienkin ravintoa kuitenkin säännösteltiin ja määrät vaihtelivat iän mukaan: esimerkiksi maitokaupasta vuoden ikäisen lapsen äiti pystyi hankkimaan itselleen 2 desilitraa maitoa ja lapselleen 8 desilitraa maitoa. Neljän vuoden ikäiselle lapselle äiti pystyi hankkimaan enää vain 6 desilitraa maitoa.¹⁰³ Vaikka raskaana olevien äitien ravinnonsaanti pyrittiin turvaamaan säännöstelyn aikana erityisesti ostoetuoikeuskortein, joutuivat myös he tinkimään raskaudenaikaisesta ravinnostaan, joka ideaalitulanteessa rauhan aikana olisi ollut monipuolisempaa ja ravitsevampaa. Tarkastelen seitsemännessä luvussa tarkemmin ravintotilanteen ja siinä vuosina 1938–1945 tapahtuneiden muutosten vaikutusta Tampereen synnytyslaitoksella asioineiden potilaiden terveyteen ja synnytyksiin.

Keskustelu ruoasta oli sotien aikana kiivasta Tampereen suurimmassa sanomalehdessä, Aamulehdessä. Kansalliskirjaston digitaalisten aineistojen hakukonetta käyttämällä olen pystynyt tutkimaan erilaisten sanojen esiintyvyyttä tutkimusajankohtana julkaistuissa Aamulehdissä. Haku ei erittele, onko sana esiintynyt esimerkiksi uutisessa, mainoksessa tai muussa ilmoituksessa, eikä se ole sataprosenttisen tarkka, mutta sen avulla saa silti karkean käsityksen, milloin tiettyä sanaa on yhteiskunnallisessa keskustelussa esiintynyt enemmän tai vähemmän. Aamulehti julkaistiin kahdeksan tutkimuskohteena olevan vuoden aikana yhteensä

¹⁰¹ Jaatinen 2008, 117; Kalliomäki 2005, 148; Utrio & Utrio 1994, 71.

¹⁰² Kalliomäki 2005, 138, 140, 156.

¹⁰³ Jaatinen 2008, 121; Kallioniemi 2005, 82; Utrio & Utrio 1994, 100.

2822 kertaa, sivumäärien vaihdellessa yleensä 4–12 välillä. Sana ”ruoka” esiintyi näissä painoksissa yhteensä 3793 sivulla ja sana ”nälkä” 1011 sivulla. Molempia sanoja esiintyi eniten vuosina 1941 ja 1945: esimerkiksi ”nälkä” sana mainittiin vuonna 1941 jopa 223 kertaa, osuuden ollessa 22 %. Vähiten molempia sanoja sanomalehdessä esiintyi vuosina 1943 ja 1944. Sanat ”pula” tai ”puute” sekä ”kuolema” noudattavat melkein samaa kaavaa – sanoja esiintyy Aamulehden julkaisuissa reilusti eniten vuonna 1941.¹⁰⁴

Vuosi 1941 oli Aamulehden perusteella erityisen raskas vuosi. 1941 sekä sitä seurannut talvi 1942 olivatkin sota-ajan vaikeimpia aikoja kotirintamalla. Suomessa vallitsi erityisesti vuosien vaihteessa elintarvike- ja kuljetuskriisi, johon vaikuttivat kuivuuden aiheuttamat aiempien vuosien heikot sadot sekä ankarat talvet. Kuiva kesä 1941 oli ollut maanviljelylle epäsuotuisa, ja talven tulo aikaisin tuhosi eloonjääneen viljan lopullisesti. Omien satojen paleltumisen ja tuhoutumisen lisäksi Suomeen matkalla olleet tuontiviljalaivat olivat jääneet Itämeren jäätyamisen takia jumiin Gotlannin lähelle. Ruoasta oli suuri pula, ja esimerkiksi Nokialla sijaitsevassa Pitkäniemen sairaalassa potilaille tarjotut ruoka-annokset eivät olleet riittäviä enää edes vuoden 1941 syksyllä.¹⁰⁵

Heikoista sääolosuhteista johtuneen satojen tuhoutumisen ohella vuosien 1941–1942 kriisin keskeinen syy oli kuitenkin pitkittyneen sodan aiheuttamat rakennemuutokset markkina- ja tuotantoedellytyksissä. Vuonna 1943 tuotanto alkoi jo elpymään ja tilanne kansan keskuudessa paranemaan – kyseisenä vuonna kaikkien Aamulehdestä haettujen termien määrä laski myös huomattavasti: esimerkiksi sanaa ”nälkä” esiintyi noin 57 % vähemmän kuin vuonna 1941. Vuosi 1944 ja talvi 1945 olivat siviiliväestölle vielä raskaita etenkin terveyden kannalta. Erilaiset tautiepidemiat, kuten hinkuyskäepidemia, levisivät siirtoväen ja muiden kodittomien ahtaista väliaikaisasuntoloista helposti muuhun väestöön ja kuolleisuus alkoi kasvamaan syksyllä 1944. Vielä vuonna 1945 Suomessa kärsittiin elintarvikkeiden säännöstelyajan pahinta aikaa, kun Karjalan suuret peltomaat oli luovutettu toistamiseen Neuvostoliitolle ja kauppa Saksan kanssa oli tyrehtynyt. Elintarvikkeiden säännöstely kesti lopulta vuoteen 1954 asti, jolloin viimeisetkin ruoka-aineita koskevat säännöstelyrajoitukset purettiin.¹⁰⁶

Sotien jälkeen Tampereen väkiluku kasvoi nopeasti suurten ikäluokkien, muuttoliikkeen, siirtoväen sekä uusien aluemuutosten myötä. Vuonna 1947 kaupungin väestö kasvoi yli 7000

¹⁰⁴ Aamulehti 1938–1945. Haku tehty käyttämällä Kansalliskirjaston digitaalisten aineistojen tiedonhakua osoitteessa <https://digi.kansalliskirjasto.fi/search>. 22.1.2022.

¹⁰⁵ Utrio & Utrio 1994, 84; Laurent 2008, 79.

¹⁰⁶ Aamulehti 1938–1945; Pihkala 1990, 263–264; Laurent 2008, 92; Jaatinen 2008, 146.

hengellä, kun Messukylän kunta liitettiin Tampereeseen. Myös kaupungin pinta-ala lähes kolminkertaistui. Sotakorvausten maksamiseen tarvittiin vahvaa sotakorvausteollisuutta, joka Tampereelle oli syntynyt jo sodan aikana. Sodan loppuminen merkitsikin kaupungille voimakasta teollisuuden- ja työllisyyden kasvua, kun sotakorvausteollisuus tarvitsi entistä enemmän työvoimaa.¹⁰⁷ Kaupunki jatkoi kasvuaan läpi 1900-luvun, ja vuoteen 2019 mennessä kaupungin väkiluku oli kasvanut jo 238 140 ihmiseen, mikä teki siitä Suomen kolmanneksi suurimman kaupungin.¹⁰⁸ Tampere selvisi sota-ajasta hyvin, ja osalla Tampereen synnytyslaitoksella vuosina 1938-1945 syntyneistä on varmasti ollut myös suuri rooli kaupungin kehityksessä ja kasvussa nykyaikaiseksi ja vetovoimaiseksi kaupungiksi.

4. Metodologia

Tutkimuksessa käyttämäni aineiston olen kerännyt Tampereen kaupunginarkistossa itsenäisesti toimiessani tutkimusavustajana väestöhistorian tutkimusprojektissa. Aineisto on taulukoitu systemaattisesti käyttäen Microsoft Excel ohjelmaa, jonka jälkeen valmiin aineiston synnytystapaukset on jaettu erilaisiin ryhmiin, vastaamaan erilaisiin tutkimuskysymyksiin. Ryhmiä on tutkittu pääasiassa Exceliä ja SPSS:ää käyttäen. Käsityönä tehty aineiston keräys ja sen ryhmittely on saattanut johtaa laajan aineiston sisällä satunnaisiin kirjoitus- ja tulkintavirheisiin. Mahdollisia omia virheitäni olen pyrkinyt korjaamaan ja minimoimaan tarkistamalla data-aineiston useaan kertaan ja korjaamalla näkyvät virheet. Myös synnytyskertomuksissa usein esiintyvät kirjoitusvirheet olen pyrkinyt data-aineistoa varten korjaamaan, mutta kertomuksissa tyhjiksi jätetyt kohdat on luonnollisesti myös tässä tutkimuksessa jätetty tyhjiksi.

Tutkimuksessa käytetty metodologia koostuu sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen piirissä käytetyistä tutkimusmetodeista. Määrällisten tutkimusmetodien avulla olen tutkinut synnytyslaitoksen synnytyskertomuksista koottua aineistoa, ja laadullisten metodien avulla kirjallisia alkuperäislähteitä, kuten Tampereen kunnallishallinnon ja synnytyslaitoksen vuosikertomuksia. Tutkimatta laadullisesti esimerkiksi synnytyslaitoksen ja Tampereen historiaa, olisi vaikea tarkastella syvällisesti esimerkiksi laitoksen synnytyksissä ja hoitotapahtumissa näkyviä muutoksia. Koska tutkimus on eräänlainen toisiaan täydentävä yhdistelmä määrällistä sekä laadullista tutkimusta, voisi sitä kutsua

¹⁰⁷ Rasila 1992, 36–38, 45–47, 64.

¹⁰⁸ Tilastokeskus, Suurimpien kuntien väkiluku, 2021.

monimenetelmätutkimukseksi, tarkemmin määrälliseksi monimenetelmälliseksi tutkimukseksi, sillä määrällisiä menetelmiä on tutkimuksessa käytetty enemmän kuin laadullisia. Monimenetelmätutkimuksessa pyritään yhdistämään sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen tutkimus. Tällä ”laadun” ja ”määrän” tutkimusmetodologian yhdistelmällä pyritään tuottamaan monipuolista tutkimusta ja tarkastelemaan tutkimuskohdetta erilaisista uusista näkökulmista – näkökulmista, joihin esimerkiksi pelkästään määrällisiä metodeja käyttämällä ei pystyisi pääsemään. Tutkimus kulkee melko perinteistä monimenetelmätutkimusten tutkimuskaavaa pitkin: tutkija kerää ja analysoi dataa, yhdistää löydöksiään ja tekee johtopäätöksiä käyttämällä sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia metodeja. Monimenetelmätutkimus, jota alettiin varsinaisesti kehittämään vasta 1980-luvun lopulla, on nykyään saavuttanut melko vakiintuneen aseman usealla eri tieteenalalla, joissa tutkimuskohteet -ja kysymykset ovat monipuolisia.¹⁰⁹ Tällaiseksi tieteenalaksi voisi mieltää myös historian tutkimuksen.

Koska tutkimuksen määrällinen aineisto kerättiin arkistossa digitaalisen muotoon ja sen analyysi tehtiin käytännössä kokonaan käyttäen digitaalisia tutkimusvälineitä, taulukkolaskentaohjelma Microsoft Exceliä sekä tilastotieteelliseen analyysiin tarkoitettua IBM SPSS Statistics -ohjelmistoa, on tutkimus menetelmiltään osin myös digitaalista historian tutkimusta. Digitaalinen historian tutkimus on lähestymistapa, jossa menneisyyttä tarkastellaan ja esitetään ”uusien” kommunikaatioteknologioiden, kuten tietokoneiden sekä niiden mahdollistamien ohjelmistojen ja digitaalisten käyttöliittymien kautta.¹¹⁰ Käytännössä se on siis digitaalisten apuvälineiden hyödyntämistä historian tutkimusta tehdessä. Digitaaliset ohjelmistot tarjoavat tehokkaan, nopean ja tarkan tavan käsitellä laajoja tilastollisia aineistoja. Tutkijalla on kuitenkin suuri vastuu ohjelmistojen käyttäessään. Tarja Heikkilä kiteyttää tutkijan vastuun hyvin: *”Tutkija toimii isäntänä ja käytetty tilasto-ohjelma renkinä, kun aineistoa käsitellään”*¹¹¹. Tutkijan kannattaa erityisesti kiinnittää huomiota ohjelman tulostamien tutkimustulosten reliabiliteettiin ja validiteettiin, eli siihen että tulokset ovat tarkkoja ja luotettavia, ja ne mittaavat sitä mitä oli tarkoituskin.¹¹²

Tutkimuksen pääaineisto koostuu määrällisestä datasta, eli synnytyslaitoksen potilaskertomuksista koostetusta tietokannasta. Sen analyysiin käytän pääasiassa historiallisen väestöntutkimuksen piiristä sekä tilastotutkimuksesta tuttuja kvantitatiivisia menetelmiä.

¹⁰⁹ Tashakkori & Creswell 2007, 4; Sormunen et al., 2013, 312–316.

¹¹⁰ Haimi 1987, 7; Cohen et al., 2008, s. 454.

¹¹¹ Heikkilä 2017, 139.

¹¹² Ibid., 2017, 27–28.

Kvantitatiivista tutkimusta voidaan kutsua myös tilastolliseksi tutkimukseksi, sillä sen piirissä tutkitaan yleensä lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä pyritään selvittämään asioiden välisiä riippuvuuksia ja syitä. Tilastollisessa tutkimuksessa aineistoa ja siitä tehtyjä johtopäätöksiä kuvataan yleensä numeroin ja havainnollistetaan taulukoin sekä erilaisin kuvioin – myös tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt visualisoimaan ja selventämään dataa erilaisia taulukoita ja kuvioita käyttämällä.¹¹³

Keskeisessä osassa tutkimuksessa on synnytyslaitoksella syntyneiden lasten syntymäpainojen keskiarvojen vertailu erilaisten ryhmien, kuten sosioekonomisten luokkien ja asuinpaikkojen välillä sekä niiden muutokset tutkimuskohteena olevana aikana. Keskiarvolla eri aritmeettisella keskiarvolla pyritään kuvaamaan lukujen jakauman keskimäärää, ja se saadaan laskemalla havaintoarvojen summa havaintojen määrällä. Tutkimusaineiston suuruuden ja siinä olevien, eri ryhmien sisäisen havaintojen suuren määrän takia keskiarvot ovat tutkimuksessa pääasiassa todella vakaita suureita, eli niitä on järkevää tarkastella. Pienemmissä ryhmissä erilaiset ääriarvot voivat vaikuttaa keskiarvoon huomattavasti ja näin väärentää tuloksissa. Muita tutkimuksen kannalta tärkeitä tunnuslukuja ovat muun muassa keskihajonta, joka kuvaa sitä, kuinka hajallaan tietyn ryhmän arvot ovat sen keskiarvon ympärillä.¹¹⁴ Tässä tutkimuksessa mahdolliset ääriarvojen vaikutukset on huomioitu.

Tutkimuksessa synnytyspainojen sekä laitoksen potilaiden muiden ominaisuuksien keskiarvojen eroja on pyritty vertailemaan pääasiassa SPSS-ohjelmassa varianssianalyysin eli ANOVA:n (eng. Analysis of Variance) avulla. Varianssianalyysia on tutkimuksessa käytetty sekä sen yksisuuntaisessa että kaksisuuntaisessa muodossa. Yksisuuntaisessa varianssianalyysissa on yksi riippuva muuttuja, tässä tutkimuksessa syntymäpaino, sekä yksi tekijä, esimerkiksi sosioekonominen luokka. Analyysin avulla pystytään tutkimaan tekijän ryhmien välisiä sekä sisäisiä keskiarvovaihteluita. Kaksisuuntaisessa analyysissa tekijöitä on kaksi – myös useampaa kuin kahta tekijää on mahdollista käyttää, mutta tällöin analyysin tulosten tulkinta on vaikeampaa sillä ohjelma ei ilmoita, minkä ryhmien välillä erot ovat tilastollisesti merkittäviä. Varianssianalyysissa onkin aina nollahypoteesina se, että tekijän eri ryhmien keskiarvot ovat samat. Jos testissä saatu Sig-arvo eli merkitsevyys on yli ennalta määrätyn tason, tässä tutkimuksessa 0,05:n, jää nollahypoteesi voimaan eli ryhmien välillä ei ole merkittäviä eroja keskiarvoissa. Jos sig-arvo taas on alle 0,05, hylätään nollahypoteesi ja todetaan että ryhmien välisissä keskiarvoissa on tilastollisesti merkitseviä eroja. Käytännössä

¹¹³ Ibid., 2017, 15.

¹¹⁴ Ibid., 2017, 83, 86.

Sig-arvo tarkoittaa merkitsevyystasoa ja ilmoittaa sen, kuinka suuri riski on, että analyysin tuloksen erot tai riippuvuudet johtuvat sattumasta. Eniten käytetty merkitsevyystason ilmaisija tässä tutkimuksessa on ($p=0,000$), joka ilmaisee, että tietyn tekijän eri osien välillä, kuten ikäluokkien kesken, on varianssianalyysin avulla tehdyn laskennan mukaan merkitseviä eroja. Pienellä p-kirjaimella tarkoitetaan samaa asiaa kuin sig-arvolla.¹¹⁵

Varianssianalyysin perusoletuksena on, että ryhmien väliset varianssit ovat yhtä suuret. Tämä on tarkistettu aina analyysia tehdessä varianssianalyysin ”Tests of Homogeneity of Variances”-tulosteesta. Ryhmien varianssit eivät olleet tutkimuksessa tilastollisesti merkitsevästi toisistaan eroavia. SPSS-ohjelmassa pystytään samaa aikaa varianssianalyysin kanssa tekemään myös parittaisvertailuja (eng. Post Hoc). Parittaisvertailut helpottavat tietyn tekijän eri ryhmien välisten tilastollisten erojen tarkastelua. Se on tässä tutkimuksessa välttämätön varianssianalyysin lisä, sillä varianssianalyysi ei yksin kerro minkä ryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja on – tämä on myös varianssianalyysin keskeinen heikkous. Tässä tutkimuksessa on käytetty parittaisvertailun välineenä Tukeyn testiä (Tukey’s range test). Testi on kätevä ryhmien välisten erojen tarkasteluun sen konservatiivisuuden vuoksi, eli jos se huomaa tilastollisen eron eri ryhmien välillä, on ero myös melko varma.¹¹⁶

SPSS:n avulla tehdyn varianssianalyysin tulosteita käsittelen pääasiassa lyhyesti ilmaisemalla tekijöiden merkitsevyystason. Parittaisvertailun tuloksia kuvailen myös kirjallisesti. Erilaisia keskiarvojen sekä frekvenssien muutoksia olen tutkimuksessa pyrkinyt kuvaamaan kuitenkin mahdollisimman paljon visuaalisesti, sillä se helpottaa suuren aineistomäärän ymmärtämistä. Tilastollisen datan ajallisia muutoksia sekä eroja ryhmien välillä olenkin pyrkinyt esittämään visuaalisesti esimerkiksi viivadiagrammeihin- ja palkkikuvioita käyttämällä. Tutkimuksen kannalta keskeisistä asioista, kuten tunnusluvuista, olen myös tehnyt erilaisia taulukoita.

Tutkimuksen laadullista materiaalia kuten kunnallishallinnon vuosikertomuksia olen tutkinut historian tutkimuksen tutkimusalalla hyvin perinteistä, aineistolähtöisen sisällönanalyysin metodia käyttäen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistosta etsitään ainoastaan tutkimukselle olennaista tietoa jonkun analyysiyksikön perusteella, ja tutkimukselle epäolennainen tieto karsitaan pois.¹¹⁷ Tässä tutkimuksessa aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä kaikki Tampereen vuosien 1938–1945 kunnallishallinnon kertomukset on käyty tarkasti läpi, ja niistä on etsitty synnytlaitosta analyysiyksikkönä käyttämällä

¹¹⁵ Metsämuuronen 2006, 755–757; Heikkilä, 2017, 184, 210–211.

¹¹⁶ Ibid., 2006, 757–758; Ibid., 2017, 211–212.

¹¹⁷ Tuomi & Sarajärvi 2018, 91–93.

tutkimuksen kannalta keskeiset asiat. Tämän jälkeen keskeiset asiat on jaettu ryhmiin sen perusteella, mistä kunnallishallinnon kertomuksen osasta tieto oli peräisin, eli oliko tieto esimerkiksi synnytyslaitoksen henkilökunnan vai terveydenhoitolautakunnan kirjoittama. Kunnallishallinnon kertomuksista löytyneiden tietojen perusteella myös jatkoin tutkimuksen kannalta relevantin tiedon etsimistä lukemalla synnytyslaitoksen lääkäreiden aikalaiskirjoituksia erilaisissa julkaisuissa – näistä olen kunnallishallinnon kertomusten tapaan kerännyt sisällönanalyysin avulla kaikki synnytyslaitoksen historiaa, vuosien 1938–1945 tapahtumia sekä muita tutkimuksen kannalta tärkeitä asioita koskevat tiedot.

5. Tutkimusaineistosta

Laitoksen potilaat on varsinaista analyysia varten jaoteltu erilaisiin ryhmiin esimerkiksi hoitotapahtumien, sosioekonomisen luokan ja kotipaikan perusteella. Tässä luvussa käsittelen tutkimusaineistoa ja sitä, miten ja millä perustein tätä aineiston jaottelua on tehty. Esittelen myös tutkimusaineiston yleisiä piirteitä, kuten tiettyjen hoitotapahtumien määriä kokonaisaineistossa.

5.1 Aineiston jaottelu

Tutkimuksessa käytettävä päälähdeaineisto on koottu Tampereen synnytyslaitoksen vuosien 1938–1945 synnytyskertomuksista. Aineisto alkaa 1.1.1938 ja päättyy 31.12.1945. Synnytyskertomukset on täytetty tarkasteltavina ajankohtina synnytyslaitoksen henkilökunnan toimesta: kertomuksista ei selviä, onko potilaiden tiedot täytetty kertomuksiin lääkärin vai kättilön toimesta. Osa synnytyskertomuksista on puutteellisia: joku kertomuksen osa on saattanut jäädä sen kirjoittajalta täyttämättä, luultavasti joko inhimillisen virheen vuoksi tai siksi, että asiaa ei ole pidetty kovin tärkeänä. Melkein kaikista synnytyskertomuksista löytyy kuitenkin perustiedot: potilaan henkilötiedot kuten osoite, ikä ja siviilisääty sekä miehen tai synnyttäjän ammatti. Lisäksi kertomuksissa on listattu synnyttäjän terveyteen ja raskauteen liittyviä asioita, kuten ruumiinlaatu ja terveydentila.¹¹⁸ Syyt laitoksella asiointiin sekä laitoksella mahdollisesti potilaalle tehdyt toimenpiteet on myös kirjattu. Jos potilas on synnyttänyt laitoksella, on kertomukseen kirjattu synnytyksen jälkeen lapsen tiedot sekä

¹¹⁸ Ruumiinlaadun voidaan tulkita synnytyskertomuksissa tarkoittaneen pääasiassa potilaiden fyysisiä ominaisuuksia. Yleisimmin potilaat luokiteltiin ruumiinlaadultaan joko heikoiksi, tavallisiksi tai vankoiksi. Ruumiinlaatu-kohdassa kerrottiin myös potilaan mahdollisista vammoista tai synnytyksen kannalta tärkeistä tekijöistä, kuten ahtaasta lantiosta.

selostus synnytyksen kulusta. Hoidosta maksettu hinta on myös merkitty kertomuksiin – jakamalla hoidosta maksetun hinnan hoitopäivien määrällä olen saanut selville synnyttäjien hoidosta maksaman, päiväkohtaisen hinnan.

Aineistossa on yhteensä 16265 nimeä, jotka jakaantuvat epätasaisesti eri tutkimuskohteena olevien vuosien välille. Määrä poikkeaa hieman virallisesta, Tampereen synnytyslaitoksen vuosikertomuksista koostetuista luvuista. Synnytyslaitoksen vuosikertomusten mukaan laitoksella olisi vuosien 1938–1945 aikana hoidettu yhteensä 16 646 potilasta.¹¹⁹ Tutkimuksen otos eroaa virallisista vuosikertomuksista siis yhteensä 381 potilaalla, vuosittaisen eron ollessa keskimäärin 47,6 potilasta. Tästä määrästä 287 potilaan puuttuminen selittyy sillä, että olen tietoisesti jättänyt keräämättä synnytyskertomusten vuosikerran alussa- tai lopussa esiintyvät tiedot sellaisista potilaista, joiden kertomuksissa ei ole muuta tutkimukselle olennaista dataa kuin henkilötiedot ja laitoksella vietetty aika. Kaikki tällaiset potilaat ovat poistuneet laitokselta synnyttämättä, joten heidän puuttumisensa tutkimusaineistosta ei vaikuta tutkimuksen keskeiseen kohteeseen, synnytyspainojen ja hoitotoimenpiteiden vaihteluun. Lisäksi yhtä, vuoden 1945 lopulla laitokselle sisään kirjautunutta potilasta en ole ottanut tutkimukseen mukaan, sillä potilaan synnytys tapahtui vasta vuonna 1946. Loppuihin, 93 puuttuvan potilaskertomuksen syyhyn, en ole löytänyt vastausta. Aineisto on kuitenkin kattavuudeltaan täysin riittävä ja pätevä tutkimusta varten.

Potilasmäärien ohella myös aineistossa elävinä syntyneiden määrä eroaa synnytyslaitoksen sairashoidollisissa vuosikertomuksissa esitetyistä tiedoista. Tässä aineistossa elävinä syntyneitä vuosina 1938–1945 on yksisikiö- ja monisikiöraskauksista syntyneet yhteen laskettuina 14 630, kun vuosikertomuksissa elävinä syntyneitä on 14 707 – eroa on siis yhteensä 77 syntymää. Myös keskenmenojen, kuolleena syntyneiden ja muiden laitoksen potilaiden määrät eroavat oman tutkimusaineistoni datasta. Tämä johtuu pitkälti aineiston käsittely- ja lajittelutavoistani, jolla olen pyrkinyt luomaan datasta helpommin käsiteltävää ja tutkittavaa sekä synnytyskertomusten epäselvistä merkinnöistä, joiden osalta on voinut tapahtua tulkintavirheitä. Aineisto on kuitenkin tutkimusta ajatellen todella tarkka. Aineiston laajuudesta johtuen olen pyrkinyt yksinkertaistamaan synnytyskertomuksista löytyvää dataa jakamalla potilaat sekä syntyneet lapset erilaisiin ryhmiin erilaisten muuttujien avulla.

¹¹⁹ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1943, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1938–1945.

Kaikki synnytyslaitokselle hoitoon tulleet naiset eivät tulleet sinne synnyttämään, vaan tuloon saattoi olla monia syitä. Osa saattoi tulla synnytyslaitokselle esimerkiksi raskauden aikaista tarkastusta varten tai jonkun terveydellisen syyn, kuten verenvuodon vuoksi. Osa taas saattoi tulla pakon edestä keskeyttämään omaa henkeä uhkaavan raskauden ja osa poistui laitokselta kokonaan synnyttämättä raskauspoltojen loppumisen jälkeen. Onnistuneet synnytykset, kuolleena syntyneet lapset, keskenmenot, abortit tai kaavinnat sekä synnyttämättä poistuneet muodostavat kaikki oman ryhmänsä tutkimuksessa. Näiden laitoksella tapahtuneiden synnytysten- ja hoitotapahtumien määriä voi tarkastella kuviosta 5.

Aineiston potilaissa on melko paljon samoja nimiä: 11 824 potilaista (72,7 %) kävi laitoksella vain kerran tutkimuskohteena olevalla aikajaksolla, ja 4441 tapauksessa (27,3 %) kyse oli moninkertaisesta kävijästä. Pitkän tutkimuskohteena olevan ajan vuoksi toistuvasti laitoksen palveluiden käyttäminen on oletettavaa – useat laitoksen potilaista ehtivät tämän kahdeksan vuoden aikana synnyttää moneen kertaan. Aineistossa kaikkia tapauksia käsitellään silti yksilöinä – tämä vääristää hieman tilastoja esimerkiksi potilaiden sosioekonomisten luokkien ja kotipaikka-alueiden kokonaismäärissä, mutta sillä ei ole juurikaan vaikutusta synnytyspainoja- ja hoitotapahtumia koskevaan tutkimukseen niiden uniikkiuden vuoksi.

Synnytyspainoja tutkiessa olen jakanut raskaudet ryhmiin sen perusteella, onko synnytys ollut yksisikiö- vai monisikiöraskaus, eli onko raskaudesta syntynyt vain yksi lapsi vai kaksoset tai kolmoset. Tutkimuksessa analysoidaan ainoastaan yksisikiöraskauksista syntyneiden lasten painoja – monisikiöraskauksia ei juurikaan syvällisesti tarkastella. Yksisikiöraskauksien ja monisikiöraskauksien käsittely erillisinä ilmiöinä tarkoittaa synnytyspainoja koskevan analyysin tarkkuutta - monisikiöraskaus on yksi vastasyntyneiden painoa vähentävistä tekijöistä, ja kaksoset syntyvätkin usein keskosina ja kevyempinä kuin yksisikiöraskauksista syntyvät.¹²⁰ Aineistoni perusteella tämä on totta: yksisikiöraskauksista syntyneet lapset painoivat syntyessään noin kilon enemmän kuin monisikiöraskauksista syntyneet lapset. Elävinä syntyneet 14 630 lasta koostuvat yhteensä 14 378 potilaan synnytyksistä. Näistä tapauksista 14 108 oli yksisikiöisiä raskauksia ja 270 monisikiöraskauksia. Monisikiöraskauksista eläviä lapsia syntyi siis yhteensä 522, joko niin että molemmat tai ainoastaan toinen lapsista syntyi hengissä. Lisäksi monisikiöraskauksiin kuuluu aineiston ainoa kolmoissyntymä, vuoden 1940 maaliskuussa elävinä syntyneet kolme poikaa.

¹²⁰ Jakobsson & Paavonen 2009, 1318–1321.

Vastasyntyneet on yleensä määritelty syntymäpainojen perusteella joko normaalipainoisiksi, keskosiksi tai keskenmenoiksi. Lapsi katsotaan syntyneeksi, jos raskausviikko 22 on täyttynyt tai lapsi on saavuttanut 500 gramman syntymäpainon. Jos paino jää 500 gramman alapuolelle, lasketaan synnytys keskenmenoksi. Arvo Ylppö käytti vuonna 1920 ensimmäisenä sanaa keskosen kuvaamaan alle 2500 gramman painoisina syntyviä lapsia. Vaikka keskosen määritelmä on hieman muuttunut nykypäivänä ja keskosuus määritellään lähinnä raskausviikkojen määrän mukaan,¹²¹ on tätä tutkimusta varten Arvo Ylppön määritelmä riittävä, ja keskosiksi lasketaan kaikki alle 2500 gramman painoisina, mutta vähintään 500 gramman painoisina syntyneet lapset. 2500 grammaa ja sitä enemmän painavat lapset luokitellaan tutkimuksessa täysiaikaisiksi.

Sikiön ikä on perinteisesti määritelty viimeisten kuukautisten mukaan.¹²² Myös tässä tutkimuksessa raskauden pituus lasketaan viimeisten kuukautisten ja lapsen syntymäajan erotuksella. Raskauden keston mittaaminen näin ei ole kuitenkaan kovin luotettavaa. Synnytyslaitoksen potilaina olleista naisista moni ei muistanut viimeisimpiä kuukautisiaan ollenkaan, ja moni vastasi melko ympäripyöreästi esimerkiksi kuukauden tarkkuudella. Lisäksi raskaana olevilla naisilla voi alkuraskauden aikana esiintyä ylimääräistä veristä vuotoa, jota virheellisesti luullaan kuukautisiksi. Nykyään raskauden tarkka kesto määritelläänkin alkuraskauden ultraäänitutkimuksissa.¹²³ Raskauden pituuden määrittely oli vielä toisen maailmansodan aikana epätarkkaa, ja pelkästään kuukautisten perusteella määritetty sikiön ikä ja raskauden pituus vääristää aineistossa ennenaikaisina syntyneiden määrää ja yliaikaisten raskauksien määrää. Aineistossa oli esimerkiksi paljon normaalipainoisina syntyneitä eläviä lapsia, jotka viimeisten kuukautisten perusteella olisivat syntyneet jo 25–30 raskausviikolla. Lisäksi aineisto sisälsi paljon edellisten kuukautisten perusteella reilusti yliaikaisia, jopa yli 45 viikkoa kestäneitä raskauksia. Tällaiset raskauden kestot eivät ole mahdollisia, joten ne poistettiin vertailusta – raskauden kestojen osalta tutkimuksessa tarkastellaankin ainoastaan 30–45 raskausviikoilla syntyneitä. Täysimittaisena raskautena käsitetty 37 raskausviikko pyöristyy tässä tutkimuksessa yhdeksäksi kuukaudeksi. Alle 9 kuukautta kestäneet raskaudet lasketaan ennenaikaisiksi.

