



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Maria-Kaisa Lehtonen & Pinja Muittari

OPAS VANHEMMILLE LASTEN
YLEISIMMISTÄ TARTUNTA-
TAUDEISTA

Sosiaali- ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Maria-Kaisa Lehtonen ja Pinja Muittari
Opinnäytetyön nimi	Opas vanhemmille lasten yleisimmistä tartuntataudeista
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	49 + 1 liite
Ohjaaja	Helena Leppänen

Tässä opinnäytetyössä käsitellään yleisimpiä lasten tartuntatauteja ja työn tuloksena syntyy opas vanhemmille. Työssä korostuu hoitotyön näkökulma. Se näkyy vanhemmille suunnattuina kotihoito-ohjeina sekä muuna ohjeistuksena sairastuneen lapsen hoitoon liittyen.

Kirjallinen työ sisältää runsaasti tietoa yleisimmistä lasten tartuntataudeista. Tieto pohjautuu erilaisiin kirjallisiin lähteisiin ja lisäksi työtä varten on haastateltu neuvolalääkäriä. Näiden tietojen pohjalta on koottu oppaaseen tarkoituksenmukainen sisältö.

Tämä opinnäytetyö on tehty työelämän tarpeen pohjalta ja sen tilaaja on Ähtärin lastenneuvola. Opasta voidaan käyttää lastenneuvolassa työkaluna vanhempien ohjauksessa. Oppaasta on tämän vuoksi pyritty tekemään selkeä ja helposti ymmärrettävä.

ABSTRACT

Author	Maria-Kaisa Lehtonen and Pinja Muittari
Title	The Most Common Communicable Diseases of Children – Guide for Parents
Year	2017
Language	Finnish
Pages	49 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Helena Leppänen

This bachelor's thesis includes knowledge about the most common communicable diseases of children. A guide for parents will be made as a result of this work. The point of view in this thesis and in the guide concentrates on nursing. Parents will find guidelines regarding to care of an ill child.

The information about the topic in this thesis is based on reliable sources for example researches and articles. This paper also includes an interview with a child health clinic physician. The physician was interviewed about the most common communicable diseases of children. The guide has been made based on this mentioned information.

The client organization is a child health centre in Ähtäri. The guide can be used as a tool when a public health nurse gives guidance for parents. The aim was to make a clear and easy-to-understand guide.

Keywords	Communicable diseases, child health clinic, public health, guide
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	TERVEYDENHOITAJAN TYÖ LASTENNEUVOLASSA.....	9
3	TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	11
4	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA.....	12
	4.1 Projektin määritelmä.....	12
	4.2 Projektin vaiheet.....	12
	4.3 SWOT-analyysin määritelmä.....	14
	4.4 SWOT-analyysi omalle projektille.....	14
5	KESKEISET KÄSITTEET JA AVAINSANAT.....	16
6	YLEISIMMÄT LASTEN TARTUNTATAUDIT.....	18
	6.1 Rokkotaudit.....	18
	6.2 Hengitystieinfektiot.....	21
	6.3 Oksennus- ja ripulitaudit.....	32
	6.4 Loistaudit.....	34
	6.5 Muut infektiio- ja tartuntataudit.....	36
7	LÄÄKÄRIN HAASTATTELU.....	38
8	PROJEKTIN TUOTOS.....	39
	8.1 Millainen on hyvä opas?.....	39
	8.2 Oma opas.....	40
9	POHDINTA.....	42
	LÄHTEET.....	46

LIITTEET

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. SWOT-analyysi.

15

LIITELUETTELO**LIITE 1. Lääkärin haastattelu**

1 JOHDANTO

Lasten tartuntataudit valikoituvat tekijöiden opinnäytetyön aiheeksi kiinnostuksen ja työelämän tarpeen pohjalta. Aihe on tärkeä sen vuoksi, että lisäämällä tietoa tartuntataudeista sekä niiden hoidosta, voidaan vähentää epidemioita ja vanhempien poissaoloja töistä lapsen sairastumisen vuoksi sekä säästää yhteiskunnan kustannuksia turhien terveydenhuollon käyntien osalta. Eräs merkittävä lasten infektiolle altistava tekijä on päivähoito. Päiväkotien suuret ryhmäkoot vaikeuttavat lasten infektioiden ehkäisyä. Riittävän pieniin ryhmäkokoihin ei kuitenkaan ole tarpeeksi resursseja, joten edullisempänä ja toimivampana keinona nähdään päiväkodissa toteutettavat toimenpiteet infektioiden ehkäisemiseksi. Yhtenä vaihtoehtona esitetään esimerkiksi aiheeseen koulutettuja terveydenhoitajia, jotka tukisivat päiväkoteja infektioiden torjunnassa. (Renko & Uhari 2001.)

Kansainvälinen tutkimus osoittaa terveystiedon ja ohjauksen helpon saatavuuden merkityksen lasten terveyden edistämässä ja sairauksien ehkäisemisessä. Tutkimus on tehty maissa, joissa ei tunneta terveydenhoitajan ammattia. Tutkimuksessa on mukana elintasoltaan eritasoisia maita. Tutkimuksessa terveystietoa ja ohjausta väestölle antoivat joko palkatut tai vapaaehtoiset aiheesta koulutuksen saaneet henkilöt. Heillä ei kuitenkaan ollut ammatillista pätevyyttä tai koulutusta hoitotyöstä tai lääketieteestä. Tutkimuksessa näiden terveystietoa ja ohjausta antaneiden henkilöiden työn vaikutusta verrattiin tavanomaiseen terveydenhuoltoon paikallisella alueella. Heidän työnsä luultavasti johtaa imetyksen lisääntymiseen ja yhä useamman lapsen rokotusohjelmien ajan tasalle saamiseen. Lisäksi heidän työnsä saattaa vaikuttaa siihen, että niin moni lapsi ei sairastuisi ripuliin, kuumeeseen tai keuhko-kuumeeseen eikä kuolisi alle viisivuotiaana. Myös vanhemmat hakevat sairaalle lapselleen todennäköisemmin apua, kun heillä on tietoa. (Lewin, Munabi-Babigumira, Glenton, Daniels, Bosch-Capblanch, van Wyk, Odgaard-Jensen, Johansen, Aja, Zwarenstein & Scheel 2010.)

Hasegawan, Tsugawan, Cohenin & Camargon (2015) tutkimuksessa nostetaan esille infektioitaudeista tehtyjen tutkimusten osalta sellainen puute, että ne käsitte-

levät useimmiten vain sairaalahoitoa. Tutkimuksen mukaan tämä antaa puutteellisen kuvan terveydenhuollon käyttöasteesta. Tutkimuksessa kuvataan päivystyspoliklinikan kuormitusta lasten infektio- ja tartuntatautiin osalta Yhdysvalloissa. Yleisimpiä päivystykseen hakeutumisen syitä tutkimuksen mukaan ovat kyseisen tutkimusjakson aikana olleet ylempien- ja alempien hengitysteiden infektiot sekä korvatulehdukset. Kaikista infektio- ja tartuntatauteihin liittyvistä lasten päivystyskäynneistä vain 5% johti sairaalahoitoon.

Aihe on tärkeä myös sen vuoksi, että työn tilaajalla on erikseen käytössä ammattilaisille suunnattu opas, mutta vanhemmille ei ole omaa helposti ymmärrettävää versiota. Toteutustavaksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö, sillä se palvelee työn luonnetta ja työelämän tarvetta.

Tämän opinnäytetyön kirjallinen osio ja tuotettava opas rajataan 0–6-vuotiaiden perusterveiden lasten yleisimpiin tartuntatauteihin. Oppaassa ei näin ollen käsitellä erillisiä hoito-ohjeita liittyen pitkäaikaissairauksiin tai muihin vakaviin tauteihin.

Näkökulma oppaassa on erityisesti lasten yleisimpien tartuntatautiin kotihoito-ohjeissa ja terveydenhoitopalveluiden käytön ohjeistuksessa eli milloin lapsi tulee viedä lääkäriin sekä siinä, milloin lapsen voi viedä päivähoidon.

2 TERVEYDENHOITAJAN TYÖ LASTENNEUVOLASSA

Terveydenhoitajan työssä korostuu ennaltaehkäisevän työn ja hoitotyön, kansanterveystyön sekä perusterveydenhuollon asiantuntijuus. Tärkeitä asioita terveydenhoitajatyössä on aktiivinen työote, rohkeus itsenäiseen päätöksentekoon ja vahva terveyden edistämisen näkökulma. Terveydenhoitaja toimii asiantuntijana myös moniammatillisissa työryhmissä. Oleellista terveydenhoitajatyössä on tukea ja osallistaa asiakasta oman terveytensä edistämisessä ja ylläpitämisessä. Terveydenhoitaja vaikuttaa työssään kokonaisvaltaisesti ja moniulotteisesti eri ikäisten ihmisen hyvinvointiin niin yksilö-, yhteisö- kuin yhteiskuntatasolla. Työtä ohjaa tieteellinen tutkimus ja uusimman tiedon hyödyntäminen, kokemus, käytännön hoitotyön osaaminen, rohkeus eläytyä ja tarvittaessa puuttua asiakkaan ongelmaan ja elämäntilanteeseen. Terveydenhoitaja noudattaa työssään voimassa olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä, Suomen terveystieteellisiä linjauksia sekä terveydenhoitajatyön eettisiä suosituksia ja arvoja. Työn tavoitteena on yhteiskunnallisen eriarvoisuuden vähentäminen sekä ihmisten terveyden tasa-arvon lisääminen. (Terveydenhoitajaliitto 2017.)

Asetuksen 338/2011 mukaan kaikki kunnat ovat velvoitettuja tarjoamaan perheille tasoltaan yhtenäiset ja suunnitelmalliset äitiys- ja lastenneuvolapalvelut. Palveluihin kuuluu muun muassa terveystarkastukset ja määräämälliset terveystarkastukset (L6.4.2011/338). Neuvolatyössä korostuu perusterveydenhuollossa tehtävä ennaltaehkäisevä työ sekä terveyden edistämisen näkökulma. Neuvolapalvelusta vastaavat kunnat. Kaikki neuvolapalvelut ovat perheille maksuttomia ja vapaaehtoisia. Niissä huomioidaan yksilön ja perheiden tarpeet. Lastenneuvolaikäisten palveluja koskeva toimintaohjelma tehdään yhdessä lastensuojelun ja varhaiskasvatusten kanssa. Äitiys- ja lastenneuvolatyötä valvoo ja ohjaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Valvira, aluehallintavirastot (AVI) sekä Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Terveydenhoitaja ohjaa myös vanhempia lapsen sairastuessa. Terveydenhoitajan tulee tuntee tilapäisen hoitovapaan käytännöt. Kelan (2017) mukaan vanhempi voi

jäää pois töistä hoitamaan äkillisesti sairastunutta, alle 10-vuotiasta lasta. Työso-
pimuslakiin perustuva tilapäinen hoitovapaa voi kestää enintään neljä työpäivää.
Tilapäisen hoitovapaan perusteella Kela ei maksa etuuksia.

Terveydenhoitajan tutkintoon sisältyy myös sairaanhoitajan koulutus ja näin ollen
terveydenhoitaja laillistetaan terveydenhuollon ammattihenkilöksi myös sairaan-
hoitajana (Terveydenhoitajaliitto 2017).

3 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Työn tarkoituksena on tehdä 0–6-vuotiaiden lasten vanhemmille helposti ymmärrettävä opas lasten yleisimmistä tartuntataudeista. Tavoitteena on tuottaa vanhemmille luotettavaa, ajankohtaista tietoa selkeässä ja helposti ymmärrettävässä muodossa. Tavoitteena on myös ohjata vanhempia lapsen sairastuessa löytämään oikeat toimintatavat liittyen lapsen tartuntatautiin. Työn tekijöiden henkilökohtaisena tavoitteena on opinnäytetyön tekemisen kautta vahvistaa terveydenhoitajan työssä tarvittavaa tärkeää osaamista lasten yleisimmistä tartuntataudeista. Esimerkiksi lastenneuvolatyössä terveydenhoitaja ohjaa vanhempia sekä puhelimitse että kasvotusten ja siten näiden yleisimpien tautien ominaispiirteiden hallitseminen on merkittävä osa ammattitaitoa.

4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Tässä luvussa määritellään projekti ja kuvataan projektin vaiheita. Työn tekijät kuvaavat SWOT-analyysin piirteitä ja tekevät sellaisen omasta projektistaan. Projektin määrittelyssä tekijät keskittyvät erityisesti korostamaan toiminnallista näkökulmaa.

4.1 Projektin määritelmä

Silfverbergin (2007) mukaan projekti on tehtäväkokonaisuus, jossa pyritään pääsemään tiettyihin, kestäviin tuloksiin tietyssä aikataulussa. Aikataulun ei tule olla liian tiukka, jotta kaikki projektin vaiheet alusta loppuun ehditään tehdä suunnitellussa ajassa. Projektia varten perustetaan organisaatio ja määritellään juuri sitä ker-
taluontoista projektia koskevat tavoitteet.

Opinnäytetyön tekijöiden projektina on toiminnallinen opinnäytetyö. Yhtenä projektin pyrkimyksistä on tuottaa vanhemmille suunnattu opas lasten yleisimmistä infekti- ja tartuntataudeista ja sitä kautta saada tulokseksi vanhempien tiedon lisääntyminen näiden tautien sekä toimintaohjeiden osalta. Projekti toteutetaan Vaasan Ammattikorkeakoulun, kahden terveydenhoitajaopiskelijan ja Ähtärin lastenneuvolan välisenä yhteistyönä. Tekijät ovat aloittaneet projektin syksyllä 2016 sopimalla aiheen Ähtärin lastenneuvolan kanssa. Aihe on hyväksytty 30.11.2016. Aineiston keruu ja toiminnallisen opinnäytetyön työsuunnitelman laadinta on aloitettu helmikuussa 2017. Varsinainen opinnäytetyö, opas ja mahdollinen lääkärin haastattelu on tarkoitus tehdä kevään 2017 aikana. Opinnäytetyön tarkistukset, esitys, arvioinnit ja työn Theseukseen tallentaminen ajoittuvat alustavan suunnitelman mukaan alkusyksyyn 2017.

