



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

YLEISET LASTEN TARTUNTATAUDIT PÄIVÄKODISSA

Opas vuorohoitopäiväkoti Ankkurinappiin

TEKIJÄ/T: Ulrika Kokkonen TN14SA
Anu Kosunen TN14SA

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Ulrika Kokkonen, Anu Kosunen	
Työn nimi Yleiset lasten tartuntataudit päiväkodissa -opas vuorohoitopäiväkoti Ankkurinappiin	
Päiväys 18.10.2017	Sivumäärä/Liitteet 71/16
Ohjaaja(t) Katri Huuskola	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Keiteleen vuorohoitopäiväkoti Ankkurinappi	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomessa päiväkotitoiminta kuuluu varhaiskasvatukseen, jonka tavoitteena on edistää suunnitelmallisesti lapsen kasvamista, kehittymistä ja oppimista. Toiminnassa yhdistyvät lapsen hoito, opetus ja kasvatust. Toiminnan yksilöllisyys tulee esiin lapselle tehtävässä henkilökohtaisessa varhaiskasvatussuunnitelmassa. Varhaiskasvatukseen osallistuminen on Suomessa yleistä. Vuonna 2015 varhaiskasvatukseen osallistui 68 prosenttia kaikista yhdestä kuuteen vuotiaista lapsista.</p> <p>Päiväkodissa hoidossa olevat lapset sairastavat tartuntatauteja enemmän verrattuna lapsiin, jotka ovat perhepäivähoidossa tai kotihoidossa. Suurin vaikuttaja tähän ovat päiväkotien suuret ryhmäkoot, sillä taudit tarttuvat helposti lapsesta toiseen. Yleisiä lapsilla esiintyviä tartuntatauteja ovat äkillinen välikorvatulehdus, silmän sidekalvotulehdus sekä suolisto- ja ylähengitystieinfektiot. Lasten sairastavuuden vähentämisellä ehkäistään tautien leviämistä.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli vähentää lapsilla esiintyvien tartuntatautiin leviämistä antamalla päiväkodin henkilökunnalle tietoa tautien leviämisen ehkäisemisestä sekä lapsen poissaolon tarpeesta päiväkodista. Lisäksi tavoitteena oli edistää päiväkodin henkilökunnan valmiuksia ohjata vanhempia lapsen sairastuttua sekä edistää päiväkotikäisten lasten terveyttä. Työn tavoitteena oli myös lisätä moniammatillisuutta sosiaali- ja terveystieteiden välillä.</p> <p>Työ tehtiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Tuloksena oli monipuolisen teorian pohjalta koottu kirjallinen opas lasten keskuudessa esiintyvistä tartuntataudeista. Työssä tuotiin esille tietoa tautien esiintyvyydestä Suomessa sekä tautien oireet, hoidon ja niiden tartuntatavat. Lisäksi ohjeistettiin, milloin lapsen kanssa tulee hakeutua terveydenhuoltoon sekä tautien vaikutuksesta lapsen päiväkodissa olemiseen. Opinnäytetyön tuloksena syntynyt kirjallinen opas lastentautien tehtiin Keiteleen kunnan vuorohoitopäiväkoti Ankkurinappiin. Opas on hyödynnettävissä myös muissa päiväkodeissa.</p>	
Avainsanat tartuntataudit, päiväkotikä, lastentaudit, lapsi, sairastavuus	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Ulrika Kokkonen, Anu Kosunen			
Title of Thesis Common children's infectious diseases in day care centers – a guide for day care center Ankkurinappi			
Date	18.10.2017	Pages/Appendices	71/16
Supervisor(s) Katri Huuskola			
Client Organisation /Partners Day care center Ankkurinappi of Keitele			
<p>Abstract</p> <p>In Finland, day care center is a part of early childhood education, which aims to improve the development and learning of children. Day care center combines nursing, education, and upbringing. The individuality of day care center is brought up in a personal early childhood education plan made for the children. Attending early childhood education is common in Finland. In 2015 68 percent of all children aged one to six years attended early childhood education.</p> <p>Children in day care center are affected by more infectious diseases than children in family day care or home care. This is mostly due to large group sizes since the diseases easily spread from one child to another. Common childhood infectious diseases are sudden otitis media, conjunctivitis and infections of intestines or upper respiratory tract.</p> <p>The objective of this thesis was to decrease the spreading of infectious diseases by educating the staff of day care center on prevention of infections, and the necessity of absence from the day care center for ill children. Additionally, the objective was to improve the staff's capability to guide parents as their children get ill and to improve the health of preschoolers. The objective of the work was also to increase the multiprofessionality between people in the health sector.</p> <p>The work was made as a practice-based thesis. The outcome was a written guide on infectious diseases among children based on diverse theory. The work brought up information on the distribution of diseases in Finland, their symptoms and how they spread. Additionally, the work gives guidance on when healthcare is needed, and how the diseases affect the children's ability to attend day care center. The written guide as the result of the thesis was made for the day care center Ankkurinappi of the municipality of Keitele. The guide is also utilizable in other day care centers.</p>			
<p>Keywords infectious diseases, day care center, childhood disease, child, morbidity</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	PÄIVÄKOTI-ikäinen lapsi ja päivähoito	6
3	LASTEN SAIRASTAVUUS SUOMESSA.....	7
4	INFEKTIOAUDIT	8
4.1	Kuume	8
4.2	Ylähengitystieinfektio.....	10
4.3	Äkillinen välikorvatulehdus	12
4.4	Silmän sidekalvotulehdus	14
4.5	Suolistoinfektiot	16
5	ROKKOTAUDIT	20
5.1	Vesirokko	20
5.2	Enterorokko.....	21
5.3	Parvorokko	22
6	MUUT TARTUNTATAUDIT	24
6.1	Päätät	24
6.2	Kihomadot.....	25
6.3	Syyhy.....	27
6.4	Märkäruupi.....	29
7	HYVÄN OPPAAN OMINAISUUDET.....	32
8	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	33
9	KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI	34
9.1	Ideointi ja suunnitteluvaihe.....	34
9.2	Käynnistämisen- ja toteuttamisvaihe	36
9.3	Päätämisen- ja arviointivaihe	38
10	POHDINTA	40
10.1	Eettisyys ja luotettavuus	40
10.2	Ammatillinen kasvu	41
10.3	Jatkokehitys	42
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	44