Kuolleena syntyneet sekä keskenmenot muodostavat tutkimuksessa oman kategoriansa. Kuolleena syntyneiksi lasketaan 500 gramman syntymäpainon saavuttaneet lapset – tätä

¹²¹ Ibid., 2009, 1317.

¹²² Ibid., 2009, 1317.

¹²³ Tiitinen 2021, ”Raskaus (normaali kulku)”.

pienemmät lasketaan keskenmenoiksi.¹²⁴ Tarkasteltavana ajankohtana yhteensä 437 potilastapauksessa syntyi yksi tai useampi kuollut lapsi – näistä 399 tapausta oli yksisikiöisiä ja 28 tapausta monisikiöraskauksia. Monisikiöraskauksista kymmenessä tapauksessa kyse oli synnytyksestä, jossa molemmat 500 gramman syntymäpainon saavuttaneet lapset syntyivät kuolleena. Lisäksi 18 monisikiöraskaustapauksessa ainoastaan toinen vastasyntyneistä kuoli.

Keskenmenoksi on määritelty alle 500 gramman painoisina syntyneet sekä kaikki sellaiset raskaudet, jotka keskeytyvät ennen 22. raskausviikkoa. Synnytyskertomusten perusteella tarkkojen keskenmenolukujen saaminen on kuitenkin melko vaikeaa. Vuosina 1938–1945 synnytyslaitoksella todettiin paikan päällä ainoastaan 370 keskenmenoa, joista ainoastaan 107 tapauksessa mitattiin sikiöiden paino, pituus tai molemmat. Todellisuudessa keskenmenojen määrät synnytyslaitoksen potilaiden keskuudessa olivat suuremmat. Aiemmin esitettyjen lukujen lisäksi synnytyslaitokselle tuli vuosien 1938–1945 aikana yhteensä 274 potilasta verenvuodon takia, joka on keskenmenon tavallisin oire.¹²⁵ Verenvuodon takia laitokselle tulleet potilaat lähtivät laitokselta myöhemmin pois ilman toimenpiteitä, tai heille tehtiin kohdunkaavinta tai abortti. Selkeästi potilaskertomuksiin merkittyjä kohdunkaavintoja tai abortteja tehtiin laitoksella vuosina 1938–1945 298 kappaletta. Ilman toimenpiteitä tai synnytystä laitokselta poistuneet 810 potilasta muodostivat synnytyspotilaiden jälkeen suurimman asiakasryhmän laitoksella (5 %) – näistä potilaista monet tulivat vielä myöhemmin laitokselle synnyttämään, ensimmäisen käynnin ollessa ”väärä hälytys”.

Kohdunkaavinnalla pyritään poistamaan kohdusta verenvuodon aiheuttajat, kuten mahdolliset istukkakudoksen jäänteet – aineistossa tällaisia jäänteitä oli luultavasti osalle potilaista jäänyt laittoman raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Kohdunkaavinta on myös raskauden keskeyttämisen keino, ja laitoksen potilaskertomuksissa kaavinta ja abortti olivat usein synonyymeja.¹²⁶ Voidaan olettaa, että suuri osa verenvuodon takia laitokselle hoitoon tulleista oli saanut keskenmenon kotonaan, joko luonnollisesti tai rikollisin keinoin, sikiönlähdettämisen avulla. Sikiönlähdettämiset eli laittomat raskauden keskeytykset olivat 1900-luvun alun ja toisen maailmansodan aikana todella yleisiä, ja jo 1939-luvulla tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että suurin osa keskenmenoista tapahtui sairaalan ulkopuolella, ja niitä pyrittiin pitämään mahdollisimman hyvin salassa. Lääketieteellisessä Duodecim-lehdessä todettiin, että esimerkiksi Helsingissä vuonna 1937 kaikista raskauksista joka kolmas päättyi

¹²⁴ Tilastokeskus, Kuolleena syntynyt. Katsottu 2021.

¹²⁵ Tiitinen, 2021, ”Keskenmeno”.

¹²⁶ Tiitinen, 2021, ”Keskenmeno”.

keskenmenoon.¹²⁷ Tampereen vähäiset keskenmenomäärät olivat epätodennäköisiä myös kaupungin väestön demografista jakaumaa ajatellen. Kaupungin väestö oli melko nuorta ja ammatillisesti se koostui pääasiassa työläisistä. Lisäksi naisia oli reilusti miehiä enemmän. Keskenmenojen määrän voisi uskoa tällaisessa köyhässä, naisvaltaisessa ja nuoressa väestössä olevan suurempi.¹²⁸

5.2 Sosioekonomiset ryhmät ja alueellinen jakautuminen

Syntymiä ja erityisesti synnytyspainoja tutkimalla pyrin ottamaan selvää synnytyslaitoksen potilaiden oloista ja eri sosioekonomisten ryhmien välisistä eroista toisen maailmansodan aikana. Potilaiden tai heidän miehensä ammatin sekä hoidosta maksetun hinnan perusteella olen päättellyt synnyttäjien sosioekonomisen luokan ja jakanut heidät viiteen eri ryhmään: yläluokkaan, keskiluokkaan, työläisiin, apulaisiin/palvelijoihin ja maanviljelijöihin. Osalle on määritelty ryhmä pelkästään ammatin tai pelkästään hoidosta maksetun hinnan perusteella, jos toinen tieto oli puutteellinen. Ryhmien sisällä eri ammattien määrä on melko suurta ja ryhmäjako on melko karkea – myös hoitopäivästä maksettu hinta vaihteli paljon ammattiryhmien sisällä, joten jako sosioekonomisiin ryhmiin täytyi tehdä melko suppein perustein. Karkeasta jaosta huolimatta liitteen 2 taulukosta 1 voi huomata selvät erot sosioekonomisten luokkien keskimääräisissä hoidosta maksetuissa hinnoissa ja hoitopäivien määrissä, jonka perusteella pidän aineiston perusteella tekemääni jakoa pätevänä tutkimusta varten.

Sosioekonomisten ryhmien lisäksi Tampereen kaupunginosien elinolojen ja mahdollisten eroavaisuuksien selvittämistä varten kaikki synnytykset on jaettu tarkasti kaupunginosittain sekä alueittain. Tarkan kaupunginosajaon lisäksi potilaat on jaettu kartan 1 mukaisiin alueisiin, jotka esiteltiin tarkemmin kappaleessa 2.3. Tamperelaisten ohella ulkopaikkakuntalaiset muodostavat tutkimuksessa oman ryhmänsä, kuuluen joko maaseutu- tai kaupunkialueisiin. Aluejaon ja alueiden sosioekonomisen jakauman näkee myös liitteen 2 taulukosta 1. Tampereen kaupunginosia tutkimuksessa on yhteensä 40. Lisäksi erillisen kokonaisuuden muodostavat Tampereen kunnalliskodissa asuviksi merkityt naiset, joita oli tutkimuksessa yhteensä 31 kappaletta. Tampereella asuviksi on merkitty lisäksi 17 naista, joiden tarkkoja osoitetietoja ei synnytyskertomuksiin ollut merkitty tai joiden tarkkaa olinpaikkaa Tampereella

¹²⁷ Apajalahti 1939, 267–269, 273–274, 282.

¹²⁸ Keskinen, Peltola & Suodenjoki, 2005, 28–33; Peltola 2008, 12.

en pystynyt epäselvien tietojen perusteella paikantamaan. Edellä mainittuja kaupunginosia voi tarkastella taulukosta 4.

Liitteen 2 taulukosta 1 voi nähdä työväkeen kuuluvien potilaiden olevan laitoksen suurin asiakasryhmä, heidän muodostaessa yli puolet laitoksen kävijäkunnasta. Tämä oli tietysti oletettavissa Tampereen sosioekonomista jakaumaa ajatellen – työläisten osuus asukkaista oli 1900-luvun alun vuosikymmeninä Tampereella suurempi kuin muissa Suomen kaupungeissa, ja parhaimmillaan jopa yli 60 % asukkaista työskenteli teollisuus- ja rakennustoiminnan alalla.¹²⁹ Toiseksi suurimman asiakasryhmän laitoksella muodostivat keskiluokka. Tähän luokkaan kuului ammattistatukseltaan monipuolista väestöä – potilaiden miesten ammatteja olivat esimerkiksi poliisi, leipuri ja varastonhoitaja. Yläluokkaan kuuluvat potilaat, kuten insinöörit, tohtorit ja liikemiehet muodostivat laitoksen asiakaskunnasta kolmanneksi suurimman osan, noin 10 %. Neljänneksi suurin joukko oli maanviljelijät. Nämä potilaat olivat lähes kaikki ulkopaikkakuntalaisia ja maaseudulta kotoisin – myös Tampereella asui kuitenkin naisia, joiden puolison ammatiksi oli merkitty maanviljelijä. Määrällisesti vähäisemmän joukon aineistossa muodostaa apulaisiin ja palvelijoihin lukeutuvat potilaat. Nämä potilaat olivat enimmäkseen naimattomia ja muita luokkia keskimääräisesti nuorempia, työskennellen esimerkiksi kotiapulaisen tehtävissä parempiin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvan väestön alaisuudessa.

Taulukosta 1 voi nähdä myös eri luokkien välisiä eroja päivittäisten hoitomaksujen määrissä. Hoitomaksut erosivat sosioekonomisten luokkien välillä niin, että paremmin toimeen tulevat myös maksoivat hoidostaan enemmän. Kun koko aineiston potilaiden keskimääräinen, päivittäinen hoidosta maksettu hinta oli 35,4 markkaa, maksoivat erityisesti yläluokkaan kuuluvat potilaat keskimääräisesti hoidostaan paljon enemmän, lähes 60 markkaa. Keskimääräistä paremmin toimeentulevia olivat myös maanviljelijöihin kuuluvat potilaat, jotka maksoivat hoidostaan noin 43 markkaa. Keskiluokkaan kuuluvien potilaiden päivittäisestä hoidosta maksettu summa oli lähimpänä keskiarvoa, ja työväestöön sekä palvelijoihin kuuluvat maksoivat hoidostaan keskimäärin keskiarvoa vähemmän.

Hoitopäivän hintaa tarkastellessa on hyvä ottaa huomioon myös tutkimuksessa tarkasteltavana aikana tapahtunut hoitomaksujen nousu. Vuonna 1938 päivittäisen hoitomaksun keskimääräinen hinta kaikille synnytyslaitoksen potilaille oli 33,2 markkaa, kun vuonna 1945 se oli jo 46,2 markkaa. Tampereelta kotoisin olleelle potilaalle keskimääräinen hinta nousi 27,5

¹²⁹ Keskinen, Peltola & Suodenjoki, 2005, 12–13.

markasta 46,5 markkaan. Tämän kahdeksan vuoden aikana hoitopäivän hinta nousi synnytyslaitoksen potilaille keskimäärin siis noin 39 prosenttia (tamperelaisille jopa 69 %). Suurimman osan ajasta päivittäinen hoitomaksu pysyi keskimäärin 33–37 markan välillä, keskeisimmän hinnannousun tapahtuessa vuoden 1944 ja 1945 välillä: vuonna 1944 keskimääräinen hoitomaksu oli 37,4 markkaa ja vuonna 1945 se oli jo 46,2 markkaa, hinnan noustessa noin 24 %. Keskimääräisten hoitopäivien hintojen nousu oli lopulta melko vähäinen suhteessa vuosien 1938–1945 keskimääräiseen vuotuiseseen inflaatioprosenttiin, joka oli 16,15 – vuoden 1938 yhtä markkaa vastaava rahamäärä oli vuonna 1945 jo 2,85 markkaa.¹³⁰

Potilaiden varallisuutta indikoivan päivittäisen hoitomaksun keskiarvon lisäksi taulukosta 1 voi nähdä eri luokkien laitoksella viettämän keskimääräisen ajan. Kaikkien laitoksen potilaiden hoitopäivien keskiarvo oli noin 8 päivää. Työläisten laitoksella viettämä aika oli hieman keskiarvoa pienempi, kun taas yläluokka ja maanviljelijät viettivät aikaa laitoksella keskiarvoa enemmän - hyvätuloinen yläluokka jopa kokonaisen päivän pidempään, ja puolitoista päivää pidempään kuin työväestö. Yläluokkaan ja maanviljelijöihin kuuluvat synnyttäjät olivat aineiston sosioekonomisesti parhaiten toimeen tulevia. Maanviljelijöiden osalta lukuja tosin hieman vääristää se, että suurin osa heistä kuului ulkopaikkakuntalaisiin, mikä nosti hoidon hintaa. Synnytyslaitoksen ahtausongelmien vuoksi ulkopaikkakuntalaisten määrää laitoksella haluttiin vähentää, ja heidän hoitohintojansa korotettiin vuonna 1943.¹³¹

Aineistossa olevat 12988 tamperelaista potilasta maksoivat päivittäisestä hoidostaan synnytyslaitoksella keskimäärin 33 markkaa, kun taas ulkopaikkakuntalaiset, joita aineistossa on 3277, maksoivat hoidostaan keskimäärin 45 markkaa. Liitteen 2 taulukosta 1 tämän pystyy näkemään myös konkreettisesti tarkastelemalla eri alueiden keskimääräisiä hoidosta maksettuja hintoja – maaseudulta ja muista kaupungeista kotoisin olleet maksoivat päivittäisestä hoidostaan enemmän kuin Tampereella asuvat. Esimerkiksi yläluokkaan kuuluva ulkopaikkakuntalainen joutui maksamaan hoidostaan päivittäin keskimäärin 67–74 markkaa, kun Tampereen kantakaupungissa asuva yläluokkaan kuuluva maksoi hoidosta keskimäärin 61 markkaa päivässä. Ulkopaikkakuntalaiset viettivät laitoksella myös pidempiä aikoja, keskimäärin 8,5 päivää, kun taas tamperelaiset viettivät laitoksella noin 7,7 päivää. Syy hoitopäivien eroon liittyy luultavasti siihen, että ulkopaikkakuntalaisia synnyttäjiä ei haluttu päästää laitokselta liian aikaisin pois – pitkä matka kotiin oli raskas juuri synnyttäneelle äidille

¹³⁰ Tilastokeskus, Rahanarvonmuunnin, 2022.

¹³¹ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1943 II, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1944, 6.

ja vastasyntyneelle, ja nopea pääsy takaisin synnytyslaitokselle komplikaatioiden sattuessa oli vaikeampaa kuin Tampereella asuvilla.

Yli 40 % laitoksen asiakkaista oli kotoisin Tampereen työläisvaltaisilta esikaupunkialueilta. Myös laitakaupungilta kotoisin olleiden osuus oli suuri, lähes 20 %. Kantakaupungin ja uuden kantakaupungin alueelta oli kotoisin yhteensä vain noin 15 % laitoksen asiakkaista. Reuna-alueilta kotoisin olevien osuus oli yllättävän pieni, vain 1,6 %. Tämä kertoo reuna-alueiden asutuksen kehittymättömyydestä tutkimuskohteena olevana aikana – näillä alueilla sijaitsi lähinnä vain satunnaista asutusta, ja suurin osa alueista oli pyhitetty teollisuuden käyttöön. Reuna-alueiden asukasmääriä lisäsi vain hieman alueilla sijaitsevat sairaalat ja kunnalliskodit. Yhteensä 21,5 % potilaista oli kotoisin ulkopaikkakunniksi luettavilta maaseutualueilta sekä muista kaupungeista, kuten Helsingistä, Turusta ja Lahdesta.¹³² Suuri osa ulkopaikkakunnilta kotoisin olevista saattoi alun perin olla kotoisin Tampereelta: 1900-luvun alkupuolella oli yleistä, että etenkin nuoret, raskaaksi tulleet naiset halusivat tukeutua sukuunsa raskauden ja synnytyksen aikana, palaten usein vanhempiensa tai muun perheensä luokse niiden ajaksi.¹³³

Liitteen 2 taulukosta voi hahmottaa Tampereen eri alueiden sosioekonomisen koostumuksen ja niiden erot sekä synnytysten määrät ja keskiarvot. Taulukon perusteella sosiaalinen segregatio kaupungissa oli melko vähäistä – eri sosioekonomiset ryhmät asuivat melko tasaisesti Tampereen eri alueilla. Yläluokkaan kuuluneista tamperelaisista synnyttäjistä suurin osa, noin 23 % oli kotoisin kantakaupungin alueelta, joka aiemman kirjallisuuden perusteella olikin varakkaampaa seutua. Yläluokka oli kuitenkin jakautunut melko tasaisesti ympäri kaupunkia, ja erityisen yllättävää oli yläluokkaan kuuluvien potilaiden suhteellisen suuri osuus enemmistöltään työläisvaltaisissa esikaupungeissa ja laitakaupungilla. Kaupunginosien määrä, joissa yli 80 % asukkaista oli työläisiä, oli vähentynyt Tampereella huomattavasti 1930-luvun aikana.¹³⁴ Asuinalueiden segregatian välttämiseksi tämä oli hyvä kehityssuunta.

Keskiluokkaan kuuluneista synnyttäjistä reilusti suurin osa oli kotoisin esikaupunkialueilta. Kiinnostavaa on myös se, että keskiluokkaan kuuluvat muodostivat suhteellisen enemmistön uuden kantakaupungin alueelta kotoisin olevista synnyttäjistä, vaikka keskiluokan potilaista ainoastaan 7,4 % oli kotoisin alueelta. Yleensäkin uuden kantakaupungin alueelta oli kotoisin

¹³² Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 234–235.

¹³³ Nätkin 1997, 186–187.

¹³⁴ Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 213–214.

vain 826 synnyttäjää, mikä kertoo alueen vähäisestä asuinkorttelien määrästä ja alueen liikekortteli-painotteisuudesta.¹³⁵

Työväestöön kuuluvat synnyttäjät muodostivat enemmistön kaikilla Tampereen alueilla, paitsi uudessa kantakaupungissa. Tämä ei ole kovin yllättävää – Tampere oli väestöltään työläisenemmistöinen. Erityisen suuret työväestön osuudet olivat esikaupunkialueilla sekä laitakaupungilla: esikaupunkialueilta kotoisin olevista synnyttäjistä jopa 65,7 % oli työläisiä. Apulaisista ja palvelijoista koostuvan pienen ryhmän kotipaikoissa erityistä huomiota herättää ainoastaan ryhmän melko suuri prosentuaalinen osuus reuna-alueiden potilaista. Tätä 9,3 prosenttia selittää eniten ryhmän synnyttäjien suuri määrä Lapinniemiessä sijaitsevassa kunnalliskodissa. Kunnalliskodin 31 synnyttäjistä 15 kuului tähän aineiston huono-osaisimpaan ryhmään. Maanviljelijöiden kotipaikoissa ei ollut yllätyksiä – reilusti suurin osa maaseudulta kotoisin.

Hoitopäivien keskimääräiset hinnat vaihtelivat Tampereen alueiden välillä sen mukaan, millainen oli alueen sosioekonominen jakauma. Kantakaupungin -ja uuden kantakaupungin asukkaiden hoitohinnat olivat suurimmat, sillä alueilta tulleista potilaista yli puolet kuuluivat ylä- tai keskiluokkaan. Työläisvaltaisten alueiden kuten esikaupunkien ja laitakaupunkien asukkaiden hoitohinnat sen sijaan olivat pienimmät, juuri työläisvaltaisuudesta johtuen. Hoitopäivien hinnat vaihtelivat sosioekonomisten ryhmien sisällä eniten tamperelaisten ja ulkopaikkakuntalaisten välillä, mutta myös Tampereen kaupunginosien välillä oli luokkien sisäisiä eroja. Suurimmat erot näkyivät ylä- sekä keskiluokan sisällä: esimerkiksi yläluokan hyväosaisimmat synnyttäjät, 61–62 markkaa päivässä hoidostaan maksaneet, asuivat Tampereella kantakaupungissa ja uudessa kantakaupungissa, kun taas esikaupungeissa asuva yläluokka maksoi hoidostaan päivässä keskimäärin vain 48 markkaa.

Synnytyslaitoksen ylilääkäri Heikki Teräsvuori kuvaili laitoksen asiakaskunnan tulevan suhteellisen vauraalta alueelta kehittyneistä sosiaalisista oloista, jossa lastenhuoltotoiminta oli ollut kauan intensiivistä.¹³⁶ Vaikka Tampereella näkyikin siis eroja sosioekonomisten luokkien ja asuinpaikkojen sosiaalisen koostumuksen välillä, olivat tamperelaiset kokonaisuudessaan melko hyväosaisia etenkin terveystalveidensa osalta.

¹³⁵ Ibid., 2005, 106.

¹³⁶ Teräsvuori 1952, 939–940.

6. Tampereen synnytyslaitos sota-aikana

Tampereen synnytyslaitoksella oli toisen maailmansodan alkaessa takanaan jo pitkä ja vaiherikas historia. Vuonna 1913 Mariankadun ja Lyseokadun (nyk. F. E. Sillanpään katu) kulmaan rakennettu sairaalarakennus ei ollut Tampereen ensimmäinen synnytysairaala. Ensimmäinen yleinen synnytyslaitos oli perustettu kaupunkiin jo vuonna 1893, samalle paikalle kuin vuonna 1913 rakennettu rakennus. Laitoksen pienen koon vuoksi potilasmäärät olivat todella pieniä, ja kaupungin synnytyksistä laitoksessa tapahtui vain noin 10 prosenttia. Vuonna 1905 synnytyslaitos vuokrattiin lääkäri K. A. Hoffströmille, joka laajensi sitä viiden vuodepaikan sairaalasta 18-paikkaiseksi. Laitoksella tapahtuvien synnytysten osuus nousi voimakkaasti 1900-luvun alkupuolella, ja vanha laitoserakennus alkoi olla liian ahdas vastaamaan yhä kasvavan potilasmäärän tarpeita. Potilasmäärän kasvaessa kaupunki päätti rakentaa synnytyslaitoksen paikalle uuden 3-kerroksisen lisärakennuksen: rakennuksen, jonka toimintaan tässä tutkimuksessa keskitytään ja joka näkyy Liitteessä 1.¹³⁷

Uusi synnytysairaala alkoi käydä ahtaaksi jo pian sen käyttöönoton jälkeen. Se oli jo valmistuessaan vuonna 1913 ollut liian pieni Tampereen kokoista, nopeasti kasvavaa kaupunkia varten. Vuonna 1920 synnytyslaitos kunnallistettiin. Laitoksessa tapahtuvien synnytysten osuus oli kasvanut Tampereella jo 93 prosenttiin, ja vuonna 1922 laitoksella hoidettiin jo yhteensä 1206 potilasta, kun laitoksen tilat oli suunniteltu vuosittain korkeintaan 1000 potilaan käytettäväksi. K. A. Hoffström oli laitoksen ylilääkäri vuoteen 1938 asti. Hän oli vuodesta 1923 lähtien lähettänyt vuosittain kirjeitä kaupungin päättäjille, joissa hän korosti laitoksen laajennusten välttämättömyyttä ja kiireellisyyttä. Mitään ei ollut tapahtunut – ainoastaan laitoksen työntekijöiden suorittamalla omilla tilapäisjärjestelyillä laitoksen paikkamäärää oli saatu hieman nostettua.¹³⁸

Vasta vuonna 1938 sairaalalautakunta alkoi puuttumaan synnytyslaitoksen ahtauseroihin. Läntisten liitosalueiden liittyessä Tampereeseen oli synnytysairaalan potilasmäärä kasvanut 25 prosentilla ja syntyvyyden kasvu oli ollut jatkuvaa. Potilaspaikkojen vähyyden takia sairaala ei pystynyt ottamaan hoitaakseen juuri ollenkaan ”naistautisia” eli raskauden aikaisia sairauksia potevia: koko vuonna heitä oli hoidettavana yhteensä vain 24. Tilanpuute oli pakottanut sairaalan väliaikaisiin toimenpiteisiin, ja sairaalan ylilääkärin asunnosta oli otettu muutostöiden avulla osa potilaskäyttöön, jonka lisäksi yksi laitoksen yläkerran huoneista oli

¹³⁷ Teräsvuori 1955, 1669–1670.

¹³⁸ Teräsvuori 1955, 1669–1672; Rasila 1992, 422–423.

myös muutettu potilaille sopivaksi. Muutosten avulla laitos oli saanut seitsemän uutta potilaspaikkaa, kokonaismäärän ollessa muutosten myötä 43. Paikkoja oli silti Tampereen kokoista kaupunkia varten aivan liian vähän, ja laitosta haluttiin kiireesti uudistaa, jotta se pystyisi palvelemaan tamperelaisia tehokkaammin. Ongelmana oli myös laitoksen henkilökunnan asuntojen vähyys sairaala-alueella. Sairaalan henkilökunnan haluttiin asuvan sairaalan alueella, jotta laitoksessa pystyttiin ylläpitämään mahdollisimman hyvää hygieniää. Nyt asuntojen vähyden takia kaupungin täytyi vuokrata henkilöstölle asuntoja muualta. Sairaalan viereen henkilökunnalle rakennettavan tilavan asuinrakennuksen toteuttamista varten varattiin kuitenkin kaupunginvaltuuston vuoden 1939 talousarvioon yhteensä 500,000 markkaa.¹³⁹

Talvisota tuli tilanpääteestä kärsivälle synnytyslaitokselle todella huonoon aikaan. Sodan takia kaikkien sairaaloiden kellarikerroksiin tuli lain mukaan rakentaa väestönsuojia. Mariankadun synnytyslaitoksessa ei kuitenkaan tällaista mahdollisuutta ollut, ja synnytyslaitos tarvitsi muutenkin sodan ajaksi Tampereen keskustan läheisyyttä rauhallisemman ja turvallisemman sijainnin. Keskustan ja tehdasalueiden läheisyys asetti myös synnytyslaitoksen neuvostokoneiden pommitusten vaaravyöhykkeelle. Synnytyslaitos päätettiin sijoittaa sodan ajaksi muualle, ja tätä käyttötarkoitusta varten löytyi Ylöjärven Teivaalasta sopiva kartanon päärakennus, jonka tiloihin synnytyslaitos siirrettiin 6.12.1939 alkaen. Aiemmin tilanpuutteesta kärsineen sairaalan tilanne muuttui muuton myötä vielä tukalammaksi. Synnytyslaitoksen ylilääkärinä toimineen K. A. Hoffströmin laatimassa synnytyslaitoksen vuoden 1939 sairashoidollisessa kertomuksessa kerrotaan laitoksen erittäin tukalista oloista. K. A. Hoffström oli itse jäänyt eläkkeelle jo 1.7.1939, mutta hänet oli kutsuttu uudelleen laitoksen ylilääkäriksi vain muutamaa kuukautta myöhemmin, muiden laitoksen lääkäreiden jouduttua ylimääräisiin sotilasharjoituksiin lokakuussa 1939. Tilapäismajoitukseen kartanoon siirretyssä synnytysairaala-alueella oli nyt tilaa ainoastaan 20 vakinaiselle hoitopaikalle, joista 3 oli synnytysvuodetarkoitukseen varattu. Tämän lisäksi kartanossa oli useita muita puutteita: talossa ei ollut vesijohtoja, vesiklosetteja, kylpyhuoneita tai eristyshuoneita. Myös sairaalan käyttöön tuleva lämmin vesi täytyi lämmittää saunassa. Uuden tilanteen aiheuttaman tilanpuutteen äkkinäisen pahentumisen myötä synnytyslaitokselle hoitoon tulevat potilaat

¹³⁹ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1938, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalain vuosikertomukset v. 1938, 6–7, 77.

täytyi lähettää kotiin tavallista nopeammin synnytysten jälkeen, jotta uusille potilaille olisi vapautunut tilaa.¹⁴⁰

Muutkin kaupungin sairaalat joutuivat sodan myötä muuttamaan toimintatapojaan niiden joutuessa yhä enemmän armeijan tarkoituksiin käytettäviksi. Siviiliväestöä varten rakennettiin tilapäinen sairaala Tampereen Rauhaniemessä, Lapin kaupunginosassa sijainneen kunnalliskodin uuteen hoidokkirakennukseen. Sairaalassa oli yhteensä 51 sairassijaa, mikä oli Tampereen suurta väestöä ajatellen liian vähän. Mariankadun synnyttäjistä tyhjillään olleessa synnytyssairaalassa sen sijaan toimi osan aikaa talvisodasta sotasairaalan osasto.¹⁴¹

Tampereen synnytyslaitos toimi Ylöjärvellä sijaitsevilla väistötiloissa 19.4.1940 asti, jonka jälkeen se siirtyi takaisin alkuperäiseen paikkaansa Tampereen Mariankadun kulmaan.¹⁴² Tilanpuute ei kuitenkaan kadonnut mihinkään, vaan paheni entisestään sota-ajan myötä. Synnytyslaitoksen laajennuskysymys ei ollut edennyt mihinkään, sillä lääkintöhallitus oli katsonut tarpeelliseksi alkaa suunnittelemaan maakunnallista naistensairaala Tampereelle, laittaen laajennuskysymyksen samalla jäihin. Sairaalalautakunta ehdotti tilanpuutteen helpottamiseksi vieraspaikkakuntalaisten hoitomaksujen korottamista 33 prosentilla.¹⁴³

Tilanpuutteen ja tilanteen vakavuuden nostivat erityisesti esille synnytyssairaalan uusi ylilääkäri, K. A. Hoffströmin tilalle tullut Heikki Teräsvuori sekä alilääkäri Vilho Hiilesmaa. Laatimassaan synnytyssairaalan vuosikertomuksessa he kertoivat, että hoitopaikkoja oli edelleen ainoastaan 41, vaikka hoidettavien lukumäärä oli noussut peräti 57 prosenttia edellisestä vuodesta. Suuren potilasmäärän myötä laitos oli ollut koko vuoden käytäviä myöten täynnä, ja sänkyjä oli jopa jouduttu sijoittamaan käytäville. Hoidettavien luku päivää kohden oli ollut 51, kun potilaspaikkoja oli vain 41. Lääkäreiden mukaan ” *Hyvällä onnella ja kiitos henkilökunnan ponnistusten tultiin toimeen kuitenkin toimeen ilman mitään ’katastroofia’* ”.¹⁴⁴ Teräsvuoren mukaan potilasmäärien suuri kasvu 1940-luvulla johtui syntyvyyden kasvun lisäksi asuntopulasta johtuvasta kotisyntyisten hankaluudesta, jopa mahdottomuudesta.¹⁴⁵

¹⁴⁰ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1939, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1939, 83–84.

¹⁴¹ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1939, 7. luku: Tampereen terveydenhoitolautakunnan kertomus vuodelta 1939, 87; Teräsvuori 1955, s.1672.

¹⁴² Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1940, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1940, 87.

¹⁴³ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1941, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1941, 4, 6.

¹⁴⁴ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1941, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1941, 86.

¹⁴⁵ Teräsvuori 1955, 1672.

Talvisodan pommitukset olivat tuhonneet Tampereella paljon asuintaloja, ja pommitusten myötä kodittomiksi jääneiden kaupunkilaisten lisäksi Tampereella asuntoa tarvitsi myös yhä kasvava siirtoväen joukko.¹⁴⁶ Kodittomien asuttamisen myötä yhä ahtaammiksi käyvissä taloissa ja huoneissa oli mahdoton synnyttää, joten tamperelaiset suuntasivat sairaalaan synnyttämään.

Lääkärien kertomukset kertovat karua kuvaa synnytyslaitoksen sodan aikaisesta arjesta. Hoitopaikkoja oli aivan liian vähän verrattuna hoitoa tarvitseviin potilaisiin. Laitoksen ahtaus ja hektisyys näkyivät varmasti myös laitoksella toimivien lääkäreiden, hoitajien ja kätilöiden päivittäisessä jaksamisessa. Sodan aikana lääkäreitä toimi laitoksella samanaikaisesti ainoastaan yksi, toisen ollessa rintamalla kenttäsairaalan lääkärinä. Synnytyslaitoksen tehtävien lisäksi Tampereella olleen lääkärin piti tehdä töitä myös sotasairaalalla. Toiminnan hektisyydessä ja ahtaudessa ei synnytyslaitoksen ja kenttäsairaalan välillä juurikaan ollut eroa: synnytyslaitoksen sodanaikaista tilanahtautta kuvatessaan Teräsvuori toteaa 1950-luvulla Suomen lääkirilehteen kirjoittamassaan artikkelissa, että ”*Helppoa ei työskentely tällaisessa ahtaudessa ole ollut eikä vaaratontakaan, usein on tullut mieleen sodanaikainen kenttäsaaraala.*”¹⁴⁷ Työtä oli valtavasti, ja laitoksen ahtaat tilat aiheuttivat vaikeuksia sekä potilaille että henkilökunnalle.