4.2 Projektin vaiheet

Projektin vaiheistusta voidaan kuvata projektisyklillä. Syklissä suunnittelu jaetaan kolmeen eri päätasoon, joita ovat esisuunnittelu, projektisuunnitelman laadinta sekä vuosittainen tai kuukausittainen työsuunnittelu. Projekti lähtee liikkeelle ideasta.

Edetäkseen projekti vaatii suunnitelman, jonka tulee sisältää muun muassa käytettävä toimintamalli, käytettävissä olevat resurssit ja tärkeimmät tavoitteet. Suunnitelmaa ja projektin kulkua tulee seurata ja arvioida jatkuvasti koko prosessin ajan. Sen vuoksi kutakin projektia ja sen työsuunnitelman tarkastelua varten on oltava olemassa tietyt työkalut. Mahdollinen rahoituspäätös tulee huomioida tässä vaiheessa projektia ja mikäli lopullinen rahoituspäätös poikkeaa aiemmin suunnitellusta, tulisi projektisuunnitelmaa muokata sen mukaiseksi. Näin varmistetaan se, että projektin tavoitteet täyttyvät. Tämän jälkeen aloitetaan projektin toteuttaminen. Raportointi yhteistyötahoille projektin toteuttamisen aikana on huomioitava. Raportoinnille ei ole yhtä ainoa menetelmää. Oleellista on, että siinä kuvataan projektin etenemistä luotettavalla tavalla. Työn arvioinnin tulisi sisältää sekä itsearviointia että mahdollisten yhteistyötahojen kanssa käytävää arviointia. Arvioija voi olla myös ulkopuolinen taho. (Silfverberg 2007.)

Työn tekijöiden idea on lähtöisin omista kiinnostuksen kohteista, mutta lopullinen idea ja projektin aihe tulee Ähtärin lastenneuvolan tarpeesta. Projektia varten tehdään toiminnallisen opinnäytetyön työsuunnitelma, jossa määritellään projektisuunnitelmalle ominaiset asiat. Opinnäytetyön edetessä tehdään runsaasti erilaista arviointia ja seurantaa. Tekijät arvioivat jatkuvasti omaa työtänsä ja sen etenemistä sekä tarvittaessa muokkaavat suunnitelmiaan paremmin työtä palvelevaksi. Vaasan Ammattikorkeakoulun opettajien ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa käydään keskusteluja opinnäytetyön etenemisestä ja samalla tekijät saavat ohjausta projektillensa. Työn tekijät toivovat Ähtärin lastenneuvolan osallistuvan arviointiin projektin eri vaiheissa muun muassa antamalla ideoita työn kehittämiseen sekä kertomalla toiveitaan ja odotuksiaan työn toteutumisesta. Merkittävä osa arviointia on projektin lopussa toteutettava itsearviointi. Työ arvioidaan myös numeraalisesti asteikolla 0–5. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyvistä kustannuksista kuten mallioppaan painattamisesta vastaavat tekijät itse. He myös raportoivat useita kertoja opinnäytetyön edetessä työn tilanteesta Ähtärin lastenneuvolalle esimerkiksi työsuunnitelma lähetetään valmistuttuaan tutkimuslupa-anomuksen kanssa heille hyväksyttäväksi. Lisäksi heidän kanssaan ollaan yhteyksissä tuotettavan oppaan tiimoilta.

4.3 SWOT-analyysin määritelmä

SWOT tulee sanoista Strengths eli vahvuudet, Weaknesses eli heikkoudet, Opportunities eli mahdollisuudet ja Threats eli uhat. Sen avulla voidaan analysoida kokonaisuutta ja ohjata prosessia sekä tunnistaa kriittiset kohdat. SWOT-analyysi jaetaan sisäisiin- ja ulkoisiin tekijöihin siten, että vahvuudet ja heikkoudet luetaan sisäisiksi tekijöiksi ja uhat ja mahdollisuudet nähdään ulkoisina tekijöinä. SWOT-analyysi muotoutuu tekijänsä näköiseksi ja näin ollen kahden eri henkilön tekemät SWOT-analyysit voivat poiketa toisistaan paljonkin huolimatta samoista lähtötiedoista. Sen vuoksi sitä tuleekin käyttää ja tulkita vain viitteellisenä suunnannäyttäjänä. Mitä enemmän sisältöä kunkin osatekijän sisällä on, sitä kattavammalla ovat analyysin tulokset. (Opetushallitus 2017.)

4.4 SWOT-analyysi omalle projektille

Työn tekijät tekevät omasta työstään SWOT-analyysin, jossa kuvataan työn sisäisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä ulkoisia mahdollisuuksia ja uhkia. SWOT-analyysi tehdään taulukkomuotoon ja se löytyy tästä luvusta (ks. kuvio 1).

SISÄISET

<p>Strengths (vahvuudet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutkijoiden kiinnostus ja motivaatio • Aiemmin opiskellun teorian vahvistaminen • Hyvät kontaktit opinnäytetyön tilaajaan • Monipuoliset ja kattavat puitteet työn tekemiseen • Mahdollisuus laadukkaaseen ja kriittiseen ohjaukseen • Luova ja kehittävä työskentelyilmapiiri • Tutkijoilla runsaasti kokemusta yhdessä työskentelystä • Hyvät yhteiskirjoittamisen edellytykset • Tutkijoilla monipuolisesti kokemusta käytännön harjoittelusta 	<p>Weaknesses (heikkoudet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opinnäytetyön tekemisen kannalta oleelliset kurssit koulussa sijoittuneet ensimmäisille opiskeluvuosille • Kohdeorganisaatio sijaitsee eri paikkakunnalla kuin Vaasan Ammattikorkeakoulu • Tiivis aikataulu
<p>Opportunities (mahdollisuudet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ähtärin lastenneuvolalla ei vielä ole opasta aiheesta vanhemmille tarjottavaksi • Ähtärin lastenneuvolalla on tarve vanhemmille suunnatulle oppaalle • Oppaan tekeminen lisää tutkijoiden ammatillista osaamista ja kehittää tietoutta lasten yleisimmistä infekti- ja tartuntataudeista • Infektio- ja tartuntataudeista paljon teoreettista tietoa saatavilla • Tavoitteen toteutuessa vanhempien tietoisuus lisääntyy ja vanhemmilla on paremmat toimintavalmiudet lapsen sairastuessa → yhteiskunnalliset hyödyt (terveyspalveluiden tarkoituksenmukainen käyttö, vanhempien poissaolot töistä, epidemioiden vähentyminen) 	<p>Threats (uhat)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vastaavasta aiheesta on tehty aiemmin oppaita • Toteutuuko oppaan toimiminen käytännössä tutkijoiden tarkoittamalla tavalla • Infektio- ja tartuntataudeista löytyvän teoreettisen tiedon runsauden vuoksi uhkana ristiriitaisen tiedon löytyminen

ULKOISET

Kuvio 1. SWOT-analyysi.

5 KESKEISET KÄSITTEET JA AVAINSANAT

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat tartuntataudit ja lapset. Työn tekijät ovat tarkistaneet keskeiset käsitteet yleisestä suomalaisesta asiasanastosta eli YSA:sta.

Tartuntataudeiksi sanotaan sairauksia, jotka ovat mikrobin tai mikrobin tuottaman myrkyin aiheuttamia. Taudin aiheuttajia voivat olla prionit, bakteerit, virukset, loiset, sienet ja alkueläimet. Tartunta tapahtuu toisen ihmisen, eläimen tai ympäristön kautta. Yleisimpiä infektioitautien tartuntateitä ovat esimerkiksi kosketus- tai pisaratartunta, aerosoli, ruoka ja juoma, veritartunta sekä sukupuoliyhteys. Siihen aiheutuuko saadusta mikrobirtunnasta infektiosairaus, vaikuttavat tietyt eri tekijät. Niitä ovat muun muassa mikrobin taudinaiheuttamiskyky, elimistön yksilöllinen vastustuskyky sekä se kuinka paljon mikrobeja tartunnassa on saatu suhteessa infektion muodostumiseksi tarvittavaan määrään. (Lumio 2016.)

Tässä opinnäytetyössä lapsina nähdään alle kouluikäiset lapset. Kaisvuoto, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari & Uotila (2012, 11) jakavat lapsuuden ja nuoruuden eri ikäkausiksi kasvun ja kehityksen rytmin mukaan. Ensimmäisen 28 vuorokauden ajan lasta sanotaan vastasyntyneeksi tai voidaan puhua myös neonataalikaudesta. Lapsen imeväisikä kestää ensimmäisen elinvuoden ajan. Tätä seuraava leikki-ikä jaetaan varhais- ja myöhäisleikki-ikäisiin. Leikki-ikäisellä tarkoitetaan 1–6-vuotiasta. Varhaisleikki-ikäisenä nähdään 1–3-vuotiaat ja myöhäisleikki-ikä sijoittuu ikävuosiin 3–6.

Tämän opinnäytetyön avainsanoja ovat tartuntataudit, lastenneuvola, terveydenhuolto ja opas. Avainsanoista tartuntataudit on määritelty siinä luvussa, jossa niitä käsitellään. Lastenneuvolatyötä on määritelty luvussa 2.

Suomessa sosiaali- ja terveystieteistä sekä sitä koskevan lainsäädännön valmistelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö eli STM. Terveystieteiden tavoitteeksi määritellään väestön terveyden edistäminen ja ylläpito, hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus, työ- ja toimintakyky sekä terveyserojen kaventaminen. Terveystieteiden perustuu ehkäisevään terveydenhuoltoon sekä hyvin toimiviin terveystietoihin,

jotka ovat koko väestön saatavilla. Kunnan tehtävä on vastata kuntalaisten perusterveydenhuollon palveluiden saatavuudesta terveyskeskuksessa. Kunnat voivat myös ostaa terveysterveystoimintaa yksityisiltä palveluntuottajilta täydentämään kunnallisia palveluita. Sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi terveysterveystoimintaa ja terveydenhuoltoa tutkii, valvoo ja kehittää erilaiset viranomaiset kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Valvira, aluehallintovirastot (AVI) ja Fimea. (STM 2017.)

Opas määritellään luvussa 8.1 hyvän oppaan piirteiden kautta.

6 YLEISIMMÄT LASTEN TARTUNTATAUDIT

Tässä luvussa käsitellään yleisimpiä lasten tartuntatauteja sekä niiden hoitoa. Käsittelemme myös ohjeistusta terveydenhoitopalveluiden käytön suhteen sekä sitä, milloin lapsen voi esimerkiksi viedä päivähoitoon. Lastenneuvolakäsikirjassa kuvataan neuvolaikäisten lasten sairastavan paljon erilaisia infektioita. Käsikirjassa esitetään tavallisimpia tartuntatauteja ja niiden oireita, hoitoa, tartuntatapaa, eristämistarvetta ja poissaolosuosituksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Tämän opinnäytetyön tuloksena syntyvässä oppaassa ja tässä kirjallisessa osiossa käsitellään yleisimpinä lasten tartuntatauteina näitä THL:n lastenneuvolakäsikirjan määrittelemiä tavallisimpia tartuntatauteja, joista rajaamme mukaan mielestämme oleellimmat taudit työn näkökulmaa silmällä pitäen.

6.1 Rokkotaudit

Rengon (2016, 215) mukaan rokkotaudeista vihuri- ja tuhkarokko ovat lähes kokonaan onnistuttu hävittämään Suomesta MPR-rokotuksen avulla. Sen vuoksi emme käsittele niitä tässä opinnäytetyössä. Suni (2017) toteaa opinnäytetyön tekijöiden tekemässä haastattelussa, että uudessa 1.3.2017 voimaan tulleessa tartuntatautilaissa tuhkarokko on tullut kuitenkin mukaan ”uutena” yleisvaarallisen tautina ja pieniä epidemioita on Suomessa jo ilmennyt rokotevastaisuuden vuoksi. Haastattelu luettavissa liitteessä 1.

Tartuntatautilain tarkoituksena on ehkäistä tartuntatauteja ja niiden leviämistä sekä niistä ihmisille ja yhteiskunnalle aiheutuvia haittoja. Epidemialla tarkoitetaan laissa tartuntatautitapausten lukumäärän lisääntymistä odotettua enemmän jonakin ajankautana tietyssä väestössä tai tietyllä alueella. Tartuntataudit luokitellaan yleisvaarallisiin sekä valvottaviin tartuntatauteihin ja muihin tartuntatauteihin, joista osa edellyttää säännöllistä seuranta-epidemiavaaran tai väestölle aiheuttamansa tautitaakan vuoksi. Työntekijällä sekä työharjoitteluun osallistuvalla opiskelijalla täytyy olla joko sairastetun taudin tai rokotuksen antama suoja tuhkarokkoa ja vesirokkoa vastaan. Tämän lisäksi vaaditaan rokotus influenssaa vastaan sekä imeväisikäisiä

hoitavilla rokotus hinkuuskää vastaan. (L1.3.2017/1227.) Näin ollen uuden tartuntatautilain velvoittamat rokotukset koskevat myös lastenneuvolassa työskentelevää hoitohenkilökuntaa.

Rokotusten merkitystä on tutkittu kansainvälisesti. Hammer ja Leger kertovat julkaisussaan Denver Health & Hospital Authority Community Health Servicesin vastaanottaneen Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizationin (JCAHO) myöntämän kansallisen Codman Award –palkinnon. Palkinnon perusteena on lasten rokotussuojan parantaminen. Rokotussuoja tarjoaa turvaa rokotteilla ehkäistävissä olevia tauteja vastaan ja siten edistää potilaiden terveyttä sekä kansanterveyttä ja vähentää sairauksista aiheutuvia kustannuksia. (Hammer & Leger 2007.)