1 JOHDANTO

Tartuntataudilla tarkoitetaan tautia, jonka aiheuttajana on mikrobi tai myrky, jota mikrobi tuottaa. Mikrobeja ovat bakteerit, virukset, loiset, alkueläimet ja sienet. Tartunta syntyy taudin aiheuttajan siirtyessä ihmiseen ympäristön tai toisen ihmisen välityksellä. (Lumio 2017a.) Päiväkoti-ikäiset päiväkodissa hoidossa olevat lapset sairastavat kaksi kertaa enemmän infektioitauteja, kuin kotona hoidettavat lapset (STM 2005). Syynä tautien leviämiseen päiväkodeissa on todettu olevan suuret ryhmäkoot (Renko, Möttönen ja Uhari 2011, 305). Tartuntataudit ovat merkittävin syy lapsen poissaoloihin päivähoidosta (Lapsen infektioiden ja tartuntatautien hoito 2017).

Suomalaisen päivähoiton päätavoite on tarjota lapselle kasvuympäristö, joka tukee lapsen tasapainoista kehitystä ja perheitä lapsen kasvatustyössä (STM 2005). Suomessa päiväkotitoiminta kuuluu varhaiskasvatukseen, johon kaikki lapset ovat oikeutettuja (THL 2017c). Leikki-ikäiseksi lapseksi luetaan lapsen ikävuodet nollasta kuuteen (Mustonen ja Oiva 2010, 10).