Jo vuonna 1938 suunniteltua, synnytyslaitoksen henkilökunnalle tarkoitettua lisärakennusta ei voitu ryhtyä rakentamaan sota-ajan aiheuttamien rakentamisvaikeuksien ja rakennustarvikkeiden puutteen vuoksi. Myöskään synnytyslaitoksen laajennusta ei pystytty alkaa valmistelemaan, sillä ilmoilla oli kysymys keskussairaalan rakentamisesta, jota pidettiin tärkeämpänä kuin synnytyslaitoksen laajentamista. Sairaalalautakunta halusi helpottaa synnytyslaitoksen tilanpuutetta rajoittamalla vieraskuntalaisten määrän synnytyssairaalassa korkeintaan 25 prosentiksi sekä nostamalla vieraspaikkakuntalaisten hoitomaksuja, niin kuin vuonna 1941 oli esitetty. Asiasta päättävä lääkintöhallitus oli sairaalalautakunnan ajatusta vastaan, sillä piti sitä ulkopaikkakuntalaisia syrjivänä. Lääkintöhallitus kuitenkin lupasi, että synnytyslaitokselle maksettaisiin ulkopaikkakuntalaisten hoidosta aiheutuva tappio valtionavun muodossa. Sairaalalautakunta pelkäsi tästä koituvan yhä suurempi ulkopaikkakuntalaisten hakeutuminen Tampereen synnytyssairaalan hoitoon. Samalla kun sairaalalautakunta ja lääkintöhallitus riitelivät keskenään ulkopaikkakuntalaisten hoidosta, synnytyslaitoksen ylilääkäri Heikki Teräsvuori ja alilääkäri Vilho Hiilesmaa kirjoittivat

¹⁴⁶ Keskinen, Peltola & Suodenjoki, 2005, 27–28.

¹⁴⁷ Teräsvuori 1955, 1672, 1675.

laatimassaan vuoden 1942 synnytyslaitoksen sairaanhoidollisessa kertomuksessa synnytyslaitoksen kroonisesta tilanahtaudesta ja täysin riittämättömistä puitteista.¹⁴⁸

Sairaalalautakunnan kanta voitti, ja ulkopaikkakuntalaisille suunnattu suurempi hoitomaksu hyväksyttiin maaherranviraston kautta vuonna 1943 ja se otettiin käyttöön 1.2.1943. Synnytyslaitoksen tilanne jatkui kuitenkin samankaltaisena, eikä hoitomaksun nostaminen ratkaissut laitoksen riittämättömistä tiloista ja suurista potilasmääristä koituvia ongelmia. Päivää kohden oli edelleen hoidettavina keskimäärin noin 10 synnyttäjää yli laitoksen 41 synnyttäjän kapasiteetin, ja toisinaan hoidettavia saattoi olla kerralla jopa 60.¹⁴⁹ Hoitomaksun nostaminen ei myöskään vähentänyt ulkopaikkakuntalaisten tuloa laitokselle – esimerkiksi maaseudulta tulleiden ulkopaikkakuntalaisiin kuuluviin potilaiden määrät kasvoivat vuonna 1943 lähes 50 prosenttia verrattuna edelliseen vuoteen.¹⁵⁰

Vuonna 1944 Tampereen sairaalalautakunta sai ikäviä uutisia. Sairaalalautakunta oli elänyt koko sodan ajan siinä toivossa, että lähivuosina Tampereelle alettaisiin rakentaa keskussairaala, joka ratkaisisi nopeasti tilanpuutteen synnytyslaitoksessa ja muissa kaupungin sairaaloissa. Suomen sisäasianministeri Kaarlo Hillilän vierailtua Tampereella 17.10.1944 kuitenkin selvisi nopeasti, että keskussairaaloiden rakentamiseen ei Suomen valtiolla ole lähivuosina mahdollisuutta sodan aiheuttaman huonon taloustilanteen ja materiaalipuutteen vuoksi.¹⁵¹ Niinpä Tampereen kaupunginhallitus kehotti heti vierailun jälkeisenä päivänä kaupungin sairaalalautakuntaa aloittamaan kiireellisen valmistelun synnytyslaitoksen lisärakennuksen rakentamiseksi nykyisen laitoksen tontille. Laitoksen tilanpuutetta tuli parantaa nopeasti, jotta kaupunki tulisi toimeen siihen saakka, kunnes keskussairaala ennen pitkää rakennettaisiin.¹⁵² Vuonna 1943 eduskunnassa säädetyssä keskussairaalalaissa oli määrätty, että jokaista kunnan 4000 asukasta kohden tuli olla yksi sairaansija vähintään kolme lääketieteen erikoisalaa kattavassa keskussairaalassa.¹⁵³ Laki oli luultavasti herätelty Tampereen kaupunginhallituksessa ja sairaalalautakunnassa liikaa toivoa keskussairaalan

¹⁴⁸ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1942, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1942, 4–6, 88.

¹⁴⁹ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1943, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1943, 4–6, 96.

¹⁵⁰ TKA, Tampereen synnytyslaitosaineisto.

¹⁵¹ Rakennusainepula oli vaivannut Suomea jo vuodesta 1942. Lähes kaikki Suomen rakennustarvikkeet oli varattu takaisin vallattua ja uudelleen asutettua Karjalaa, erityisesti Karjalan Kannasta ja sen asutuksen uudelleenrakentamisesta varten. Neuvostoliiton suurhyökkäyksen alettua kesällä 1944 suurin osa Suomen rakennustarvikkeista jäi armeijan peräännyttyä Neuvostoliiton puolelle. Utrio & Utrio 1994, s. 107.

¹⁵² Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1944 II, 1.luku: Kertomus Tampereen kaupunginhallituksen toiminnasta vuonna v. 1944, 19.

¹⁵³ Harjula 2015, 164.

nopeasta rakentamisesta. Asian todellisen tilanteen selvittyä Tampereella alettiin nopeasti tekemään töitä, ja jo vuosia synnytyslaitosta vaivanneeseen tilanpuutteen ongelmaan alkoi vihdoinkin ilmestyä kaupunginhallituksen ja sairaalalautakunnan suunnalta konkreettisia ratkaisuja.

Vuosi 1944 oli synnytyslaitoksen toiminnalle yksi sota-ajan vaikeimmista. Laitoksen ahtaus oli omiaan levittämään tauteja, ja synnytyslaitoksella olikin tammi-helmikuun vaihteessa 1944 valloillaan kuumetautiepidea, jonka vuoksi sen toiminta täytyi väliaikaisesti siirtää Hatanpään sairaalaan 8.2.1944 alkaen. Väliaikainen toiminta Hatanpäällä kesti 15 päivää, jonka aikana lapsivuodekuumeiset saatiin eristettyä ja synnytyslaitos pystyttiin puhdistamaan perusteellisesti. Sairaalaan ei pystytty kuitenkaan järjestämään paljon tarvittua, pysyvää naistenosastoa, sillä sairaala tarvitsi oman tilanpuutteensa vuoksi kaikki osastot itselleen. Synnytyslaitoksen vuosikertomuksesta huokui lääkärien epätoivoisuus tilanteeseen. He toivoivat hartaasti, että ”v. 1945 vihdoinkin ja viimeistään jo pantaisiin alulle synnytyslaitoksen laajennus- tai mieluummiten kokonaan uuden ja tarpeeksi laajan synnytyslaitoksen rakennustyöt.” Synnytyslaitoksella hoidettujen määrä kohosi vuonna 1944 siihen astiseen ennätyslukuun, 2434 potilaaseen. Hoidettuja saattoi joinain päivinä olla jopa 70, vain 41 hoitopaikkaa kohti. Hoidon tarpeessa olevia henkilöitä oli vuonna 1944 laitoksella jo puolet enemmän kuin vuonna 1939, vaikka laitosta ei ollut laajennettu ollenkaan vuoden 1938 jälkeen. Sairaalalautakunnan, synnytyslaitoksen ylilääkärin ja rakennustoimiston arkkitehtiosaston yhteistyössä valmisteleva ehdotus synnytyslaitoksen yhteyteen rakennettavasta lisärakennuksesta oli kuitenkin saatu päällisin puolin valmiiksi vuoden 1944 loppuun mennessä.¹⁵⁴

Vuonna 1945 synnytyslaitoksen laajennussuunnitelma kohtasi kuitenkin taas vastatuulta. Vuoden alussa tehtiin kaksi ehdotusta synnytyslaitoksen laajentamiseksi. Toisessa ehdotettiin täysin uuden synnytyslaitoksen rakentamista Hatanpään sairaalan alueelle, ja toisen ehdotuksen mukaan alkuperäistä synnytyssairaalaa tuli laajentaa rakentamalla sen jatkeeksi 4-kerroksinen lisärakennus ja erillinen henkilökunnan asuntorakennus. Molemmat ehdotukset kuitenkin kaatuivat, sillä niitä ei pystytty toteuttamaan rakennustarpeiden puutteen vuoksi. Tilanteen vakavuus kuitenkin huomattiin, kun potilastulva synnytyslaitokselle jatkui, ja tulisi jatkumaan ennestään kiihtyvällä vauhdilla, Messukylän kunnan Tampereeseen liittämistä koskevien suunnitelmien myötä. Synnytyslaitokseen ruvettiin valmistelevaan suppeampaa

¹⁵⁴ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1944 II, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1944, 4–5, 87–88.

laajennusta, jossa laitoksen kolmas kerros eli ullakko muutettaisiin potilasosastoksi 20 potilaspaikalla. Samalla laitoksen nykyisiin osastoihin tuli kohdistaa parannuksia, pääasiassa rakentamalla ensimmäiseen kerrokseen eristysosasto ja erillinen lastenosasto. Lisäksi henkilökuntaa varten rakennettaisiin puinen, kaksikerroksinen asuinrakennus 30 asuinhuoneella, jotta synnytyslaitoksen henkilökunnan asuntopula saataisiin ratkaistuksi. Tampereen kaupunginvaltuusto hyväksyi tämän ehdotuksen kokouksessaan 10/7 1945. Rakennusluvan saamisessa kuitenkin kesti, ja laajennusta päästiin rakentamaan vasta vuoden 1945 lopussa. Rakentamisen aloittamisen viivästyminen ja sietämättömän suuren potilasmäärän vuoksi synnytyslaitokseen päätettiin perustaa lisäosasto läheisen ammattikoulutalon tiloihin. Myös näiden tilojen avaaminen kuitenkin lykkääntyi, ja lisäosasto päästiin avaamaan vasta vuoden 1946 alussa. Synnytyslaitoksen omassa vuosikertomuksessa nostettiin edelleen lääkärin toimesta esille laitoksen suuret potilasmäärät ja tilojen riittämättömyys, kun vuonna 1945 laitos saavutti uuden potilasmääräennätyksen ja keskimääräinen hoidettavien luku päivää kohden oli 57 vain 41 potilaspaikkaa kohti.¹⁵⁵

Vuonna 1946 synnytyslaitosta saatiin viimein laajennettua 20 uudella potilaspaikalla, joka oli Tampereen kokoon nähden edelleen liian pieni määrä. Keskussairaala Tampere sai odotella vielä kauan. Sen rakentamisesta päätettiin vasta vuonna 1954. Keskussairaala sijoitettiin Kaupin alueelle, ja se valmistui vuonna 1961. Vuonna 1962 tamperelaiset siirtyvät lopulta synnyttämään Mariankadun ahtaista oloista uuteen ja moderniin keskussairaalaan, ja entinen synnytyslaitos muutettiin vanhusten ja kroonikoiden sairaalaksi vuonna 1963.¹⁵⁶

Tampereen kaupungin kunnallishallinnon kertomuksista ja erityisesti synnytyslaitoksen omista vuosikertomuksista voi nähdä, kuinka huono tilanne synnytyslaitoksella oli toisen maailmansodan aikana. Laitos oli kärsinyt jo ennen sotaa tilanpuutteesta, kun vain 41 potilaspaikan synnytyslaitos oli aivan liian pieni palvelemaan yhä kasvavan väestön ja kiihtyvän syntyvyyden edellyttämiä tarpeita. Omat haasteensa asettivat lisäksi laitoksen siirtäminen Ylöjärvelle talvisodan ajaksi sekä siirto 8-23.2.1944 väliseksi ajaksi Hatanpään sairaalaan lapsivuodekuumeen torjumiseksi. Synnytyslaitoksen lääkärit ilmaisivat laatimissaan vuosikertomuksissaan selvästi tilanteen aiheuttamaa epätoivoa, kun laitos oli käytäviä myöten täynnä potilaita. Potilaita oli hoidettava todella vaikeissa olosuhteissa niukoin resurssein, mutta laitoksen hoitohenkilökunta ja lääkärit tekivät poikkeusoloissa parhaansa.

¹⁵⁵ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1945 II, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1945, 4–7, 102.

¹⁵⁶ Rasila 1992, 422–426.

Laitoksen sodanaikainen ylilääkäri Heikki Teräsvuori kiteyttää vuonna 1955 kirjoittamassaan artikkelissaan hyvin 1900-luvun alun vuosikymmenien ja sotavuosien taistelun synnytyslaitoksen kehittämiseksi: ”*Gynekologia ja obstetriikka ovat Tampereella valitettavasti jo puolitoista vuosikymmentä joutuneet elämään aivan lähiaikoina valmistuvan – niin kuin optimistisesti aina on ajateltu – mutta kangastuksen lailla aina tavoittamattomin häipyneen, tulevan naistensairaalan varjossa*”.¹⁵⁷

Laitoksen potilaiden onneksi sen lääkärit, Heikki Teräsvuori ja Vilho Hiilesmaa, olivat maan huippuluokkaa. Hiilesmaan nimi tuli lääketieteellisissä piireissä tunnetuksi myöhemmin, hänen julkaisemiensa tutkimusten myötä. Alilääkärinä hän keräsi työn ohella materiaalia väitöskirjaansa varten, joka julkaistiin vuonna 1948. Väitöskirja käsitteli synnyttäjien ja vastasyntyneiden kilpirauhassairauksia, ja sen keskeisin väite oli, että jodia tulisi lisätä ruokasuolaan Suomessa hyvin yleisen, jodinpuutteesta johtuvan struumasairauden vähentämiseksi. Hiilesmaan päätelmää alettiin Suomessa noudattamaan, ja myöhemmin struuma hävisi kansan keskuudesta lähes kokonaan.¹⁵⁸

Samalla kun synnytyslaitoksen lääkärit kävivät taistelua tilanpuutetta vastaan, kävi Tampereen sairaalalautakunta omia taisteluitaan Suomen lääkintöhallitusta vastaan. Sairaalalautakunnan tarkoituksena oli parantaa synnytyslaitoksen tilannetta ja vähentää sen ahtautta nostamalla ulkopaikkakuntalaisten hoidosta maksamia hintoja sekä rajoittamalla ulkopaikkakuntalaisten määrää laitoksella. Toinen vaatimuksista onnistui. Kaupunginhallituksen kertomuksista voi huomata sen ja Suomen hallituksen väliset kommunikaatio-ongelmat keskussairaalan rakentamista koskien. Jos kaupunginhallitus olisi saanut tietää jo aiemmin sodan aikana Suomen hallituksen keskussairaalan rakentamista lykkäävistä suunnitelmista ja maan taloustilanteesta, olisi synnytyslaitoksen laajennusosaa voitu alkaa suunnittelemaan ja rakentamaan jo aikaisemmin.

7. Potilaiden, synnytysten ja hoitotapahtumien erityispiirteet Tampereen synnytyslaitoksella 1938–1945

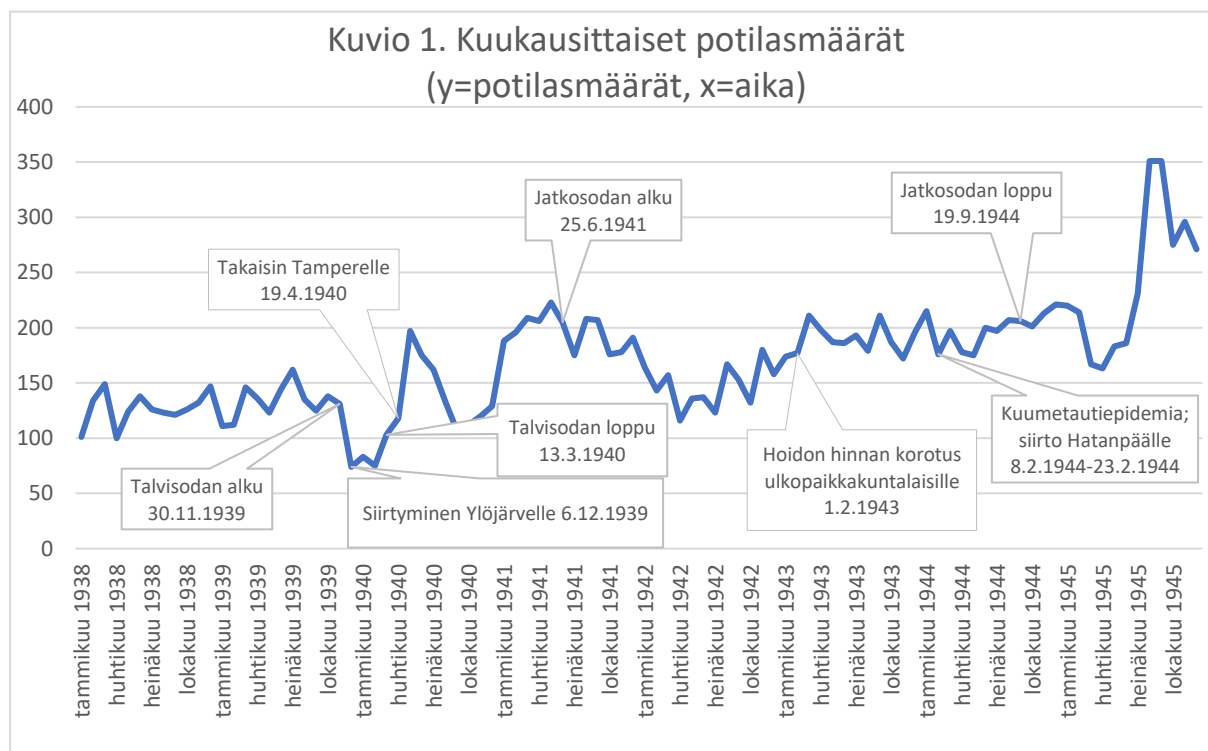
Tässä, synnytyslaitoksen potilaskertomuksien analyysiin keskittyvässä luvussa tarkastellaan ensin synnytyslaitoksen potilasmäärissä tapahtuneita vuosittaisia muutoksia ja keskeisiä poikkeavuuksia. Tämän jälkeen tutkin laitoksen syntyvyyttä suhteessa Tampereen ja Suomen

¹⁵⁷ Teräsvuori 1955, 1679.

¹⁵⁸ ”Kuolleita”, Helsingin Sanomat, 16.8.1986, s.16.

syntyvyyteen. Käsittelen myös kotisyntyneiden määriä Tampereella. Syntyvyys-osion jälkeen tarkastelen laitoksen potilaiden synnytyspainoja, niihin vaikuttavia tekijöitä sekä niissä näkyviä eroja eri ryhmien välillä. Sitten tarkastelen eri ryhmien hoitotapahtumia, kuten kuolleena syntyneiden lasten sekä keskenmenojen määriä. Lopussa käsittelen kahta laitoksen potilaista koostamaani erityisryhmää, siirtoväkeä edustavia synnyttäjiä sekä laitoksella kuolleita potilaita. Tutkimuksen keskeiset hypoteesit olivat, että sodan myötä erityisesti ravinnon suhteen heikentyneet olot näkyvät Tampereen synnytyslaitoksen synnytyspainoissa niiden laskuna verrattuna rauhan ajan vuoteen 1938. Toinen hypoteesi liittyi sosioekonomisiin luokkiin: sota-ajan heikot olot vaikuttivat alempiin sosioekonomisiin luokkiin enemmän kuin parempiosaisiin luokkiin, ja tämä näkyi alempien luokkien synnytyksissä pienempinä synnytyspainoina ja kuolleena syntyneiden lasten, keskenmenojen sekä muiden raskauskomplikaatioiden suurempana määränä.

7.1 Potilasmäärien muutokset



Kuvio 1. Kaikki Tampereen synnytyslaitoksella hoidetut potilaat sisäkirjoituspäivän mukaan. Lähde: Tampereen synnytyslaitosaineisto; Kertomukset Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta 1938–1945.

Synnytyslaitoksen potilasmäärät vaihtelivat vuosina 1938–1945 huomattavasti. Potilasmäärien vaihteluita sekä laitoksen toiminnan kannalta keskeisiä vaiheita voi tarkastella kuviosta 1. Vuonna 1938 synnytyslaitoksella hoidettujen potilaiden määrä oli 1521. Joka kuukausi

laitoksella hoidettiin keskimäärin noin 127 potilasta. Potilasmäärien suhteen laitoksella ei nähty kovin suurta nousua vielä vuonna 1939, potilasmäärien noustessa noin yhden prosentin, 1537 potilaaseen. Marraskuun lopulla 1939 alkaneen talvisodan vaikutuksen huomaa synnytyslaitoksen potilasmäärissä ensimmäisen kerran joulukuussa 1939, jolloin potilaita sisäänkirjoitettiin ainoastaan 74. Verratessa edellisen vuoden joulukuuhun, oli potilasmäärä vähentynyt noin 50 %, ja marraskuuhun 1939 verrattuna muutos oli myös noin 43,5 %. Keskeisin syy potilasmäärien voimakkaaseen laskuun oli synnytyslaitoksen toiminnan väliaikainen siirtyminen Ylöjärven Teivaalaan, pois pommitusten tieltä. Myös sota-ajan aiheuttama pelon ilmapiiri vaikutti varmasti laitokselle hakeutumiseen: pelkoa lisäsi neuvostokoneiden pommi-iskut Tampereelle joulukuussa 1939.

Laitoksen siirtyessä Ylöjärvelle kasvoi samalla matka synnytyslaitokselle Tampereen keskustasta noin yhdeksällä kilometrillä. Liikenneyhteydet syrjäiseen Ylöjärven Teivaalaan olivat sodan tuoman tilanteen takia muutenkin puutteelliset, koska suurin osa linja-autoista oli siirtynyt armeijan tarpeisiin. Koko Suomen autokannasta armeijalla oli käytössään noin kaksi kolmasosaa, joten hätätilanteessa nopea pääsy Tampereelta Teivaalaan oli todella vaikeaa. Kaupungissa oli linja-autoja käytössä vain pieni määrä, mutta niillä tehtyjä kuljetuksia säännösteltiin paljon bensiinin ja autonrenkaiden puutteen vuoksi. Hevoskuljetukset korjasivat hieman linja-autojen puutetta, mutta myös niitä säännösteltiin, sillä myös hevosista suurin osa oli rintamalla. Henkilöautot olivat kotirintamalla melko harvinaisia, niiden määrän vähentyessä armeijan tarpeiden takia vuodesta 1939 vuoteen 1942 lähes 90 %, 29 000 kappaleesta 3600 autoon.¹⁵⁹ Sodan luoma epävarmuuden tila sekä synnytyslaitoksen siirtyminen kauemmas, aiempaa huonompiin ja ahtaampiin tiloihin talvisodan ajaksi ajoi luultavasti suuren määrän synnyttäjiä hoitamaan synnytyksen ja muut raskauteen liittyvät asiat kotona. Liikenneyhteyksien puutteen myötä laitokselle oli lisäksi vaikea päästä, vaikka olisi halunnutkin.

Synnytyslaitoksen potilasmäärissä alettiin maaliskuussa 1940 nähdä hienoista nousua, kun pommitukset Tampereelta kohtaan olivat alkaneet vähentyä, lopulta loppuen kokonaan maaliskuun alussa 1940. Maalis-huhtikuussa näkyvää nopeaa potilasmäärien kasvua selittää talvisodan loppuminen ja synnytyslaitoksen siirtyminen takaisin Tampereelle. Maaliskuusta 1940 toukokuuhun 1940 potilasmäärät nousivat noin 91 %, 103 potilaasta 197 potilaaseen. Toukokuun jälkeen potilasmäärät alkoivat taas vähentyä, minkä voi selvästi huomata kuviosta

¹⁵⁹ Utrio & Utrio, 1994, 85; Pihkala 1990, 275.

1. Loppuvuoden 1940 potilasmäärien jyrkässä laskussa huomaa selvästi yhdeksän kuukautta aiemmin roihunneen talvisodan vaikutuksen. Talvisodan ja synnytyslaitoksen siirron sijoittuminen vuodenvaihteeseen 1939–1940 aiheutti sen, että potilasmäärät eivät lopulta juurikaan vähentyneet näiden vuosien välillä, siirron vähentäessä molempien vuosien potilasmääriä. Vuonna 1940 laitokselle sisäänkirjoitettiin ainoastaan 23 potilasta vähemmän kuin vuonna 1939.

Vuoden 1941 alussa potilasmäärät lähtivät jyrkkään nousuun. Väli rauhan syntyvyyttä nostava vaikutus on selvä – talvisodan pelon ilmapiiri oli hävynnyt ja yksi tapa juhlistaa sodasta selviytymistä oli tehdä jälkikasvu. Potilasmäärät synnytyslaitoksella pysyttelivät jokaisena kuukautena vuonna 1941 korkeammalla kuin yhtenäkin vastaavana aiempina kuukautena vuosina 1938–1940. Potilasmäärät kasvoivat vuodessa noin 56 %, vuoden 1940 1514 potilaasta 2362 potilaaseen. Jatkosodan alkaminen kesäkuun lopulla 1941 aiheutti potilasmäärissä pientä vähenemistä loppuvuodesta 1941, mutta todellisen vähenemisen huomaa vasta vuoden 1942 alun potilasmäärien vähenemisenä. Vaikka jatkosodan aikana Tamperetta ei pommitettu ollenkaan ja kaupunki oli rauhallisempi paikka elää, vähenivät vuoden 1942 potilasmäärät vuoteen 1941 verrattuna noin 25 prosenttia, potilasmäärän ollessa 1766. Vähenemisen osasyynä oli varmasti talvi 1941–1942, joka oli erityisesti siviiliväestölle erittäin vaikea jatkuvan ravintopulan ja kylmyyden vuoksi, eikä tästä syystä myöskään perheellisyyttä alettu hankkimaan. Alkuvuosi 1942 oli erityisesti kaupungeissa huono niiden sosioekonomisesti alimpiin tulotasoon kuuluville väestöosille, joilla ei ollut rahaa ostaa lisäravintoa mustan pörssin kautta.¹⁶⁰ Vähenemisestä huolimatta potilasmäärät pysyivät edelleen suurempina kuin kolmena ensimmäisenä tutkimuskohteena olevana vuotena.

Jatkosota oli vuonna 1943 normalisoitunut rintamalla jo asematavaiheeseen,¹⁶¹ ja vaikka tamperelaisillakin oli varmasti jatkuvasti tietynlainen sodan aiheuttama pelko vallitsevana tunteena, uskalsivat tamperelaiset synnyttäjät mennä yhä kasvavissa määrin synnytyslaitokselle hoitoon. Tamperetta ei ollut pommitettu Neuvostoliiton toimesta enää kolmeen vuoteen, ja jatkosotakin oli kestänyt jo kauan. Sota-ajasta oli tullut tamperelaisille uusi ”normaali”. Vuonna 1943 potilasmäärä kasvoikin aiemmasta vuodesta noin 29 prosenttia, ja potilaita sisäänkirjoitettiin yhteensä 2275. Vuonna 1944 ei potilasmäärissä nähty kovinkaan suuria muutoksia verrattuna vuoteen 1943. Ulkopaikkakuntalaisille kohdistetusta hinnan

¹⁶⁰ Laurent 2008, 78.

¹⁶¹ Lappalainen 1990, 22–24.

korotuksesta ja helmikuun 1944 kuumetautiepideemiasta huolimatta potilasmäärä kasvoi vuonna 1944 109 potilaalla.

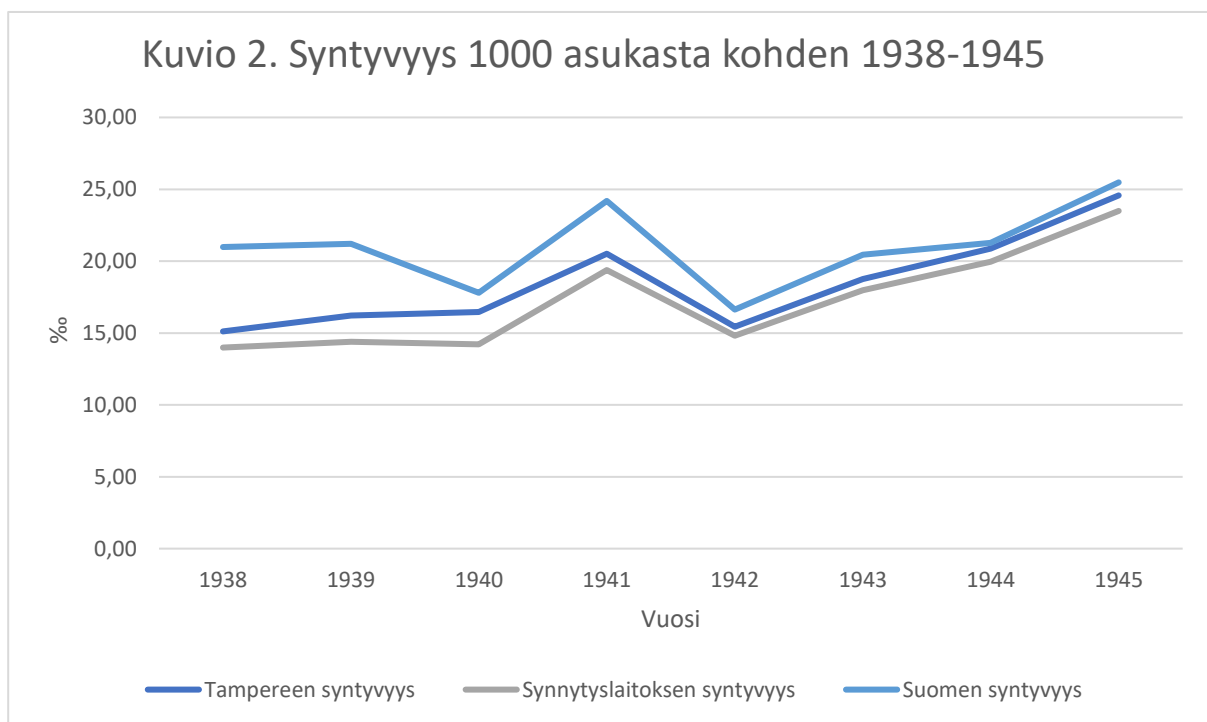
Jatkosodan loppuminen ei aiheuttanut heti vuoden 1944 lopussa ja vuoden 1945 alussa juurikaan muutoksia laitoksen potilasmääriin, vaan ne pysyivät tasaisesti noin 200 sisäänkirjoitetussa potilaassa per kuukausi. Helmi-maaliskuun välillä 1945 potilasmäärissä tapahtui kuitenkin voimakas väheneminen, potilasmäärän tippuessa noin 22 %. Tähän keskeisimpänä vaikuttavana tekijänä on luultavasti sotarintamalla 9.6.1944 alkanut Neuvostoliiton suurhyökkäys, mikä lisäsi tamperelaisten miesten tarvetta rintamalla. Lasten tekemistä ei juurikaan kesä-syyskuun välillä vuonna 1944 harrastettu, mikä näkyy kuviossa 1 synnytyslaitoksen potilasmäärien voimakkaana vähenemisenä yhdeksän kuukautta myöhemmin, alkuvuonna 1945. Maalis-kesäkuun välissä potilasmäärät pysyivät kuukausittain 200 alapuolella, kunnes heinäkuussa alkoi tapahtumaan huomattavaa potilasmäärien nousua. Heinäkuun ja elokuun välillä 1945 kuukausittaiset potilasmäärät kasvoivat 231 potilaasta 351 potilaaseen. Kasvua oli siis yli 50 %. Sota-ajan päättymisen tuoman ahdistuneisuuden ja pelon ajan purkautuminen näkyi myös Tampereen synnytyslaitoksella selvästi heinä-elokuusta 1945 alkaen suurten ikäluokkien syntymisenä. Elo- ja syyskuun huippukuukausien jälkeen potilasmäärät tippuivat taas hieman 300 kuukausittaisen potilaan alapuolelle. Vuoteen 1944 verrattuna synnytyslaitoksella hoidettujen määrä kasvoi kuitenkin vuonna 1945 noin 22 prosenttia, 2386 hoidetusta potilaasta 2908 potilaaseen.