Vauvarokko, joka tunnetaan myös nimellä kolmen päivän kuume, on hyvin tavallinen lastentauti ja lähes jokainen lapsi sairastuu siihen ennen kolmatta ikävuotta. Herpesvirusten ryhmään kuuluva HHV-6-virus aiheuttaa vauvarokon. Tyypillisiin oireisiin kuuluu 3-4 vuorokautta kestävä korkea, 39-40 asteinen kuume. Muita tautiin liittyviä oireita voivat olla esimerkiksi vatsaoireet ja hengitystieoireet. Kuume laskee yleensä nopeasti ja sen yhteydessä etuvartalolle voi ilmaantua hentoa ihottumaa, joka saattaa levitä laajallekin alueelle tai olla lievempää ja mennä ohi nopeasti. Ihottuma ei oireile tai kutise. Lapsi voi olla itkuinen ja ärtynyt kuumeen aikana. HHV-6-infektio voi helposti laukaista kuumekuristuksen lapselle, sillä kuume nousee siinä usein korkealle. Vauvarokon hoito koostuu runsaasta nesteannosta ja kuumelääkityksestä. (Vakkila 2007, 176.) On tyypillistä, että taudin jälkeen lapsen kaulalle ja takaravolle ilmaantuu suurentuneita imusolmukkeita. Vauvarokon itämisaika on 5-15 vuorokautta. (Renko 2016, 219.) Lapsen voi viedä päivähoidon heti yleistilan salliessa ja kuumeen laskettua (Jalanko 2009).

Vesirokon aiheuttaa varicella-zostervirus, jonka primaari-infektio vesirokko on. Herpesryhmän viruksille ominaisella tavalla, varicella-zostervirus jää vesirokon jälkeen elimistöön ja voi myöhemmin aktivoitua uudelleen paikallisesti vyöruusuksi. Suurin osa lapsista sairastaa vesirokon ennen aikuisikää, ellei ole saanut

rokotetta sitä vastaan. (Renko 2016, 216.) Vesirokkorokote tuli kansalliseen rokotushjelmaan syyskuun 2017 alusta, jolloin sen voivat saada ne 1,5–11-vuotiaat lapset, jotka eivät ole vesirokkoa sairastaneet. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017.)

Tartuntatapoja ovat pisara- tai ilmatartunta hengitystie-eritteestä tai kosketustartunta vyöruusu- tai vesirokkorakkulasta. Vesirokolla on pitkä itämisaika, jopa 10–20 vuorokautta. Se tarttuu erittäin helposti ja tartunnan saanut voi tartuttaa muita jo ennen taudin puhkeamista ja aina niin kauan kuin iholla on ehjiä rakkuloita. Vesirokon oireita ovat kuume, jonka yhteydessä iholle nousee punaisia kohoumia, joista tulee rakkuloita. Rakkulat samenevat ja rupeutuvat. Rakkuloita esiintyy koko vartalolla, mutta selvästi vähiten raajoissa. Niitä voi ilmaantua myös limakalvoille. Iholla on tavanomaisesti eri vaiheessa olevia rakkuloita samanaikaisesti. Rakkulat kutisevat voimakkaasti. Hoito on oireenmukaista ja se koostuu kuume- ja kipulääkkeistä sekä kutinan hoidosta. Asetosalisyylihappoa ei käytetä Reye'n oireyhtymän riskin vuoksi, sillä siitä voi aiheutua esimerkiksi maksan tai muiden sisäelinten vaurioita. Kutinaa lievittää hetkellisesti viileä suihku, iholle laitettava mentolispraii sekä suun kautta otettava antihistamiini. Hoito tehoaa parhaiten, mikäli se aloitetaan ensimmäisen vuorokauden aikana ensioireista. Asikloviiri- eli viruslääkehoitoa voidaan harkita, mikäli oireet ovat erityisen voimakkaat, eikä tautia saada muuten hoidettua. (Renko 2016, 216–217.)

Enterorokon aiheuttaja on enterovirus. Tauti tunnetaan myös suu- ja sorkkatautina. Sen oireita ovat ihosta koholla olevat punaiset näppylät, joita esiintyy enimmäkseen jaloissa ja käsissä, mutta niitä voi olla myös suussa. Enterorokkoon sairastunut oireilee yleensä lievästi, mutta toisinaan suutulehdus on kivulias, jolloin myös syöminen on vaikeaa. Enterorokkoa esiintyy eniten loppukesästä ja satunnaisesti myös muina vuodenaikoina. Tähän rokkoon ei yleensä liity merkittäviä komplikaatioita, mutta toisinaan voi esiintyä virusperäistä aivokalvontulehdusta ja ripulia. (Vakkila 2007, 177.) Lasta ei tarvitse eristää enterorokon vuoksi ja hänet voi viedä päivähoidon yleisvoimin salliessa (Jalanko 2009).

Itämisaika tartunnasta on 3-7 vuorokautta. Enterovirus tarttuu sekä ulosteen että hengitysteitse välittyvien eritteiden kautta ja sen paras ehkäisykeino on huolellinen käsihygienia. Toisin kuin vesirokossa, enterorokossa esiintyvät rakkulat eivät kuitise. On tavanomaista, että rakkuloiden parantumisvaiheessa iho saattaa hilseillä. Koska tautiin voi liittyä yhtenä yleisoireena lievää kuumeilua, hoidetaan sitä ja kivuliaita rakkuloita kuume- ja kipulääkkeillä sekä nestemäisellä ravinnolla. (Jalanko 2016.)

Parvovirus B19 aiheuttaa parvorokon, joka on neuvolaikäiselle useimmiten lievästi oireileva tauti eikä aiheuta välttämättä tarvetta hakeutua terveydenhuollon tutkimuksiin ja hoitoon. Parvorokkoepidemiat keskittyvät yleensä kevääseen. Sen oireita ovat päänsärky, lievät flunssaoireet ja matala kuume. Noin viikko ensioireiden jälkeen alkaa ihottumavaihe. Sille tyypillistä on kuumottava, symmetrinen punoitus poskilla. Ihottuma ei ole aristavaa tai kivuliasta. 1-4 vuorokauden kuluttua poskien punoitusvaiheen jälkeen muualle vartalolle ja raajoihin ilmestyy ihottumaa. Poskien punoittava ihottuma häviää jo muutaman päivän jälkeen toisin kuin vartalolla oleva, elimistön immuunivasteesta johtuva ihottuma, joka voi kestää useitakin viikkoja välillä häviten. Lapsi ei tartuta enää siinä vaiheessa, kun kuume on laskenut, vaikka hänellä olisi ihottumaa. (Renko 2016, 220.)

6.2 Hengitystieinfektiot

Flunssa on lasten yleisin äkillinen infektiotauti. Ennen neljättä ikävuottaan valtaosa lapsista sairastaa keskimäärin 4-8 flunssaa vuosittain, kun taas vanhemmat lapset noin 2-4 flunssaa. Päivähoidossa käyvä lapsi on alttiimpi saamaan flunssan toistuvasti. Syksy, talvi ja kevät ovat flunssan tyypillisintä esiintymisaikaa, mutta sitä sairastetaan myös kesällä. Flunssa tarttuu suoraan pisaratartuntana tai joko suoraan tai välillisesti kosketustartuntana. Flunssaa aiheuttavia viruksia on erilaisia ja lapsella voi esiintyä samaan aikaan kahta tai useampaa virusta. Näitä viruksia ovat esimerkiksi rinovirus, RS-virus, parainfluenssavirukset, adenovirus, influenssa A- ja B-virukset, metapneumovirus, koronavirukset, enterovirukset ja bokavirus. Kaikki nämä voivat aiheuttaa flunssan lisäksi muitakin taudinkuvia. Yleisin flunssaa aiheuttava virus on rinovirus, joka lisääntyy nenän limakalvoilla. Se löydetään

noin puolelta flunssapotilaista. Ne tarttuvat tehokkaasti, mutta kaikki tartunnan saaneet eivät oireile. Rinovirus aiheuttaa oireita eniten pienille lapsille. Sen itämisaika on 1-4 vuorokautta ja lapsi voi tartuttaa muita noin 1-2 viikkoa oireiden alkamisesta. (Peltola 2016, 234–236.) Mikäli lapsi jaksaa leikkiä ja osallistua päiväkodin toimintaan, hänen ei tarvitse olla pois päivähoidosta (Jalanko 2009).

Tyypillisiä flunssan oireita ovat kurkkukipu, päänsärky, väsymys, yskä, nenän tukkoisuus ja vuotaminen. Pienillä lapsilla flunssan yhteydessä esiintyy usein korkeaa kuumetta, kun taas isommilla lapsilla flunssa voi olla kuumeeton tai nostaa vain pientä lämpöä. Vauvat voivat olla ärtyisiä ja flunssan aikana heillä voi olla syömisvaikeuksia, oksentamista ja ripulia. Flunssa oireilee yhdestä kahteen viikkoa. On tyypillistä, että lapsi sairastuu uudelleen virusinfektioon ennen kuin on täysin parantunut edellisestä flunssasta. Flunssa hoidetaan riittävällä nesteytyksellä, levolla ja tarvittaessa kuume- ja kipulääkkeillä, joista ensisijainen lääke lapsille on parasetamoli. Oireenmukaisista lääkkeistä kuten yskänlääkkeestä ei ole todettu olevan hyötyä. Mikäli flunssa tai sen komplikaatiot eivät ole bakteeriperäisiä, antibioottia ei tule käyttää. Nenään annosteltavat sumutteet voivat runsaina annoksina tai liian pitkään käytettynä lisätä tukkoisuutta. Tavallista flunssaa vastaan ei ole rokotetta. Merkittävä tekijä flunssan ehkäisyssä on lähikontaktien määrän rajoittaminen. Kotihoito tai riittävän pieni päiväkotiryhmä suojaavat lasta flunssalta. Käsienpesu vedellä ja saippualla sekä pre- ja probioottivalmisteiden käyttö ehkäisevät pienten lasten flunssaa. Käsihuuhteista ei ole hyötyä kaikkien virusten kuten rinoviruksen ehkäisyssä. (Peltola 2016, 234–236.)

Vakkilan (2016, 174–175) mukaan influenssavirus aiheuttaa influenssan. Sen tyypillinen esiintymisaika on talvikausi, jolloin se leviää epidemiana joka vuosi. Tavalliseen flunssaan ja nuhakuumeeseen verrattuna influenssa on huomattavasti vaikeampi tauti. Varsinkin alle 3-vuotiailla on suurempi riski saada komplikaatioita, joita ovat esimerkiksi välikorvantulehdukset, keuhkoputkentulehdukset, keuhko-kuume sekä myokardiitti eli sydänlihastulehdus ja myosiitti eli tulehduksellinen lihastauti. Sen vuoksi puolen vuoden iästä eteenpäin aina kolmivuotiaaseen (35 kk) saakka on mahdollista saada maksuton influenssarokote vuosittain. Taudille tyypillisiä oireita ovat aluksi esiintyvät lihaskivut, päänsärky ja korkea kuume. Vähitellen

alkavat myös hengitysoireet, joista yskä on merkittävin. Kuume kestää yleensä noin viikon. Lapsilla esiintyy nenän tukkoisuutta ja nuhaa sekä mahdollisesti maha- ja suolisto-oireita. Influenssa tarttuu herkästi toiseen henkilöön joko pisara- tai kosketustartuntana esimerkiksi sairastuneen ihmisen aivastaessa tai niistämisestä jälkeen käsien välityksellä.

Influenssan itämisajaksi katsotaan 2-3 päivää tartunnan saamisesta ensioireisiin. Jo päivää ennen ensioireita ihminen voi tartuttaa influenssaa eteenpäin. Voimakkaimmillaan tartuttavuus on ensimmäisen neljän sairauspäivän ajan, mutta tartuttaa voi vielä viikon päästä sairastumisesta. Influenssan ehkäisyyn ja hoitoon on olemassa lääkkeitä ja niiden vaikutus perustuu influenssavirusten lisääntymisen ehkäisemiseen. On mahdollista, että näillä lääkkeillä voidaan ehkäistä influenssaan sairastuminen, vaikka henkilö olisi saanut tartunnan. Jo sairastuneen henkilön influenssaa voidaan mahdollisesti lyhentää ja oireita lievittää lääkityksellä, mutta influenssalääkityksen tehoon vaikuttaa lääkityksen aloitusaika. Optimaalisin aloitusaika on kahden vuorokauden sisällä ensimmäisistä oireista. Alle 3-vuotiaille voidaan suositella influenssalääkitystä komplikaatioriskien vuoksi. Muutoin influenssan hoito perustuu oireenmukaiseen hoitoon esimerkiksi kuume- ja kipulääkkeiden käyttöön ja riittävään nesteytykseen sekä lepoon. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017.)

Jalagon (2017) mukaan kuume aiheutuu usein virusten tai bakteerien aiheuttamista infektioista ja se on merkki elimistön tulehdusreaktiosta. Influenssalle ja influenssalle tyypillinen oire lapsella on kuume. Normaalilämmöksi lapsilla katsotaan 36-38 astetta eli kuumesta puhutaan, kun ruumiinlämpö ylittää 38 astetta peräsuolesta mitattuna. Lasten ruumiinlämpö on normaalisti korkeampi kuin aikuisilla. Ilta-aikaan ja rasituksen jälkeen on tavallista, että lapsen ruumiinlämpö nousee. Kuumetta mitattaessa on huomioitava, että mittauspaikka vaikuttaa tulokseen. Esimerkiksi peräsuolesta mitattaessa lämpö on noin puoli astetta korkeampi kuin korvasta mitattaessa.

Kuumereaktio on tavanomainen ilmiö myös rokotteen saamisen jälkeen. Mikä tahansa rokote voi aiheuttaa kuumetta tai lämmön nousua osoituksena immunologisesta aktiivisuudesta. Rokotetyypistä riippuen kuume voi nousta 1-12 vuorokauden

sisällä rokotteen saamisesta ja se laskee tyypillisesti muutamassa päivässä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuskeskus 2017.)

Kun vanhemmilla herää huoli lapsen yleisilasta, heidän on syytä ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon ja vanhempien kertomuksesta lapsensa yleisilasta saakin yleensä paljon informaatiota. Yleisilaa arvioidaan kuumeen korkeuden ja keston-, käsitteilyarkuuden-, jänteveyden- ja niskajäykkyyden perusteella. Lapsen vointia voidaan arvioida myös syömisen-, juomisen-, virtsaamisen-, sekavuuden-, itkuisuuden-, oksentelun-, ripuloinnin-, ihon värin- ja sydämen sykkeen nousun sekä hengenahdistuksen perusteella. Yleisilasta kertoo myös se, jaksako lapsi leikkiä ja virkistyykö hän kuumelääkettä saatuaan. Kuumeisen lapsen yleisilasta laskettua lapsi tulisi viedä lääkäriin. Vielä imetyksellä olevan lapsen kohdalla tulisi herätä huoli siinä vaiheessa, kun lapsi ei jaksaa imeä rintaa tai on voimaton. Etenkin alle kolmen kuukauden ikäisen vauvan kohdalla täytyy huolestua heti kuumeen noustessa, sillä heillä kuume ei ole tavanomainen oire vaan yleensä merkki vakavastakin bakteeri-infektioista. Vaikka perheessä muilla lapsilla olisi kuumetta ja alle kolmekuukautiselle nousisi kuume, tulisi vauva silti viedä lääkäriin arvioitavaksi. (Ruuskanen, Saxén & Mertsola 2009.)