Opinnäytetyömme on kehittämistyö, jonka tuotoksena on kirjallinen opas. Työmme käsittelee päiväkodissa lasten keskuudessa esiintyviä tartuntatauteja ja niiden oireita, hoitoa, leviämisen ehkäisyä sekä päiväkodista eristämisen tarvetta. Toimeksiantajanamme on Ankkurinappi, joka on 42-paikkainen yhdestä kuuteen vuotiaalle lapsille tarkoitettu vuorohoitopäiväkoti Keiteleellä. (Keitele 2017.) Aihe opinnäytetyöhön tuli toimeksiantajalta. Keiteleen varhaiskasvatusjohtaja toi esille tarpeen oppaasta, joka käsittelee päiväkodissa usein esiintyviä lasten tartuntatauteja. Käsittelemme työssämme tauteja, jotka ovat yleisiä lasten keskuudessa valtakunnallisesti. Tämä tulee esiin tutkimus- ja tilastotiedoista, joita käsittelemme tautien alustuksissa. Oppaan tarkoituksena on ehkäistä tautien leviämistä sekä yhtenäistää ohjeita, joilla päiväkodin työntekijät ohjaavat vanhempia lapsen sairastuessa. Tuomme työssämme esiin lääkkeitä nimeltä, mutta emme käsittele lääkeannosten määriä koska lääkehoito tulee toteuttaa yksilöllisesti ja yksilön ominaisuudet huomioiden. Työssämme näkyy yhteiskunnallinen merkitys, sillä lasten sairastavuuden vähentämisellä on vaikutusta antibioottiresistenssin hillitsemisessä.

Työmme keskeinen lähtökohta on moniammatillisuuden lisääminen sosiaali- ja terveysalan välillä. Moniammatillisuus tulee työssämme esiin yhteistyönä sosiaalialan kanssa sekä oman osaamisen ja tiedon jakamisena heidän kanssaan. Moniammatillinen toiminta tarkoittaa rinnakkain työskentelyä, jossa korostuu tiedon jakaminen ja asioiden koordinointi. Moniammatillisessa ryhmätoiminnassa kukin jäsenistä tuo esiin oman asiantuntijuutensa. (Katisko, Kolkka, Vuokila-Oikonen 2014.)

Raportin ja oppaan lisäksi olemme koonneet käsiteltävistä tartuntataudeista taulukon (Taulukko 3.) teoriaosuuden päätteeksi liitteisiin. Taulukossa kuvataan selkeästi ja lyhyesti taudin aiheuttaja, itämissaika, oireet sekä päiväkodista eristämisen tarve. Tämä on tarkoitettu käytännön työn sujuvoittamiseksi päiväkodissa.

2 PÄIVÄKOTI-IKÄINEN LAPSI JA PÄIVÄHOITO

Leikki-ikään lasketaan kuuluvaksi ikävuodet nolasta kuuteen ja se jaetaan varhaiseen ja myöhäiseen leikki-ikään. Esikouluikäinen lapsi luetaan kuuluvaksi myöhäiseen leikki-ikään. (Mustonen ja Oiva 2010, 10.) Päiväkotitoiminta kuuluu lapsen varhaiskasvatukseen, johon kuuluvat myös lasten kerhotoiminta sekä perhepäivähoito. Jokaisella lapsella on oikeus varhaiskasvatukseen, mutta se ei ole pakollista. Varhaiskasvatuksella tarkoitetaan tavoitteellista ja suunnitelmallista toimintakokonaisuutta, jossa yhdistyvät lapsen hoito, kasvatus ja opetus. Tavoitteena varhaiskasvatuksessa on edistää lapsen hyvinvointia, tukea oppimista sekä kasvamista ja kehittymistä. Toiminnan suunnitelmallisuus tulee esille lapselle tehtävässä henkilökohtaisessa varhaiskasvatussuunnitelmassa. (THL 2017c.)

Vuonna 2015 Suomessa varhaiskasvatukseen kuului 245 650 lasta; tämä tarkoittaa noin 68 prosenttia kaikista yhdestä kuuteen vuotiaista lapsista. Varhaiskasvatuksessa olevien lasten määrästä 76 prosenttia oli hoidossa kunnallisessa päiväkodissa. Taulukon 1. mukaan ikävuosien karttuminen lisää lasten määrää päiväkodissa. (Säkkinen ja Kuoppala 2016.)