Tampereen synnytyslaitoksen potilasmäärät vaihtelivat keskeisesti riippuen tiettyinä aikoina vallinneesta sotatilanteesta sekä yleisestä yhteiskunnallisesta tilanteesta. Talvisodan alku, synnytyslaitoksen siirtyminen, talvi 1941–1942 sekä Neuvostoliiton suurhyökkäys näkyivät selvästi potilasmäärien vähenemisenä, kun taas rauhallisemmat ajat sekä rauha itsessään toivat synnytyslaitokselle enemmän potilaita. Nämä synnytyslaitoksella vuosina 1938–1945 hoidetut 16 265 potilasta käydään yksityiskohtaisemmin läpi seuraavissa luvuissa.

7.2 Synnytykset ja syntyvyys

Syntyvyys laski Suomessa voimakkaasti 1900-luvun alun vuosikymmeninä. Lasku liittyi ajan yleiseen demografiseen transitiioon, jossa teollistuminen nosti väestön elintasoja ja paransi hygieniaa, samalla kuolleisuuden ja syntyvyyden laskiessa. Ilmiö oli nähtävissä myös muissa teollistuneissa maissa, yhä lisääntyvän kaupungistumisen kiihdyttäessä tätä kehitystä. Kun Suomessa naiset synnyttivät 1900-luvun alussa keskimäärin viisi lasta, oli lasten määrä

vähentynyt 1930-luvun alkuvuosina noin kolmeen lapseen naista kohden. Talvisodan alkaminen tiputti Suomen kokonaishedelmällisyyden hetkellisesti noin kahteen lapseen naista kohden, sotien loppumisen nostaessa määrän taas hetkellisesti kolmen yläpuolelle. Hetkellisen sotien jälkeisen, suurten ikäluokkien syntymisen aiheuttaman nousun jälkeen syntyvyys on laskenut Suomessa aina näihin päiviin asti.¹⁶² Tampere ei ollut 1900-luvulla tässä syntyvyyden muutoksessa poikkeus. Kaupungissa syntyvyyden vähentyminen oli ollut runsasta toista maailmansotaa edeltäneen 1930-luvun lamakauden aikana. Etenkin vuosina 1930–1935 syntyvyys oli laskenut runsaasti, jopa voimakkaammin kuin muissa Suomen kaupungeissa. Syinä tähän oli erityisesti epävarmojen aikojen tuoma turvattomuus, joka vähensi avioliittojen määriä ja kaupunkiin suuntautunutta muuttoliikettä. Taloudellisesti heikkoina aikoina ei haluttu lapsia tehdä, mutta olojen kohentuessa syntyvyys taas kasvoi. Laman hellittäessä 1930-luvun loppua kohden alkoi syntyvyys taas kasvamaan, erityisesti kohonneen avioliittoisuuden myötä.¹⁶³



Lähde: Tampereen synnytyslaitosaineisto; SVT, Suomen tilastollinen vuosikirja 1938–1948; StatFin, Väestörakenne 1937–1945.

Kuviossa 2 on esitetty promilleina Tampereen, Tampereen synnytyslaitoksen sekä Suomen yleinen syntyvyyskehitys vuosina 1938–1945. Tampereen syntyvyys pysyi koko tarkasteltavan

¹⁶² Hiilamo 2021, 10–11, 24.

¹⁶³ Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 18–19; Peltola 2008, 192–198.

ajan Suomen yleisen syntyvyyden alapuolella, kasvaen kuitenkin aina vuoteen 1942 asti, jolloin syntyvyys väliaikaisesti romahti koko Suomessa. Keskeisenä syynä laskuun oli talven 1941–1942 ankaraus ja sitä seurannut elintarvikepula – lapsia ei yhä epävakaammissa oloissa haluttu tehdä. Talvisota vaikutti vuonna 1940 syntyvyyteen laskevasti synnytyslaitoksella ja Suomessa, mutta Tampereen yleinen syntyvyys kasvoi vuositasolla sodasta huolimatta. Väkirauhalla oli syntyvyyttä nostava vaikutus vuonna 1941 sekä Suomessa että Tampereella – Tampereella syntyvyys nousi noin neljä promillea ja koko Suomessa hieman yli kuusi promillea. Vaikean vuoden 1942 jälkeen syntyvyys alkoi taas kasvamaan, ja vuonna 1945 se oli huipussaan sekä Tampereella (24,6 ‰) että koko Suomessa (25,5 ‰). Vuonna 1945 syntyvyys kasvoi voimakkaasti sotien loppumisen ja sitä seuranneen suurten ikäluokkien syntymisen myötä.

Syntyvyyden kasvu oli suoraan yhteydessä avioliittojen vuosittaisiin määriin, sillä lasten hankkiminen oli avioliitossa tavallisempaa. Avioliittojen määrät kasvoivat erityisesti rauhallisina vuosina, syntyvyyden samalla noustessa. Esimerkiksi sotien jälkeen avioliittojen määrät kasvoivat voimakkaasti, ja näihin avioliittoihin syntyi esikoisia ja toisia lapsia, syntyvyyden kasvaessa.¹⁶⁴ Ilmiö on helpoiten huomattavissa vuonna 1945, jolloin avioliittojen määrät Tampereella kasvoivat vuoteen 1944 verrattuna noin 24,1 prosentilla, 996 vuosittaisesta solmitusta avioliitosta 1236 avioliittoon. Avioliittojen määrät kasvoivat paljon myös talvisodan jälkeen: vuonna 1940 määrät kasvoivat edellisvuoteen verrattuna noin 10,2 prosenttia ja vuonna 1941 lähes 17,2 prosenttia. Ilmiö oli päinvastainen vaikeampina sotavuosina: vuonna 1939 avioliitot vähenivät noin 6,9 prosenttia, vuonna 1942 jopa 29,8 prosenttia ja vuonna 1944 lähes 3,9 prosenttia. Vaikeina vuosina myös syntyvyyden kasvu oli muita vuosia hitaampaa tai se jopa väheni verrattuna edellisvuoteen, kuten vuonna 1942, jolloin myös avioliittoja solmittiin aineiston vuosista vähiten, ainoastaan 887.¹⁶⁵

Koko tarkasteltavan ajan syntyvyys Suomessa oli 21 ‰, kun Tampereella se oli 18,4 ‰ ja synnytyslaitoksella 16,8 ‰. Tampereen syntyvyys oli lähimpänä Suomen syntyvyyttä vuonna 1944, jolloin kaupungin syntyvyys oli 20,9 ‰ ja Suomen syntyvyys oli 21,3 ‰. Tampereen syntyvyys kasvoi suhteessa Suomeen erityisesti kaupunkiin suuntautuneen muuttoliikkeen ansiosta, joka nosti myös Tampereen väkilukua voimakkaasti. Muuttoliikkeen vaikutus kaupungin syntyvyyteen riippui myös sen sukupuolijakaumasta, joka vaihteli vuosittain. Vuonna 1938 ja vuosina 1942–1944 naisten osuus kaupungin muuttovoitossa oli suurempi

¹⁶⁴ Ruokolainen & Notkola 2007, 86–88.

¹⁶⁵ Tampereen tilastollinen vuosikirja 1950, ”Väestö”.

suhteessa miehiin. Erityisen paljon naiset muuttivat kaupunkiin vuonna 1943, jolloin muuttovoitosta noin 70,4 prosenttia koostui naisista. Miesten osuus muuttovoitosta oli sen sijaan suurinta vuonna 1941, jolloin siitä oli 69,6 prosenttia miehiä. Tampereen väestöstä keskimäärin noin 57 prosenttia oli naisia vuosina 1938–1945, ja naisvaltainen muuttovoitto vain kasvatti naisten määrää suhteessa miehiin. Naisvaltaisuuden kasvu vähensi osaltaan myös avioliittojen määriä ja syntyvyyttä kaupungissa, sillä avioituminen oli tilastollisesti vaikeaa kaupungissa, jossa miehiä oli paljon vähemmän suhteessa naisiin. Toisaalta miesten määrä lisäsi avioliittojen määriä ja syntyvyyttä: miesten määrän suhteellisen suuri osuus vuosien 1939–1941 muuttovoitossa näkyi avioliittojen määrän ja syntyvyyden kasvuna vuosina 1940–1941.¹⁶⁶ Miesten osuutta Tampereen väkiluvusta ja muuttovoitosta kasvattivat sotien loppuminen ja rauhan ajat, ja sitä vähensivät sotien alkaminen ja kasvava miesten tarve rintamalla.

Kaupungin väkiluku kasvoi jokaisena vuonna 1938–1945, vaikuttaen myös syntyvyyteen positiivisesti. Kokonaisuudessaan kaupungin väkiluku oli kasvanut vuonna 1945 noin 9810 henkilöllä eli 13,3 prosentilla verrattuna vuoteen 1938. Voimakkainta kasvu oli vuosien 1944 ja 1945 välillä, jolloin Tampereen väestö kasvoi noin 4,8 prosentilla. Tätä aiemmin kasvu oli ollut suurinta vuonna 1940 (2,3 %), jolloin myös kaupunkiin suuntautunut muuttovoitto oli aineiston vuosista suurin vuoden 1938 (1684 henkilöä) jälkeen, muuttovoiton ollessa jopa 1511 henkilöä.¹⁶⁷

Vaikka Tampereen syntyvyys oli tarkasteltavana aikana Suomen yleistä syntyvyyttä alhaisempi, olivat muutokset tamperelaisten vuosittaisissa synnytysten määrissä melko suuria. Taulukosta 2 voi tarkastella vuosittaisia muutoksia sekä määrällisiä eroja synnytyslaitoksella synnyttäneiden tamperelaisten sekä kaikkien Tampereen syntymien välillä. Vertailukohtana on esitetty myös kaikkien Suomessa syntyneiden lasten määrissä tapahtuneet muutokset. Tampereen syntyvyys ja synnytysten määrät seurasivat melko pitkälti Suomen syntyvyydessä näkyviä trendejä, niiden vähentyessä ja kasvaessa Tampereella samoina vuosina kuin Suomessa yleensä, lukuun ottamatta vuotta 1940.

Tampereella kotisyntytyksiä tapahtui melko vähän. Jo 1920-luvulla noin 93 prosenttia tamperelaisista synnytti laitoksella, ja jo tällöin suuret asiakasmäärät aiheuttivat ongelmia tilanpuutteen kanssa.¹⁶⁸ Talvisodan aikana laitossyntyvyys väheni hetkellisesti. Ennen sotaa

¹⁶⁶ Tampereen tilastollinen vuosikirja 1950, ”Väestö”.

¹⁶⁷ SVT, 1938–1945; Jutikkala 1979, 35.

¹⁶⁸ Teräsvuori 1955, 1671.

vuonna 1938 muualla kuin laitoksella syntyneet muodostivat Tampereen syntyneistä noin 6,2 prosenttia. Vuonna 1939 muualla kuin laitoksella syntyneitä oli jo 10,7 prosenttia ja vuonna 1940 oli luku noussut jo 12,1 prosenttiin. Tampereen laitossyntyvyys ei suuren laitoksen ulkopuolella synnyttäneiden määrän takia kasvanut vuonna 1940 yhtä voimakkaasti kuin Tampereen kokonaissyntyvyys. Talvisota vaikutti laitoshoidon alenemiseen ja muualla syntyneiden lasten korkeisiin määriin: sodan aikana Tamperetta pommitettiin ja kaupunkilaisia evakuoitiin maaseudulle, missä suuri osa myös synnytti kättilöiden avustuksella. Sodan alkaessa synnytyslaitos myös siirtyi väliaikaisesti ahtaisiin ja puutteellisiin tiloihin kauemmas Ylöjärvelle. Tämä vaikeutti laitokselle pääsemistä, ja varmasti myös nosti kynnystä hakeutua synnytyslaitokselle hoitoon. Tampereen syntyvyyden kasvu talvisodan aikana viestii osaltaan myös sen asemasta vahvana sotateollisuuskaupunkina: talvisodan aikana Tampereelle jäi suhteellisen paljon miehiä työskentelemään teollisuudessa, ja osin tästä syystä kaupungin syntyvyys ei laskenut Suomen trendin mukaisesti.¹⁶⁹ Kaupungin muuttovoitto koostui vuosina 1939-1941 myös enimmäkseen miehistä, mikä osaltaan vähensi talvisodan vaikutusta kaupungin syntyvyyteen, pitäen sen korkealla vuoteen 1942 asti, avioliittojen määrien kasvun ohella.

Laitossyntyvyys kasvoi Tampereella voimakkaasti talvisodan loppumisen ja välirauhan vaikutuksesta, muualla tapahtuneiden synnytysten muodostaessa enää vain noin 4,9 prosenttia kaikista kaupungin synnytyksistä. Vuonna 1942 määrä laski edelleen noin 3,7 prosenttiin, ja laitossyntyvyys pysyi noin 96,5 prosentin tasolla aina vuoteen 1945 asti. Tampereen laitossyntyvyys oli siis noussut muutamalla prosentilla 1920-lukuun verrattuna.

Synnytysten määrät kasvoivat tarkasteltavan kahdeksan vuoden aikana synnytyslaitoksella tamperelaisten keskuudessa noin 91 % ja Tampereella 85 %, kun koko Suomessa syntymien määrät kasvoivat noin 25 %. Tampereella synnytysten määrät lisääntyivät vuosina 1938–1945 todella runsaasti, vaikka syntyvyys olikin Suomen yleistä syntyvyyslukua alhaisempi. Tampereen koko maan keskiarvoa alhaisempi syntyvyysluku ei sinänsä ole yllätys: suurin osa Suomen väestöstä eli tarkasteltavana aikana vielä maaseudulla, missä suuret perhekoot olivat paljon yleisempiä kuin kaupungeissa. Kaupungeissa käsitys ideaalisesta perhekoosta poikkesi maaseudun vastaavasta, ja lapsiluvun rajoittamista korostavat ajattelutavat olivat levinneet laajemmalle.¹⁷⁰ Kaupunkilaisperheissä arvioitiin myös maaseudulla asuvia perheitä enemmän

¹⁶⁹ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1939, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalain vuosikertomukset v. 1939, 83–84; Teräsvuori 1950, 821; Hoppu 2011, 151–152.

¹⁷⁰ Peltola 2008, 192–193.

lapsen hankkimisen taloudellista puolta: lapsen elättäminen kaupungissa oli kallista, eikä suuren lapsimäärän hankkimiseen välttämättä ollut edes varaa.¹⁷¹ Sota-ajan epävakaisissa olosuhteissa tämä ajattelu luultavasti korostui entisestään.

Sodasta huolimatta syntyvyys kasvoi tarkasteltavana aikana Tampereella lähes jokaisena vuotena. Tampereella syntyneet 12089 lasta muodostivat koko Suomessa samana aikana syntyneistä noin 1,9 prosentin osuuden, kaikkien laitoksella tänä aikana elävänä syntyneiden lasten (14 630 lasta) muodostaessa noin 2,4 prosenttia koko Suomen syntyneistä. Laitossyntymien määrä oli kaupungissa korkea, kuitenkin talvisodan nostaessa hieman muualla syntyneiden määriä. Tampereen syntyvyyden sodanaikainen kasvu kertoo kaupungin suuresta väkiluvusta ja sen jatkuvasta kasvusta vuosina 1938–1945. Toisaalta se kertoo myös kaupungin suhteellisen hyvistä ja turvallisista, raskauteen ja synnytykseen sopivista oloista sodan aikana. Etenkin talvisodan aikainen suuri syntyvyys viestii osaltaan myös kaupungin suhteellisen suuresta teollisuudessa työskennelleestä miesmäärästä sekä sen aikaisesta miesenemmistöisestä muuttovoitosta.

Taulukko 2: Tampereelta kotoisin olleiden synnyttäjien elävinä syntyneiden lasten määrät synnytyslaitoksella, kaikkien Tampereella syntyneiden lasten määrät sekä Suomessa syntyneiden määrät.

Vuosi	Synnytyslaitos /tamperelaiset	Vuosittainen % muutos	Koko Tampere	Vuosittainen % muutos	Suomi	Vuosittainen % muutos
1938	1074	0	1145	0	76695	0
1939	1122	4,47 %	1256	9,69 %	78164	1,92 %
1940	1151	2,58 %	1309	4,22 %	65849	-15,76 %
1941	1591	38,23 %	1673	27,81 %	89565	36,02 %
1942	1223	-23,13 %	1270	-24,09 %	61672	-31,14 %
1943	1504	22,98 %	1558	22,68 %	76112	23,41 %
1944	1700	13,03 %	1761	13,03 %	79446	4,38 %
1945	2047	20,41 %	2117	20,22 %	95758	20,53 %
Yhteensä	11412	90,60 %	12089	84,89 %	623261	24,86 %

Lähde: Tampereen synnytyslaitosaineisto; SVT, Syntyneet, 2022.

¹⁷¹ Hiilamo 2021, 29.

7.3 Synnytyspainot

Synnytyspainoja tutkiessa keskityn yksisikiöisistä raskauksista elävänä syntyneisiin lapsiin. Näitä tapauksia oli aineistossa yhteensä 14 108, mutta kun aineistosta poistettiin vielä syntymän jälkeen laitoksella kuolleet 204 lasta, muodostui määräksi yhteensä 13 904 syntymää. Laitoksella tapahtuneet yksisikiöisten elävien ja eloon jääneiden lasten syntymät muodostivat noin 85 % kaikista laitoksen 16 265 potilastapauksesta.

Taulukossa 3 on esitetty näiden 13 904 laitoksella elävänä syntyneen lapsen painojakaumat ja painojen keskeiset tunnusluvut. Elävänä syntyneiden painojen keskiarvo oli 3376 grammaa. Keskiarvo on lähellä painojen mediaania 3400 grammaa, joten yksisikiöisten painojakauma on todella symmetrinen. Suurin yksisikiöisten ryhmä oli 3000–3499 grammaa painavat lapset (39,1 %) ja toiseksi suurin 3500–3999 grammaa painavat lapset (32,0 %). Lähes kaikki elävänä syntyneet ja eloon jääneet lapset olivat syntymäpainoltaan normaalipainoisia - ainoastaan 469 eli 3,3 % oli painoltaan keskosen määritelmät täyttäviä, alle 2500 grammaa painavia. Poikkeavan kookkaita, yli 4500 grammaa painavia eli makrosomisia sikiöitä oli laitoksella syntyneistä lapsista 238 eli 1,7 %. Pienin laitoksella syntynyt ja elossa sieltä poistunut lapsi painoi syntyessään 1050 grammaa, painavimman painaessa 6000 grammaa.

Laitoksella syntymän jälkeen kuolleiden 204 lapsen keskiarvopaino oli 2231 grammaa, eli yli tuhat grammaa pienempi kuin eloon jääneiden lasten joukossa. Pienin elossa syntynyt, mutta laitoksella myöhemmin kuollut lapsi painoi vain 550 grammaa, painavimman ollessa 4500 grammaa. Kuolleista 119 eli 58,3 % painoi alle 2500 grammaa, joten keskosuuden voidaan päätellä olleen kuolemien keskeinen syy. Keskosuus taas johtui pitkälti synnytysten ennenaikaisuudesta: laitoksella syntymän jälkeen kuolleet lapset olivat suurimmaksi osin ennenaikaisesti syntyneitä – raskausviikkojen keskiarvo tämän ryhmän synnyttäjillä oli noin 35 viikkoa. Prosentuaalisesti myöhemmin laitoksella kuolleiden lasten osuus kaikista synnytyksistä oli vain 1,45 %.

Poistamalla vertailusta laitoksella syntymän jälkeen kuolleet, pystyn tarkastelemaan synnytyspainoja tarkemmin, ilman liian suuria yksittäisiä heittoja ja häiriöarvoja painojen arvojoukossa. Kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana synnytyslaitoksella kuolleiden lasten lukumäärää vertaamalla kaikkiin tutkimusaikana syntyneisiin saadaan selville synnytyslaitoksen perinataalikuolleisuustilastot tutkimuskohteena olevalta ajalta.¹⁷²

¹⁷² Tilastokeskus, Perinataalikuolleisuus, 2021.

Kun 687 yksisikiö- tai monisikiöraskauksista laitoksella kuolleena syntyneitä tai myöhemmin laitoksella kuollutta lasta jaetaan 14630 elävänä syntyneellä, saadaan laitoksen vuosien 1938–1945 perinataalikuolleisuudeksi 4,70 prosenttia.

Aineiston 13 904 elävänä syntyneestä ja eloon jäänestä lapsesta poikia oli 7208 kappaletta (51,8 %) ja tyttöjä 6696 (48,2 %). Keskimäärin kaikki yksisikiöisistä raskauksista elävänä syntyneet lapset painoivat tarkasteltavana aikana 3376 grammaa. Poikalapset painoivat keskimäärin hieman tyttölapsia enemmän – poikien keskiarvopaino oli 3437 grammaa ja tyttölasten 3310 grammaa. Tilastollisesti sukupuolten välinen ero oli erittäin merkitsevä ($p=0,000$) – sukupuolten väliset erot synnytyspainoissa olivat suurempia kuin niiden sisäiset erot. Maailman terveysjärjestö (WHO) on standardoinut laajassa lapsien kasvua koskevassa tutkimuksessaan poikien normaaliksi syntymäpainoksi 3346 grammaa ja tyttöjen syntymäpainoksi 3232 grammaa.¹⁷³ Vuonna 1938–1945 synnytyslaitoksella syntyneiden lasten keskimääräiset syntymäpainot olivat siis jopa hieman 2000-luvulla kehitettyjen kansainvälisten painostandardien yläpuolella.

Taulukko 3: Yksisikiöisistä raskauksista elävinä syntyneiden lasten tunnusluvut ja painojakaumat.

Elävänä syntyneiden yksisikiöisten lasten painojakaumat				Painojen tunnusluvut	
Painoluokat (g)	Frekvenssi	Osuus %	Keskiarvo (g)		
500-1999	116	0,8	1712	Määrä	13904
2000-2499	353	2,5	2269	Keskiarvo	3376
2500-2999	2014	14,5	2772	Mediaani	3400
3000-3499	5440	39,1	3224	Moodi	3500
3500-3999	4446	32,0	3674	Minimi	1050
4000-4499	1297	9,3	4143	Maksimi	6000
4500-6000	238	1,7	3669	Vaihteluväli	4950
Yhteensä	13904	100,0	3376	Keskihajonta	497,9

Lähde: Tampereen synnytyslaitosaineisto.

Synnytyspainot vaihtelivat vuosina 1938–1945 sekä ajallisesti että eri sosioekonomisten luokkien -ja asuinpaikkojen välillä. Kuviosta 3 voi tarkastella eri sosioekonomisten luokkien

¹⁷³ WHO 2006, 99, 125.

välisiä eroja sekä keskimääräisten synnytyspainojen vuosittaisia muutoksia. Vuositasolla kaikkien ryhmien yhteenlasketut keskiarvopainot vaihtelivat lopulta melko vähän: alhaisimmillaan painot olivat vuonna 1938, jolloin painojen keskiarvo oli noin 3328 grammaa, ja korkeimmillaan vuonna 1943 (3428 grammaa). Eroa vuosittaisen keskiarvoltaan alhaisimman ja korkeimman vuoden välillä oli siis tasan 100 grammaa. Prosentuaalisesti synnytyspainot vaihtelivat vuosittain noin -1,04 % ja 1,15 % välillä, kun taas kuukausittaiset vaihtelut sattuivat enimmillään -4,4 % (maalis-huhtikuu 1938) ja 3,7 % (elo-syyskuu 1939) välille. Tarkastelevan ajan keskimääräinen keskihajonta oli noin 498 grammaa – suurin keskihajonta oli vuonna 1940 (521 grammaa) ja alhaisin vuonna 1944 (482 grammaa). Vaikka vuosittaiset erot synnytyspainoissa eivät ole suuria, ovat vuoden 1938 keskimääräisesti muita kevyemmät lapset yllätys, sillä 1937 ja 1938 olivat rauhan vuosia, eikä kansa joutunut vielä elämään sodan tuomissa, erityisesti ravinnonsaannin kannalta heikentyneissä säännöstelytalouden oloissa.

Vaikka erot eivät silmämääräisesti näytä kovin suurilta, erosivat syntymäpainot varianssianalyysin mukaan vuositasolla sekä kuukausien välillä erittäin merkitsevästi ($p=0,000$). Parittaisvertailun avulla tehdyn testin perusteella kuitenkin mikään peräkkäisistä vuosista ei poikennut synnytyspainoltaan tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Keskeisin poikkeusvuosi oli vuosi 1943 - se poikkesi tilastollisesti 5 % merkitsevyytasolla kaikista muista vuosista paitsi vuosista 1942 ja 1944. Vuonna 1943 synnytyspainot olivat selvästi muita vuosia korkeammalla. Vuodet 1941 ja 1942 olivat olleet siviiliväestölle raskaita, ja vuoden 1943 korkeat synnytyspainot viittaavat väestön parantuneisiin oloihin. Vuonna 1943 Suomen terveydenhuoltoa myös kehitettiin paljon, ja esimerkiksi lääkintöhallitukseen perustettiin kansanterveysosasto. Hallituksen toimesta terveydenhuollon rajallisia resursseja alettiin kohdistamaan ehkäisevään terveydenhuoltoon – näiden toimien nähdään olleen onnistuneita, imeväiskuolleisuuden alkaessa laskemaan vuonna 1943.¹⁷⁴ Voi myös spekuloida toimien mahdollisesta vaikutuksesta synnytyspainojen kasvuun samana vuonna.

Synnytyspainot erosivat merkitsevästi myös sosioekonomisten luokkien välillä ($p=0,000$). Työväkeen ja apulaisiin kuuluvien naisten synnyttämien lasten synnytyspainot pysyivät koko tarkasteltavan ajan kaikkien ryhmien keskimääräisen synnytyspainojakauman alapuolella (Kuvio 3). Pienimmät keskimääräiset syntymäpainot olivat apulaisista ja palvelijoista koostuvalla synnyttäjärhymällä, joiden lasten keskimääräiset syntymäpainot olivat

¹⁷⁴ Laurent 2008, 72–78.

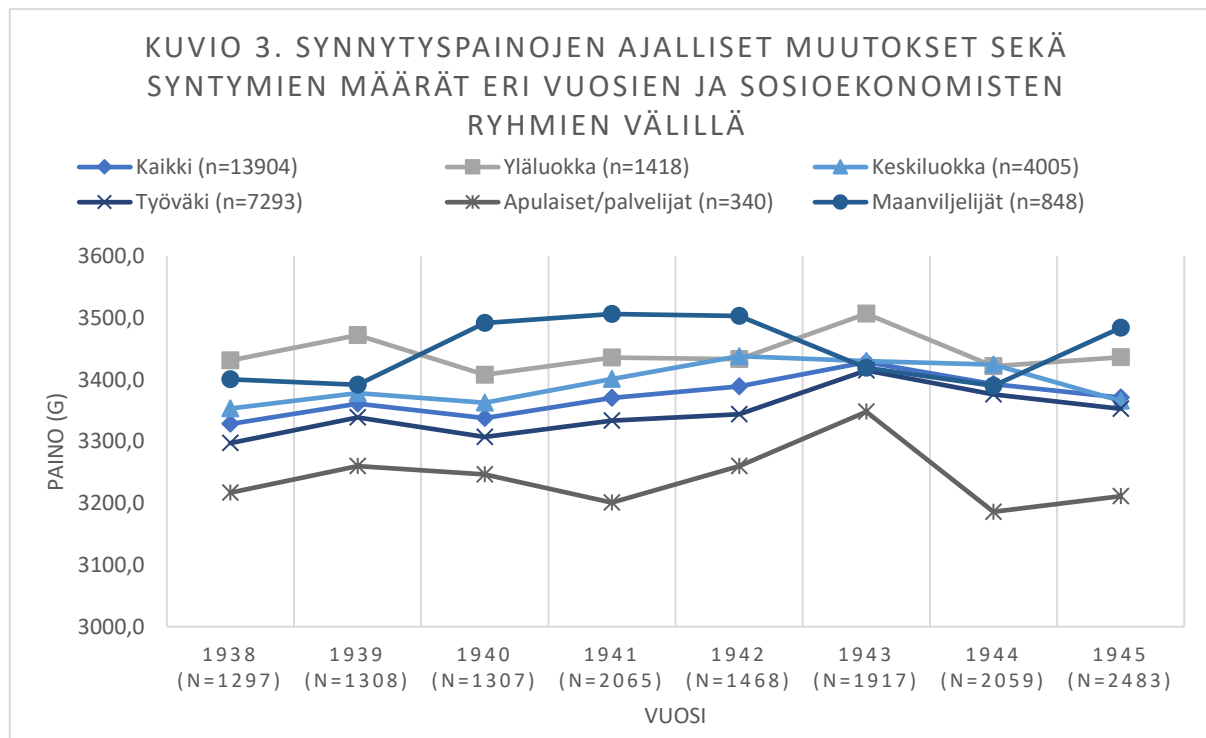
tarkasteltavana aikana noin 3241 grammaa. Suurimmat keskimääräiset syntymäpainot oli maanviljelijöihin kuuluvien naisten synnyttämien lasten keskuudessa (3448 g) – tosin yläluokkaan kuuluvien naisten synnytyspainojen keskiarvo oli vain 4 grammaa tätä arvoa pienempi. Myös keskiluokan (3397 g) ja työväen (3349 g) ryhmissä syntymäpainot olivat melko suuret. Kaikkien luokkien keskimääräinen raskauden kesto oli normaali, noin 40 viikkoa.

Sosioekonomisista luokista tehdyn parittaisvertailun perusteella yläluokkaan kuuluvien naisten synnyttämien lasten synnytyspainot erosivat merkitsevästi ($p=0,000$) työväen sekä palvelijoiden synnyttämien lasten synnytyspainoista. Keskiluokan synnytyspainoista ne erosivat melkein merkitsevästi ($p=0,016$) ja maanviljelijöiden synnytyspainoista ne eivät enää tilastollisesti merkitsevästi eronneet ($p=1,000$). Kaikkien muiden ryhmien paitsi maanviljelijöiden ja yläluokan välisissä vertailuissa painot erosivat tilastollisesti. Maanviljelijöiden ja yläluokan keskuudessa synnytyspainot olivatkin hyvin samankaltaiset, aineiston suurimmat. Aineiston parhaiten toimeen tulevat luokat siis myös synnyttivät myös melko samanpainoisia, painavia lapsia, kun taas muiden luokkien synnytyspainot poikkesivat paljon toisistaan. Osaltaan tämä kertoo myös luokkien välisistä terveyseroista. Vaikka keskiluokka, jonka voidaan nähdä olleen aineiston kolmanneksi hyväosaisin ryhmä, erosi kaikista muista ryhmistä merkitsevästi, olivat sen synnytyspainot merkitsevyystasoltaan lähempänä maanviljelijöiden kuin yläluokan synnytyspainoja – parittaisvertailussa keskiluokan merkitsevyystaso maanviljelijöitä kohtaan oli 0,050, kun se yläluokkaa kohtaan oli 0,016.