Joissakin taudeissa kuume voi kestää yli viikon, joten jos lapsen yleisila on hyvä, yli kolme päivää kestänyt kuume ei ole automaattisesti syy viedä lasta lääkäriin. Kuume itsessään on harvoin vaarallista ja pienillä lapsilla, etenkin päiväkodissa käyvillä, voi kuumetta esiintyä muutaman kerran vuodessa ripulitautien ja hengitystieinfektioiden yhteydessä. Kuumetta hoidetaan kuume- ja kipulääkkeillä, nesteytyksellä, levolla sekä huolehtimalla lapsen viilentämisestä esimerkiksi vähentämällä vaatekerrosta. Lasta ei kuulu peitellä paksujen vaatteiden ja peittojen alle, sillä viilentämällä lasta kuumetta voidaan laskea noin puoli astetta. Mikäli lapsen vointi sallii, hän voi leikkiä normaalisti, kunhan ei rasita itseään liikaa. Vauvan voi viedä päiväunille ulos, kunhan vaatekerros on kunnossa. (Jalanko 2017.) Päivähoitoon lapsi voi palata yhden kuumeettoman päivän jälkeen (Jalanko 2009).

Jalangon (2017) mukaan kuumelääkettä voi turvallisesti antaa lapsen painon mukaan. Sen antaminen ei hidasta paranemista tai vaikuta vastustuskykyyn negatiivisesti. Pienet lapset eivät välttämättä osaa eritellä tai sanoittaa kipuaan, joten heidän yleisvointiinsa tulehduskipulääkkeillä on yleensä myönteinen vaikutus. Käytetyimpiä kipu- ja kuumelääkkeitä Suomessa lasten kuumeen hoidossa ovat parasetamoli ja ibuprofeeni ja naprokseeni. Tulehduskipulääkkeet laskevat kuumetta noin 1,5 asteen verran ja ne vaikuttavat muutaman tunnin ajan. Naprokseenilla on pidempi vaikutusaika ja sitä annostellaan harvemmin kuin parasetamolia tai ibuprofeinia. Suun kautta annosteltavat lääkkeet ovat suositeltavampia kuin peräpuikot, sillä suun kautta annosteltaessa lääke vaikuttaa nopeammin ja tehokkaammin. Asetyyli-salisyylihappoa ei suositella käytettäväksi lapsille, koska se saattaa aiheuttaa maksavaurion.

Jo aiemmin mainittujen hoitoon hakeutumisen syiden lisäksi muita terveydenhuollon henkilöstön arviointia vaativia tilanteita ovat kuumeisen lapsen voimakas päänsärky, korvakipu, virtsavaivat, vatsakivut ja veriripuli. Myös jos kuumeiselle lapselle tulee mustelmia tai pieniä punaisia pisteitä iholle tai jos lapsen jokin nivel turpoaa tai hän alkaa ontua, tulee lapsi viedä hoitoon. Jos kuumeen syy on epäselvä tai kuume on pitkittynyt yli viikon mittaiseksi tai jos kuumejaksot toistuvat alle kuukauden välein ilman muita oireita, on lapsi myös vietävä hoitoon. (Jalanko 2017.)

Kuumekouristus lapsella johtuu nopeasta kuumeen noususta tai korkeasta kuumeesta. Kouristuksen aikana lapsen jalat ja kädet kouristeleva symmetrisesti. Kohtauksen aikana lapsi on poissaoleva eikä häneen saa kontaktia. Silmät osoittavat usein yläviistoon. Yleensä kohtaus on ohi parin minuutin jälkeen. Lapsen toivuttua kohtauksesta, hän on uupunut. Taipumus kuumekouristuksiin on perinnöllinen ja noin vajaalla 5 %:lla neuvolaikäisellä esiintyy kuumekouristuksia. Jos lapsella on taipumusta kuumekouristuksiin, ne uusiutuvat herkästi. Kuumekouristuksen syytä ei tarkasti tiedetä, mutta se ei liity epilepsiaan eikä haittaa lapsen kehitystä. Etenkin ensimmäinen kuumekouristus näyttää pelottavalta vanhemmille, mutta tilanne on vaaraton eikä lasta tarvitse elvyttää. Lasta tulee kuitenkin estää loukkaamasta itseään ja turvata lapsen hengitys. Mikäli lapsella on aiemmin ollut kuumekouristuksia

ja sitä varten on saatu lääkkeitä, annetaan ne kouristuksen aikana ohjeenmukaisesti. Yhteys päivystykseen tulee ottaa, mikäli kuume-kouristus on lapsen ensimmäinen. Myös silloin kannattaa ottaa yhteyttä, mikäli aiemminkin kuume-kouristuksen saanut lapsi on kouristuksen jälkeen normaalista poikkeava tai erityisen huonovointinen tai jos kohtausta on kestänyt yli 15 minuuttia. Aiemmin on suositeltu, että lasta ja ympäristöä viilennettäisiin kuume-kouristuksen aikana, mutta nykyään tästä ei katsota olevan suurempaa hyötyä. Kuume-kouristuksia ei voida täysin ehkäistä, mutta kuumeen noustessa lapselle on hyvä antaa ajoissa riittävä kuumelääkitys. (Jalanko 2016.)

Kurkunpääntulehdus eli laryngiitti alkaa tavanomaisesti yöaikaan ja sen oireita ovat kuiva ja haukkuva yskä, käheä ääni, kuume ja sisäänhengityksen vaikeus. Tyypillinen sairastumisikä on kuudesta kuukaudesta kolmeen vuoteen. Taudin aiheuttaa pääasiassa virukset. Kurkunpääntulehduksesta ei yleensä aiheudu komplikaatioita. Sairaalahoidon tarvetta voi kuitenkin aiheuttaa hankaloitunut sisäänhengitys. Lapsen vointia helpottaa viileä ilma ja pystyasento. Höyryn hengittelystä ei nähdä olevan apua. Ensimmäiset 2-4 vuorokautta ovat vaikeimpia lapselle. Yskää voi esiintyä noin viikon ajan. Lääkehoitona laryngiitissa ovat inhaloitava adrenaliini ja suun kautta annettava glukokortikoidi. Sen sijaan mikrobilääkkeistä, yskänlääkkeistä, antihistamiineista tai keuhkoputkia avaavista lääkkeistä ei ole apua. (Pruikkonen 2016, 249–250.)

Äkillinen välikorvatulehdus eli akuutti otiitti alkaa nimensä mukaisesti äkillisesti ja se on kestoltaan lyhyt. Sen tunnistaa selkeästi tärykalvolla olevista tulehduksen merkeistä ja välikorvassa olevasta eritteestä. Myös puhkeaman tai tärykalvojen ilmastointiputken kautta äkillisesti tuleva märkä erite katsotaan välikorvantulehdukseksi. Tyypillisiä välikorvatulehduksen oireita ovat korva- tai kurkkukipu, itkuisuus, yskä, nuha, kuume ja kuulon heikkeneminen. Korvakipu on selkein välikorvatulehdukseen viittaava oire, vaikka sen puuttuminen ei sulje pois äkillisen otitiitin mahdollisuutta. Mikäli hengitystieinfektion yhteydessä lapsi haroo korviaan, voidaan epäillä välikorvatulehdusta. Eniten välikorvantulehduksia sairastavat yli kuuden kuukauden ja alle kahden vuoden ikäiset lapset. Välikorvatulehdukselle altistavat hengitystieinfektiot, päivähoito, nuori ikä, sisarusten määrä, tupakansavulle

altistuminen, tutin käyttö, imetyksen puuttuminen tai sen lyhytkestoisuus, perinnöllinen alttius ja allergiat. Allergioiden ja otiitin yhteys on kuitenkin jonkin verran epäselvä. Äkillistä välikorvatulehdusta ja siitä aiheutuvaa korvakipua hoidetaan kipulääkkeillä. Diagnoosin varmistuttua voidaan aloittaa antibioottikuuri, joka nopeuttaa eritteen häviämistä ja korvatulehduksen paranemista hoidon alussa. Erite voi kuitenkin hävitä itsestään ilman antibioottia. Hoidon valinnasta riippumatta lapsille suositellaan jälkitarkastusta noin 3-4 viikon kuluttua. (Käypä hoito 2010.)

Myös Tähtinen (2012, 52–69) osoittaa väitöstutkimuksessaan Treatment of Acute Otitis Media vanhempien tiedon lisäämisen tärkeyden lasten välikorvatulehduksen riittävän aikaisen hoidon aloittamisen suhteen. Hänen väitöstutkimuksestaan ilmenee se, kuinka hoidon oikealla ajoituksella voidaan lyhentää lapsen oireilun kestoa ja sitä kautta vähentää vanhempien poissaoloa töistä. Tutkija korostaa yksilöllistä arviointia välikorvatulehduksen diagnostiikassa, hoidossa ja antibioottien käytössä.

Peltolan (2016, 245–247) mukaan hengitystieinfektiot, jotka aiheuttavat kurkkukipua ovat erittäin yleisiä. Streptokokki aiheuttaa tonsilliittia eli nielurisatulehdusta, jota myös kutsutaan angiinaksi. Sitä esiintyy eniten 5–15-vuotiailla. Sen sijaan viruksen aiheuttamia nielutulehduksia sairastavat tyypillisesti alle 5-vuotiaat, mutta myös muun ikäiset. Talvisin esiintyy eniten A-streptokokin aiheuttamia nielutulehduksia, jotka tarttuvat hengitystie-eritteiden kautta. Oireettomia kantajia voi olla paljon, mutta yleensä he eivät tartuta. Adenoviruksia taas esiintyy läpi vuoden, mutta suurempia epidemioita adenoviruksista aiheutuu ajoittain. Se tartuntamuotoja voivat olla pisaratartunnat sekä kosketustartunnat joko suoraan sairastuneen käsistä tai välillisesti esimerkiksi pintojen kautta. Näin ollen tartunta tapahtuu herkästi lasten keskuudessa.

Tonsilliitille tavanomaisia oireita ovat voimakas kurkkukipu, oksentelu, vatsakivut ja äkillisesti nouseva korkea kuume. Nuhaa, yskää ja silmien punoitusta esiintyy lisäksi virusperäisissä infektioissa. Tunnistettavia piirteitä nielurisatulehduksessa ovat turvonnut nielurisat, joissa on vaaleita peitteitä. Nielutulehduksessa nielu on verestävä, kirkkaanpunainen ja rakkulainen. Tärkeää streptokokin aiheuttaman

tonsilliitin hoidossa on antibiootihoidon aloitus, sillä siten voidaan nopeuttaa taudin paranemista ja ennen kaikkea estää sen leviämistä, koska antibioottihoito lopettaa tartuttavuuden. Mikäli päivähoidossa tai perheessä esiintyy streptokokin aiheuttamaa nielurisetulehdusta useasti, voidaan tartuntaketju katkaista siten, että kaikki ryhmän jäsenet testataan ja tarvittaessa hoidetaan antibiootilla samanaikaisesti. Nielutulehdusten ehkäisyssä on myös hyvä muistaa huolellinen käsihygienia. Tonsilliittia sairastava lapsi voidaan viedä päivähoidon noin vuorokauden kuluttua antibiootihoidon aloittamisesta, sillä silloin hän ei enää tartuta tautia eteenpäin. Virusten aiheuttamat nielutulehdukset hoidetaan oireenmukaisesti ja kurkkukipua voidaan lievittää kipulääkkeillä. (Peltola 2016, 245–247.)

Rummukaisen (2015) kirjoittamassa, Ylen julkaisemassa artikkelissa kerrotaan joensuulaisista päiväkodeista, joissa angiina oli yltynyt epidemiaksi. Uusia tartuntoja oli ilmestynyt nopeasti ja sairastuneita todettiin olevan jo 130. Tauti on levinnyt myös lähikuntaan. Päiväkotien lisäksi tautia havaittiin kouluissa ja tautia aiheuttava streptokokki A-bakteeri on aiheuttanut myös muita infektioitauteja. Joensuun kaupunki on toiminut kuten Peltolan (2016, 245–247) artikkelissa ohjeistetaan. Ylen artikkelissa kerrotaan, kuinka epidemia pyritään katkaisemaan testaamalla päiväkotiryhmät, koululuokat ja näiden työpaikkojen henkilökunnat sekä testistä positiivisen tuloksen saaneiden henkilöiden perheenjäsenet. Tartunnan saaneet hoidetaan samanaikaisesti antibiootilla, jotta tartunnan leviäminen saadaan estettyä. Sairastuneita ohjeistetaan syömään antibiootikuuri loppuun, jotta bakteerit ehtivät varmasti poistua elimistöstä. Perheitä ohjataan käsihygieniaan sekä neuvotaan sairastamaan tauti kotona ja välttämään vieraita. Tartuntariskin ehkäisemiseksi suositellaan vaihtamaan hammasharjat uusiin vuorokausi lääkehoidon aloituksen jälkeen. (Rummukainen 2015.)

Hinkuyskän aiheuttaja on Bordetella pertussis –bakteeri. Pertussis eli hinkuyskä on paikallinen hengitysteiden infektio keuhkoputkissa. Monet hinkuyskän toksiniitit voivat aiheuttaa limakalvojen tuhoutumista ja niiden paraneminen voi kestää monia kuukausia. Hinkuyskän itämisaika on noin viikosta kahteen viikkoon ja se alkaa flunssan oireilla. Yskä vaikeutuu noin kahdessa viikossa, jolloin alkaa esiintyä to-

della voimakkaita yskänpuuskia. Yskänpuuskien loppupuolella esiintyy usein sisäänhengityksen vaikeutta, mikä aiheuttaa hinkuyskän nimen mukaisesti hinkuvan äänen. Yskänpuuskat päättyvät usein liman oksentamiseen. Imeväisikäisillä lapsilla saattaa esiintyä toistuvia hengityskatkoksia eli apneoita, jopa ilman yskimisoiretta. Voimakkaat yskänpuuskat kestävät useita viikkoja ja yskeminen loppuu hiljalleen noin kolmen kuukauden kuluttua. Hinkuyskä on yleensä kuumeeton. Jos kuumetta kuitenkin taudin yhteydessä esiintyy, on se yleensä merkki komplikaatiosta, eli esimerkiksi keuhkokuumeesta. Rajujen yskänpuuskien välillä hinkuyskää sairastava lapsi voi olla lähes oireeton ja hyväkuntoinen. Mikäli imeväisikäisellä epäillään hinkuyskää, on hänet vietävä sairaalaan. Tavalliset yskänlääkkeet tai astmalääkkeet eivät auta hinkuyskään. (Mertsola 2016, 247–248.)