TAULUKKO 1. Lasten määrä päiväkodissa (%) ikäkausittain, vuonna 2015 (Säkkinen ja Kuoppala 2016).

alle 1- vuotiaista lapsista päivähoitossa	0,7%
1- vuotiaista lapsista päivähoitossa	28%
2-vuotiaista lapsista päivähoitossa	54%
5- vuotiaista lapsista päivähoitossa	79%

3 LASTEN SAIRASTAVUUS SUOMESSA

Siposen (2014) tutkimuksen mukaan suomalaisten lasten terveydentila on hyvä, vaikka itselääkityksen käyttäminen ja oireiden esiintyminen on yleistä. Suomalaisten lasten vanhemmista 97 prosenttia kokee lapsensa terveydentilan olevan hyvä. Kyseinen tutkimus tehtiin satunnaistettuna postikyselynä, jossa vastaanottajina olivat lapsen vanhemmat, useimmiten äidit. Tutkimukseen vastanneiden lapsista 66 prosentilla oli vastaamisen hetkellä jokin oire ja niistä yleisimpiä olivat ylähengitystieinfektioon kuuluvat oireet sekä ihottumat. Tutkimuksen mukaan vanhempien koulutuksella tai tuloilla, eli sosioekonomisella asemalla, ei ole havaittu yhteyttä lapsen terveydentilaan. (Siponen 2014.)

Ennen toista ikävuotta lapsi sairastaa viidestä kymmeneen infektiota vuodessa ja sen jälkeen noin kahdesta kolmeen infektiota vuoden aikana (Tapanainen ja Rajantie 2016, 74). Tavallisimpia tauteja lapsilla ovat äkillinen välikorvatulehdus, silmän sidekalvotulehdus sekä suolisto- ja ylähengitystieinfektio (Päivähoidon hygieniaopas 2014). Päiväkodissa hoidossa olevat lapset sairastavat enemmän infektiotauteja verrattuna perhepäivähoidossa ja kotihoidossa oleviin lapsiin. Suurin vaikuttaja infektioiden esiintymiseen on lasten suuret ryhmäkoot. (Renko ym. 2011, 305.) Päiväkodin ryhmissä esimerkiksi virukset tarttuvat helposti lapsesta toiseen (Kinnula 2012). Vuonna 2009 tehdyn tutkimuksen mukaan etenkin nollasta kahteen vuotiaat päiväkotihoidossa olleet lapset kärsivät enemmän korva- ja kurkkukivusta sekä ylähengitystieinfektion oireista, kuin lapset joita hoidettiin perhepäivähoidossa tai kotihoidossa (Rajala, Sepponen ja Hämeen-Anttila 2010). Lisäksi hengitystieinfektiot ovat selvästi lisääntyneet nykyisten päivähoitojärjestelyiden vuoksi. (Tapanainen ym. 2016, 74). Epidemioita päiväkodissa aiheuttavat esimerkiksi vesirokko, suolistoinfektio, päätäit sekä syyhy (Päivähoidon hygieniaopas 2014). Epidemialla tarkoitetaan taudin merkittävää leviämistä tai tautia, joka leviää merkittävästi jonkin alueen väen keskuudessa (Lääketieteensanasto 2017a).

Huovisen (2013) mukaan päiväkodin toiminnan muutoksella olisi iso yhteiskunnallinen merkitys infektioiden leviämisen ehkäisemiseen ja antibioottiresistenssin hillitsemiseen, sillä lapset levittävät infektoita tehokkaasti vanhempiinsa. Lasten infektioiden vähetessä infektioiden leviäminen vanhempien kautta työpaikoille vähenee (Huovinen 2013). Antibioottiresistenssillä tarkoitetaan bakteerin vastustuskykyä antibioottia kohtaan (Lääketieteensanasto 2017b). Antibioottiresistenssin syntymistä voidaan ehkäistä välttämällä antibioottien turhaa ja liiallista käyttöä. Antibioottiresistenssi on uhka terveydenhuollolle, sillä se lisää terveydenhuollon kustannuksia, sairastavuutta ja kuolleisuutta. (Lääketeollisuus 2017.) Huovinen (2013) vetoaa tekstissään poliitikkoihin pyytämällä, että ainakin alle kolmevuotiaat lapset sijoitettaisiin muihin hoitopaikkoihin kuin päiväkodin isoihin ryhmiin, joita hän kuvaa mikrobien tehosekoittimiksi. Suontamon (2016) mukaan infektioiden leviämistä voidaan ehkäistä päiväkodeissa yhteneväisillä hygieniaohjeilla, joita jokainen työntekijä sitoutuu noudattamaan. Ohjeiden noudattamisen tulisi olla arkirutiinia, joten niitä tulisi noudattaa myös silloin, kun kyseessä ei ole tautiepidemia (Suontamo 2016).