Vuonna 1940 synnytyspainot laskivat kaikissa muissa sosioekonomisissa ryhmissä paitsi maanviljelijätaustaisten naisten synnyttämien lasten keskuudessa. Tässä näkyy talvisodan mukanaan tuoma säännöstelytalouteen siirtyminen – syksyllä 1939 alkanut ja välirauhan aikana kunnolla käyntiin saatettu säännöstely vaikutti erityisen paljon kaupunkien väestöön, kun taas maaseudulla pystyttiin olemaan omavaraisempia.¹⁷⁵ Maanviljelijätaustaisten synnyttäjien lasten keskimääräiset syntymäpainot kasvoivat vuodesta 1939 vuoteen 1940 sadalla grammalla, kun muiden ryhmien painot hieman vähenivät. Vuosien 1941, 1942 ja 1943 ajan synnytyspainot pysyivät luokkien välillä melko samoina, yhteenlaskettujen painojen keskiarvon noustessa 3370 grammasta 3428 grammaan. Yläluokan ja maanviljelijöiden

¹⁷⁵ Junila 2012, 193; Jaatinen 2008, 121.

synnytyspainot pysyivät korkealla, mutta keskiluokan painot alkoivat olla niiden kanssa hyvin samalla tasolla, jopa ylittäen yläluokan synnytyspainot vuosina 1942 ja 1944.



Lähde: Tampereen synnytyslaitosaineisto.

Sotien alkuvuosina korkealla olleet, maanviljelijätaustaisten potilaiden synnyttämien lasten synnytyspainot alkoivat hieman laskemaan vuonna 1942, laskun kestäessä aina vuoteen 1944 asti. Laskuun saattoi vaikuttaa erityisesti rankka talvi 1941–1942, jolloin maaseudulla ei saatu korjattua satoa kokonaan talven tullessa aikaisin ja miesten ollessa rintamalla.¹⁷⁶ Niukka sato heikensi varmasti myös aiemmin hyvällä tasolla ollutta maaseudun asukkaiden ravinnonsaantia, joka kuviossa 3 näkyy maanviljelijätaustaisten synnyttäjien synnytyspainojen keskiarvon painumisena pääosin kaupunkilaisista koostuvien yläluokan ja keskiluokan keskimääräisten synnytyspainojen tasolle, melko lähelle työläistaustaisten synnyttäjien synnytyspainojen keskiarvoa.

Keskiarvopainot, niin kuin potilasmäärätkin, poikkesivat myös kaupunginosien välillä. Taulukosta 4 voi tarkastella eri Tampereen eri kaupunginosien- ja alueiden synnytyspainojen keskiarvoja. Taulukosta voi huomata, että niiden väliset erot vastasyntyneiden lasten synnytyspainoissa olivat lopulta melko pieniä. Yllättävää eri kaupunginosien välisissä synnytyspainoissa oli erityisesti se, että kunnalliskodissa asuvien naisten synnyttämät lapset

¹⁷⁶ Laurent 2008, 78.

olivat keskiarvoiltaan aineiston painavimpia, painaessaan 3491,4 grammaa. Köyhäinhoidollisiin tehtäviin tarkoitettu kunnalliskodista synnytyslaitokselle tulleet potilaat olivat pääosin apulaisiin tai palvelijoihin kuuluvasta ryhmästä tulleita melko huono-osaisia potilaita, joiden hoidosta maksamat hinnat olivat laitoksen pienimmät. Onkin erikoista, että aineiston yhteiskunnallisesti yksi huono-osaisimmista ryhmistä synnytti kuitenkin painavimmat lapset. Kunnalliskodista tulleiden synnyttäjien raskauden kestot olivat myös aineiston toiseksi pisimmät (40,6 viikkoa), mikä osaltaan nosti myös painoja. Raskauden pitkän keston ja synnytyspainojen suuruuden perusteella kunnalliskodit antoivat potilailleen todella hyvää ja tärkeää hoitoa – ennen aikaisuudelta ja pieniltä vauvoilta vältyttiin. Kunnalliskodin potilaiden korkeisiin painoihin saattoi tosin vaikuttaa myös se, että kaikki sieltä sodan aikana synnytyslaitokselle hakeutuneet potilaat eivät välttämättä olleet huono-osaisia. Kunnalliskodissa sijaitsi sodan aikana myös tavallisille tamperelaisille tarkoitettu tilapäinen sairaala, ja sairaalassa potilaana olleille synnyttäjille saatettiin synnytyslaitoksella merkitä kotipaikaksi kunnalliskoti, vaikkeivat he taustaltaan huono-osaisia olleetkaan.¹⁷⁷

Kaupunginosien -ja alueiden välillä ei ollut raskauden keston suhteen juurikaan eroja - keskimääräinen raskaudenkesto oli normaali eli 40,1 viikkoa. Ainoastaan seitsemän kaupunginosaa jäi keskimääräisessä raskaudenkestossa hieman 40 viikon alapuolelle - alhaisimmillaan raskauden kesto oli Vehmaisissa, jossa raskaus kesti keskimäärin 39,8 viikkoa. Varsinaisista kaupunginosista painavimmat lapset tulivat tässä tutkimuksessa Tampereen ulkopuolisiin esikaupunkialueisiin luettavasta, oikeasti Messukylän kuntaan kuuluneesta Takahuhdista, jossa lapset painoivat noin 3462 grammaa. Syntymäpainoltaan pienimmät lapset taas tulivat idempää, myöskin Messukylään kunnan alueeseen kuuluneesta Vehmaisista, jossa keskimääräinen synnytyspaino oli 3279,9 grammaa. Erot näiden alueiden välillä olivat siis noin 182 grammaa, vaikka molemmat olivatkin hyvin samankaltaisia, työläisvaltaisia asuinalueita. Vehmaisten kaupunginosan synnytyspainojen pienuutta selittää eniten raskauden keston lyhyys alueella – tähän raskauden keston lyhyteen on tosin vaikea löytää vastausta. Erikoista on, että vaikka Vehmaisissa oli suhteellisesti enemmän yläluokkaan- ja keskiluokkaan kuuluvia potilaita, voidaan Takahuhdin väestön silti olettaa olleen hieman paremmin toimeen tulevaa, sillä keskimääräinen hoitopäivän hinta oli siellä noin 7 markkaa suurempi kuin Vehmaisissa. Alueen varallisuus saattoi vaikuttaa myös Takahuhdin pidempiin raskauden kestoihin (40,5 viikkoa) suhteessa Vehmaisiin, ja sitä kautta suurempiin syntymäpainoihin.

¹⁷⁷ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1939, 7. luku: Tampereen terveydenhoitolautakunnan kertomus vuodelta 1939, 87.

Taulukko 4. Keskiarvopainot kaupunginosissa suurimmasta pienimpään. Värit sen alueen mukaan, johon kaupunginosa kuuluu.				
Kaupunginosa	Keskiarvo (g)	Frekvenssi	Keskihajonta	Potilaiden osuus kokonaismäärästä
Kunnalliskoti	3491,38	29	434,879	0,21 %
Takahuhti	3461,96	46	508,285	0,33 %
XXII	3451,30	23	742,718	0,17 %
Lielähti	3434,18	201	477,270	1,45 %
XX	3433,65	74	476,096	0,53 %
Lamminpää	3433,47	314	522,936	2,26 %
XI	3427,79	231	433,756	1,66 %
I	3427,73	119	394,690	0,86 %
Vuohenoja	3426,46	82	446,640	0,59 %
XVII	3418,19	221	525,254	1,59 %
XV	3413,27	358	488,106	2,57 %
Härmälä	3412,43	653	465,613	4,70 %
Nekala	3410,47	425	479,204	3,06 %
V	3406,69	344	466,859	2,47 %
Ulkopaikkakunta	3396,15	2676	509,179	19,25 %
Kaleva (XIX)	3385,36	28	501,150	0,20 %
VII	3382,78	395	533,743	2,84 %
Järvensivu	3381,74	161	491,506	1,16 %
Lappi	3381,11	135	508,144	0,97 %
II	3380,69	217	479,434	1,56 %
XXVI	3380,00	127	515,738	0,91 %
KAIKKI	3376,04	13904	497,901	100,00 %
XII	3374,44	189	545,274	1,36 %
XVI	3373,58	373	520,428	2,68 %
Osoite epäselvä	3373,33	15	296,929	0,11 %
XXI	3368,44	808	494,354	5,81 %
IX	3364,10	290	469,718	2,09 %
Pispala	3361,60	1402	490,442	10,08 %
IV	3359,27	530	490,048	3,81 %
XIV	3356,36	412	507,464	2,96 %
Epilä	3353,69	282	499,627	2,03 %
III	3353,45	469	477,499	3,37 %
Koivistonkylä	3352,03	219	522,855	1,58 %
Rahola	3350,64	78	548,164	0,56 %
Uusikylä	3350,56	72	519,043	0,52 %
VI	3344,83	263	513,557	1,89 %
XIII	3331,78	73	542,879	0,53 %
X	3327,79	281	484,086	2,02 %
Rantaperkiö	3320,67	178	545,202	1,28 %
VIII	3317,95	73	451,580	0,53 %
Viinikka	3310,18	409	470,911	2,94 %
Messukylä	3300,77	182	507,745	1,31 %
Tahmela	3280,19	314	514,272	2,26 %
Vehmainen	3279,92	133	518,904	0,96 %

Lähde: Tampereen synnytyslaitosaineisto.

Eri kaupunginosista kotoisin olleiden synnyttäjien synnyttämien lasten keskiarvopainot jakautuivat melko tasaisesti koko aineiston synnytyspainojen yhteenlasketun keskiarvopainon, 3376 gramman molemmille puolille. Taulukon 4 väriskaalan hajanaisuudesta voi päätellä, että aiemmin esitellyn Tampereen aluejaon (Kartta 1.) sisällä kaupunginosien synnytyspainot vaihtelivat melko paljon, eivätkä alueet olleet keskimääräisiltä syntymäpainoiltaan kovin homogeenisia. Tampereen alueista keskiarvoiltaan suurimmat yhteenlasketut synnytyspainot olivat uudessa kantakaupungissa (3401 g) sekä reuna-alueilla (3397 g). Melko yllättävästi kantakaupungin alueen synnytyspainot olivat Tampereen alueista alhaisimmat (3364 g), jopa hieman alhaisemmat kuin työläisvaltaisissa ja väkirikkaissa esikaupungeissa (3369 g). Vaikka Tampereen yläluokan synnyttäjistä prosentuaalisesti suurin osa asui kantakaupungin alueella, oli alueen määrällisesti suurin ryhmä (37 %) silti työläiset, mikä osaltaan laskee alueen synnytyspainojen keskiarvoa. Koko aineiston alueista synnytyspainot olivat alhaisimmat muista suurista kaupungeista kotoisin olevilla synnyttäjillä (3334 g) – maaseudulta kotoisin olleilla ulkopaikkakuntalaisilla painot olivat sen sijaan aineiston toiseksi korkeimmat, 3397 grammaa.

Varianssianalyysin avulla tehdyn laskennan mukaan taulukon 4 kaupunginosien erot synnytyspainoissa olivat tilastollisesti merkitseviä ($p=0,003$) mutta kaupunginosista koostettujen alueiden välillä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p=0,354$). Todellisuudessa kaupunginosienkin väliset erot olivat parittaisvertailun avulla tehdyn tarkemman tarkastelun perusteella korkeimmillaan vain tilastollisesti suuntaa antavia eli oireellisia¹⁷⁸ – merkitsevyysarvot olivat yli 0,05 mutta alle 0,1 ainoastaan kuudessa parittaisvertailukohdassa. Näistä arvoista puolet olivat Tahmelan kaupunginosasta kotoisin olevien synnyttäjien keskuudessa: tahmelalaisten synnytyspainot poikkesivat suuntaa antavasti Lamminpäästä, Härmälästä ja kunnalliskodista tulevien synnyttäjien synnytyspainojen kanssa. Tahmelan syntymäpainot olivatkin kaupunginosista toiseksi pienimmät. Tilastollisesti erot olivat kuitenkin melko mitättömiä. Tampereen eri kaupunginosien ja alueiden sekä ulkopaikkakuntalaisten synnyttäjien synnytyspainoissa ei näkynyt siis keskeisiä eroja, eli vaikka kaupunginosat ja alueet olivatkin sosioekonomiselta koostumukseltaan ja taloudellisesti erilaisia (kts. Liite 2. Taulukko 1.), eivät syntymäpainot poikenneet niiden välillä tutkimuksen kannalta kovin merkittävällä tavalla. Sosiaalinen segregaatio oli lopulta kaupungissa vähäistä, ja keskimääräisten syntymäpainojen pienet erot alueiden välillä kertovat, että myöskään raskaana olleiden naisten terveysoloissa ei ollut alueiden välillä kovin suuria. Sodasta

¹⁷⁸ Heikkilä 2017, 185.

huolimatta Tampereen kaupunginosat olivat suhteellisen turvallisia paikkoja elää, säännöstelytalouden taatessa tasaisen ravinnon tamperelaisille synnyttäjille asuinalueesta riippumatta.

Synnytyspainot vaihtelivat merkitsevästi ($p=0,000$) myös eri siviilisäätyihin kuuluvien synnyttäjien välillä. Eroja oli myös raskauden kestossa. Naimattomilla naisilla raskaus kesti hieman naimisissa olleita vähemmän: kun naimisissa olleiden raskauden kesto oli keskimäärin normaali 40,2 viikkoa, oli se naimattomilla 39,9 viikkoa. Naimattomat ja lesket muodostivat laitoksen synnyttäjistä vain pienen osan: 92 % synnyttäjistä oli naimisissa. Naimisissa olleiden naisten keskimääräiset synnytyspainot (3387 g) olivat noin 133 grammaa painavammalla kuin naimattomien naisten vastaavat (3254 g). Siviilisäädyllä ei ole nähty aiemmissä tutkimuksissa kovin suurta vaikutusta synnytyspainoihin itsenäisenä tekijänä, mutta naimattomuus saattaa lisätä stressiä, joka vaikuttaa negatiivisesti raskauteen ja synnytyspainoihin. Tällä oli luultavasti erityisen suuri merkitys epävarmoina sodan aikoina. Naimattomuus altistaa myös lyhyempään raskaudenkestoon, jollainen tämän aineiston naimattomilla oli.¹⁷⁹ Naimattomat synnyttäjät olivat usein myös nuorempia ja heikompiosaisempia kuin naimisissa olevat: naimattomista synnyttäjistä noin puolet kuului työväkeen, toiseksi suurimman ryhmän ollessa apulaiset/palvelijat. Työläisten suuren määrän vuoksi myös naimisissa olleiden naisten keskuudessa työväki oli suurin luokka, jonka jälkeen määrällisesti suurimmat olivat keskiluokka ja yläluokka.

Laitoksella synnyttäneiden naisten biologiset tekijät vaikuttivat myös synnytyspainoihin. Erityisesti synnyttäjän iällä oli vaikutusta. Alhaisia synnytyspainoja on todettu aiemmissä tutkimuksissa erityisesti todella nuorilla synnyttäjillä, ja synnytyspainojen on nähty laskevan myös 35-ikävuodesta eteenpäin. Tällä välillä iän on kuitenkin katsottu vaikuttavan synnytyspainoihin niitä nostavasti.¹⁸⁰ Tämän aineiston synnyttäjien ikähaarukka oli 15–49 vuotta, laitoksella synnyttäneiden naisten keskimääräisen iän ollessa 28,5 vuotta. Synnyttäjien ikäjakauman selventämiseksi synnyttäjät on jaettu seitsemään ikäjoukkoon, neljän vuoden välein. Joukkoja voi tarkastella kuvioista 4. Suurin synnyttäjien ikäjoukko oli 25–29-vuotiaat (31 %) sekä 20–24-vuotiaat (25,5 %), yli 29-vuotiaiden muodostaessa noin 40 % aineiston synnyttäjistä. Aiemmin todella suuren synnyttäjien ryhmän, yli 29-vuotiaiden synnyttäjien, määrät olivat laskeneet 1900-luvun alun ensimmäisinä vuosikymmeninä aina tässä tutkimuksessa tarkasteltavaan aikaan asti. Tämän nähdään johtuneen pääasiassa yhteiskunnan

¹⁷⁹ Kramer 1987, 682–683; Shah, Zao & Ali 2011, 1097–1109.

¹⁸⁰ Goldin & Margo 1989, 362; Kramer 1987, 681, 719.

yleisten arvojen muutoksesta sekä naimisissa olevien naisten aseman muuttumisesta työmarkkinoilla.¹⁸¹ Varianssianalyysin perusteella vastasyntyneiden painot vaihtelivat merkitsevästi eri ikäluokkiin kuuluvien naisten synnytyksissä ($p=0,000$). Erot olivat suurimmat 15–29-vuotiaat synnyttäjät sisältävissä ryhmissä – nämä ryhmät poikkesivat merkitsevästi toisistaan sekä kaikista muista ryhmistä. 30–49-vuotiaat sisältävät ikäjoukot eivät enää poikenneet merkitsevästi toisistaan 5 % merkitsevyystasolla, mutta erot nuorempiin ikäluokkiin olivat edelleen merkitseviä.

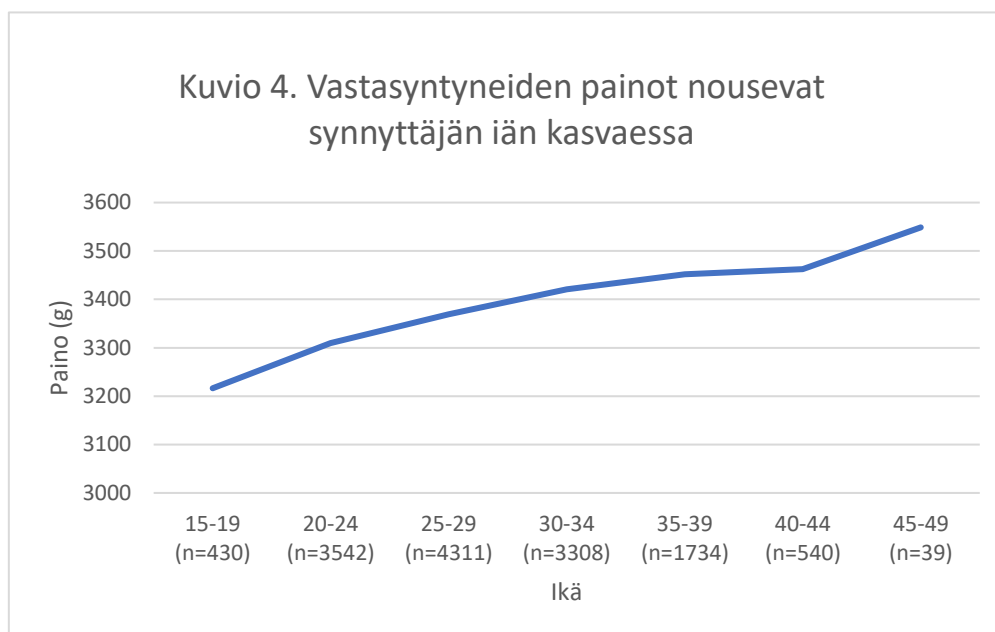
Kuviosta 4 voi nähdä synnytyspainojen kasvavan synnyttäjien iän kasvaessa. Synnytyspainot kasvoivat jokaisen ikäryhmän välillä – suurin kasvu oli 15–19-vuotiaiden sekä 20–24-vuotiaiden synnyttäjien välillä, jolloin vastasyntyneiden keskiarvopainot kasvoivat 2,9 %. Toisen maailmansodan aikana Suomessa optimaalisena synnytysikäenä pidettiin juuri ikävuosia 20–24, sillä tämän ikäisillä ajateltiin olevan nopein ja sujuvin synnytyksen kulku.¹⁸² Myös keskiarvopainojen voimakas kasvu näinä ikävuosina viestii terveemmästä raskaudesta. Raskauden kesto pysyi normaalissa, keskimäärin hieman yli 40 viikon lukemissa kaikilla synnyttäjillä 21–40-vuotiaiden potilaiden välillä. Näiden ikävuosien ulkopuolella raskauden kestot tippuivat lähes jokaisen synnyttävän ikäluokan kohdalla hiukan 40 viikon alapuolelle. Aineiston suurimmat synnytyspainot olivat sen määrällisesti pienimmällä ikäryhmällä, 45–49-vuotiaiden synnyttäjien lapsilla (3548,7 g). Kevyimmät lapset taas syntyivät aineiston nuorimmalle ryhmälle, lähes kokonaan ensisynnyttäjistä koostuville 15–19-vuotiaille (3216,3 g). 35-vuotiaille ja tätä vanhemmilla synnyttäjillä lasten syntymäpainot eivät enää kasvaneet ikäluokittain niin paljon kuin nuorempien luokkien välillä, vaan kasvu oli 0,2–0,9 % luokkaa. Poikkeuksen teki 45–49-vuotiaiden ryhmä, jonka syntymäpainot nousivat aiempaan ryhmään verrattuna noin 2,5 %: tämä ero johtuu todennäköisesti ryhmän pienen koon aiheuttamasta sattumasta. Tulokset iän vaikutuksesta synnytyspainoihin vaikuttavat olevan tässä tutkimuksessa keskiarvopainojen perusteella melko samankaltaisia kuin aiemmissakin tutkimuksissa: nuorimmilla synnyttäjillä synnytyspainot ovat pienempiä, ja iän mukana painot nousevat. 35-ikävuoden jälkeen painot eivät tässä aineistossa laskeneet, mutta niiden ikäryhmittäin kasvunopeus heikkeni.

Tarkastellessa iän vaikutusta vastasyntyneiden painoihin on hyvä tarkastella myös aiempien synnytysten määrän vaikutusta niihin – varianssianalyysin perusteella synnyttäjien

¹⁸¹ Peltola 2008, 196–197.

¹⁸² Vara 1946, 157.

keskiarvopainot erosivat merkitsevästi myös erilaisen synnytyshistorian omaavien synnyttäjien välillä ($p=0,000$). Aiempien synnytysten määrä yleensä kasvaa yhdessä iän kanssa, eli vanhemmilla synnyttäjillä on yleensä nuorempia synnyttäjiä enemmän aiempia synnytyksiä. Tämä pätee myös tämän aineiston potilaissa: ensisynnyttäjäyys oli luonnollisesti yleisintä ainoastaan 15–24-vuotiaiden ryhmissä, kun esimerkiksi 25–29-vuotiaiden joukossa yleisintä oli olla synnyttämässä toista kertaa. Vanhemmissa ikäluokissa aiempien synnytysten määrä jakautui suuremmalle alueelle, kuitenkin ensisynnyttäjäyden ollessa melko harvinaista. Eniten aiempia synnytyksiä oli neljällä laitoksen potilaalla, joilla niitä oli takanaan jo 12: nämä potilaat kuuluivat kolmeen vanhimpaan kuviossa 4 näkyvään ikäluokkaan.



Lähde: Tampereen synnytyslaitosaineisto.

Ensimmäisen raskauden on todettu vaikuttavan lapsen synnytyspainoon sitä heikentävästi.¹⁸³ Myös Tampereen synnytyslaitoksen potilaiden keskuudessa ensimmäistä kertaa synnyttävien potilaiden vastasyntyneillä oli kevyimmät synnytyspainot, lasten painaessa keskimäärin noin 3269 grammaa. Tähän tosin vaikuttaa varmasti keskeisesti myös se, että ensimmäistä kertaa synnyttävien joukko oli aineiston suurin: noin 50,4 prosenttia synnyttäjistä synnytti ensimmäistä kertaa. Painavimmat lapset sen sijaan olivat 10:tä kertaa synnyttävillä (3700 g): tosin tämän joukon suuruus oli vain 19, joten yksittäisillä suurilla syntymillä oli enemmän vaikutusta keskiarvoon. Seitsemännen synnytyksen jälkeen painot heikkenivät hieman, ja

¹⁸³ Kramer 1987, 721.

palasivat korkeilta, 3700 gramman keskimääräisiltä syntymäpainojen arvoilta takaisin ”normaaliin”, 3475–3553 gramman alueelle. Ainoastaan kymmenenettä kertaa synnyttävien korkeat synnytyspainot olivat poikkeus. Raskauden kesto pysyi synnyttäjillä normaalissa 40 viikossa aina kuudenteen synnytykseen asti, jonka jälkeen se tippui hieman 40 viikon alapuolelle. Kaiken kaikkiaan synnytyspainot kasvoivat melko tasaisesti samalla, kun aiempien synnytysten määrät kasvoivat – kasvu on kuviossa 4 nähtävän viivan kaltainen, sillä synnyttäjän ikä sekä aiempien synnytysten määrä ovat toisistaan riippuvia muuttujia: toisen kasvaessa myös toinen kasvaa. Synnytyspainojen kasvu synnytysten määrän lisääntyessä on huomattu myös aiemmissä tutkimuksissa.¹⁸⁴

Tampereen synnytyslaitoksella syntyneiden lasten syntymäpainot vuosina 1938–1945 olivat nykyisten painostandardien valossa hyvin normaaleja, suuruudeltaan jopa hieman yllättäviä. Keskosia oli elävänä syntyneistä vain pieni määrä, suurimman osan syntyneistä painaessa normaaliksi ja terveeksi painoksi määriteltävän 3000–3999 grammaa. Keskosia ei elävänä syntyneissä ollut paljoa siitä syystä, että keskosena syntyneistä lapsista suurin osa syntyi kuolleena tai kuoli laitoksella myöhemmin syntymän jälkeen, eikä heitä tästä syystä otettu vertailuun mukaan. Keskosena syntyneiden eloonjäämismahdollisuudet olivat 1940-luvulla paljon nykyaikaa huonommat. Synnytyspainoissa oli eroja eri sosioekonomisten luokkien välillä, tulotasoltaan sekä oletettavasti elintasoltaan paremmassa asemassa olevien yläluokan ja maanviljelijöiden synnyttämien lasten painaessa eniten suhteessa heikommassa asemassa oleviin luokkiin, palvelijoihin ja apulaisiin sekä työväkeen. Asuinalueiden ja kaupunginosien välillä erot synnytyspainoissa eivät olleet merkittäviä – vaikka ne olivat sosioekonomisesti erilaisia, eivät syntymäpainot niiden välillä eronneet tilastollisesti merkitsevästi, mikä kertoo alueiden välisten terveyst- ja ravintoerojen olleen sodan aikana melko pieniä siitä huolimatta, että sosioekonomisten luokkien välillä eroja näkyi. Asuinaluetta -ja kaupunginosaa enemmän raskaana olleiden naisten terveyteen ja saatuun ravintoon vaikutti sosioekonominen asema ja erityisesti taloudellinen tilanne. Myös siviilisäätysten välillä näkyi eroja, naimisissa olleiden naisten lasten ollessa selvästi naimattomien naisten lapsia painavampia. Biologilla tekijöillä oli myös vaikutusta synnytyspainoihin: synnyttäjän iän sekä aiempien synnytysten määrän kasvaessa myös synnytyspainot nousivat.

¹⁸⁴ Ibid., 1987, 685.

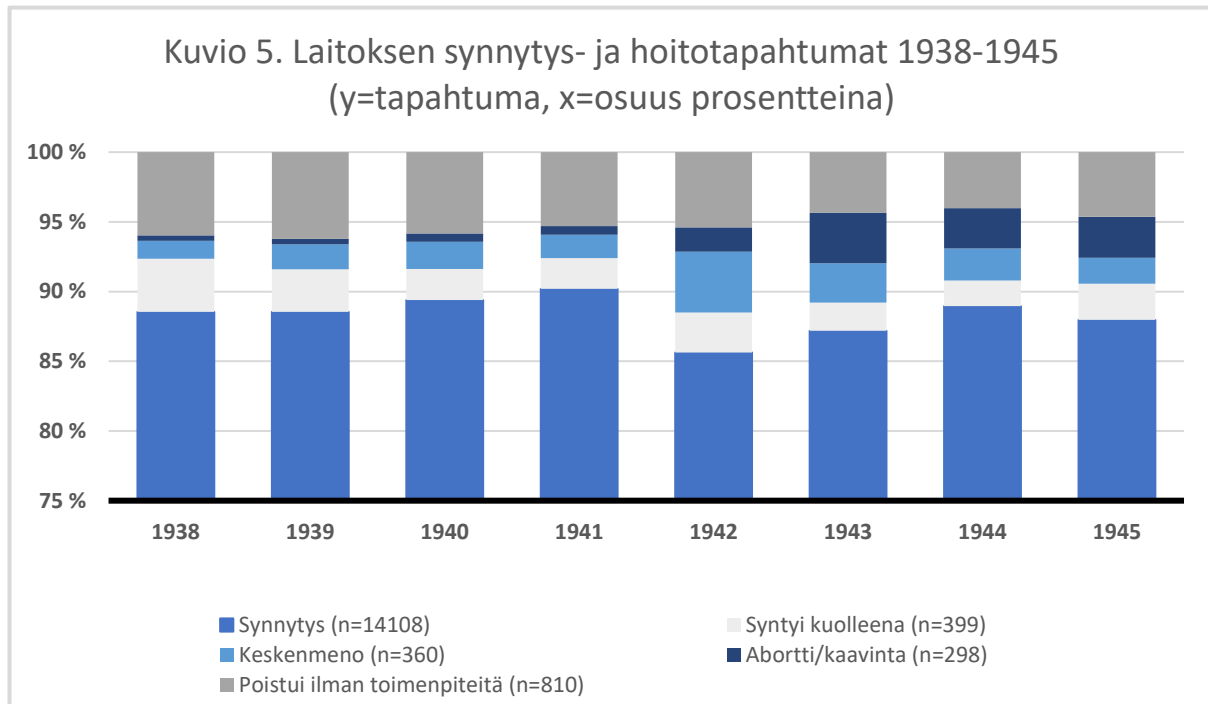
7.3 Muut hoitotapahtumat

Onnistuneista raskauksista syntyneiden elävien lasten lisäksi synnytyslaitoksella hoidettiin paljon muitakin tapauksia. Kuviossa 5 näkyy monisikiöraskauksia lukuun ottamatta kaikki laitoksen synnytys- ja hoitotoimenpiteet sekä niiden sisäiset vaihtelut tutkimuskohteena olevina vuosina. Keskeisenä huomiona kuvioista voidaan pitää erityisesti keskenmenojen ja aborttien tai kaavintojen määrrien kasvua 1940-luvun puolella, verrattuna 1930-luvun vuosiin. Suurinta aborttien/kaavintojen määrä oli vuonna 1943, jolloin 3,6 prosentille laitoksen potilaista tehtiin tämä toimenpide. Keskenmenoja oli poikkeuksellisen paljon vuonna 1942, jolloin laitoksella hoidettujen varmistettujen keskenmenojen osuus oli jopa 4,4 %, kun tätä aiemmin se oli pysynyt alle kahdessa prosentissa. Vuoden 1942 jälkeen keskenmenojen määrät alkoivat taas laskemaan, ja vuonna 1945 niiden osuus oli taas alle kaksi prosenttia koko vuoden potilastapauksista. Kuolleena syntyneiden määrät pysyivät melko samana jokaisena vuonna suhteessa potilasmäärään: suurinta kuolleena syntyneiden määrä oli prosentuaalisesti vuonna 1938, jolloin 3,8 prosenttia laitoksen potilastapauksista oli kuolleena syntyneiden lasten syntymiä. Pienin kuolleena syntyneiden määrä sen sijaan oli vuonna 1944: se oli aineiston ainoa vuosi, jolloin määrä tippui alle kahteen prosenttiin (1,8 %). Ilman toimenpiteitä poistuneiden määrät pysyivät melko samana jokaisena vuonna.

Kuukausitasolla prosentuaalisesti eniten kuolleena syntyneitä oli vuoden 1938 kesäkuussa, jolloin syntyi jopa 11 kuollutta lasta, mikä vastasi 8,1 prosenttia kuukauden tarkasteltavista hoitotoimenpiteistä. Saman vuoden tammikuussa kuolleena syntyneitä oli aineiston suhteellisesti toiseksi eniten, 7,1 %. Määrällisesti eniten kuolleena syntyneitä oli aineiston viimeisenä kuukautena joulukuussa 1945, jolloin kuolleena syntyneitä oli 12 – suuren potilasmäärän vuoksi määrä kuitenkin muodosti vain 4,5 prosenttia kuukauden potilastapahtumista. Pienin elävinä syntyneiden lasten osuus oli marraskuussa 1942, jolloin noin 77 prosentissa hoitotapauksista syntyi elävä lapsi. Saman vuoden lokakuu oli myös tällä mittarilla yksi aineiston heikoimmista – luku oli tällöin 80 %, kuolleena syntyneiden, keskenmenojen sekä aborttien muodostaessa noin 4–6 % kuukausien hoitotapauksista. Lokamarraskuu 1942 osuu juuri sille aikajänteelle, jolla yhdeksän kuukautta aiemmin kärsittiin Suomessa erityisen rankasta ja kylmästä talvesta sekä ruoanpuutteesta.¹⁸⁵ Elävänä syntyneiden vähäistä määrää näinä kuukausina on vaikea muutoin selittää – talvi 1941–1942 oli myös Tampereen synnyttäjille raskas, ja vaikutukset nähtiin synnytysasemalla yhdeksän kuukautta

¹⁸⁵ Utrio & Utrio 1994, 78–80; Laurent 2008, 78.

myöhemmin, kun elävien lasten syntymisen sijaan syntyi kuolleita lapsia ja tapahtui paljon keskenmenoja. Myös abortit muodostivat tavallisen 0–1 %:n sijaan hoitotapahtumista 3,8–4,7 prosenttia.