Lisäksi Mertsola (2016, 247–248) kertoo hinkuyskän olleen lasten tappavin infektiosairaus ennen hinkuyskärökotetta. Rokottamattomat pienet lapset voivat yhä olla kuolemanvaarassa saadessaan hinkuyskän. Pienille imeväisikäisille lapsille se on edelleen hengenvaarallinen tauti. Aiemmin rokotetut ja yli kolmeviikkoa sairastaneet eivät yleensä tartuta tautia. Nykyisin hinkuyskärökote annetaan lapsille DTP-rokotteessa 3 kuukauden, 5 kuukauden ja 12 kuukauden iässä sekä tehosterokotteena 4 ja 14 vuoden iässä ja mahdollisesti myöhemmin armeijassa. Rokotteiden ansioista hinkuyskään vuosittain sairastuneiden määrä Suomessa on vähäinen. Rokote ei kuitenkaan anna täydellistä suojaa ja sen teho heikentyy ajan myötä. Mikäli perheessä on alle 6kk:n ikäinen lapsi ja joku perheenjäsenistä sairastuu hinkuyskään, tulisi lapselle antaa ennaltaehkäisevä antibioottihoito suojaksi. Hinkuyskää aiheuttava bakteeri on muuntautumiskykyinen ja sen vuoksi rokotetta kehitetään jatkuvasti paremmaksi.

Pneumonia eli keuhkokuume on tulehdus keuhkokudoksessa. Tärkein aiheuttaja on pneumokokkibakteeri, mutta keuhkokuumeen aiheuttaja voi olla myös jokin muu bakteeri tai virus tai molemmat yhdessä. Neuvolaikäisten lasten keuhkokuumeista vähintään puolet ovat virusten aiheuttamia. Tyypillisiä oireita ovat kuume, nopeutunut tai pinnallinen hengitys ja yskä. Pneumokokkiin liittyy maailmanlaajuinen penisilliiniresistenssi ongelma eli penisilliinille kehittynyt vastustuskyky. Suo-

messa ongelmana on sen sijaan makrolidiresistenssi eli vastustuskyky tätä antibioottia vastaan. Vuonna 2010 kansalliseen rokotusohjelmaan lisätyllä pneumokokkirokotteella on saatu alustavien tulosten mukaan lasten vakavien pneumokokkiinfektioiden määrä laskuun ja makrolidi- sekä penisilliiniresistenssiongelma vähenemään. Mikäli lapsen yleistila sallii, voidaan pneumonia hoitaa kotona. Hoito aloitetaan sairaalassa, jos lapsi on alle kuuden kuukauden ikäinen, lapsen hengitys on vaikeutunut, lapsen yleistila on laskenut tai mikäli keuhkokuvassa näkyy merkittävä muutos. Lasten toipuminen pneumoniasta tulisi alkaa 12 tunnin sisällä hoidon aloituksesta. Mikäli toipuminen sujuu hyvin ja alkaa riittävän ajoissa, ei jälkitarkastusta tarvita. (Korppi 2016, 253–255.)

Lasten yleisimmän bronkiitin eli ahtauttavan keuhkoputkentulehduksen taustalla on virus, joka laukaisee sairauden. Tyypillistä taudille on, että keuhkoputkien limakalvot ovat ahtautuneet ja tulehtuneet. Tauti on yleinen neuvolaikäisillä lapsilla. Koska pienten lasten keuhkoputket ovat läpimitaltaan pienet ja kapeat, niiden supistuminen aiheuttaa helpommin lisääntyntä hengitysvastusta. Tyypillisimpiä bronkiittia aiheuttavia viruksia ovat adeno-, rino-, RS-, entero- ja parainfluenssavirukset. Vaikeutuneen hengityksen lapsella tunnistaa apulihasten käytöstä. Tavanomaisia oireita apulihasten käytön lisäksi ovat happisaturaation eli happikyllästeisyyden pieneneminen, hengityssänten vinkunat, hengitystaajuuden ja sykkeen suureneminen, uloshengitysajan pidentyminen, limarohinat keuhkoissa, uloshengitysvaikeudet, kuiva yskä ja kuume. Bronkiittia voidaan hoitaa kotona, mikäli oireet ovat lieviä. Sen sijaan sairaalaan on lähdettävä, jos oireet pahenevat ja hengitys vaikeutuu merkittävästi. Akuuttia bronkiittia hoidetaan kuten astmakohtausta. Lapselle annetaan inhalaationa avaavaa lääkettä aluksi 30-60 minuutin välein. (Kaisvuo, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari & Uotila 2012, 131.) Aiemmin hoitokeinona kotona on käytetty höyryhengitystä ja ilman viilentämistä. Nykytutkimuksien mukaan tästä hoidosta ei kuitenkaan nähdä olevan merkittävää apua. Sen sijaan tutkimusten mukaan yli 1-vuotiaan lapsen yskää voi helpottaa pieni määrä hunajaa ennen nukkumaan menoa. (Jalanko 2017.) Alle 1-vuotiaalle hunajaa ei kuitenkaan suositella siihen liittyvän botulismiriskin vuoksi (Käypä hoito 2014).

Bronkioliitti eli pienten keuhkoputkien tulehdus on myös virusten aiheuttama infektio tauti. Pienet keuhkoputket ja niitä ympäröivät kudokset ovat tulehtuneet. Keuhkoputkien seinämien turvotus ja limanerityksen lisääntyminen johtuvat virusinfektion aiheuttamista vaurioista hengitysteiden epiteelillä. Tyypillisin bronkioliitin aiheuttaja on RS-virus. Mutta toisinaan myös muut virukset voivat aiheuttaa sitä. Tavallisin sairastamisikä on imeväisikä. Tämän infektio tauti alkaa ylähengitysteiden oireilla. Ensimmäisiä oireita ovat yskä, nuha ja kuume. Parin päivän päästä alkaa esiintyä uloshengitysvaikeuksia. Lapsen syke ja hengitystaajuus nousevat ja alkaa kärsiä hapen puutteesta. Lapsi yrittää turvata hapen saannin käyttämällä apulihaksia hengittäessään. Uloshengitysaika pitenee ja hengitys on vinkuvaa. Sisään hengittäessä lapsen hengitys on rahisevaa. Koska bronkioliittiin sairastuneet ovat tavallisimmin pieniä lapsia, on sairaalahoito yleensä tarpeellista. Myös silloin, kun hapensaanti kotona vaarantuu, voidaan joutua turvautumaan sairaalahoitoon. (Kaisvuo, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari & Uotila 2012, 132–133.)

RS-virus eli RSV, joka on tyypillisin bronkioliitin aiheuttaja, tarttuu erittäin herkästi joko pisaratartuntana tai epäsuorasti kosketustartuntana. RSV:n itämisaika on 4-5 vuorokautta. Ensioireista lähtien tauti on tartuttava noin viikon ajan. Tälle infektio taudille ei muodostu immunitettia eli tartunnan voi saada useitakin kertoja, joista ensimmäisellä kerralla tauti ja sen oireet ovat voimakkaimmat. RS-virus on erityisen merkittävä alempien hengitystieinfektioiden aiheuttajana pienten lasten ja imeväisten kohdalla. Se voi aiheuttaa bronkioliitin lisäksi esimerkiksi keuhkokuumetta ja alempien hengitysteiden vakavaa tulehdusta. RSV:n aiheuttama tauti aiheuttaa usein myös jälkitauteja kuten välikorvatulehdusta. Hoito valitaan sen mukaan, minkä taudin RS-virus aiheuttaa. RSV:ta ei voi täysin ehkäistä, mutta käsihygienialla on suuri merkitys. Erityisen tärkeää on kuitenkin suojata pieniä vauvoja tartunnalta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) RS-virus aiheuttaa suurempia epidemioita joka toinen vuosi ja yleensä epidemiat esiintyvät talvisin (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017).

6.3 Oksennus- ja ripulitaudit

Suurin osa lasten akuuteista suolistoinfektioista on virustauteja. Yleisimmät oireet suolistoinfektioissa ovat oksentelu, ripulointi ja vatsakipu. On tavallista, että niiden yhteydessä lapsella voi olla matalahko kuume. Virusten oireet ja kesto voivat vaihdella lievästä vakavaan, vaikka kyseessä olisi sama virus. Myös oireeton suolistoinfektio on tartuttava. (Räsänen 2016, 268.)

Suolistoinfektioissa vaarallisinta on lapsen kuivuminen ja hoidossa keskitytään sen ennaltaehkäisyyn ja jo syntyneen kuivumistilan parantamiseen. Ripuloivalle lapselle on annettava paljon nesteitä esimerkiksi kiisseliä, maitotuotteita ja laimeita mehuja. On kuitenkin tärkeää huomioida, ettei neste ole kovin sokeripitoista, sillä se voi pahentaa ripulin oireita. Mikäli lasta vielä imetetään, tulee rintamaitoa tarjota tavallista useammin. Ripulia varten on erilaisia ripulijuomia, joita saa sekä apteekista että ruokakaupasta. Niiden rinnalla tulee muistaa antaa lapselle tavallistakin vettä. Ripulijuomaa kannattaa antaa vähän kerrallaan pieninä annoksina oksennuksen välttämiseksi. Maitohappobakteerit lyhentävät ripulin kestoa, joten niitä kannattaa antaa lapselle, ellei ripulijuomassa itsessään ole niitä. Ripuloivalle lapselle tulee tarjota ruokaa säännöllisesti pieniä annoksia. Suositeltavaa on, että ruoka olisi helposti syötävää ja sulavaa. Jos lapsi on kuivunut hänet tulisi viedä lääkäriin arvioitavaksi. Tavanomaisia kuivumisen oireita ovat selkeä väsymys, levottomuus, silmien painuminen kuopalle, kyynelten puuttuminen itkiessä, janoisuus, kuivat huulet ja kieli sekä painonlasku. Myös yleiskunnon lasku sekä oksentelun ja ripuloinnin lisääntyminen ovat syitä hakeutua hoitoon. Lapselle ei tulisi antaa aikuisille suunnattuja ripulilääkkeitä. Kuumeen hoito kuumelääkkeillä on kannattavaa. (HUS 2017.)

Yleisimpiä ripulitauteja aiheuttavia viruksia ovat norovirukset, jotka kuuluvat kalikiviruksiin. Infektioille ei muodostu sairastamisen jälkeen vastustuskykyä. Norovirukset ovat varsin muuntautumiskykyisiä ja niistä voi levitä epidemisiä alatyyppejä maailmanlaajuisesti jopa muutaman vuoden välein. Noroviruksen itämisaika on 24-30 tuntia. Sen tyypillisiä oireita ovat ripuli, kuume ja oksentelu. Ne kestävät yleensä muutaman vuorokauden, mutta myös pidempään jatkuneet infektiot ovat

yleisiä. Infektion aikana eritteissä on runsaasti viruksia ja vielä viikkoja sairastamisen jälkeen eritteet ovat tartuttavia. Oireelliset henkilöt tartuttavat kuitenkin selvästi enemmän kuin jo oireettomat. Tartunnassa ulosteen virukset päätyvät suun kautta elimistöön joko suoraan tai välillisesti. Myös ilmatartunta on mahdollinen. Norovirukset tarttuvat erittäin herkästi, sillä ne elävät myös pinnoilla pitkiä aikoja tartuttamiskykyisinä eikä niihin tehoa desinfektioaineet tai pakkanen. Päiväkodeissa epidemian kurissapitäminen onkin hankalaa. (Räsänen 2016, 268.) Lapsen voi viedä päiväkotiin, kun ripuli- ja oksennusoireet loppuvat. Mikäli ulosteesta on löydetty salmonellabakteeri, on vähintään viikon eristys oireiden alkamisesta tarpeen ja tämän jälkeen lapsen tulee oireeton vähintään kaksi vuorokautta ennen hoitoon palaamista. (Jalanko 2009.)

Rotavirukset ovat rokotteen ansiosta vähentyneet huomattavasti, sillä ennen niitä ne olivat lasten tärkeimpiä suolistoinfektioiden aiheuttajia. Rotavirukset ovat suolistoinfektioista hankalimpia ja ne vaativat niistä eniten sairaalahoitoa. Rokotus perustuu immunitetin muodostumiseen, sillä jo yksi sairastettu rotavirusinfektio saa aikaan hyvän vastustuskyvyn sitä vastaan ja toinen sairastettu infektio takaa lähes täyden immunitetin. (Räsänen 2016, 268–269.) Lapsi saa kolme kertaa suun kautta annettavan rotavirusrokotteen ja ne annetaan yleensä 2, 3 ja 5 kuukauden iässä (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2017).

Tuoreessa tutkimuksessa kerrotaan rotavirusrokotteen aikaansaamista hyödyistä Suomessa. Rokote lisättiin kansalliseen rokotusohjelmaan vuonna 2009 ja tutkimusta on tehty viimeisen viiden vuoden aikana. Sinä aikana alle 5-vuotiaiden lasten rotaviruksesta aiheutuneet sairaalahoidot ovat vähentyneet THL:n tutkimuksen mukaan 93 prosenttia. Useimmiten rotavirusinfektioista kärsivien pienten lasten kohdalla sairaalahoidon syynä on nestehukka, joka johtuu oksentelusta ja ripulista. Rokotteella on tutkimuksen mukaan estetty vuosittain noin 2200 suolistoinfektioita, jotka olisivat vaatineet erikoissairaanhoitoa. Rotavirusrokote tuo vuosittain yli 2 miljoonan euron säästöt, sillä rokotuksista aiheutuvat kulut ovat huomattavasti pienemmät kuin erikoissairaanhoidon kustannukset rotavirusta hoidettaessa. (Leino, Baum, Scott, Ollgren & Salo 2017.)