4 INFEKTIOTAUDIT

Lapsi kohtaa elämänsä ensimmäiset mikrobit syntymänsä jälkeen, sillä kohdussa ollessaan lapsi on ollut steriilissä ympäristössä. Vastasyntynyttä lasta suojaa ensimmäiset puoli vuotta äidiltä perityt vasta-aineet, jonka jälkeen lapsen elimistön on alettava itse tuottamaan vasta-aineita suojakseen. (Rajantie, Mertsola ja Heikinheimo 2010, 173.) Mikrobit, kuten virukset, bakteerit ja loiset voivat aiheuttaa lapsille erilaisia infektioitauteja. Infektioaudin aiheuttaja on aina jokin mikrobi. Mikrobeja on normaalistikin kehomme limakalvoilla, kuten suussa ja suolistossa. Joskus nämä mikrobit voivat aiheuttaa tulehdustaudin. Useimmiten tulehdustaudin aiheuttaja pääsee elimistöön tarttumalla lapsesta toiseen. (Jalanko 2017d.)

Infektiossa tapahtuu tulehdusreaktio, joka on mikrobin aiheuttama. Tulehdusreaktio saa aikaan verimuutoksia kuten valkosolujen lisääntymistä veressä. Valkosolut tuottavat sytokiineja, jotka ovat tulehdushormoneja. Nämä saavat aikaan "tulehduksen yleisoreita" kuten huonoa oloa, kuumeen nousua ja lihassärkyä. Bakteeritaudit eroavat virustaudeista siten, että bakteeritauteja voidaan hoitaa antibiooteilla. Tulehdustaudin aiheuttaja voidaan selvittää verinäytteellä. Virustauteihin ei useimmiten ole lääkettä, vaan elimistö tuhoaa viruksen itse. Virustaudin oireita voidaan kuitenkin lievittää oireenmukaisella hoidolla. (Jalanko 2016d.) Infektiot ovat yleisin syy lasten lääkärikäynteihin, sillä Rajantien ym. (2016, 204) viittaaman Suomalaisen Mikstratutkimuksen (2009) mukaan alle 5-vuotiaat lapset muodostivat viidenneksen kaikista terveyskeskusvastaanottojen infektiopotilaista.

4.1 Kuume

Kuume on elimistön normaalia ja tarkoituksenmukaista reagoitua infektioon eli tulehdukseen, jonka virukset tai bakteerit ovat aiheuttaneet (Jalanko 2017f; Kuume 2017). Kuume on kehon puolustusreaktio, sillä se estää taudinaiheuttajien kasvamista elimistössä (STM 2005). Kuumeen nousu yli 42 asteeseen on haitallista elimistön toiminnalle (Jalanko 2016b). Yleisin kuumeen aiheuttaja on virusperäinen ylähengitystieinfektio. Kuumetta voivat aiheuttaa myös paikalliset tulehdukset, suolistotulehdukset sekä bakteerien aiheuttamat tulehdukset. (Saarelma 2017.) Ilman suolistoinfektion ja ylähengitystieinfektion oireita esiintyvän kuumeen syy tulee selvittää (STM 2005). Viruksen aiheuttaman hengitystieinfektion yhteydessä kuume kestää yleensä kolmesta kuuteen vuorokautta, mutta voi jatkua myös pidempään, jopa yli viikon. Kuume liittännäisenä ylähengitystieinfektioon tai suolistoinfektioon on normaalia päiväkotikäisellä lapsella. (Jalanko 2017f.)

Keskimäärin lapsen normaali lämpötila on 37 astetta, mutta se voi vaihdella 35,8–37,8 asteen välillä. Kehon lämpötila vaihtelee eri vuorokauden aikoina. (Mustajoki 2017a.) Normaali aamulla mitattu lämpö on 36,5–37,5 asteen välillä, vaikkakin kehon lämpötilat ovat yksilöllisiä. Iltaisin lämpö voi olla noin 0,5 astetta korkeampi kuin aamulla. Liikkuminen nostaa lapsen kehon lämpötilaa, sillä lihakset tuottavat rasituksessa lämpöä. (Saarelma 2017.) Luotettavimman tuloksen lapsen kehon lämpötilasta saa mittaamalla kuumeen lapsen nukkuessa tai heti herättyä (Kuume 2017).