Lähde: Tampereen synnytyslaitosaineisto. Huom.! Laitoksella syntymän jälkeen kuolleet lapset sisältyvät tässä kuviossa synnytysryhmään. Monisikiöraskauksia ei mukana. Synnytysten suuren määrän takia asteikko on katkaistu, ja alkaa 75 prosentista.

Synnytyslaitoksen siirtyminen Ylöjärvelle joulukuun 1939 ja huhtikuun 1940 väliseksi ajaksi ei aiheuttanut piikkejä keskenmenojen tai aborttien määrässä. Kuolleena syntyneiden lukumäärissä ei myöskään tapahtunut kovinkaan suuria muutoksia – esimerkiksi joulukuussa 1939 syntyi kuolleena kolme lasta ja seuraavan kuun aikana viisi. Muutokset olivat pieniä ja samankaltaisia, 2–3 tapauksen kuukausittaisia eroja esiintyi paljon myös muina vuosina. Myöskään helmikuun 1944 kuumetautiepidea ei näy tilastoissa poikkeavana kuolleena syntyneiden, keskenmenojen tai aborttien määrän muutoksena. Vaihtelu pysyi tarkastelevana aikana melko normaalina, eikä kovinkaan suuria yhtäkkisiä poikkeuksia eri hoitotapahtumien muutoksissa juurikaan näkynyt.

Kuolleena syntyneitä lapsia oli suhteellisesti eniten apulaisten ja palvelijoiden ryhmässä – jopa kuusi prosenttia ryhmän lapsista syntyi kuolleena. Maanviljelijöiden keskuudessa luku oli toiseksi suurin, 3,9 %. Tämä saattaa johtua siitä, että Tampereen synnytyslaitokselle tuli

maaseudulta erityisesti vaikeat potilastapaukset, jotka tarvitsivat parempaa hoitoa kuin maaseudulla pystyi saamaan. Raskauskomplikaatiot ja synnytykseen liittyvät riskit huomattiin jo maaseudulla, ja synnytyslaitoksella vaikea raskaus konkretisoitui kuolleen lapsen syntymään. Selvästi pienin kuolleena syntyneiden määrä oli yläluokan keskuudessa, jossa ainoastaan 1,4 % lapsista syntyi kuolleena.

Keskenmenojen määrän suhteen kaikki sosioekonomiset ryhmät olivat melko tasaisia: melko yllättäen palvelijoiden ja apulaisten ryhmässä oli keskenmenojen suhteen pienimmät määrät (1,7 %), kun muissa ryhmissä määrät liikkuvat 2–2,5 prosentin välillä. Lääkäri Aulis Apajalahti totesi vuonna 1939 kirjoittamassaan *Duodecim*-lehdessä julkaistussa artikkelissa, että Helsingin sairaaloissa todettiin vuosien 1901–1937 eniten keskenmenoja työväen keskuudessa. Tässä aineistossa suhteellisesti eniten keskenmenoja (2,5 %) oli maanviljelijöiden joukossa. Ero tosin oli todella pieni työväkeen (2,4 %) ja yläluokkaan verrattuna (2,3 %). Sen sijaan naimattomien naisten keskuudessa suurimmat keskenmenomäärät olivat Apajalahden mukaan palvelijoiden keskuudessa. Naimattomat palvelijat turvautuivat usein laittomaan keskenmenoon, sillä lapsia omaavia palvelijoita ei 1900-luvun alun yhteiskunnassa haluttu palkata.¹⁸⁶ Tässä aineistossa Apajalahden havainto ei päde: Tampereella kaikki palvelijoiden ryhmässä tapahtuneet keskenmenot sattuivat naimattomille naisille, mutta niitä oli silti suhteellisen vähän verrattuna muihin ryhmiin.

Abortteja ja kaavintoja oli suhteellisesti eniten yläluokan keskuudessa, jossa niitä esiintyi kolmessa prosentissa potilastapauksista. Tämä on mielenkiintoista, sillä yläluokan keskuudessa keskenmenojen ja kuolleena syntyneiden esiintyvyys oli kuitenkin melko vähäistä, tai muiden ryhmien kanssa saman tasoista. Abortin tai kaavinnan tehneen potilasryhmän hoitopäivien hinnat olivat myös korkeammat kuin muilla ryhmillä, keskimääräisen hinnan ollessa 36,6 markkaa. Tämä oli noin markan enemmän kuin laitoksella synnyttäneiden naisten ryhmässä, ja jopa 6,7 markkaa enemmän kuin keskenmenon laitoksella saaneilla, joiden hoitopäivän hinnat olivat aineiston alhaisimmat. Erot hoitopäivän hinnoissa keskenmenojen ja abortin/kaavintojen välillä olivat tilastollisesti merkitseviä ($p=0,001$). Abortit olivat kiellettyjä, kriminalisoituja ja häpeällisinä pidettyjä asioita vielä pitkään 1940-luvun jälkeen, ja niitä tehtiin lähinnä ainoastaan vain, jos raskaus oli uhkaksi äidin terveydelle. Myös laillisten raskaudenkeskeytysten määrää haluttiin vähentää Natsi-Saksan mallia mukailien: tällä ajateltiin olevan syntyvyyttä nostava vaikutus.¹⁸⁷ Kaikilla naisilla ei ollut lailliseen aborttiin

¹⁸⁶ Apajalahti, 281–282.

¹⁸⁷ Turunen 1942, 143–144; Nätkin 1997, 171.

mahdollisuutta, ja tätä aineistoa tarkastellessa vaikuttaa siltä, että lailliseen abortin tekemiseen vaikutti pätevän syyn ohella myös potilaan varallisuus – se oli keskimääräisesti synnytyslaitoksen kallein toimenpide, ja parhaiten toimeentuleville yhteiskuntaluokilla oli siihen parhaiten varaa.

Eri kaupunginosien- ja asuinpaikkojen välillä ei näkynyt kovin suuria eroja kuolleena syntyneiden, keskenmenojen ja aborttien suhteen. Ulkopaikkakuntalaisten keskuudessa näitä esiintyi määrällisesti eniten, sillä he olivat taulukon 4 jakoa tarkastellessa myös suurin yksittäinen asiakasryhmä. Määrää nosti todennäköisesti myös se, että ulkopaikkakunnilta tultiin laitokselle hoitoon erityisesti vaikeiden raskauksien ja synnytysten vuoksi, jotka saattoivat usein johtaa keskenmenoon tai aborttiin. Terveimmät synnyttäjät tulivat XXVI-kaupunginosasta eli Jokipohjasta – sieltä tulleesta 135 potilaasta lähes 95 % synnytti terveen lapsen, eikä yksikään synnyttänyt kuollutta lasta. Keskenmenoja täältä tulleilla potilailla oli vain yksi ja abortteja tai kaavintoja kaksi. Jokipohjaa alettiin kehittämään kunnolla vasta sotien välisenä aikana, jolloin sinne rakennettiin Ruotsista saatujen rakennuselementtien avulla ns. tehdasvalmisteisia taloja. Alueelle alettiin rakentamaan myös asevelikylää, joka koostui aluksi kolmestatoista talosta, johon jokaiseen mahtui kaksi perhettä.¹⁸⁸ Vaikka Jokipohjasta tulleet potilaat olivat suurimmaksi osin työläisiä, tarjosi alueen jatkuva kehittäminen ja asuntojen rakentaminen sen asukkaille hyvät elinolot ja turvallisen ympäristön. Tällä saattoi olla vaikutusta myös alueelta kotoisin olleiden potilaiden hyvään terveyteen ja raskauskomplikaatioiden vähäisyyteen.

Santalahden ja Särkänniemen alueista koostuneen VIII-kaupunginosan synnytykset olivat lähestulkoon yhtä hyvissä lukemissa kuin Jokipohjan alueen – kaupunginosan potilaiden hoitotapahtumat koostuivat lähes 95 % terveistä synnytyksistä. Nämä synnytykset olivat kuitenkin suhteellisen pieniä, koko aineiston kaupunginosien viidenneksi pienimpiä (3318 g). Tietyn ryhmän synnytyspainojen pienuus ei siis välttämättä vaikuttanut samaisen ryhmän imeväiskuolleisuuden tai kuolleena syntyneiden määrään.

Suhteellisesti vähiten elävänä syntyneitä lapsia oli Hatanpään (XXII) kaupunginosasta tulleilla synnyttäjillä, joilla 82,8 % hoitotapahtumista oli elävänä syntyneitä lapsia. Hatanpäältä tuli tosin ainoastaan 29 potilasta, joten hoitotapahtumien määrät olivat kokonaisuudessaan pieniä. Toiseksi heikommat luvut elävänä syntyneiden määrissä olivat Lapista tulleilla potilailla (84,3 %) ja kolmanneksi Ratinasta (XIII) tulleilla potilailla (85,1 %). Molemmat olivat

¹⁸⁸ Rasila 1992, 115–116.

työläisvaltaisia kaupunginosia, tosin Ratinassa keskiluokkaa oli suhteellisesti Lappia enemmän. Ratinassa elinolot olivat kehittyneet roimasti 1920-luvulta lähtien, ja esimerkiksi modernit asumismukavuudet olivat 1940-luvulle tultaessa alueella jo hyvin yleisiä. Myös Lapin kehitys oli ollut samankaltaista: Lappi oli tosin tiiviimmin rakennettu, ja sen melko runsaslukuinen väestö joutui asumaan melko ahtaissa oloissa.¹⁸⁹ Kaupunginosien elinoloissa ja kehityksessä ei näy työläisvaltaisuutta lukuun kuun ottamatta sellaisia seikkoja, jotka pystyisivät selittämään alueilta tulleiden potilaiden suhteellisen alhaista elävinä syntyneiden lasten määrää. Luultavammin kyse on sattumasta – aiemmin mainittujen kaupunginosien ohella 24 kaupunginosassa elävänä syntyneitä oli alle 90 % hoitotapahtumista. Erot eivät siis olleet kovin suuria.

Alueita tarkastellessa suurin terveenä syntyneiden lasten suhteellinen määrä oli Tampereen reuna-alueilta kotoisin olevilla synnyttäjillä (noin 93 %). Sen sijaan pienimmät normaalien synnytysten määrät olivat ulkopaikkakunnilta laitokselle tulleilta – muista suurista kaupungeista tulleista potilaista vain 84 % ja maaseudulta tulleista 86 % synnytti laitoksella elävän lapsen. Osin tätä selittää se, että näistä ryhmistä oli paljon potilaita, jotka poistuivat laitokselta ilman toimenpiteitä, eli kävivät siellä lähinnä terveydellisistä syistä. Ulkopaikkakunnilta tulleiden potilaiden muissa hoitotapahtumissa ei ole huomattavissa kovin suuria eroja verrattuna tamperelaisten hoitotapahtumiin.

Ikäjoukoista terveimmät synnytykset olivat 20–24-vuotiailla synnyttäjillä, joiden hoitotapahtumat koostuivat 91 % terveistä synnytyksistä. Tämä lisää entisestään uskoa aiemmassa luvussa käsiteltyyn väitteeseen siitä, että 20–24-vuotiaat olisivat ikänsä puolesta kaikista terveimpiä synnyttäjiä. Tämän ikäjoukon jälkeen terveimmät synnytykset olivat 15–19-vuotiailla sekä 25–29-vuotiailla synnyttäjillä: nuoret synnyttäjät vaikuttavat siis aineiston terveimmiltä. Vähiten terveitä synnytyksiä oli 40–44-vuotiaiden joukossa, jossa ainoastaan 79,5 % hoitotoimenpiteistä koostui normaaleista synnytyksistä. Toiseksi vähiten terveitä synnytyksiä oli 35–39-vuotiailla.

Terveiden synnytysten vähyden myötä 34–39- sekä 40–44-vuotiailla synnyttäjillä oli myös suhteellisesti eniten kuolleena syntyneitä lapsia sekä abortteja tai kaavintoja. Myös keskenmenojen määrä oli näissä ryhmissä suhteellisesti suurinta, lukumäärältään pienen 45–49-vuotiaiden synnyttäjien ryhmän jälkeen, jonka kolme keskenmenoa muodostivat jopa 6,4 % ryhmän hoitotapahtumista. Ikäerot hoitotapahtumien välillä ovat melko pieniä, jos niitä

¹⁸⁹ Keskinen, Peltola & Suodenjoki 2005, 121–124, 216–227.

tarkastellaan ilman ryhmiteltyjä ikäjoukkoja. Keskimääräinen potilaan ikä kaikkia hoitotapahtumia tarkastellessa oli noin 28,7 vuotta. Ikä oli pienin elävän lapsen synnyttäjien keskuudessa, jossa se oli 28,5 vuotta, ja suurimmat iät olivat aborttien tai kaavintojen (31,3 vuotta) sekä keskenmenon saaneiden joukossa (31 vuotta). Myös kuolleen lapsen synnyttäneiden potilaiden keskimääräinen ikä oli normaalin synnytyksen tehneitä suurempi, 29,8 vuotta. Vaikka erot eivät ole yhtä suuria eivätkä yhtä selvästi näkyvissä kuin ryhmiteltyjä ikäjoukkoja tarkastellessa, pystyy synnyttäjien ikäjakaumien keskiarvoista huomaamaan potilaiden keskimääräisen iän kasvavan muissa potilasryhmissä suhteessa elävän lapsen synnyttäneiden ryhmään. Aineiston vanhimpien synnyttäjien ryhmät olivat heille tehtyjen hoitotoimenpiteiden perusteella terveydellisesti aineiston huonokuntoisimpia potilasryhmiä. Sota-ajan olot sekä ruoan niukkuus saattoivatkin vaikuttaa nuoria synnyttäjiä enemmän erityisesti vanhempaan väestöön, jonka lisäksi vanhempiin synnyttäjiin vaikutti korkeaan ikään ja synnyttämiseen liittyvät muut taustalla olevat riskitekijät. Riskien on todettu olevan suurimmat erityisesti yli 40-vuotiaalla synnyttäjillä: ennenaikaisuus ja sikiöiden häiriöt ovat vanhemmilla synnyttäjillä yleisempiä kuin nuorilla.¹⁹⁰ Laitoksen kuolleenä syntyneet lapset syntyivät hieman etuajassa keskosina, keskimäärin 35:n raskausviikon kohdalla, noin 2037 gramman painoisina. Keskenmenot sen sijaan tapahtuivat keskimäärin 17–18:n raskausviikon paikkeilla, jolloin sikiöt painoivat noin 241 grammaa.

Myös siviilisäätysten välillä oli eroja hoitotoimenpiteiden määrissä – naimattomista ja leskistä koostuvassa ryhmässä oli suhteellisesti naimisissa olleita enemmän kuolleenä syntyneitä lapsia sekä keskenmenoja. Kuolleenä syntyneitä lapsia oli naimattomien ryhmän kaikista hoitotapahtumista 4,7 %, ja keskenmenoja 3,1 %. Naimisissa olleiden vastaavat luvut olivat 2,3 % ja 2,2 %. Vaikka naimattomat olivatkin keskimäärin naimisissa olleita potilaita nuorempia, oli heidän ryhmässään suhteellisesti siis noin prosentin verran enemmän kuolleenä syntyneitä lapsia sekä keskenmenoja kuin naimisissa olleiden potilaiden joukossa. Naimattomien raskauden kesto oli myös kaikkia potilaita tarkastellessa lähes kaksi prosenttia naimisissa olevia pienempi. Naimattomat potilaat olivat sosioekonomisesti huono-osaisempia ja nuorempia kuin naimisissa olevat potilaat – eri tekijöiden yhteisvaikutuksesta tässä ryhmässä syntyneiden ennenaikaisuus, kuolleenä syntyneet lapset sekä keskenmenot olivat yleisempiä kuin naimisissa olevien naisten. Samankaltaisia eroja siviilisäätysten välillä on huomattu myös

¹⁹⁰ Londero et al., 2019, 1–3, 5, 9.

lääketieteen alan tutkimuksissa, ja naimattomien potilaiden suuriin keskenmenomääriin kiinnitettiin huomiota Suomessa jo 1930-luvun lopulla.¹⁹¹

Aiempien synnytysten sekä raskauksien voidaan nähdä vaikuttaneen potilaan hoitotapahtumaan synnytyslaitoksella. Potilaista 45,6 % oli ensisynnyttäjiä tai ensimmäistä kertaa raskaana, ja 54,4 % oli ollut aiemmin raskaana tai synnyttänyt. Aiemmin synnyttäneiden joukossa raskauden kesto (39,3 viikkoa) oli hieman ensikertalaisia lyhyempi (40 viikkoa). Aiemmin synnyttäneiden tai aiemmin raskaana olleiden joukossa todettiin paljon enemmän keskenmenoja (4,1 %) kuin ensimmäistä kertaa synnyttäneiden joukossa (0,1 %) – lähes kaikki keskenmenot tapahtuivat potilaille, jotka olivat synnyttäneet jo aiemmin. Nämä kuitenkin poikkesivat siviilisäätyjen välillä: naimattomilla naisilla jopa 66 prosenttia keskenmenoista tapahtui ensimmäistä kertaa raskaana olleille, kun naimisissa olleilla luku oli 18 %. Naimattomien naisten keskenmenot tapahtuivat tavallisesti myös nuorempina, 20–24- ja 25–29-vuotiaina, kun taas naimisissa olleilla keskenmenot olivat yleisimpiä ikäjoukoissa 30–34 (28,8 %), 25–29 (24,7 %) sekä 35–39 (21,5 %).

Myös aborttien/kaavintojen määrä oli aiemmin synnyttäneiden joukossa suurempi: hoitotapahtumista 3,1 % oli abortteja tai kaavintoja, kun ensimmäistä kertaa synnyttävien joukossa määrä oli 0,4 % - kokonaisuudessaan kaikista aborteista ja kaavinnoista noin 91 prosenttia kuului aiemmin synnyttäneiden ryhmään. Kuolleenä syntyneiden lasten osalta erot olivat ryhmien sisällä pienempiä, mutta kuitenkin kaikkia kuolleenä syntyneitä tarkastellessa noin 61 % kuului aiemmin synnyttäneiden ryhmään.

Aiempien keskenmenojen on nähty voivan vaikuttavan raskauden lopputulokseen. Laitoksen potilaista hieman alle 10 % oli saanut aiemmin keskenmenon. Aiemmin keskenmenon saaneilla potilailla todettiin laitoksella paljon enemmän keskenmenoja kuin potilailla, joilla ei aiempia keskenmenoja ollut - kaikista keskenmenoista jopa 96 % tapahtui potilaille, joilla oli ollut aiemminkin keskenmenoja. Määrä oli todella suuri, ja keskenmenon voidaankin katsoa olevan yksi altistava tekijä myös uusille keskenmenoille. Toistuvat keskenmenot nähtiin ongelmana jo 1940-luvulla, ja toistuvia keskenmenoja saaneita naisia hoidettiin erilaisilla keltarauhashormoneilla tai follikkelihormoneilla. Syinä toistuviin keskenmenoihin on pidetty esimerkiksi synnyttäisiä kohdunkaulan epämuodostumia, jotka saattavat johtaa kohdunkaulan heikkouteen ja sitä kautta ennenaikaisuuteen, jopa keskenmenoon.¹⁹²

¹⁹¹ Apajalahti 1939, 271; Shah, Zao & Ali 2011, 1097–1109.

¹⁹² Turunen 1942, 531; Jakobsson & Paavonen 2009, 1320.

Laitoksella elossa syntyneet mutta syntymän jälkeen kuolleet 204 lasta ja heidän synnyttäjensä muodostavat myös kiinnostavan tutkimuskohteen. Laitoksella syntymän jälkeen kuolleet lapset olivat pääosin keskosen painomääritelmän täyttäviä, keskiarvopainon ollessa 2231 grammaa. Nämä lapset olivat myös enimmäkseen ennenaikaisia, keskimääräisen raskausviikkojen määrän ollessa noin 35 viikkoa. Sukupuoleltaan lapset olivat enimmäkseen poikia (60,3 %). Syntymän jälkeen laitoksella kuolleet lapset jakautuivat melko tasaisesti eri vuosille – pienin kuolleisuus oli vuonna 1942 (10,3 %) ja suurin vuonna 1943 (14,7 %). Näiden lasten synnyttäjien keski-ikä oli 28,8 vuotta, ja kuolleiden lasten esiintyvyys jakautui melko tasaisesti 20–34-vuotiaiden ikäjoukkoihin. Lapsista suurin osa (52,5 %) oli työläistäustaisten naisten synnyttämiä – myös keskiluokan osuus (21,6 %) sekä yläluokan osuus (11,3 %) olivat melko suuria. Pienin osuus syntymän jälkeen laitoksella kuolleista lapsista sen sijaan oli maanviljelijätaustaisten potilaiden joukossa (6,4 %). Laitoksella kuolleiden lasten synnyttäjistä suurin osa (30,9 %) tuli esikaupungeista sekä maaseudulta (27,5 %). Synnyttäjissä ei ollut keskeisiä eroja siinä, olivatko he synnyttäneet aiemmin – määrät jakautuivat lähes tasan, joten tämän aineiston perusteella aiemmilla synnytyksillä tai raskauksilla ei ollut vaikutusta lapsen synnytyksen jälkeiseen kuolemaan laitoksella. Myöskään aiemmilla keskenmenoilla tai siviilisäädillä ei ollut nähtävissä vaikutusta lapsen syntymän jälkeiseen kuolemaan. Elävinä syntyneitä mutta laitoksella kuolleita lapsia esiintyi myös näissä ryhmissä, mutta määrät vastasivat pitkälti laitoksen potilasmäärien yleistä koostumusta: määrällisesti suuremmissa potilasryhmissä oli myös enemmän myöhemmin laitoksella kuolleita lapsia.

Suurin osa Tampereen synnytyslaitoksen potilaista tuli laitokselle synnyttämään, ja myös suurimman osan synnytys sujui hyvin. Osan raskaus päättyi kuitenkin kuolleena syntyneeseen lapseen tai keskenmenoon, ja osalle tehtiin laitoksella abortti tai kaavinta. Suuri määrä potilaita kävi laitoksella vain tarkistuksessa ja palasi kotiin ilman suurempia toimenpiteitä. Eri hoitotapahtumien frekvenssit vaihtelivat aina kuukausien ja vuosien välillä, mutta kuolleena syntyneiden, keskenmenojen ja aborttien osuudet hoitotapahtumista pysyivät melko vähäisinä, mikä osoittaa melko hyvien elinolosuhteiden säilymisen Tampereella toisen maailmansodan aikana. Rankat ja äkkinäiset ympäristönmuutokset, kuten talvi 1941–1942, näkyivät kuitenkin laitoksen hoitotapahtumissa elävänä syntyneiden lasten pienenä osuutena loppuvuonna 1942. Samalla keskenmenojen ja kuolleena syntyneiden lasten määrät kasvoivat – tällä oli suora yhteys ajan heikkoon ravintotilanteeseen.

Luokkien välillä erot olivat melko yllättäviä: sosioekonomisesti heikossa asemassa olleiden palvelijoiden ja apulaisten joukossa oli suhteellisesti eniten kuolleena syntyneitä, mutta vähiten

keskenmenoja. Aborttien ja kaavintojen määrät sen sijaan olivat suurimmat yläluokan keskuudessa, mikä voi kertoa siitä, että synnytyslaitoksilla tehdyt lailliset, hoitomaksuiltaan kalliit abortit olivat yleisempiä paremmin toimeen tulleen väestön keskuudessa, työväen ja köyhien luokkien tehdessä ne laittomasti kotona. Sodan epävakaa olot lisäsivät aborttien ja kaavintojen määriä: etenkin jatkosodan aikana niiden määrä kasvoi huomattavasti verrattuna 1930-luvun vuosiin. Asuinalueiden ja kaupunginosien välillä ei tutkimuksessa näkynyt suuria eroja hoitotapahtumien välillä, mikä vastaa aiemman, synnytyspainoja käsittelevän luvun havaintoja. Erot kaupunginosien välisissä hoitotapahtumien määrissä ja synnytyspainojen arvoissa olivat melko vähäisiä, mikä kertoo siitä, että Tampereen sosioekonomisesti erilaiset alueet eivät juurikaan poikenneet raskaana olevien naisten terveys- ja ravinto-oloilta, vaan olivat melko homogeenisiä. Siviilisäätyä tarkastellessa naimattomat naiset olivat selvästi heikommassa asemassa naimisissa oleviin verrattuna – myös aiemmin synnyttäneiden tai raskaana olleiden sekä keskenmenon saaneiden naisten riskit olivat ensimmäistä kertaa synnyttäviä ja keskenmenon välttäneitä potilaita suuremmat. Osaltaan myös synnyttäjän ikä nosti mahdollisten synnytyskomplikaatioiden ja ennenaikaisuuden riskejä.

8. Erityiset potilasryhmät

Erityisiksi tutkittaviksi potilasryhmiksi valikoitui laitoksella asioineet, siirtoväkeen kuuluvat synnyttäjät sekä laitoksella kuolleet synnyttäjät. Osa potilaista kuului näistä molempiin ryhmiin. Siirtoväkeen kuuluvia potilaita tarkemmin tutkimalla on mahdollista tarkastella esimerkiksi ryhmän mahdollisia eroja sekä erityisominaisuuksia suhteessa muihin laitoksen potilasryhmiin. Myös siirtoväen tekemien rankkojen evakuointimatkojen vaikutukset naisten synnyttämien lasten synnytyspainoihin sekä muihin hoitotapahtumiin ovat kiinnostava tutkimuskohde. Laitoksella kuolleiden naisten melko pientä ryhmää tarkemmin tutkimalla on mahdollista selvittää potilaiden kuolemaan altistaneita tekijöitä sekä tarkastella mahdollisia, synnyttäjistä itsestään riippumattomien tekijöiden vaikutusta kuolemiin.

8.1 Siirtoväki

Talvisodan syttyminen 30.11.1939 aloitti pakolaistulvan, jossa Suomen itärajalta asuneet ihmiset siirtyivät sodan johdosta suurina massoina turvaan sisemmälle Suomeen. Mukaansa siirtoväkeen kuuluvat saivat ottaa vain sen minkä jaksivat kantaa tai pystyivät mahduttamaan kulkuvälineisiinsä. Evakuoituille oli varattu muualla Suomessa sijoitusalueet, mutta osa

saattoi majoittua myös esimerkiksi tuttujensa luona. Taloudellisilta asemiltaan paremmissa asemissa olleet siirtolaiset pystyivät vaikuttamaan evakkoaikaiseen asuinpaikkaansa muita enemmän. Siirtoväen ammattitaitoinen työväki ohjattiin pääosin töihin sotateollisuuden pariin, jota myös Tampereella oli paljon. Siirtoväen evakuointi sujui pääosin hyvin ja järjestelmällisesti, suurimpien ongelmien liittyessä tämän valtavan väkimäärän huoltoon, eli majoitukseen ja muonitukseen.¹⁹³

Jatkosodan alkamisen myötä suuri osa talvisodan aikana evakkoon joutuneista muutti takaisin Karjalaan ja muille takaisin vallatuille alueille. Halu palata takaisin asuinseuduille oli kova, ja paluuta puolsi myös Suomen heikko elintarviketilanne, jonka parantamiseksi Karjalan pellot oli saatava nopeasti takaisin viljeltävään kuntoon. Kesäkuun 1942 loppuun mennessä lähes puolet Karjalasta talvisodan aikana paenneesta siirtoväestä oli palannut takaisin Karjalaan, ja vuosina 1941–1944 Karjalassa oli meneillään voimakkaan jälleenrakentamisen kausi. Kesäkuussa 1944 käynnistyneen Neuvostoliiton suurhyökkäyksen myötä Karjalaan ja muille luovutetuille alueille palanneiden tuli lähteä evakkoon toistamiseen. Toinen evakuointioperaatio sujui melko hyvin, ja etenkin lämmin vuodenaika helpotti evakkomatkaa. Siirtoväki sijoitettiin talvisodan evakuoinnin tapaan ennakolta määrättyihin kuntiin, ja myös ongelmat liittyivät talvisodan tapaan etenkin siirtoväen muonitukseen ja asutukseen.¹⁹⁴

Hämeen lääniin, johon Tampere kuului, oli vuonna 1948 sijoittunut yhteensä 387 208 siirtoväkeen kuulunutta henkeä.¹⁹⁵ Tampereella asuviksi oli samana vuonna kirjoitettu 9689 siirtoväkeen kuuluvaa henkilöä, eli noin 2,5 % kaikista Hämeen lääniin sijoitetuista. Vaikka suhteellisen pieni osuus Hämeen lääniin siirtoväestä sijoittui Tampereelle, muodosti siirtoväki Tampereen väestöstä silti noin 10 % vuonna 1948. Määrä oli lähellä maan keskitasoa, siirtoväen muodostaessa samana vuonna Suomen väestöstä noin 11 prosenttia.¹⁹⁶

Data-aineistoon on merkitty siirtoväeksi ne synnyttäjät, joiden on synnytyskertomuksissa selvästi merkitty olevan siirtoväkeä. Tarkastelun ulkopuolelle jää siis ne synnyttäjät, jotka on kertomuksiin merkitty olevan kirjoilla tai kotoisin esimerkiksi Karjalassa tai jossain muualla sodan myötä evakuoitulla alueella, mutta joita ei ole tarkasti siirtoväeksi merkitty. Osa tällaisistakin synnyttäjistä on luultavasti ollut siirtoväkeä, mutta tapauksia ei voi varmaksi todentaa, sillä osa voi olla myös jo ennen sotaa Tampereelle normaalin muuttoliikkeen mukana

¹⁹³ Palomäki 2011, 107–108.

¹⁹⁴ Ibid., 2011, 160–162, 175.

¹⁹⁵ Ibid., 2011, 210.

¹⁹⁶ Rasila 1992, 64.

muuttaneita. Tampereen synnytyslaitoksella oli tämän lajitteluperusteen mukaan potilaana tutkimuksessa tarkasteltavana aikana yhteensä 748 siirtoväkeen kuuluvaa naista. Ensimmäiset siirtoväeksi merkityt kolme potilasta kirjattiin laitokselle sisään 25.4.1940, eli vasta välirauhan aikana. Huhtikuun 1940 jälkeen siirtoväen määrä laitoksella alkoi lisääntyä voimakkaasti, ja kesäkuussa evakoita hoidettiin jo 23. Kokonaisuudessaan vuoden 1940 aikana synnytyslaitoksella oli yhteensä 131 siirtoväkeen kuuluvaa potilasta.

Eniten siirtoväkeen kuuluvia naisia hoidettiin synnytyslaitoksella vuoden 1941 aikana. Tällöin 2362 potilaan kokonaismäärästä yhteensä 283 eli noin 12 % oli siirtoväkeen kuuluvia potilaita. Vuonna 1942 määrä supistui 99 potilaaseen, ja vuonna 1943 hoidettiin enää vain 17 siirtoväeksi merkittyä potilasta. Vuonna 1944 siirtoväkipotilaiden määrä kasvoi 87:ään, ja vuonna 1945 määrä palasi täsmälleen vuoden 1940 tasolle, 131 siirtoväkipotilaaseen. Vuoden 1942 voimakasta siirtoväkeen kuuluvien potilaiden vähentymistä sekä koko vuoden 1943 vähäistä siirtoväen määrää laitoksella selittää keskeisesti siirtoväen paluumuutto Karjalaan. Siirtoväkeä oli lähtenyt takaisin kotiseudulleen armeijan jalanjäljissä jo elokuussa 1941, mutta varsinainen paluumuutto käynnistettiin keväällä 1942, kun Karjalan peltomaat piti saada tuottavaksi vakavan elintarvikepulan keskellä. Hämeen lääniin oli sijoitettuna paljon siirtolaisia erityisesti luovutetun Karjalan vauraammista eteläisimmistä osista, ja kun armeija valtasi takaisin aiemmin menetettyjä alueita, olivat lähtöhalut takaisin Karjalaan varmasti suuria myös Tampereella olleen siirtoväen keskuudessa.¹⁹⁷ Kokonaisuudessaan siirtoväen osuus vuosien 1940–1945 aikana synnytyslaitoksella hoidetuista naisista oli noin kuusi prosenttia.