Rotavirus itää noin kaksi vuorokautta ja sen oireet kestävät keskimäärin viisi vuorokautta. Yleisimpiä rotaviruksen oireita ovat oksentelu, vetinen ripuli ja kuume. Ulosteisiin rotavirusta erittyy noin viikon ajan oireiden loppumisesta. Rotavirustartunnassa ulosteen virukset päätyvät elimistöön suun kautta ja tälle virukselle on tyypillistä erittäin voimakas tarttumiskyky. (Räsänen 2016, 268–269.)

6.4 Loistaudit

Kihomadot ovat lasten yleinen vaiva. Ne ovat harmittomia, mutta kiusallisia oireiltaan. Kihomato on väriltään valkoinen ja noin 2-12 mm pitkä. Se on mahdollista nähdä paljain silmin toisin kuin sen munat, jotka ovat mikroskooppisen pieniä. Yleisimmin kihomadot kulkeutuvat ihmisen elimistöön siten, että kihomadon muna päätyy ihmisen suuhun käsien kautta. Elimistössä ohutsuolen loppuosassa muna kehittyi madoksi ja tunkeutuu suolen seinämään, jossa se elää noin 1-3 kuukautta. Mikäli samassa suolistossa elää sekä naaras- että koirasmato, ne lisääntyvät ja noin kuuden viikon ikäiset naarasmadot tuottavat munia. Öisin madot vaeltavat muniin peräaukon suulle, koska munat tarvitsevat ilmaa vähintään kuusi tuntia, jotta ne voivat kehittyä. Kihomadoille tyypillisen kutinan peräaukon suulla aiheuttaa munivasta naarasmadosta erittyvä liimamainen erite. Kutina on voimakkaimmillaan yöllä ja aamulla ja sitä saattaa esiintyä myös ulkoisten sukupuolielinten alueella. Tyttöillä kihomadot voivat kulkeutua jopa virtsateihin tai äärimmillään vatsaonteloon. Mikäli matojen määrä suolistossa on suuri, voi niistä aiheutua myös vatsakipuja. (Renko 2016, 229–230.)

Rengon (2016, 229–230) mukaan infektio paranee ilman hoitoa, mikäli uusia munia ei kulkeudu suolistoon. Kihomadot uusiutuvat kuitenkin herkästi tarttuen oireettomalta kantajalta tai ympäristöstä. Lapsilla munat kulkeutuvat siis helposti uudelleen elimistöön, sillä he raapivat kutisevaa peräaukkoa ja käsiin ja kynsienalusiin jääneet munat päätyvät usein ruokailun yhteydessä takaisin suuhun. Kynsiä pureskelevilla lapsilla on suurempi todennäköisyys kihomatojen saamiseen. Esimerkiksi vuodevaatteet ja pöly ovat kihomatojen säilymiselle otollisia paikkoja. Kihomatojen hoidon kannalta oleellista on hyvä hygieniä, erityisesti käsien pesulla on merkitystä.

Silti niitä esiintyy ympäri maailman yhteiskuntaluokasta riippumatta, vaikka hygieniataso olisikin hyvä. (Renko 2016, 229–230.)

Kihomatojen hoidetaan ilman reseptiä saatavalla suun kautta otettavalla lääkevalmisteella. Se ei kuitenkaan tehoa niiden muniin, joten hoito on uusittava muutaman viikon kuluttua. Lapsen perhe on myös hoidettava, sillä he saattavat olla oireettomia kantajia. Myös päiväkodissa on tärkeää tiedottaa asiasta, jotta muut tartunnan saaneet voitaisiin hoitaa eikä kihomadoista syntyisi epidemiaa. Lääkehoidon lisäksi kihomatojen häätöön vaaditaan kotona tekstiilien, lelujen ja vaatteiden peseminen sekä yleissiivous. Sellaiset esineet, joita ei voi pestä, tulee käsitellä riittävän kuumassa tai kylmässä. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 153.)

Päätäin on noin 2-4 mm mittainen, kuusi jalkainen eliö. Se tarvitsee elääkseen verta ihmisten päänahasta eli se ei säily vuorokautta pidempää hengissä muualla. Täiden puremista aiheutuu kutinaa ja puremat voivat infektoitua, mutta varsinaisia tauteja täit eivät levitä. Täi viihtyy parhaiten niskan alueella ja korvientaustoissa. Yleensä näillä alueilla näkyykin jälkiä raapimisesta. Täin munat ovat pieniä, mutta silminnähtäviä. Väriltään ne ovat vaaleita ja ne kiinnittyvät hiuksen juureen. Täit leviävät toiseen henkilöön hyppäämällä, mutta tämä vaatii riittävän pitkän lähikontaktin. Täitä esiintyy hieman useammin tytöillä. Vaikka täi itse ei selviä ihmisen pään ulkopuolella, sen munat voivat tartuttaa useita päiviä. Sen vuoksi tartunta on mahdollista saada myös esimerkiksi pähkineistä tai hiusharjoista. Eniten täitä esiintyy 3–11-vuotiailla lapsilla ja päivähoitossa olevilla lapsilla on suurempi todennäköisyys saada niitä. Lasta, jolla todetaan päätäi ei tarvitse eristää ja hänet voi viedä päiväkotiin hoidon jälkeen. Päätäitä voi tulla, vaikka hygieniasta pidettäisiin hyvää huolta. (Renko 2016, 230–231.)

Varsinaiset täit löytyvät helposti kampaamalla kosteat hiukset tiheällä kammalla vaalean alustan päälle, sillä silloin ne näkyvät selkeästi silmämääräisesti. Täiden hävittämiseksi on olemassa erilaisia valmisteita kuten shampoita. Hoito on uusittava noin viikon kuluttua munien hävittämiseksi sekä silloin, mikäli ensimmäisestä on kulunut vuorokausi ja eläviä täitä on yhä näkyvissä. Täikamman käytöllä voi

tukea hoidon onnistumista. Kutinaa voi esiintyä vielä hoidon jälkeenkin ja sitä voidaan hoitaa antihistamiinilla tai paikallisvalmisteilla. Koko perhe tulee kuitenkin hoitaa samanaikaisesti, koska he ovat mahdollisia oireettomia kantajia. Vanhempia ja lasta tulee ohjata hoidon suhteen riittävästi ongelman poistamiseksi. Heille annetaan myös ohjeita tekstiilien, lelujen sekä käytettyjen kampojen ym. muiden hius-
tarvikkeiden pesemisen suhteen. (Kaisvuo, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari & Uotila 2012, 126.)

6.5 Muut infekti- ja tartuntataudit

Märkärupi on ihon pinnallinen bakteeri-infektio. Sen aiheuttaja on yleensä A-ryhmän streptokokki joko yksin tai yhdessä toisen A-ryhmän streptokokin kanssa. Sen tyypillisin esiintymisaika on kesä. Infektio voi tarttua herkästi kosketustartunnalla henkilöstä toiseen tai saman henkilön kohdalla siten, että se tarttuu eri alueelle ihoa. Märkäruvessa ei ole yleensä muita yleisoireita vaan sen tunnistaa leesioista tai rakkuloista. Etenkin vastasyntyneellä märkärupi on usein rakkulainen. Yleensä märkärupi alkaa vastasyntyneillä taiteista ja myöhemmin leikki-iässä se alkaa tavanomaisemmin raajoista, suupielistä tai sierainten alueelta. Alkuun se on paikallisesti punoittava sekä mahdollisesti kipeä leesio. Tämän jälkeen leesio voi levitä ja kellertää. Myös rakkuloita voi esiintyä ennen rupeutumista. Kutinaa voi esiintyä. Märkärupia hoidetaan aluksi paikallisilla mikrobilääkevalmisteilla ja tarvittaessa suun kautta otettavilla antibiooteilla. Usein vastasyntyneiden kohdalla märkärupia hoidetaan sairaalassa. Mikrobilääkkeen aloituksesta kuluneen vuorokauden jälkeen lapsi ei yleensä enää tartuta. (Renko 2016, 227.)

Ontelosyyvät tunnetaan myös nimellä molluskat. Niitä aiheuttaa pox-virus ja ne ovat alle puolen senttimetrin kokoisia, ihonvärisiä ja kivuttomia ihon pintakerroksen muutoksia. Tartunta voi tapahtua joko suoraan kosketuksen kautta tai välillisesti esimerkiksi uima-altaan vedestä. Paranemisen alettua ontelosyyvän ympärille voi tulla aristusta ja punoitusta. Ne ovat merkki elimistön pox-virusta vastaan käynnistyneestä immuunivasteesta eivätkä infektiosta. Yleensä ontelosyyliä ei tarvitse hoitaa ja ne katoavat itsestään ajan myötä. Niiden poisto on usein hyödytöntä, sillä ne

uusivat helposti. (Renko 2016, 228.) Lasta ei tarvitse eristää eli hänet voi viedä päivähoidon ontelosyylistä huolimatta (Jalanko 2009).

Silmätulehduksessa silmän ulointa osaa peittävä sidekalvo infektoituu esimerkiksi ylähengitystieinfektion yhteydessä. Akuutti konjunktiviitti eli silmän sidekalvotulehdus on hyvin yleinen infektio tauti lapsilla. Silmätulehduksen voi aiheuttaa joko bakteeri tai virus, mutta useammin aiheuttaja on bakteeri. Oireiltaan silmätulehdus on samanlainen riippumatta siitä, aiheutuuko se bakteerista vai viruksesta. Silmätulehduksen oireita ovat silmien punoitus, rähmiminen, kirvely, turvotus ja aamulla yhteen liimautuneet silmäluomet. Hoitona käytetään paikallisia mikrobilääkkeitä silmätippoina. Lääkehoidon on todettu lyhentävän taudin kestoja. On tärkeää puhdistaa rähmä lapsen silmästä ennen silmätipan laittamista. Lääkehoito ei ole kuitenkaan välttämätöntä vaan silmätulehdus parantuu myös itsestään. (Tapiainen 2016, 233–234.) Silmätulehduksen aiheuttavat virukset ja bakteerit ovat samoja kuin ylähengitystieinfektioissa, joten lasta ei tarvitse ottaa kotihoitoon päiväkodista silmätulehduksen vuoksi (Jalanko 2009).

7 LÄÄKÄRIN HAASTATTELU

Suunnitelman mukaisesti työn tekijät haastattelevat lastenneuvolassa työskennellyttä lääkäriä, Silja Sunia. Koska työ tehdään yhteistyössä Ähtärin lastenneuvolan kanssa, saadaan sieltä myös suositus haastateltavasta lääkäristä. Haastattelun tavoitteena on tuoda työhön lääkärin näkökulma selventämään, miten työssä käsiteltävät aiheet ilmenevät käytännön kentällä. Haastattelu kokonaisuudessaan on nähtävissä liitteessä 1.

Haastattelutavaksi valittiin sähköpostihaastattelu, jotta haastateltava ehtii perehtymään asiaan ja vastaamaan kysymyksiin aikataulunsa mukaisesti. Myös työn tekijöille tämä haastattelumuoto oli toimivampi, koska haastateltava on eri paikkakunnalla ja haastattelun vastaukset saatiin suoraan kirjallisessa muodossa ja vastausten läpikäynti sekä työhön liittäminen voitiin tehdä tekijöille sopivassa aikataulussa. Haastattelumuodon valinnassa huomiottiin myös etiikka. Aihe ja sisältö ovat yleisluontoisia, vastaaja esiintyy omalla nimellään ja kysymyksissä eikä vastauksissa käsitellä kenenkään henkilökohtaisia asioita. Vastausten luotettavuutta lisää se, että haastateltava lääkäri on kysynyt mielipidettä vastauksiinsa myös kollegoiltaan. Tekijät ovat puhtaaksikirjoittaneet haastattelun.

8 PROJEKTIN TUOTOS

Projektin tuotoksena syntyy opas vanhemmille lasten yleisimmistä tartuntataudeista. Luvussa 8.1 kuvaamme hyvän oppaan piirteitä teorian valossa. Luvussa 8.2 keskitymme sen sijaan kuvaamaan omaa opastamme.

8.1 Millainen on hyvä opas?

Hyvän oppaan pitäisi olla kyseiselle asiakkaalle suunnattu ja kohdistua nimenomaan hänen tarpeisiinsa ja tietoihinsa. On tutkittu, että kirjallisten ohjeiden sisältö on usein kirjoitettu asiakkaalle vaikeasti ymmärrettävään muotoon ja tämän vuoksi ohjeiden viesti ei aina tavoita lukijaa. Ohje on usein myös laadittu liian yleisluontoisesti ja laajasti. Mikäli ohje ei ole selkeä, on olemassa väärinymmärryksen riski. Huonosti laadittu opas voi myös toimia tarkoituksensa vastaisesti ja aiheuttaa enemmän huolta ja pelkoa asiakkaassa. Oppaan laatijan tulisi myös kiinnittää huomiota ohjausmateriaalin sopivaan ajoitukseen ja saatavuuteen oikeassa paikassa. (Kygäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124–125.)

Kygäs ym. (2007, 126) määrittelevät hyvän kirjallisen ohjeen siten, että siinä ilmoitetaan, kenelle se on tarkoitettu ja mihin sillä pyritään. Käsiteltävää asiaa voidaan selventää esimerkein ja kuvauksin. Oppaan lukijan tulee saada oppaasta selville se, mistä hän voi saada lisätietoa ja mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Oppaasta tulisi käydä ilmi ainoastaan aiheen pääkohdat, jotta se on helppolukuinen ja tieto olisi saatavilla selkeästi eikä sitä tarvitsisi etsiä liiallisen tekstin seasta. Oppaan sisällön tulisi vastata kysymyksiin ”mitä?”, ”missä?”, ”miksi?”, ”milloin?” ja ”miten?”.