Lapsen lämpöä voidaan mitata korvasta ja kainalosta. Kainalon lämpötilaan vaikuttaa helpommin ympäristön lämpötila, joten korvasta mitattu lämpö kertoo luotettavammin kehon lämpötilasta. (Saarelma 2017.) Kun lapsen lämpö on levossa mitattuna korvakuumemittarin mukaan yli 37,5, voidaan puhua kuumeesta (Jalanko 2017f).

Kuumeen itsehoidossa on tärkeää huolehtia lapsen nesteensaannista, sillä kuume lisää lapsen nestetarvetta. Sokeripitoiset juomat korjaavat lapsen energiantarvetta kuumeessa. (Jalanko 2017f.) Virvoitusjuomat ja mehut eivät korvaa veden saantia, joten myös veden juonti on tärkeää (Lapsen kuume 2015). Lasta ei tule peitellä paksujen peitteiden alle vaan kevyt vaatetus ja huoneilman viilentäminen ovat hyväksi kuumeiselle lapselle. Viilentäminen laskee lapsen kehon lämpötilaa. Kuumeisen lapsen tulee antaa leikkiä ja touhuta voinnin mukaan, mutta liika rasitus ei ole hyväksi. Lapsen voi antaa nukkua päiväunet ulkona, tai hänet voi ottaa kauppaan mukaan vaatetuksen ollessa riittävä. (Jalanko 2017f.)

Kuumetta voi lääkittää tulehduskipulääkkeillä, kun kuume on yli 38,5 astetta. Lapsen ollessa ärtynyt tai kivulias voi kuumelääkettä antaa myös matalampaan kuumeeseen. Kuumeen lääkitseminen ei vaikuta vastustuskyvyn kehittymiseen tai hidasta kuumeen paranemista. Tulehduskipulääkkeen vaikutus kestää muutaman tunnin ajan ja se laskee kehon lämpötilaa. Lisäksi tulehduskipulääkkeet auttavat kurkkukipuun, lihassärkyyn sekä muuhun epämiellyttävään oloon. Lapsille sopivia kuumelääkkeitä ovat ibuprofeini, parasetamoli ja naprokseeni, joita annostellaan lääkkeen ohjeen mukaisesti. (Jalanko 2017f.)

Lapsista kahdesta viiteen prosenttia kärsii kuumekouristuksista ennen seitsemän vuoden ikää (Käypä Hoito 2017). Jalangon (2016b) mukaan korkea kuume altistaa kuumekouristuksille, joten sen alentaminen on suotavaa. Kuumekouristusta ei pysty varmuudella estämään kuumeen hoidosta huolimatta. Usein kuume nousee niin nopeasti, ettei lääke ehdi vaikuttaa tai kouristus tulee kuumeen alkuvaiheessa eikä siihen ehditä reagoida. Kuumekouristuksista kärsiviä lapsia hoidetaan samoin kuin muita kuumeisia lapsia, mutta lapsen saadessa toistuvia kuumekouristuksia lääkkeenä voidaan käyttää diatsepaamirektiolia. (Niinikoski 2016.) Käypä hoito -suositusten (2017) mukaan kuumekouristuksen akuutissa vaiheessa lapsi viedään tarvittaessa sairaalaan ja vakavat infektiot poissuljetaan. Diatsepaamirektiolin lisäksi kuumekouristuksen hoidossa voidaan käyttää bukkaalista midatsolaamia. Kuumekouritusta ei Käypä hoidon (2017) mukaan voida estää ibuprofeiinilla tai parasetamolilla. Kuumekouristuksen hoidossa kuumeen alentamista fysikaalisesti kylmillä kylvyillä tai pyyhkeillä ei suositella. (Käypä Hoito 2017.) Ensimmäistä kertaa kuumekouristuksen saanut lapsi tulee viedä tutkittavaksi terveydenhuoltoon (STM 2005).

Kuumeisen lapsen yleisvoimien huomioiminen on tärkeää (Jalanko 2017f). Lapsen leikkimisen aktiivisuutta voidaan pitää hyvänä mittarina sairauden vakavuudesta (Ruuskanen, Saxén ja Mertsola 2009). Lapsen ollessa hyvävointinen kuumeesta huolimatta voi vointia seurata kotona (Jalanko 2017f).