Yksi Tampereen synnytyslaitoksella asioinut siirtolaisryhmä oli inkeriläiset. He olivat Leningradin ympäristössä, Inkerinmaaksi kutsutulla alueella asuneita suomalaisia, jotka polveutuivat alueelle jo 1600-luvulla muuttaneista savolaisista ja karjalaisista. Kokonaisuudessaan heitä oli noin 127 00. Suurin osa inkeriläisistä evakuoitiin Suomeen vuosien 1943–1944 aikana, ja vuosien 1942–1944 aikana kokonaisuudessaan noin 63 205 inkeriläistä tuli evakkona Suomeen. Evakuoituista suurin osa oli maaseudulla eläneitä naisia ja lapsia, sillä miehet oli usein värvätty joko Neuvostoliiton tai Natsi-Saksan armeijaan. Vuosien 1943–1945 synnytyslaitoksella asioi 20 selkeästi inkeriläisiksi merkittyä henkilöä. Muutamat heistä olivat synnytyskertomukissa kertoneet olevansa paluumatkalla Inkerinmaalle kotiseudulleen. Suurin osa inkeriläisistä siirrettiin lopulta sodan jälkeen Neuvostoliiton

¹⁹⁷ Laurent 2017, 146, 200–201.

vaatimuksesta takaisin Neuvostoliittoon, josta heidät pakkosiirrettiin eri puolille maata, kauas kotiseuduiltaan.¹⁹⁸

Siirtoväki altistui evakkomatkan aikana monenlaisille, terveyttä vaarantaville tekijöille. Erityisesti talvisodan aikainen evakuointi oli siirtoväelle rankka: matka Suomen sisäalueille piti yleensä tehdä kylmissä, avonaisissa kuorma-autoissa ja junien tavaravaunuissa. Rankan matkan jälkeen siirtoväkeä odotti yleensä sijoitus ahtaisiin ja huonosti tuuletettuihin joukkomajoituksiin, joissa taudit levisivät todella tehokkaasti. Rajaseuduilta evakuoitut siirtolaiset olivat suurimmassa riskissä sairastua vakavasti, sillä rajan syrjäisillä, hyvin eristyneillä alueilla asuneet joutuivat nyt kohtaamaan Suomessa jo ennen sotia riehuneet hinkuyskä- ja tuhkarokkoepidemiat. Imeväiskuolleisuus nousi talvisodan aikana, ja sodan tuomat negatiiviset vaikutukset erityisesti siirtoväkeen huomioitiin. Siirtoväkeä pyrittiin talvisodan jälkeen auttamaan muun maussa perustamalla heille synnytystupia, sairaaloita ja neuvoloita. Yleinen lastenhuoltotyö Suomessa tehostui sodan seurauksena huomattavasti, ja sodan aikana lisääntynyt imeväiskuolleisuus saatiin jo vuonna 1941 laskemaan ennätyskellisen alas.¹⁹⁹ Jatkosodan evakuointien aikana naisiin ja lapsiin kohdistuva terveydenhuolto oli jo hyvin kehittynyt ja evakuointi tapahtui pääosin kesällä, joten siirtoväen matkan voidaan olettaa olleen ainakin fyysisesti talvisodan evakkomatkaa kevyempi – tosin henkisesti sitäkin raskaampi.

Tampereen synnytyslaitoksen 748 siirtoväkeen kuuluvasta potilaasta 654 tapauksessa oli kyseessä elävänä syntyneeseen lapseen johtanut synnytys. Monisikiösyntymiä näistä oli yhteensä 11. Elävän lapsen synnyttäneiden potilaiden jälkeen suurin ryhmä oli laitokselta ilman toimenpidettä poistuneet: suuri osa laitoksen siirtoväkeen kuuluvista potilaista tuli sinne ilmeisesti ainoastaan terveydellisistä syistä, sillä potilasta 51 poistui laitokselta synnyttämättä ja ilman muita toimenpiteitä. Evakkomatka oli aiheuttanut raskaana oleville naisille luultavasti paljon fyysistä ja psyykkistä stressiä, ja näistä aiheutuneiden terveyshuolien johdosta naiset hakeutuivat laitokselle hoidettaviksi. Siirtoväkeen kuuluvien potilaiden yksisikiöiset, elävänä syntyneet ja eloon jääneet lapset olivat synnytyspainoiltaan melko normaaleja. Synnytyspainojen keskiarvo siirtoväen keskuudessa oli vuosina 1940–1945 3347 grammaa, mikä oli hieman alhaisempi kuin koko aineiston synnyttäjien keskiarvopaino 3357 grammaa. Alhaisimmillaan painot olivat vuonna 1940, jolloin vastasyntyneet painoivat keskimäärin 3213

¹⁹⁸ Laine & Hietanen 1990, 90–97. Kts. lisäksi esim. TKA, Tampereen synnytyslaitoksen synnytyskertomukset, 1944:2397, 1945:77.

¹⁹⁹ Laurent 2017, 138, 142, 144, 191, 193.

grammaa ja korkeimmillaan vuonna 1942 (3435 grammaa). Keskosten määrä elävinä syntyneiden lasten joukossa oli vähäinen: elävinä syntyneistä yksisikiöisistä lapsista 609 eli noin 95 % syntyi normaalina, 2500 grammaa tai sen yli painavana. Elävänä syntyneistä ja eloon jääneistä yksisikiöisistä lapsista keskosiksi laskettavia vastasyntyneitä oli vain 23, ja näistä 23 keskosesta jopa 16 painoi yli 2000 grammaa. Suurikokoisina keskosina selviytymisen mahdollisuudet olivat kevyitä keskosia paremmat.

Elävänä syntyneitä mutta syntymän jälkeen kuolleita lapsia oli siirtoväen ryhmässä 11, mikä muodosti kaikkien siirtoväen keskuudessa syntyneistä yksisikiöisistä noin 1,7 %. Syntymän jälkeinen kuolleisuus oli siis melko pientä. Kuolleena syntyneitä lapsia oli siirtoväen keskuudessa 24, eli noin 4,80 %. Suhteellisesti eniten niitä oli vuonna 1945, jolloin kuolleena syntyneiden lasten määrä oli 8, muodostaen noin 9 % siirtoväen potilastapauksista sinä vuonna. Keskenmenoja siirtoväen keskuudessa oli vain 12 (3,6 %). Suurin keskenmenojen määrä oli vuonna 1942, jolloin ryhmän viisi keskenmenoja muodostivat noin 11 % siirtoväen hoitotapahtumista kyseisenä vuonna. Abortteja tai kaavintoja tehtiin siirtoväkeen kuuluville potilaille ainoastaan viisi (2 % hoitotapahtumista).

Siirtoväkeen kuuluvien potilaiden keskimääräinen ikä oli 28,5 vuotta, mikä on melko lähellä koko aineiston synnyttäjien keskimääräistä 28,7 vuoden ikää. Potilaista suurin osa oli 25–29-vuotiaita (28,3 %) ja 30–34-vuotiaita (26,8 %). Pienin ryhmä oli 15–19-vuotiaiden (3,6 %) sekä 40–44-vuotiaiden ryhmä (6,6 %). Keskimääräinen hoitopäivän hinta siirtoväen keskuudessa oli noin 26 markkaa, mikä oli pienempi kuin muulla väestöllä keskimäärin (kts. Liite 2. Taulukko 1.). Suurin osa siirtoväen potilaista oli sosioekonomiselta luokaltaan työväkeä (53,3 %) ja keskiluokkaa (27,4 %). Myös maanviljelijöiden määrä oli melko suuri (9,1 %) – sen tosin olisi odottanut olevan jopa suurempi Karjalan alueen laajoja maatalousalueita ajatellen. Suurin osa Tampereelle tulleista siirtolaisista olikin kotoisin alueen kaupungeista kuten Viipurista, josta myös noin 20 % laitoksen siirtoväkeen kuuluvista potilaista oli kotoisin. Vuonna 1948 tehdyssä laskennassa noin 53 % Tampereen lähes kymmenestä tuhannesta siirtoväkeen kuuluvasta asukkaasta oli alun perin kotoisin Viipurista tai sen maalaiskunnasta.²⁰⁰ Teollistuneesta Viipurista kotoisin olleita evakkoja luonnollisesti kiinnosti mahdollisuus työskennellä kaupunkina hyvin samankaltaisen Tampereen teollisuudessa.

Tampereen synnytyslaitoksella synnyttäneen siirtoväen vastasyntyneiden lapsien suhteellisen normaalit keskiarvopainot kertovat siitä, että sodan aikana myös siirtoväkeen kuuluneiden

²⁰⁰ Rasila 1992, 64.

raskaana olevien naisten riittävä ravinnonsaanti ja hyvinvointi pystyttiin turvaamaan. Osaltaan syntymäpainojen hyvä taso voidaan selittää myös synnyttäjien alkuperällä: suurin osa oli kotoisin luovutetun Karjalan korkean elintason alueilta: noin 20 % oli kotoisin Viipurista, joka oli hyvin kehittyneenä teollisuuskaupunkina verrattavissa Tampereeseen. Myös muista hyvän elintason kaupungeista ja kylistä tuli paljon siirtolaisia: esimerkiksi Sortavalasta, Käkisalmeilta ja Sakkolasta kotoisin olevia siirtolaisia oli runsaasti. Sodan jälkeen Tampereelle jääneistä siirtolaisista suurin osa oli kotoisin erityisesti Karjalan luovutetuista kunnista ja sen kaupungeista, joten luonnollisesti myös synnytyslaitoksen siirtolaistaustaiset potilaat olivat suurimmaksi osin näiltä alueilta kotoisin. Siirtolaiset olivat enimmäkseen työläistäustaisia, mutta myös keskiluokkaan kuuluvia oli runsaasti. Keskimääräinen hoitopäivän hinta oli siirtoväen keskuudessa hieman koko aineiston potilaiden vastaavaa alhaisempi. Siirtoväki synnytti suhteellisen terveitä lapsia, eikä kuolleena syntyneiden ja keskenmenojen määrissä näkynyt kovin suuria eroja valtaväestöön lukuun ottamatta vuoden 1945 suurta kuolleena syntyneiden suhteellista määrää (9 %). Kuolleena syntyneiden suuri määrä kyseisenä vuonna voi olla pelkkää sattumaa, mutta sopii myös pohtia monen siirtolaisen tekemää toisen evakkomatkan aiheuttamaa sekä alueluovutuksista ja kotien lopullisesta menettämisestä johtunutta stressiä ja ahdistusta, sillä myös ahdistavalla elämäntilanteella ja stressillä on todettu olevan raskauteen ja syntymisiin negatiivisia vaikutuksia.²⁰¹

8.2 Laitoksella kuolleet potilaat

Tutkimuksessa tarkasteltavana ajankohtana synnytyslaitoksella kuoli yhteensä 47 potilasnaista. Kokonaisuudessaan kuolleisuusprosentti oli siis pieni, vain 0,29 %. Vähiten potilaita kuoli vuonna 1938, jolloin vain yksi laitokselle hoitoon hakeutunut potilas menehtyi. Kuolleisuus pysyi matalana myös vuosina 1939–1940: molempina vuosina kuoli neljä potilasta. Vuonna 1941 kuolemien esiintyvyys hieman nousi, kun laitoksella menehtyi yhteensä 11 potilasta. Kuolleisuusprosentti oli tällöin 0,47 %. Vuonna 1942 kuolleisuus laski määrällisesti kahdella kuolemalla samalla kun potilasmäärät laskivat voimakkaasti. Vaikka kuolemia oli vain yhdeksän, nousi kuolleisuus 0,51 prosenttiin. Vuonna 1943 kuoli kokonaisuudessaan viisi potilasta, vuonna 1944 yhdeksän potilasta ja vuonna 1945 taas viisi potilasta. Tilastojen valossa vuonna 1945 synnytyslaitoksella oli alhaisin kuolleisuusprosentti, vain 0,17 %. Rauhan aika oli parantanut myös synnytyslaitoksella saatavaa hoitoa: laitoksella pystyi toimimaan taas samanaikaisesti kaksi lääkäriä, kun aiemmin toinen oli ollut rintamalla

²⁰¹ Kramer 1987, 683–684; Butie et al., 2020, 151.

ja toisen oli täytynyt synnytyslaitoksen ohella tehdä töitä sotasairaalassa. Vaikka potilasmäärät ja ahtaus kasvoivat voimakkaasti, saattoi henkilökunnan määrän kasvulla olla myös potilaiden henkiä pelastava vaikutus.²⁰²

Kuukausittaista kuolleisuutta tarkastellessa tilaistoista erottuu selvästi syyskuun 1941 ja toukokuun 1942 välinen aika, jolloin jokaisena kuukautena menehtyi vähintään yksi laitokselle potilaaksi tullut nainen. Eniten kuoli huhtikuussa 1942, jolloin 116:sta laitoksella hoidetusta potilaasta kuoli kolme, kuolleisuuden ollessa 2,59 prosenttia. Tämän aikavälin suhteellisen korkeaa kuolleisuutta voidaan selittää samalla ilmiöllä kuin aiemmissa luvuissa käsiteltyjä, kyseisellä aikavälillä tapahtuneita potilasmäärien ja elävänä syntyneiden lasten määrien vähenemisiä: sitä selittää ainakin osaltaan vuoden 1941–1942 välinen, siviiliväestölle erittäin rankka talvi. Tällöin erityisesti kaupungeissa oli pula lähes kaikista elintarvikkeista ja kansa laihtui, kärsien erityisesti vitamiinien puutostiloista. Myös sääolosuhteet olivat talvella 1941–1942 erittäin raskaat ja epäsuotuisat: kovaa pakkasta ja lunta oli marraskuusta 1941 lähtien jatkuvasti.²⁰³ Vaikka nälkään ei Suomessa varsinaisesti kuoltu, olivat erilaiset puutostilat ja elämisen yleinen raskaus varmasti myötävaikuttamassa tänä aikana synnytyslaitokselle hoitoon hakeutuneiden naisten kuolleisuuden kasvuun.

Myös alkuvuonna 1944 kuolleisuus oli suurta: tammi- ja helmikuussa kuoli molempina kuukausina kolme synnyttäjää. Tämä väliaikainen kuolleisuuden kasvu selittyi synnytyslaitoksella alkuvuonna 1944 riehuneella kuumetautiepidemiällä, jonka vuoksi sen toiminta siirrettiin väliaikaisesti Hatanpään sairaalaan 8.2.1944–23.2.1944, jotta varsinainen synnytyslaitoksen rakennus pystyttiin puhdistamaan kunnolla.²⁰⁴

Neljälläkymmenellä laitoksella kuolleella naisella oli sairaalan sisäänkirjoitustilanteessa merkitty selviä terveysongelmia tai sairauksia. Ainoastaan viiden naisen terveydentilan oli sisäänkirjoitustilanteessa merkitty olevan hyvä, ja kahdelle synnyttäjälle ei ollut terveydentilakohtaan merkitty mitään. Yleisin potilaan terveydentilaa käsittelevään kohtaan laitettu merkintä oli ”pahoinvointia ja oksennuksia” – näiden melko yleisten raskaudenaikaisten oireiden taustalla saattoi olla monenlaisia sairauksia. Osalla kuolleista esiintyi sisäänkirjoitustilanteessa myös influenssaa, sydäntautia, munuaismyrkytystä, kouristuksia, anemiaa ja verenvuotoa. Synnyttäjistä kaksi oli jo laitokselle tultaessa tajuttomia.

²⁰² Teräsvuori 1952, 6: Teräsvuori 1955, 1672.

²⁰³ Utrio & Utrio 1994, 78; Laurent 2008, 78.

²⁰⁴ Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1944 II, 8.luku: Tampereen kaupungin sairaalan vuosikertomukset v. 1944, 4–5.

Synnytyslaitoksen ylilääkäriin, Heikki Teräsvuoren mukaan potilaiden saaminen laitokselle sotavuosina oli vaikeaa, ja kouristelevat potilaat olivat usein laitokselle tullessaan jo todella heikossa kunnossa. Kouristukset saattoivat aiheuttaa aivoverenvuotoja ja viedä potilaan hengen. Laitoksen potilaiden terveyttä uhkasi myös laitoksen henkilökunnan puute: useat synnytykset hoidettiin laitoksella täysin ilman lääkärin valvontaa, sillä lääkärit olivat usein sidottuna sotasairaalan potilaiden hoitoon. Vaikeat synnytystilanteet saattoivat aiheuttaa erilaisia, jopa synnyttäjän hengen vieviä komplikaatioita, jotka olisi voitu välttää riittävällä lääkärin määrällä.²⁰⁵

Tavallisimmin laitoksella kuolleet menehtyivät joko synnytyksen yhteydessä tai vähän aikaa sen jälkeen. Kuolleista naisista ainoastaan kuusi ei synnyttänyt laitoksella ollenkaan. Seitsemässä tapauksessa myös menehtyneen naisen lapsi syntyi kuolleena, ja näistä yhdessä tapauksessa oli kyseessä monisikiöraskaus, jossa molemmat lapset kuolivat. 34 tapauksessa potilaana ollut nainen kuoli, mutta potilaan lapsi tai lapset syntyivät elävänä (monisikiöraskauksia oli kaksi). Laitoksella myöhemmin kuolleiden lasten määrä oli tässä ryhmässä kuitenkin melko suurta: laitoksella kuolleiden naisten elävänä synnyttämistä lapsista kuudessa tapauksessa eli noin 17,7 % tapauksista lapsi kuoli syntymän jälkeen.

Laitoksella kuolleiden naisten synnyttämien lasten synnytyspainoissa on se kiinnostava seikka, että 30 potilaan tapauksessa syntynyt lapsi oli painoltaan normaalipainoinen eli painoa oli 2500 grammaa tai enemmän. Ainoastaan yhdessätoista tapauksessa syntynyt lapsi oli painoltaan keskonen. Laitoksella kuolleista naisista kukaan ei siis synnyttänyt keskenmenoksi luokiteltavaa lasta, vaan raskaudet olivat edenneet melko pitkälle. Synnyttäneistä mutta myöhemmin laitoksella kuolleista naisista oli 33:lle merkitty viimeisimmät kuukautiset, joiden perusteella 16 potilaan raskaus oli edennyt täysimittaiseksi yhdeksän kuukauden raskaudeksi. 15 tapauksessa raskaus oli edennyt melko pitkälle mutta synnytys tapahtui silti ennenaikaisesti, joko 7 tai 8 kuukauden kohdalla. Selvästi ennenaikaisesti syntyneitä oli vain kaksi, yksi viiden kuukauden raskauden ja yksi kuuden kuukauden raskauden jälkeen syntynyt.

Tutkimusaineistosta päätellen synnyttäjän iällä oli keskeinen vaikutus kuolleisuuteen. 47 kuolleesta naisesta 33 oli 1940-luvulla vanhaksi synnyttäjäksi määriteltävissä olevia, yli 30-vuotiaita. Nykyään vanhaksi synnyttäjäksi määritellään yli 35-vuotiaat synnyttäjät, joita heitäkin oli tästä 33:sta 22 potilasta.²⁰⁶ Kuolleiden naisten keskimääräinen ikä oli noin 33,1

²⁰⁵ Teräsvuori 1952, 946–948.

²⁰⁶ Vara 1946, 159; Tiitinen 2020, ”Ennenaikainen synnytys”.

vuotta, joka oli selvästi kaikkien aineiston potilaiden keskiarvoikä, 28,7 vuotta korkeampi. Kokonaisuudessaan vanhoja synnyttäjiä oli kuolleista 40-luvun määritelmien mukaan siis noin 70 % ja nykyajan määritelmien mukaan noin 47 %.

Kaikista laitoksella kuolleista naisista 30 eli noin 64 % oli ensisynnyttäjiä tai ensimmäistä kertaa raskaana – ensisynnyttäjistä ainoastaan viisi oli saanut aiemmin keskenmenon. Toiseksi eniten kuolleita oli toista kertaa synnyttävien joukossa – heitä oli yhteensä seitsemän potilasta (15 %). Näistä synnyttäjistä puolet oli kokenut aiemmin vähintään yhden keskenmenon – moni oli kokenut enemmänkin. Ensimmäistä ja toista kertaa synnyttävien naisten lisäksi loput kymmenen kuollutta naista olivat synnyttämässä tai raskaana 3–6:tä kertaa. Kuudesta laitoksella synnyttämättä kuolleesta ainoastaan kahdella oli aiempia lapsia ja yhdellä oli historiaa keskenmenojen kanssa.

Duodecim-lehdessä vuonna 1946 julkaistussa tutkimuksessa erityisesti 30-vuotiaita ja sitä vanhempia ensisynnyttäjiä pidettiin huonona asiana, sillä synnytyksen kesto ja ennuste muuttuivat tässä kohtaa epäedullisiksi sekä äidin että lapsen kannalta. Vanhoilla ensisynnyttäjillä todettiin usein hypoplastiaa eli munasarjojen vajaatoimintaa aiheuttavia muutoksia sekä nuoria ensisynnyttäjiä enemmän komplikaatioita raskauden ja synnytyksen aikana, mikä vaikutti naisten ja lasten kuolleisuuteen sitä nostavasti.²⁰⁷ Myös tämän aineiston perusteella iältään vanhemmat, yli 30-vuotiaat ensimmäistä kertaa synnyttävät tai ensimmäistä kertaa raskaana olevat potilaat olivat muita ryhmiä suuremmassa riskissä kuolla synnytyksen yhteydessä tai sen jälkeen. Kuolleista ensisynnyttäjistä 60 % oli yli 30-vuotiaita, ja kaikista laitoksella kuolleista vanhat ensisynnyttäjät muodostivat myös 38,3 prosenttia.

Kuolleiden naisten siviilisäätyjen jakautumisessa melko yllättävää on se, että naimattomien naisten kuolleisuus on melko vähäinen – kuolleista vain kahdeksan oli naimattomia. Laitoksella kuolleista suurin osa, 39 potilasta eli noin 83 %, oli siis naimisissa. Useissa tutkimuksissa erityisesti naimattomuuden on katsottu lisäävän riskiä raskauden aikaisiin komplikaatioihin, ja naimattomilla naisilla on todettu suurempaa kuolleisuutta kuin naimisissa olevilla.²⁰⁸ Tämän perusteella olisin odottanut naimattomien naisten kuolleisuuden olevan olleen Tampereella sodan aikana suurempi. Sosioekonomisilta luokiltaan kuolleista suurin osa, noin 36 prosenttia, oli työväkeä. Toiseksi suurin osuus kuului keskiluokkaan (32 %). Vähiten kuolleita oli apulaisten ja palvelijoiden ryhmässä, josta kuoli vain kaksi potilasta (4 %).

²⁰⁷ Vara 1946, 156–159, 161, 165.

²⁰⁸ Koskinen & Martelin 2007, 228; Shah, Zao & Ali 2011, 1097–1109.

Maanviljelijöiden ja yläluokan kuolleisuus oli lähes yhtä suurta – ryhmät muodostivat yhdessä noin 28 prosenttia kuolleista.

Yhteensä 47:stä kuolleesta neljä oli todistetusti siirtoväkeen kuuluvia. Kun otetaan huomioon ainoastaan kuolleet vuodesta 1940 eteenpäin, jolloin siirtoväkeä alkoi Tampereen synnytyslaitoksen potilastilastoissa ensimmäisen kerran näkymään, oli siirtoväen osuus vuosina 1940–1945 kuolleista 42 potilaasta 9,50 %. Tämä on melko suuri osuus, kun siirtoväen kokonaismäärä laitoksen potilaista oli tänä aikana vain 5,65 %. Näistä neljästä kuolleesta kolme kuoli syksyllä 1941 ja yksi kesällä 1945.

Kuolleista suuri osa oli ulkopaikkakuntalaisia: lähes 43 % laitoksella kuolleista potilaista oli kotoisin Tampereen ulkopuolelta. Kaikki ulkopaikkakuntalaiset olivat kuitenkin kotoisin Hämeen läänin alueelta, Tampereen läheisistä maaseutumaisista kunnista. Ulkopaikkakuntalaisten suurta kuolleisuutta voidaan selittää heidän puutteellisilla terveyspalveluillaan ja etäisyydellään synnytyslaitokselle. Ulkopaikkakuntalaiset tulivat laitokselle usein jo melko huonossa terveydentilassa – terveydentilan heikkeneminen oli luultavasti huomattu jo kotona, mutta pitkän matkan ja heikkojen sodan aikaisten liikenneyhteyksien takia he lähtivät hakemaan Tampereelta apua vasta kun oli pakko, ja usein tällöin oli jo liian myöhäistä. Tamperelaiset synnyttäjät hakivat apua laitokselta ja neuvoloista luultavasti paljon matalammalla kynnyksellä kuin ulkopaikkakuntalaiset niiden läheisen sijainnin vuoksi, mikä saattaa selittää Tampereelta kotoisin olleiden potilaiden suhteellisen alhaista kuolleisuutta. Tampereella oli myös maaseutuja kattavammat neuvolapalvelut, ja tamperelaiset synnyttäjät pystyivät niiden avulla saamaan hoitoa jo aikaisessa vaiheessa erilaisten raskauden aikaisten terveysongelmien ilmaannuttua. Tampereen alueita tarkastellessa suurin osa kuolleista, noin 30 prosenttia, tuli esikaupunkialueilta. Laitakaupunkilaisten osuus kuolleista potilaista oli 12,77 %, ja kantakaupungin sekä uuden kantakaupungin alueet muodostivat yhdessä myös 12,77 prosenttia kuolleista. Reuna-alueilta tulleita potilaita kuoli vain yksi, tosin näiltä alueilta potilaita tuli muutenkin vähän. Laitoksella kuolleiden naisten sijoittuminen Tampereen alueille vastaa pitkälti laitoksen yleisten potilasmäärien suuruuksia.

Osaltaan potilaiden kuolleisuutta saattoi aiheuttaa sodan aikana myös laitoksen riittämätön henkilökunnan määrä. Laitoksen ylilääkäriin Heikki Teräsvuoren mukaan sotien aikana tapahtui useita vaikeita synnytystilanteita, joissa potilaan henki vaarantui henkilökunnan puutteen vuoksi: laitoksen ainoa paikalla oleva lääkäri oli synnytyslaitoksen lisäksi sidottuina

toimimaan sotasairaalan palveluksessa, ja usein laitoksella oli hetkiä, jolloin yhtään lääkäriä ei ollut paikalla. Tällaisina hetkinä saattoi tapahtua esimerkiksi synnyttäjän ahtaasta lantiosta johtuvia kivuliaita ja vaikeita synnytyksen aloituksia, joita lääkärit ehtivät hoitamaan usein liian myöhään. Keisarileikkauksia tehtiin laitoksella suhteellisen harvoin ja ainoastaan hätätapauksissa, niiden vaarallisuuden sekä antibioottien kehittymättömyyden vuoksi.²⁰⁹ Hätätilanteessa tehtyjen keisarileikkauksen seurauksena tai sen aikana kuoli kaksi laitoksen potilasta.

Laitoksella kuolleiden potilaiden tietojen perusteella kuolemalle altisti erityisesti synnyttäjän ikä yhdistettynä ensisynnyttäjäyteen. Kuolleiden keski-ikä oli koko aineiston keski-ikää vanhempi, ja kuolleista suurin osa synnytti ensimmäistä kertaa. Suurin yksittäinen kuolleiden ryhmä olikin yli 30-vuotiaat ensisynnyttäjät. Myös siirtoväen osuus kuolleista oli suhteellisen suuri. Talven 1941–1942 rankat olot näkyivät kuolleisuuden kasvuna, ja synnytyslaitoksen omat haasteet kuten kuumepandemia näkyivät myös piikkinä kuolleisuudessa. Eri sosioekonomisten luokkien välillä ei kovin suuria eroja kuolleisuudessa näkynyt, mutta asuinpaikkoja vertaillen erityisesti ulkopaikkakuntalaisten suuri kuolleisuus herätti huomiota. Potilaat kuolivat lähes aina synnytyksen yhteydessä tai sen jälkeen – ainoastaan kuuden potilaan kohdalla synnytystä ei tapahtunut ollenkaan.

9. Johtopäätökset

Tampereen synnytyslaitoksen toimintaa toisen maailmansodan aikana kuvaa sana ”hektisyys”. Laitos taisteli potilasmäärien suuruuden sekä puutteellisten tilojen luomaa ahtautta vastaan, samalla sopeutuen sodan myötä muuttuvaan yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Vaikka Tampere oli toisen maailmansodan koittaessa jo moderni, pitkälle kehittynyt kaupunki, oli sen synnytyslaitos aivan liian pieni kaupungin suurelle väestölle. Kaupungin väestö koostui sosioekonomiselta luokaltaan pääosin työväestä, joka oli myös määrältään suurin synnytyslaitoksen asiakaskunta. Keskiluokkaan kuuluvia potilaita oli synnytyslaitoksella myös runsaasti, yläluokan, maanviljelijöiden sekä palvelijoiden ryhmien ollessa vähemmistössä. Sosioekonomisten luokkien määrät laitoksella vastasivat pitkälti kaupungin väestön sosioekonomista jakautumista.

²⁰⁹ Teräsvuori 1952, 936–948.

Vaikka Tampereen kaupunginosat -ja alueet eivät olleet sosiaalisesti kovin segregoituneita toisistaan, oli esimerkiksi kantakaupungin alueelta kotoisin suhteellisesti selvästi enemmän parempiosaisempia synnyttäjiä kuin työläisvaltaisilta esikaupunkialueilta – erot näkyivät sosioekonomisten luokkien määrien ohella myös hoitopäivien keskimääräisissä hinnoissa sekä hoitopäivien määrissä. Ulkopaikkakunnilta saapui laitokselle sotatilasta huolimatta myös paljon synnyttäjiä, ja vuoden 1940 aikana suureksi synnytyslaitoksen asiakasryhmäksi muodostui myös siirtoväki. Vaikka paremmin toimeentuleva väestö pystyi varallisuutensa ansiosta viettämään synnytyslaitoksen hoidossa pidempiä aikoja, saivat kaikkiin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvat synnyttäjät ajan heikot resurssit ja synnytyslaitoksen puutteelliset tilat huomioon ottaen hyvin laadukasta hoitoa. Tämän voi huomata esimerkiksi siitä, että synnyttäjien sekä syntyneiden lasten kuolleisuus laitoksella oli pientä ja kuolleita lapsia syntyi laitoksella suhteellisen vähän.

Tampereen syntyvyys pysytteli koko tarkasteltavan ajan Suomen yleistä syntyvyyttä alhaisemmalla tasolla. Kaupungeissa ja erityisesti Tampereella syntyvyys oli ollut alhaista jo ennen sotia, Suomen yleistä syntyvyyttä nostaessa erityisesti maaseudulla asuvat perheet. Vaikka syntyvyys olikin Tampereella Suomen keskiarvoa matalampi, niin kaupungin syntyvyys silti kasvoi vuosittain, vuotta 1942 lukuun ottamatta. Syntyvyyden yleiset vaihtelut Tampereella ja Suomessa vuosien 1938–1945 aikana selittyvät pitkälti sodan tapahtumilla sekä ajan yhteiskunnallisella tilanteella. Samat tekijät vaikuttivat myös synnytyslaitoksen syntyvyyteen ja potilasmääriin. Rauhan aika lisäsi sekä potilasmääriä että syntyvyyttä laitoksella, kun taas erilaiset kriisit vaikuttivat niihin laskevasti. Esimerkiksi vuonna 1941 potilasmäärien ja syntyvyyden voimakkaaseen kasvuun vaikutti yhdeksän kuukautta aiemmin loppunut talvisota, ja vastaavasti vuoden 1945 kasvupiikki selittyy jatkosodan loppumisella ja suurten ikäluokkien syntymisellä. Sen sijaan vuoden 1942 alhaiseen syntyvyyteen vaikuttivat heikko elintarviketilanne ja epävakaa olot.