Hyvässä oppaassa on tiettyjä piirteitä, jotka tekevät siitä ulkonäöltään selkeän ja helposti luettavan. Kirjasinkoko tulisi olla riittävä, vähintään 12. Myös kirjasintyyppin tulisi olla selkeä. Tekstin asettelu ja jaottelu tulisi tehdä siististi ja loogisesti. Oppaasta voidaan tehdä ymmärrettävämpi lisäämällä siihen esimerkiksi kuvia ja taulukoita. Tärkeimmät asiat voidaan korostaa alleviivauksin tai värein. Oppaan sopiva koko tulisi huomioida sitä laatiessa. Tekstikappaleissa tulisi huomioida se, että

yhdessä kappaleessa kerrottaisiin vain yhdestä asiasta ja pääasia tulisi ilmi heti kappaleen alussa. Hyvän oppaan kieli on selkeää, asiakkaalle tuttua ja konkreettista. Liian pitkiä virkkeitä tulisi välttää ja mahdolliset lääketieteelliset termit tulee määrittellä. Teksti kannattaa kirjoittaa aktiivimuodossa. (Kynäs ym. 2007, 127.)

8.2 Oma opas

Projektin tuotoksena syntyy opas vanhemmille lasten yleisimmistä tartuntataudeista. Vanhemmille annetaan tietoa ja ohjeita, miten hoitaa lasta kotona sekä siitä, milloin terveydenhuollon ammattihenkilön arvio on tarpeellinen. Lisäksi annetaan tietoa siitä, milloin lapsi on tarpeeksi terve palatakseen päivähoitoon.

Ensimmäisessä luvussa kerrotaan lyhyesti yleisimmistä lasten tartuntataudeista. Oppaaseen rajataan mukaan tärkeimmät ja yleisimmät infektioaudit. Työn tekijät ottavat mukaan oppaaseen flunssan, silmätulehduksen, influenssan, kurkunpääntulehduksen, keuhkoputkentulehduksen, nielutulehduksen, vauvarokon, vesirokon, enterorokon, parvorokon, märkärüven, ontelosyyliä, kihomadot ja päätäit. Opinäytetyön kirjallisessa osiossa käsittelemme myös muutamia muita lasten infektioita, joita oppaassa käsitellään lyhyemmin muiden tautien yhteydessä. Tällaisia ovat esimerkiksi flunssan jälkitaudit kuten keuhkokuume ja korvatulehdus. Oppaaseen valitsemamme taudit rajattiin muun muassa lääkärin näkemyksen perusteella siitä, mitkä ovat yleisimpiä neuvolaikäisten lasten tartuntatauteja.

Kotihoito-osiossa keskitymme kuumeen ja ripuli- sekä oksennustautien hoito-ohjeisiin. Kerromme kuumeen ohessa myös yskän hoito-ohjeista sekä kuumeenkouristuksesta. Olemme myös koonneet vanhemmille merkkejä siitä, milloin lapsi tulisi viedä terveydenhuollon arvioon. Oppaan lopusta löytyy taulukko, jossa kerrotaan tautikohtaisesti siitä, milloin lapsen voi viedä päivähoitoon. Samalla aukeamalla on tietoa tilapäisestä hoitovapaasta vanhemmille. Oppaan takakannesta löytyy työn tekijöiden tiedot sekä käytettyjen kuvien lähde.

Opasta tehdessä kiinnitämme huomiota siihen, että se on vanhemmille suunnattu ja sen kieli on selkeää ja ymmärrettävää. Taudista sekä hoito-ohjeista kerrottaessa

vältetään käyttämästä lääketieteen termejä sekä muita vaikeasti ymmärrettäviä sanoja. Koska työ on neuvolaan suunnattu, siinä pyritään jatkuvasti huomioimaan hoitotyön näkökulma. Oppaassa on myös huomioitu neuvolan yhteystiedot, jotta vanhemmat tietävät mihin ottaa yhteyttä ja mistä saada lisätietoa.

Oppaan rakenne suunnitellaan siten, että siinä on selkeästi merkatut isommat pääaihepiirit, joita ovat yleisimmät tartuntataudit, kotihoito-ohjeet sekä milloin lapsi tulisi viedä terveydenhuollon arvioon ja koska lapsen voi viedä päivähoitoon. Isompien otsikoiden alla on selkeät kappalejaot ja jokaisen kappaleen alussa on merkattu, mitä kyseinen kappale käsittelee. Kappaleet on pyritty mahdollisuuksien mukaan pitämään riittävän lyhyinä. Joissain taudeissa tärkeäksi koettua asiaa on enemmän, jolloin kappale on hieman muita pidempi. Jotkut kappaleet on jaettu kahteen osaan ja silloin asian jatkuminen tulee kuitenkin lukijalle ilmi sisällön ja tekstin asettelun sekä tyylin kautta. Selkeyttä lisäävät riittävä fonttikoko ja rivivälit sekä kuvitukset ja taulukko. Korostuksia käytetään hillitysti korostamaan vain muutamaa tärkeää asiaa. Samaan aihepiiriin kuuluvat asiat on sijoitettu oppaassa samalle aukeamalle. Oppaan yleisilme halutaan koko työn läpi kantavaksi ja tähän on pyritty esimerkiksi valitsemalla yhtenäisiä värejä ja kuvia.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä vanhemmille suunnattu opas 0–6-vuotiaiden lasten yleisimmistä tartuntataudeista. Tavoitteena oli, että opas olisi selkeästi luettava, helposti ymmärrettävä ja luotettava sekä ajankohtaista tietoa sisältävä. Lisäksi tavoitteena oli, että opinnäytetyön tekijät syventäisivät tietouttansa aiheesta tulevaa työelämää varten. Oppaan näkökulma keskitettiin kotihoito-ohjeisiin ja ohjeisiin siitä, milloin lapsi tulisi viedä terveydenhuollon arvioon sekä milloin lapsen voi viedä päivähoidon sairastamisen jälkeen.

Tekijöiden mielestä tarkoitus toteutui hyvin. Opasta tehdessä huomioitiin jatkuvasti se, että lukija tulee olemaan vanhempi. Tämä huomioitiin erityisesti oppaan sanavalinnoissa. Tekijöiden mielestä tavoitteet saavutettiin. Oppaasta tuli selkeä, sanavalinnat tukivat ymmärrettävyyttä ja tieto perustui luotettaviin ja ajankohtaisiin lähteisiin. Kuukausien mittaan tehty työ syvensi opinnäytetyön tekijöiden tietoutta lastentaudeista paljon. Ennen opinnäytetyötä tekijöiden tieto perustui yhden koulussa käydyn kurssin teoriaan sekä muutaman viikon mittaiseen kokemukseen lastenneurolatyön harjoittelusta. Työn tekemisen myötä tietomäärä on lisääntynyt ja verrattuna edelliseen harjoitteluun lastenneurolassa on nyt varmempi olo lähteä työskentelemään näiden asioiden parissa. Runsaan teorian kirjoittamisen yhteydessä hoitotyön näkökulma meinasi jäädä taka-alalle. Syksyllä käyty ohjauskeskustelu osui oikeaan aikaan ja sen myötä näkökulma selkeytyi työn tekijöille ja sitä kautta näkyy nyt myös työssä ja oppaassa.

Aiheen rajaaminen tuotti sekä haasteita että onnistumisen tunteita. Työn tekemisen alkupuolella tekijät ajattelivat rajanneensa aihetta hyvin. Työn edetessä tuli kuitenkin ilmi, että aihetta on rajattava jatkuvasti lisää, sillä tietoa on valtavasti. Oli hyvä, että tekijät rajasivat kohderyhmän jo alussa selkeästi 0–6-vuotiaisiin. Tämän osalta tekijät eivät kokeneet haastetta, sillä työ tehdään lastenneurolan käyttöön, vanhemmille suunnatusti. Erityisen hyvänä tekijät kokivat sen, että kohderyhmä rajattiin terveisiin lapsiin. Perussairaudet ja muut erityishuomiota vaativat piirteet olisivat ennestään lisänneet haastetta tiedon rajaamisen suhteen.

Ohjauskeskustelusta oli hyötyä myös tiedon sisällön suhteen. Sitä ennen työssä korostui liikaa lääketieteellinen näkökulma. Keskustelun jälkeen työn tekijät rajasivat työstä ylimääräistä tietoa ja painottivat hoitotyön näkökulmaa sekä kirjalliseen työhön että oppaaseen. Myös loogisen etenemisen, ”punaisen langan”, huomiointi korostui ohjauskeskustelun jälkeen. Tekijät onnistuivat mielestään kantamaan työn alussa kuvaamansa tavoitteet, tarkoituksen ja näkökulman koko työn läpi tekstissä ja oppaassa.

Työn alussa tekijät huomasivat, että lastentauteja on valtava määrä. Haasteeksi muodostui nimenomaan yleisimpien lasten tartuntatautien valitseminen kaikkien näiden joukosta. Alettuaan tekemään opasta tekijät huomasivat, että tauteja on syytä rajata edelleen. Tekijät pyrkivät siihen, että kirjallisessa työssä olisi määriteltä vain ne taudit, joita käytetään oppaassa. Kuitenkin esimerkiksi hinkuyskä jätettiin kirjalliseen työhön huolimatta siitä, että siitä ei puhuta oppaassa koska se on ollut aiemmin erittäin yleinen lasten tartuntatauti, vaikka nykyisin se onkin rokotteen ansiosta vähentynyt huomattavasti.

Aiheesta löytyi myös paljon ristiriitaista tietoa, mikä aiheutti haasteita. Työn tekijät pyrkivät valitsemaan aina luotettavimman ja ajankohtaisimman lähteen. Lähteiden kannalta haasteellisimmat osuudet olivat projektin määrittely sekä hyvän oppaan määrittely. Näistä aiheista tietoa löytyi melko vähän ja osa lähteistä oli vanhoja. Projektin määrittelyyn valittiin sellainen lähde, jossa sisältö oli kattavaa ja työtä palvelevaa. Projektia kuvailevissa lähteissä toistui paljon samaa tietoa ja sen vuoksi päädyttiin käyttämään vain kyseistä, valittua lähdettä. Hyvästä oppaasta löytyi niukasti tietoa. Käytetty lähde valittiin sen vuoksi, koska siinä kuvattiin selkeästi hyvän oppaan piirteitä ja sisältöä. Lähde oli myös saatavilla olevista lähteistä tuorein. Opasta kuvaamaan ei valittu toista lähdettä, sillä se ei olisi tuonut uutta, merkittävää tietoa ja muut saatavilla olevat lähteet olivat jopa yli 20 vuotta vanhoja. Vaikka työn tekijät ovat käyttäneet välillä useampaan kertaan samoja lähteitä, on työssä kuitenkin pyritty huomioimaan lähteiden monipuolisuus. Lähteet on valittu aina kriittisesti.

Ajankohtaisuus haluttiin huomioida työssä. Esimerkiksi lakien osalta ei käsitelty kaikkia mahdollisia terveydenhoitajan työtä ja tartuntatauteja koskevia lakeja, vaan valittiin työn aiheeseen liittyen ajankohtaisimmat ja tekijöiden mielestä tärkeät lait. Tartuntatautilaki haluttiin työhön mukaan, sillä se tuo muutoksia esimerkiksi lastenneuvolassa työskentelevän terveydenhoitajan rokotuksiin ja se liittyy oleellisesti työn aiheeseen. Työn tekijät eivät kuitenkaan katsoneet sitä oppaan kannalta oleelliseksi, joten se jätettiin siitä pois. Samanlaista ajankohtaisuutta haluttiin korostaa myös rokotteista kerrottaessa. Esimerkiksi vesirokkorokote on uusi rokotusohjelmaan kuuluva rokote ja tämä ajankohtainen tieto haluttiin tuoda myös oppaassa esille, sillä vanhemmat eivät välttämättä vielä tiedä asiasta ja rokotteen vaikutuksesta nyt hyvin yleisenä tautina pidetyn vesirokon tulevaisuuteen. Myös rotavirusrokotteen vaikutuksesta haluttiin kertoa vanhemmille taudin hankaluuden vuoksi. Työn tekijät eivät kuitenkaan kokeneet tarpeelliseksi ja työn selkeyttä lisääväksi asiaksi kertoa vanhemmille tarkkoja tutkimustuloksia huolimatta tutkimustulosten tärkeydestä.

Valmis opas lähetettiin Ähtärin lastenneuvolaan, jossa terveydenhoitajat ja lääkärit lukivat sen. He olivat tyytyväisiä työn lopputulokseen. Ainoa toive heiltä oli, että työhön lisättäisiin tieto siitä, että myös yli 3-vuotias lapsi voi saada maksuttoman influenssarokotteen kuuluessaan riskiryhmään. Tämä tieto lisättiin oppaaseen.

Työn tekijöiden mielestä kirjallinen työ on runsasisältöinen ja laaja ja näin ollen he ovat tyytyväisiä tiedon määrään ja työn sisältöön. Lisäksi tekijöiden mielestä työhön saatiin hoitotyön näkökulmaa ja työn tarkoitus sekä tavoitteet koettiin saavutetuksi myös oppaan osalta. Tavoitteiden, tarkoituksen ja näkökulman palvelemiseksi työtä olisi mieluummin rajattu kuin laajennettu entisestään. Rajausten jälkeen työn tekijät kokivat kuitenkin työn sisällön ja laajuuden olevan loppujen lopuksi tarkoituksenmukaisia. Jatkossa työn tuloksia voitaisiin arvioida esimerkiksi tekemällä vanhemmille kysely, jossa selvitetään heidän oppaasta saamaansa hyötyä ja tyytyväisyyttä.

Yhteistyö neuvolan kanssa sujui tekijöiden mielestä hyvin. Työn tärkeissä nivelkohdissa oltiin yhteyksissä neuvolaan ja sieltä saatiin vastauksia ripeästi. Ohjaajan

kanssa yhteistyö sujui hyvin. Ohjauskeskustelu olisi voinut olla ajankohtainen jo keväällä 2017, sillä hoitotyön näkökulma olisi saavutettu aiemmin ja olisi voitu välttää ”turhaa” työtä aiheen sisällön puolesta. Ohjaus koettiin kuitenkin tärkeänä ja se antoi työlle hyvän suunnan lopputuloksen kannalta. Työ valmistui lähes aikataulussa. Suunnitellun alkusyksyn sijaan työn tekijät saivat työn valmiiksi loppusyksystä, mutta kuitenkin ennen harjoittelun alkua. Tämä koettiin tärkeäksi.