Synnytyslaitoksen potilasmääriin ja syntyvyyteen vaikuttivat yhteiskunnallisen tilanteen lisäksi laitoksen sisäiset tapahtumat, ongelmat ja muutokset. Esimerkiksi laitoksen väliaikainen siirtyminen Ylöjärvelle talvisodan aikana näkyi laitoksen potilasmäärien ja syntyvyyden vähenemisenä. Vaikka talvisodan aikana synnytyslaitoksen ja Suomen syntyvyys väheni, niin Tampereen kokonaissyntyvyys kasvoi, kaupunkilaisten suosiessa esimerkiksi kotisyntytyksiä. Talvisodan aikana muualla kuin synnytyslaitoksella syntyneiden määrät kasvoivat hetkellisesti, mutta vähenivät nopeasti sodan jälkeen. Kun vuonna 1940 jopa 16,1 %

Tampereen synnytyksistä tapahtui muualla kuin synnytyssairaalassa, vuonna 1941 määrät vähenivät noin 2,2 prosenttiin, asettuen vuosiksi 1942–1945 seitsemän prosentin tasolle.

Vuodet 1938–1945 olivat suomalaisen terveydenhuollon voimakkaan kehityksen aikaa. Tällöin alettiin kiinnittää erityistä huomiota naisten ja lasten terveyteen esimerkiksi kehittämällä neuvola- ja synnytyslaitosjärjestelmää. Kehityksen taustalla olivat lähinnä väestöpoliittiset, kansan kasvuun tähtäävät tarkoitukset – etenkin sota-aikana syntyvyyden väheneminen nähtiin todella suurena uhkana. Sota-ajan sekä sitä edeltävän ajan ponnistukset terveydenhuollon kehitystä varten ja erityisesti raskaana olevien naisten terveyden parantamiseksi näkyvät myös laitoksen synnytyspainoissa. Synnytyspainot olivat tarkasteltavana aikana suhteellisen korkeita – keskimääräiset pysyen jokaisena vuonna ja kuukautena yli 3200 grammassa, koko ajan keskimääräisen syntymäpainon 3376 gramman ollessa jopa nykyaikaisia WHO:n standardoimia terveen synnytyspainon määritelmiä korkeampi. Synnytyspainot kuitenkin poikkesivat merkitsevästi eri sosioekonomisten luokkien välillä: aineiston parhaiten toimeentulevilla ryhmillä, yläluokalla ja maanviljelijöillä, synnytyspainot olivat korkeimmalla, kun taas asemaltaan heikoimmilla ryhmillä, apulaisilla ja palvelijoilla sekä työväellä, synnytyspainot olivat keskimääräistä alhaisemmat.

Eri alueiden väliset erot synnytyspainoissa eivät olleet merkitseviä – hieman yllättävää oli kuitenkin köyhäinhoitotoimintaan tarkoitetun kunnalliskodin asukkaiden korkeat synnytyspainot, jotka selittyvät osin sodan aikana kunnalliskodin alueelle perustetulla, kaikille tamperelaisille avoimella väliaikaisella sairaalalla. Vaikka hyvinvointi ja varallisuus jakautuivat Tampereella epätasaisesti, olivat erot alueiden välisissä synnytyspainoissa melko pieniä. Sen sijaan luokkien väliset erot synnytyspainoissa olivat huomattavampia, ja myös siviilisäätysten välillä naimattomilla naisilla oli selvästi kevyemmät synnytyspainot kuin naimisissa olleilla. Hyvinvointierot olivat synnytyspainoja tarkastellessa selvemmin näkyvissä siis sosioekonomisten luokkien ja siviilisäätysten välillä, kuin asuinpaikkojen välillä. Tämä kertoo ennen kaikkea siitä, että elintarvikkeiden saanti ja jakelu toimi sota-ajan säännöstelytalouden aikana alueellisesti Tampereella hyvin, ilman suurempia poikkeuksia kaupunginosien välillä. Raskaana olleille naisille varmistettiin riittävä ravinnonsaanti asuinpaikasta riippumatta myös pula-aikana. Sosioekonomisten luokkien ja siviilisäätysten välisistä eroista voi kuitenkin huomata, että korkeampi sosioekonominen luokka ja parempi taloudellinen tilanne takasivat raskaana olleille naisille myös paremman ravinnonsaannin säännöstelytaloudessa – he pystyivät esimerkiksi ostamaan enemmän elintarvikkeita säännöstelyn ohi, mustasta pörssistä.

Hoitotapahtumat jakautuivat kuukausittain ja vuosittain melko tasaisesti, synnytysten muodostaessa aina suurimman osan laitoksen hoitotoimenpiteistä. Pieniä eroja kuitenkin oli, kuten aborttien ja kaavintojen lisääntyminen 1940-luvulla verrattaessa 1930-luvun vuosiin. Talven 1941–1942 heikot olot näkyivät myös yhdeksän kuukautta myöhemmin syksyaltavella 1942 elävänä syntyneiden lasten vähentyneenä osuutena laitoksen hoitotapahtumista. Hoitotapahtumien määrissä pystyi myös huomaamaan synnytyspainojen tapaan eroja sosioekonomisten luokkien välillä – yllättävää oli erityisesti aborttien ja kaavintojen suuri määrä yläluokan keskuudessa. Abortin tai kaavinnan tekemiseen saattoi siis vaikuttaa potilaan varallisuus. Yllättävää oli myös keskenmenojen pieni määrä sosioekonomiselta asemaltaan heikossa palvelijoiden ja apulaisten ryhmässä. Toisaalta tässä ryhmässä oli suhteellisesti eniten kuolleena syntyneitä lapsia.

Synnyttäjien biologisten tekijöiden vaikutukset synnytyspainoihin ja hoitotapahtumiin vastasivat melko hyvin aiempia alan tutkimustuloksia - synnyttäjän iän ja synnytysten määrän noustessa synnytyspainot kasvoivat. Toisaalta vaikka synnytyspainot kasvoivat iän ja aiempien synnytysten myötä, kasvoivat myös riskit erilaisiin raskaudenaikaisiin komplikaatioihin ja ennenaikaisuuteen – esimerkiksi keskenmenoja ja kuolleena syntyneitä lapsia oli enemmän vanhempien synnyttäjien ikäryhmissä. Erityisen suuressa riskissä raskauden ja synnytysten aikaisille komplikaatioille olivat vanhat ensisynnyttäjät, jotka muodostivat suurimman yksittäisen ryhmän laitoksella kuolleista naisista. Kuolleisuus oli myös melko suurta ulkopaikkakuntalaisten sekä siirtoväen keskuudessa, vaikka siirtoväen synnytyspainot ja eri hoitotapahtumien määrät eivät juurikaan muusta väestöstä poikenneet. Myös nopeat ympäristömuutokset kuten talvi 1941–1942 vaikuttivat laitoksen potilaiden kuolleisuuteen – näiden ohella myös laitoksen sisäiset ongelmat kuten vuoden 1944 kuumepandemia nostivat kuolleisuutta.

Sota-aika näkyi Tampereen synnytyslaitoksella syntyneiden lasten synnytyspainoissa lopulta melko vähän. Keskimääräiset synnytyspainot jopa nousivat sota-aikana verrattuna rauhan ajan vuoteen 1938. Tämän tutkimuksen perusteella sota-aika ei vaikuttanut synnytyspainoihin niitä laskevasti, joten ensimmäinen hypoteesini voidaan hylätä. Eniten sota-aika näkyi erityisesti laitoksen toiminnassa, syntyvyudessa ja potilasmäärien muutoksissa: laitos joutui esimerkiksi talvisodan aikana muuttamaan väliaikaisesti Ylöjärvelle, jolloin sen potilasmäärät vähenivät. Samalla kuitenkin syntyvyys kasvoi, tamperelaisten synnyttäessä muualla kuin laitoksella. Rauhan aikoina potilasmäärät ja syntymien määrät kasvoivat voimakkaasti. Yhdeksän kuukautta erilaisten kriisien kuten talven 1941–1942 jälkeen laitoksella näkyi myös vaihteluita

erityisesti kuolleisuudessa ja elävänä syntyneiden määrissä. Sota-aika vaikutti siis synnytyspainojen sijaan erityisesti erilaisten hoitotapahtumien esiintyvyyteen, laitoksen toimintaan sekä potilasmääriin. Vaikka sota-ajan vaikutuksia ei synnytyspainoissa juurikaan näkynyt, olivat erilaisten ryhmien väliset painoerot helposti nähtävissä. Esimerkiksi eri sosioekonomisten luokkien välillä näkyvät erot olivat merkittäviä, joten tämän perusteella hypoteesini alempien sosioekonomisten luokkien heikommista syntymäpainoista sekä suuremmasta raskauskomplikaatioiden määrästä voidaan hyväksyä. Vaikka ravinto jakautui korkeiden synnytyspainojen perusteella raskaana oleville naisille tasaisesti asuinpaikoista riippumatta, oli taloudellisesti paremmin toimeentulevilla ylemmillä sosioekonomisilla luokilla enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa olosuhteisiinsa ja esimerkiksi ravintotilanteeseensa usein melko kalliiden mustan pörssin tuotteiden avulla.

Tampereen synnytyslaitos selvisi sota-ajasta hyvin. Laitosta jo sotaa edeltävänä aikana vaivanneet ongelmat tilojen ahtauden ja hoitotarvikkeiden puutteellisuuden suhteen olivat tavallaan valmistaneet laitosta sota-aikaan, ja sota-aikana laitoksen henkilökunnan ammattitaitoisuus näkyi potilaiden onnistuneena hoitona, suurena elävänä syntyneiden lasten määränä sekä vähäisenä kuolleisuutena synnyttäjien ja vastasyntyneiden lasten keskuudessa. Tampereen synnytyslaitoksella vuosina 1938–1945 tapahtuneet onnistuneet synnytykset ja hoitotapahtumat sekä korkeat synnytyspainot kertovat myös sota-ajan oloihin suhteutettuna kaupungin raskaana olleen naisväestön poikkeuksellisen hyvästä elintasosta ja terveysoloista etenkin asuinpaikkojen välillä. Suomi korosti väestöpolitiikassaan äitien ja lasten terveyttä, pyrkiessään nostamaan maan jo pitkään laskenutta syntyvyyttä. Myös sota-aikana tätä ajattelua noudatettiin ainakin Tampereella onnistuneesti, säännöstelytalouden pystyessä takamaan raskaana olleille naisille verrattain vakaan ravinnonsaannin myös kriisin aikana.

10. Lähdeluettelo

Arkistolähteet

Tampereen kaupunginarkisto (TKA), Tampere

Tampereen synnytyslaitoksen vuosikertomukset 1938–1945.

Painetut lähteet

Kertomukset Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta 1938–1945. Tampere, Tampereen kaupunki.

Suomen tilastollinen vuosikirja (STV), 1938–1945. Tilastollinen päätoimisto, Helsinki.

Tampereen kaupungin tilastollinen vuosikirja 1950, VSK. 3, Tampereen kaupungin tilastotoimisto, Tampere, 1951.

Internet-lähteet

Kansalliskirjaston digitaaliset arkistot, Aamulehti, Tiedonhaku vuosista 1938–1945.

Osoitteessa <https://digi.kansalliskirjasto.fi/search>. Haettu 16.1.2022.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet [verkkojulkaisu].

ISSN=1798–2391. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla: <http://www.stat.fi/til/synt/tau.html>.

Katsottu 3.3.2022.

Tilastokeskus, Kuolleena syntynyt. Saatavilla:

https://tilastokeskus.fi/meta/kas/kuol_syntynyt.html. Katsottu 5.4.2021.

Tilastokeskus, Perinataalikuolleisuus,

<https://tilastokeskus.fi/meta/kas/perinataalikuol.html#tab1>. Katsottu 5.4.2021.

Tilastokeskus, Rahanarvonmuunnin. Saatavilla:

<https://www.stat.fi/tup/laskurit/rahanarvonmuunnin.html>. Katsottu 14.2.2022.

Tilastokeskus, Suurimpien kuntien väkiluku. Saatavilla:

https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#Suurimpien%20kuntien%20v%C3%A4kiluku. Katsottu 23.4.2021.

Tilastokeskus, StatFin, Väestö, Väestörakenne, Väestö iän (5-v) ja sukupuolen mukaan, 1865–2020. Saatavilla:

https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11rc.px/.

Tutkimuskirjallisuus

Alander, Jussi-Pekka, *Kansa sodassa: kotirintaman ratkaiseva merkitys*. Helsinki: Readme.fi, 2020.

Apajalahti, Aulis, 'Keskenmenojen lisääntymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä Helsingin sairaaloista vuosilta 1901–1937 kerätyn aineiston perusteella', *Duodecim*, 1939, no 55:4, 263–284.

Arthi, Vellore, Parman, John., 'Disease, downturns, and wellbeing: Economic history and the long-run impacts of COVID-19'. *Explorations in Economic History*, vol. 79, 2021, 1-20.

Bhargava, Santosh K., *Adult Health and Human Capital : Impact of Birth Weight and Childhood Growth*. Los Angeles: Sage, 2018.

Butie, Claire., Matthes, Katarina. L., Hösli, Irene., Floris, Joël., & Staub, Kaspar, 'Impact of World War 1 on placenta weight, birth weight and other anthropometric parameters of neonatal health'. *Placenta*, 100, (2020), 150–158.

Cohen, Daniel, J., et al., 'Interchange: The Promise of Digital History,' *Journal of American History* 95:2 (2008), 442-491

Eerola, Essi, Saarimaa, Tuukka, 'Asuinalueiden segregatio ja naapurustovaikutukset', *Kansantaloudellinen aikakauskirja*, 115:2, 2019, 238–253.

Ghosh, Rebecca, Elisabeth., Berild, Jacob, Dag., Sterrantino, Anna, Freni., Toledano, Mireille, B. & Hansell, Anna, L. 'Birth weight trends in England and Wales (1986-2012): babies are getting heavier', *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 2018, no 103:3.

Goldin, Claudia., Margo, Robert A., 'The poor at birth: Birth weights and infant mortality at Philadelphia's almshouse hospital, 1848-1873', *Explorations in Economic History* 26:3 (1989), 360-379.

- Grabowski, Richard., Self, Sharmistha & Shields, William, *Economic Development: A Regional, Institutional, and Historical Approach* :
A Regional, Institutional and Historical Approach. London: Routledge, 2015 (2.painos)
- Haapala, Pertti, Peltola, Jarmo, 'Elinkeinorakenne 1750–2000'. Teoksessa Haapala, Pertti, et al., (toim.), *Suomen rakennehistoria: näkökulmia muutokseen ja jatkuvuuteen (1400–2000)*. Tampere: Vastapaino, 2018, 144–179.
- Haimi, Olavi. *Väestöntutkimus: periaatteet ja menetelmät*. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos, 1987.
- Harjula, Minna, *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press, 2015.
- Harris, Bernard, *Anthropometric history, gender, and the measurement of well-being. Gender and Well-Being in Europe: Historical and Contemporary Perspectives*, ResearchGate, 2009.
- Heikkilä, Tarja, *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Publishing, 2017, 9. painos.
- Heikkinen, Kaija, 'Avioliiton ongelmallisuus sota- ja kotirintamalla'. Teoksessa Hytönen, Kirsi-Maria & Laine-Frigren, Tuomas. (toim.), *Työläisperhe arjessa ja kriiseissä*. VäkiVoimakas 28. Vantaa: Hansaprint, 2015, 151–174.
- Helsingin Sanomat, "Kuolleita", 16.8.1986, no 221, 16.
- Hiilamo, Heikki, *Syntymättömät lapset: väestökysymys Suomen perhepolitiikassa*. Helsinki: Into Kustannus Oy, 2021.
- Hoppu, Tuomas, 'Sotien Tampere'. Teoksessa Lind, Mari, Kimmo, Antila & Liuttunen, Antti (toim.), *Tammerkoski ja kosken kaupunki*. Tampere: Tampereen museot, 2011. 138–151.
- Jaatinen, Satu, "Ruoka ja kulutustarpeet sotivassa Suomessa". Teoksessa Turtola, Martti. (toim.) *Sodassa koettua. [3], Arkea sodan varjossa*. Weilin + Göös. 2008. 114–149.
- Jakobsson, Maija, Paavonen, Jorma, 'Ennenaikaisen synnytyksen epidemiologiaa ja etiologiaa.' *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 125:12, 2009. 1317–1323.
- Jokinen, Kimmo & Saaristo, Kimmo, *Suomalainen yhteiskunta*. WSOY, 2006 (2.painos).

Jokiniemi, Eeva-Maija, *Kasvunvaraa vai varaa kasvaa? Varhaislapsuuden kasvuerot 1930-luvun Helsingissä*, Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto, 2020.

Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto, *Määrällisiä tarinoita: monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta*. Jyväskylä: Docendo, 2014.

Junila, Marianne, 'Wars on the Home Front: Mobilization, Economy and Everyday experiences'. Teoksessa Kinnunen, Tiina & Kivimäki, Ville, *Finland in World War II: history, memory, interpretations*. Brill, 2012, 191–232.

Jutikkala, Eino, *Tampereen historia 3., vuodesta 1905 vuoteen 1945*. Tampere: Tampereen kaupunki, 1979.

Kallioniemi, Jouni, *Kotirintama. 2, Sotavuosien Suomi 1939–1945, naisten ja lasten silmin*. Jyväskylä: Gummerus, 2005.

Kankkonen, Satu, 'Pispalan kultavuori'. Teoksessa Lind, Mari, Kimmo, Antila & Liuttunen, Antti (toim.), *Tammerkoski ja kosken kaupunki*. Tampere: Tampereen museot, 2011, 156–159.

Keskinen, Jouni, Peltola, Jarmo & Suodenjoki, Sami, *Tamperelaiset: tehdaskaupungin väestö, alue ja asuminen 1918–1940*. Tampere: Tampereen museot, 2005.

Koivuniemi, Jussi, 'Tehtaiden Suomi ja deindustrialisaatio 1900–2000'. Teoksessa Haapala, Pertti, et al., (toim.), *Suomen rakennehistoria: näkökulmia muutokseen ja jatkuvuuteen (1400–2000)*. Tampere: Vastapaino, 2018, 180–204.

Koskinen, Seppo et al., 'Väestö tutkimuksen kohteena' Teoksessa Koskinen, Seppo et al., (toim.), *Suomen väestö*. Helsinki: Gaudeamus, 2007, 2. painos, 15–22.

Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija, 'Kuolleisuus'. Teoksessa Koskinen, Seppo et al., (toim.), *Suomen väestö*. Helsinki: Gaudeamus, 2007, 2. painos, 169–238.

Kramer M. S., 'Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis,' *Bulletin of the World Health Organization*, 1987, 65:5, 663–737.

Laine, Antti, Hietanen, Silvo, 'Inkeriläisten vaellus – Suomen seisake', Teoksessa Hietanen, Silvo. *Kansakunta sodassa. 2, Vyö kireällä* Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1990, 90–97.

Lappalainen, Matti, 'Sodan ratkaisu siirtyy – asemasodan armeija', Teoksessa Hietanen, Silvo. *Kansakunta sodassa. 2, Vyö kireällä* Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1990, 22–45.

Laurent, Helene, *Asiantuntijuus, väestöpolitiikka, sota: Lastenneuvoloiden kehittyminen osaksi kunnallista perusterveydenhuoltoa 1904–1955*. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 61, 2017.

Laurent, Helene, 'Terveys sodan aikana'. Teoksessa Turtola, Martti. (toim.), *Sodassa koettua. [3], Arkea sodan varjossa*. Porvoo: Weilin + Göös, 2008, 63–93.

Londero, Ambrogio P., Rossetti, Emma, Pittini, Carla, Cagnacci, Angelo & Driul, Lorenza 'Maternal age and the risk of adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study', *BMC Pregnancy Childbirth* 19:261, 2019.

Marttinen, Vesa, 'Korona-ajan vauvabuumi näkyy selvästi viime vuoden tilastoissa HUS-alueella, tulevana keväänä syntyvyyden kasvu kuitenkin pysähtyy'. *Yle Uutiset*, 2021. Saatavilla: <https://yle.fi/uutiset/3-12273169>. Luettu 23.2.2022.

Merklinger-Gruchala Anna, Jasienska Grazyna, Kapiszewska Maria, 'Paternal investment and low birth weight –The mediating role of parity,' *PLoS ONE*, 14(1), 2019.

Meskus, Mianna, 'Väestön elinvoima ja tahallinen keskenmeno'. Teoksessa Helén, Ilpo & Jauho, Mikko. *Kansalaisuus ja kansanterveys* Helsinki: Gaudeamus, 2003, 211–232.

Metsämuuronen, Jari, *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: tutkijalaitos*. Helsinki: International Methelp, 3. laitos, 2. korjattu painos, 2006.

Miettinen, Seija, *Me finlaysonilaiset*. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy, 1990.

Näre, Sari, 'Naiset ja miehet sodan pyörteissä' Teoksessa Turtola, Matti. (toim.), *Sodassa koettua. [3], Arkea sodan varjossa*. Porvoo: Weilin + Göös, 2008, 8–31.

Nätkin, Ritva. *Kamppailu suomalaisesta äitiydestä: maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset*. Helsinki: Gaudeamus, 1997.

Olsson, Pia, 'Nainen ja työn muuttuvat normit' Teoksessa Turtola, Matti. (toim.), *Sodassa koettua. [3], Arkea sodan varjossa*. Porvoo: Weilin + Göös, 2008, 150–183.

Palomäki, Antti, *Juoksuhaudoista jälleenrakennukseen - Siirtoväen ja rintamamiesten asutus- ja asuntokysymyksen järjestäminen ja sen käännteentekevä vaikutus asuntopolitiikkaan ja kaupunkirakentamiseen*. Tampere: Tampere University Press, 2011.

- Peltola, Jarmo, *Onnikoita ja rollikoita: Viisi vuosikymmentä (1948–1998) kunnallista joukkoliikennettä Tampereella*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998.
- Peltola, Jarmo, *1930-luvun lama teollisuuskaupungissa. 2, Lama, pula ja työttömyys: tamperelaisperheiden toimeentulo 1928–1938*. Tampere: Tampere University Press, 2008.
- Pihkala, Erkki 'Sotaan mobilisoitu talous' Teoksessa Hietanen, Silvo. *Kansakunta sodassa. 2, Vyö kireällä* Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1990, 252–275.
- Pitkänen, Kari, 'Sanasto'. Teoksessa Koskinen, Seppo et al., (toim.), *Suomen väestö*. Helsinki: Gaudeamus, 2007, 2. painos, 338–350.
- Rasila, Viljo, *Tampereen historia. 4, Vuodesta 1944 vuoteen 1990*. Tampereen kaupunki, 1992.
- Raudaskoski, Tytti, Gissler, Mika, 'Monisyntyttäjän obstetriset erityispiirteet'. *Duodecim*, no 130:13, 2014, 1309–1317.
- Rummukainen, Stella, *Vastasyntyneet konfliktien keskellä: Imeväiskuolleisuuden vaihtelu Suomessa toisen maailmansodan aikana*, Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto, 2019.
- Ruokolainen, Anne, Notkola, Irma-Leena, 'Hedelmällisyys'. Teoksessa Koskinen, Seppo et al., (toim.), *Suomen väestö*. Helsinki: Gaudeamus, 2007, 2. painos, 77–114.
- Saaritsa, Sakari, 'Taloudellinen, inhimillinen ja fysiologinen pääoma: Antropometrinen näkökulma koulutusjärjestelmään ja sosiaaliseen liikkuvuuteen 1900-luvun alun Suomessa.' Teoksessa Saaritsa, Sakari, Selin, Sinikka (toim.), *Työväki ja sivistys*. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Väki Voimakas, no: 29, Vantaa: Hansaprint, 2016, 327–368.
- Saarivirta, Toni, Consoli, Davide & Dhondt, Pieter, 'Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen'. *Kasvatus & Aika*, 3(4), 2010, 25-41.
- Shah, Prakesh S., Zao, Jamie & Ali, Samana, 'Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. Maternal marital status and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *MaternalChild Health Journal*, 15(7), 2011, 1097–1109.

Sormunen, Marjorita & Saarinen, Terhi & Tossavainen, Kerttu & Turunen, Hannele, “Monimenetelmätutkimus terveystieteissä”. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 2013, no: 50, 312–321.

Tampere, Kaavoitusyksikkö, Osallistumis- ja arviointisuunnitelma, Selostus, *Marian sairaalan ja Pikarilinnan tonttien kehittäminen sekä suojelumerkintä Hiiloksentalolle, VII - 122 - 1, 88 ja 91, Mariankatu 30 JA 26, F. E. Sillanpään katu 2–4, kartta no 8049, 22.9.2005.* Saatavilla: <https://www.tampere.fi/ytoteto/aka/nahtavillaolevat/8049/selostus.html>. Luettu 15.1.2022.

Tashakkori, Abbas & Creswell, W., John “Editorial: The New Era of Mixed Methods” *Journal of Mixed Methods Research*, 1:3, 2007, 3-7.

Tiitinen, Aila, ’Ennenaikainen synnytys’, *Lääkärikirja Duodecim*, 28.9.2020. Saatavilla internetissä: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00177>. Luettu 16.5.2021.

Tiitinen, Aila, ’Keskenmeno’, *Lääkärikirja Duodecim*, 26.4.2021. Saatavilla internetissä: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00138>. Luettu 15.5.2021.

Tiitinen, Aila, ’Raskaudenkeskeytys’, *Lääkärikirja Duodecim*, 27.4.2021. Saatavilla internetissä: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00166>. Luettu 8.2.2022.

Tiitinen, Aila, ’Raskaus (normaali kulku), *Lääkärikirja Duodecim*, 20.9.2021. Saatavilla internetissä: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00159>. Luettu 6.2.2022.

Tiitinen, Aila, ’Makrosomia (poikkeavan kookas sikiö), *Lääkärikirja Duodecim*, 11.10.2021. Saatavilla internetissä: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00875>. Luettu 7.2.2022.

Teräsvuori, Heikki, ’Keisarileikkauksen nykyisestä asemasta obstetriikassa’, *Duodecim*, 1952, no 68:11, 935–956.

Teräsvuori, Heikki, ’Piirteitä Tampereen synnytyslaitoksen kehityksestä’, *Suomen lääkärilehti*, 1955, no 21, 1669–1679.

Tuomi, Jouni, Sarajärvi, Anneli, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi, 2018, 6.painos.

Turunen, Aarno, ’Kansamme syntyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä’, *Duodecim*, 1942, no 58:4, 135–156.

Turunen, Aarno, 'Uusiutuvan keskenmenon hoitoperiaatteista, erityisesti hormonihoidosta', *Duodecim*, 1942, 58:12, 525–532.

Utrio, Meri & Utrio, Untamo, *Pois pula, pois puute – kun kansa selviytyi*. Helsinki: Tammi, 1994, 2. painos.

Vara, Paavo, 'Vanha ensisynnyttävä obstetrisena ja sosiaalisena ongelmana', *Duodecim*, 1946, 62:2, 156–167.

Wanamaker, Marianne H., 'Industrialization and Fertility in the Nineteenth Century: Evidence from South Carolina,' *The Journal of Economic History*, 72:1, 2012, 169-196.

Witt, Whitney, Lauren Wisk, Erika Cheng, John Hampton, and Erika Hagen. "Preconception Mental Health Predicts Pregnancy Complications and Adverse Birth Outcomes: A National Population-Based Study." *Maternal & Child Health Journal*, 16:7, 2012, 1525–1541.

Wilcox, Allen, J., 'On the importance—and the unimportance— of birthweight,' *International Journal of Epidemiology*, 30:6, 2001, 1233–1241.

Wrede, Sirpa, 'Kenen neuvola? Kansanterveystyön ”naisten huoneen” rakennuspuut' Teoksessa Helén, Ilpo & Jauho, Mikko. *Kansalaisuus ja kansanterveys* Helsinki: Gaudeamus, 2003, 58–86.

World Health Organization (WHO), *WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development*, 2006. Saatavilla: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>.

Yle, "Marjatan sairaalasta tulee Linnea-ryhmäkoti", 20.10.2010, <https://yle.fi/uutiset/3-5656462>. Luettu 22.1.2022.

Liitteet

Liite 1. Kuva 1. Tampereen synnytyslaitos 1900-luvun alussa ja vuonna 2021.



Liite 1. Kuva 1. Ylempi kuva: Tampereen synnytyssairaala sairaala 1900-luvun alussa. Kuvan tarkka ajankohta ei selvillä, mutta vuoden 1913 jälkeen. Luultavasti 1910- tai 1920-luvulta. Lähde: Museovirasto, Historian kuvakokoelma, Kustannusosakeyhtiö Otavan kokoelma. Alempi kuva: Tampereen synnytyssairaalarakennus vuonna 2020. Lähde: Sami Knutti, 17.5.2021.

Liite 2. Taulukko 1. Synnytyslaitoksen potilaiden määrä sekä osuus eri sosioekonomisissa luokissa -ja alueilla. Eri ryhmien- ja alueiden keskimääräinen hoitopäivän hinta sekä hoitopäivien määrä. Lähde: Tampereen synnytyslaitosaineisto.

Taulukko 1. Sosioekonomisten luokkien määrä ja osuus eri alueilla. Hoidon hinnan ja hoitopäivien määrän keskiarvot eri alueilla -ja luokissa.		Alue									Yhteensä	Hoitopäivien määrä
		Kantakaupunki	Uusi kantakaupunki	Laitakaupunki	Esikaupungit	Reuna-alueet	Maaseutu	Muu kaupunki	Ei tietoa			
S o s i o e k o n o m i s e t l u o k a t	Yläluokka	Frekvenssi	380	145	336	370	40	331	41	3	1646	8,0
		% osuus eri alueilla	23,1 %	8,8 %	20,4 %	22,5 %	2,4 %	20,1 %	2,5 %	0,2 %	100 %	
		Hoidon hinta	61,0	62,1	56,2	47,7	59,2	74,1	67,0	20,0	59,8	
		% osuus alueen potilaista	24,2 %	17,6 %	10,6 %	5,3 %	15,4 %	9,8 %	33,6 %	17,6 %	10,1 %	
	Keskiluokka	Frekvenssi	526	343	1045	1798	95	773	33	4	4617	
		% osuus eri alueilla	11,4 %	7,4 %	22,6 %	38,9 %	2,1 %	16,7 %	0,7 %	0,1 %	100 %	
		Hoidon hinta	41,7	39,7	36,8	33,0	41,9	46,0	47,1	33,8	37,8	
		% osuus alueen potilaista	33,5 %	41,5 %	33,0 %	25,9 %	36,7 %	23,0 %	27,0 %	23,5 %	28,4 %	
	Työväki	Määrä	581	300	1673	4559	94	1267	41	5	8520	
		% osuus eri alueilla	6,8 %	3,5 %	19,6 %	53,5 %	1,1 %	14,9 %	0,5 %	0,1 %	100,0 %	
		Hoidon hinta	28,9	31,5	27,5	26,9	30,1	35,7	38,4	24,0	28,7	
		% osuus alueen potilaista	37,0 %	36,3 %	52,8 %	65,7 %	36,3 %	37,7 %	33,6 %	29,4 %	52,4 %	
	Apulaiset/palvelijat	Frekvenssi	63	29	86	107	24	117	4	2	432	
		% osuus eri alueilla	14,6 %	6,7 %	19,9 %	24,8 %	5,6 %	27,1 %	0,9 %	0,5 %	100,0 %	
		Hoidon hinta	25,3	25,7	24,0	26,1	22,3	36,1	33,8	27,5	28,1	
		% osuus alueen potilaista	4,0 %	3,5 %	2,7 %	1,5 %	9,3 %	3,5 %	3,3 %	11,8 %	2,7 %	
	Maanviljelijät	Frekvenssi	19	9	28	107	6	875	3	3	1050	
		% osuus eri alueilla	1,8 %	0,9 %	2,7 %	10,2 %	0,6 %	83,3 %	0,3 %	0,3 %	100,0 %	
		Hoidon hinta	26,3	34,4	29,9	34,0	31,7	45,6	68,3	28,3	43,4	
		% osuus alueen potilaista	1,2 %	1,1 %	0,9 %	1,5 %	2,3 %	26,0 %	2,5 %	17,6 %	6,5 %	
Yhteensä	Frekvenssi	1569	826	3168	6941	259	3363	122	17	16265		
	Hoidon hinta	40,8	40,1	33,5	29,7	38,3	44,4	51,0	27,2	35,4		
	% osuus kaikista potilaista	9,6 %	5,1 %	19,5 %	42,7 %	1,6 %	20,7 %	0,8 %	0,1 %	100,0 %		
Hoitopäivien määrä		8,2	8,3	7,9	7,5	8,3	8,5	8,6	8,0		7,9	