Itse oppaaseen ja myös kirjalliseen työhön tekijät ovat tyytyväisiä. Tietyt muutokset työn aikana (näkökulma, sisältö) olivat erittäin tärkeitä lopputuloksen kannalta. Eri-tyisesti oppaaseen tekijät ovat tyytyväisiä. Siinä toteutuu aiottu näkökulma ja halutut tavoitteet. Työhön on panostettu paljon aikaa ja ajatusta.

Kaiken kaikkiaan työ opetti tekijöille aiheen lisäksi paljon pitkäjänteisen työn tekemisestä. Aikatauluttaminen, työn suunnittelu sekä työn tekemisen yhdistäminen muuhun opiskeluun ja elämään oli ajoittain haastavaa, mutta tekijät selvisivät siitä mielestään hyvin. Tärkeäksi, kantavaksi voimaksi koettiin se, että yhdessä työtä tehdessä henkilökohtaiset kemiaat, ajattelumaailma ja tavoitteet ovat samantyylliset. Työ tehtiin alusta loppuun yhdessä siten, että jokainen lause on yhdessä keskusteltu ja muotoiltu. Tämä työmuoto sopi työn tekijöille hyvin ja lopputulosta katsoessa tekijät kokevat sekä kirjallisen työn että oppaan sisältävän tasapuolisesti molempien näkemyksen. Työmuoto lisäsi tekijöiden mielestä myös työn selkeyttä ja yhtenevää syyttä.

Haastavat vaiheiden ja ajoittaisen väsymyksen aikana toisesta oli suuri tuki. Näinä hetkinä oli tärkeää, että sai näyttää avoimesti omat tuntemukset. Myös edistyminen ja onnistumisen kokemukset oli hienoa jakaa toisen kanssa. Työn lopussa on entistä varmempi olo siitä, että näin isoa projektia ja työtä ei kannata lähteä tekemään kehen tahansa kanssa.

LÄHTEET

- Hammer, A. & Leger, J. 2007. Improving Pediatric Immunization Rates in a Safety-Net Delivery System Denver Health Wins 2006 JCAHO Codman Quality Award. Colorado Nurse, 18. Viitattu 29.9.2017. <http://web.b.ebsco-host.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=258cc59d-9142-49f0-9200-fbcf793bce43%40sessionmgr120&hid=116>
- Hasegawa, K., Tsugawa, Y., Cohen, A. & Camargo, C. 2015. Infectious Disease-related Emergency Department Visits Among Children in the United States. *Pediatr Infect Dis J.* Nro 34, 681-685. Viitattu 29.9.2017. Tiivistelmä PubMed-tietokannasta. Saatavilla [www-muodossa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4565505/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4565505/)
- HUS. Ripuli. Sairaanhoido. 2017. Viitattu 9.5.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoido/lasten-sairaanhoido/kun-lapsi-sairastuu/Ripuli/Sivut/default.aspx>
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3.-4.painos. Helsinki. WSOY.
- Jalanko, H. 2016. Enterorokko. *Duodecim.* Viitattu 8.5.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00120
- Jalanko, H. 2009. Infektiot ja päivähoido. *Duodecim.* Viitattu 23.10.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00024
- Jalanko, H. 2017. Keuhkoputkentulehdus lapsella. *Duodecim.* Viitattu 12.10.2017. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00426
- Jalanko, H. 2016. Kuumekouristus. *Duodecim.* Viitattu 10.5.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00438
- Jalanko, H. 2017. Kuume lapsella. *Duodecim.* Viitattu 10.5.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00437
- Kaisvuo, T., Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1. painos 2012. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kela. Jos lapsi sairastuu. *Lapsiperheet.* 2017. Viitattu 9.10.2017. <http://www.kela.fi/jos-lapsi-sairastuu>
- Korppi, M. 2016. Keuhkokuume. *Teoksessa Lastentaudit, 253-255.* Toim. Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Käypä hoito 2014. Hunajan teho yli 1-vuotiaiden lasten akuutissa öisessä yskässä. Käypä hoito –suositus. Näytönastekatsaus. Jylkkä, H., Korppi, M. & Immonen, J. Viitattu 12.10.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak08111>

Käypä hoito 2010. Välikorvatulehdus (äkillinen). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Otolaryngologiry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 10.5.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi31050>

Leino, T., Baum, U., Scott, P., Ollgren, J. & Salo, H. 2017. Impact of five years of rotavirus vaccination in Finland – And the associated cost savings in secondary healthcare. *Vaccine*. Nro 35, 5611-5617. Viitattu 9.10.2017.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17311404>

Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Daniels, K., Bosch-Capblanch, X., van Wyk, BE., Od-gaard-Jensen, J., Johansen, M., Aja, GN., Zwarenstein, M. & Scheel, IB. 2010. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Nro 3. Viitattu 29.9.2017. file:///C:/Users/e1400952.AD.001/Downloads/Lewin_et_al-2010-The_Cochrane_Library.pdf

L 1.3.2017/1227. Tartuntatautilaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 28.9.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161227>

L 6.4.2011/338. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 26.9.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>

Mertsola, J. 2016. Hinkuyskä. Teoksessa *Lastentaudit*, 247-248. Toim. Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Opetushallitus. SWOT-analyysi. 2017. Viitattu 13.4.2017.

http://oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Peltola, V. 2016. Nielutulehdus ja nielurisatulehdus. Teoksessa *Lastentaudit*, 245-247. Toim. Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Peltola, V. 2016. Tavallinen flunssa. Teoksessa *Lastentaudit*, 234-238. Toim. Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Pruikkonen, H. 2016. Kurkunpääntulehdus. Teoksessa *Lastentaudit*, 249-250. Toim. Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Renko, M. 2016. Rokkotaudit ja muut yleistyneet infektiot. Teoksessa Lastentaudit, 215-228. Toim. Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Renko, M. 2016. Kihomadot, täit ja syyhy. Teoksessa Lastentaudit, 229-232. Toim. Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Renko, M. & Uhari, M. 2001. Infektioiden ehkäisy päiväkodeissa. Duodecim, 1093-1098. Viitattu 2.5.2017.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92280.pdf>

Rummukainen, A. 2015. Angiinaepidemia laajenee – jo 130 sairastunutta Joensuuissa. Yle-uutiset. Viitattu 11.5.2017. <http://yle.fi/uutiset/3-8501014>

Ruuskanen, O., Saxén, H. & Mertsola, J. 2009. Kuumeisen lapsen arviointi. Duodecim, 2709-2714. Viitattu 10.5.2017.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo98474.pdf>

Räsänen, S. 2016. Suolistoinfektiot. Teoksessa Lastentaudit, 268-269. Toim. Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja, 1-14. Viitattu 13.4.2017.
http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

STM. Terveyspalvelut. 2017. Viitattu 27.9.2017.
<http://stm.fi/terveyspalvelut>

Suni, S. 2017. Lääkäri. Kuortaneen terveysasema. Haastattelu 23.5.2017.

Tapiainen, T. 2016. Lasten silmän sidekalvotulehdus. Teoksessa Lastentaudit, 233-234. Toim. Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Terveydenhoitajaliitto. Terveydenhoitajan ammatti. 2017. Viitattu 26.9.2017.
https://www.terveydenhoitajaliitto.fi/ammatti/terveydenhoitajan_ammatti

Terveydenhoitajaliitto. Terveydenhoitajan koulutus. 2017. Viitattu 6.11.2017.
https://www.terveydenhoitajaliitto.fi/ammatti/terveydenhoitajan_koulutus

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Influenssa. Infektiotaudit. 2017. Viitattu 10.5.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/influenssa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kuumereaktio. Rokottaminen. 2014. Viitattu 9.10.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/hyodyt-ja-haitat/haittavaikutukset/haitta-vaikutuksia-oireittain/kuumereaktio>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lastenneuvolakäsikirja. Ohjeet ja tukimateriaali. 2015. Viitattu 4.5.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveys-neuvonta/infektiot>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Rotavirusrokote. Rokottaminen. 2017. Viitattu 9.5.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/rotavirusrokote>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RSV. Infektiotaudit. 2013. Viitattu 12.5.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/rsv>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RSV esiintyvyys 2016. Infektiotaudit. 2017. Viitattu 12.5.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/seuranta-ja-epidemiat/tartuntatautirekisteri/tartuntataudit-suomessa-vuosiraportit/tautien-esiintyvyys-2016/rsv-esiintyvyys-2016>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Vesirokkorokote. Rokottaminen. 2017. Viitattu 4.5.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/vesirokko-rokote>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Äitiys- ja lastenneuvola. Peruspalvelut. 2015. Viitattu 26.9.2017.

https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola

Tähtinen, P. 2012. Treatment of Acute Otitis Media. Doctoral thesis. Department of Pediatrics. University of Turku.

Vakkila, J. 2007. Rokkotaudit. Teoksessa Neuvolatyön käsikirja, 176-177. Toim. Armanto, A. & Koistinen, P. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vakkila, J. 2007. Hengitystieinfektiot. Teoksessa Neuvolatyön käsikirja, 174-175. Toim. Armanto, A. & Koistinen, P. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LIITE 1

HAASTATTELU NEUVOLALÄÄKÄRILLE

1. Kertoisitko lyhyesti itsestäsi ja ammatistasi.

Olen viime syksynä valmistunut 28-vuotias lääkäri. Työskentelen pienellä kahden lääkärin terveysasemalla Kuortaneella. Toimenkuvani on aika monipuolinen ja muun ohessa sisältää myöskin lastenneuvolan pitämistä.

2. Kauanko olet työskennellyt neuvolassa tai lasten parissa?

Lastenneuvolaa olen pitänyt viime syksystä saakka, muilta osin kokemusta lapsipotilaista on jo useamman vuoden ajalta. Olen ollut kesätöissä myös Seinäjoen keskussairaalassa lastenneurologian poliklinikalla, sen jälkeen olikin hieman totutteleminen neuvolaan, jossa lapset ovat lähtökohtaisesti terveitä ja tavalliseen tapaan kehittyviä.

3. Mitkä ovat kokemuksesi mukaan neuvolaikäisten lasten yleisimpiä infektiotauteja?

Tavallinen flunssa eli nuhakuume, jota ei diagnosoida sen tarkemmin. Lisäksi flunssan komplikaationa voi tulla korvatulehdus tai hankalimmillaan keuhkokuumeekin. Muita yleisimpiä infektiotauteja ovat kurkunpääntulehdus eli laryngiitti, obstruktiivinen bronkiitti (astmatyyppinen yskä), influenssa, bronkioliitti (pienillä lapsilla tyypillisesti RSV-viruksen aiheuttamana), mahataudit, enterorokko ja vauvarokko eli herpesvirus 6:n aiheuttama rokkotauti.

4. Onko vanhemmilla mielestäsi hyvin tietoa lasten infektiotaudeista?

Vaihtelee. Etenkin, jos perheessä on useampia lapsia niin vanhemmat tuntevat tyypilliset infektiotautit varsin hyvin. Ensimmäisen lapsen ollessa kyseessä tietotaito voi olla vähäisempää.

5. Osaavatko vanhemmat etsiä luotettavaa tietoa näistä taudeista? Mistä vanhemmat etsivät tietoa?

Usein vanhemmat saavat lääkärikäyntien yhteydessä tietoa ko.sairaudesta pikamuodossa, koska päivystyksessä on kiire. Joskus vielä neuvolassa jutellaan paremmalla ajalla lisää. Voisin kuvitella, että erilaiset somekanavat ja netti toimivat myös tiedonvälittäjinä.

6. Miten uusi 1.3.2017 voimaan tullut tartuntatautilaki näkyy ja tulee näkymään neuvolassa?

Tuhkarokko tuli mukaan "uutena" yleisvaarallisena tartuntatautina. Sille on rokotus, mutta kielteisyyden johdosta pieniä paikallisia epidemioita on Suomessakin nähty.

7. Miten perustelisit rokotuksien tärkeyden niitä kyseenalaistaville vanhemmille?

Rokotuksilla ehkäistään lapsille merkittävää terveyshaittaa aiheuttavia, jopa hengenvaarallisia sairauksia. Kun rokote otetaan kansalliseen rokotusohjelmaan, sen hyöty-haittasuhde on tarkkaan punnittu. Mielestäni olennaista olisi myös kysyä avoimesti vanhemmilta, minkälaisia ajatuksia tai kokemuksia rokotuskielteisyyden taustalla on, ja sitten pyrkiä puuttumaan näihin. Syyt taustalla voivat olla moninaisia.

8. Mitä mieltä olet vesirokkorokotteen lisäämisestä rokotusohjelmaan?

Lopullinen mielipiteeni muodostunee vasta vuosien, ellei vuosikymmenienkin päästä, kun nähdään rokottamisen pitkäaikaishyödyt ja kustannussäästöt. Vesirokko on kurja tauti, lisäksi myöhemmällä iällä vesirokkoviruksen aiheuttama vyöruusu aiheuttaa todella ikäviä kiputiloja vanhemmille ihmisille. Mikäli näitä pystytään rokotteella vähentämään, kuten oletettavaa on, niin rokote on hyvä juttu.

9. Mitkä ovat mielestäsi tärkeimmät infektio- ja tartuntatautien ehkäisykeinot (esim. kotona, päiväkodeissa ym.)?

Hyvä käsihygienia (päiväkodit). Toki päiväkodit ovat varsinaisia tautipesiä eikä sitä varmasti-kaan kyetä koskaan täysin kitkemään pois. Toisaalta lasten puolustusjärjestelmä saa siellä hyvää harjoitusta. Lisäksi vanhempien tupakoimattomuus ja turhien antibioottikuurien välttäminen (luontaisen mikrobiston hyvinvointi on osa immunitteettia).

10. Mitä muuta tärkeää haluaisit tuoda esille neuvolaikäisten infektio- ja tartuntatauteihin liittyen?

Monista vanhemmista tuntuu, että lapsi on aina kipeänä. Jotkut miettivät immuunipuolustuksen ongelmia esimerkiksi vasta-ainepuutoksia, mutta nämä ovat todella harvinaisia. Lapsen luontainen vastustuskyky ei ole aikuisen veroinen, ja lapset sairastavatkin aikuisia huomattavasti enemmän eikä siinä ole mitään poikkeavaa. Mikäli infektiot eivät etene vaikeammiksi (esim. toistuvia keuhkokuumeita, verenmyrkytyksiä yms.), ei ole syytä huoleen tai tarpeen epäillä immuunipuutosta lapsella.