Vakavampi sairaus on epätodennäköinen, jos kuumeinen lapsi juo ja syö normaalisti sekä jaksaa esimerkiksi katsella televisiota. Jos kuumeen aiheuttajana on vakava infektio, lapsi oirehtii välinpitämättömyydellä, velttoudella, tajunnantason muutoksilla, kosketusarkuudella ja valittamisella tai kiemeillä itkulla. (Ruuskanen ym. 2009.)

Mikäli vanhemmat toteavat lapsen olevan poikkeuksellisen väsynyt ja sairaan oloinen tai kuumeinen lapsi on sekava, tulee ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon. Terveydenhuoltoon tulee olla yhteydessä, jos lapsen kuumeeseen liittyy vatsakipua, voimakasta päänsärkyä, korvakipua tai virtsavaivoja. Lisäksi terveydenhuoltoon täytyy hakeutua, jos kuumeisella lapsella ilmenee mustelmia, jonkin nivelen turpoamista, lapsella on veriripulia tai lapsi käy tiheään virtsalla ja juo poikkeuksellisen paljon. (Jalanko 2017f.) Niskajäykkyys, verenpurkaumat iholla ja hengitysvaikeudet kuumeen lisänä ovat syitä hakeutua nopeasti terveydenhuoltoon (Kuume 2017). Yli viikon kestävä kuume, kuumeen syyn epäselvyys tai kuumeilu useaan kertaan kolmesta neljään viikon aikana ilman muita oireita, ovat syitä hakeutua terveydenhuoltoon (Jalanko 2017f). Terveydenhuoltoon tulee olla yhteydessä, jos epäilee lapsella olevan keuhko-oireita kuten vinkuvaa yskää (Lapsen kuume 2015).

Lapsi voi palata takaisin päiväkotiin yhden täysin kuumeettoman päivän jälkeen. Ylähengitystieinfektion oireista kärsivän lapsen voi viedä päiväkotiin, jos lapsen yleistila ja kuume sen sallivat. (Jalanko 2017c.) Niinikoski (2016) on samaa mieltä siitä, että lapsi voi palata päiväkotiin yhden kuumeettoman vuorokauden jälkeen.

4.2 Ylähengitystieinfektio

Ylähengitystieinfektio on virusperäinen infektio ja se on lasten yleisin sairaus sekä yleisin kuumeen aiheuttaja (Jalanko 2016a). Terveestä väestöstä lapset ovat kahdesta viiteen kertaa alttiimpia sairastumaan ylähengitystieinfektioihin vuodessa kuin aikuiset (Kumpu 2016). Yhdestä kolmeen vuotias lapsi sairastaa ylähengitystieinfektion neljästä kahdeksaan kertaa vuodessa. Lapsen kasvaessa sairastettujen ylähengitystieinfektioiden määrä vähenee kahdesta neljään kertaan vuodessa. Ylähengitystieinfektio on normaali myös alle vuoden ikäisillä lapsilla. Päiväkoti altistaa lapsia sairastamaan ylähengitystieinfektioita toistuvasti, sillä se tarttuu lapsista toisiin. (Peltola 2016 234.) Tartuntojen lisääntymisen seurauksena voi lapsella ilmetä monta sairastelua peräkkäin päivähoiton aloittamisen jälkeen (Jalanko 2017b). Pohjoisella pallonpuoliskolla ylähengitystieinfektioita ilmenee enenevästi syksyllä, eniten talviaikaan ja vähenevästi keväällä (Kumpu 2016).

Ylähengitystieinfektio on viruksen aiheuttama ja johtuu aina virustartunnasta eikä esimerkiksi kylmettymisestä (Jalanko 2017b). Hengitystieinfektioita aiheuttavia viruksia ovat mm. rino-, adeno-, influenssa A- ja B-virukset. Rinovirus on yleisin ylähengitystieinfektioita aiheuttava virus ja niitä on olemassa 150 eri tyyppiä, jotka jaetaan alalajeihin. (Peltola 2016, 235.) Adenoviruksia tunnetaan yli 50 tyyppiä. Adenovirusta esiintyy ympäri vuoden ja se aiheuttaa useimmiten hengitystieinfektioita. (THL 2013.) Influenssaviruksista vuosittaisia epidemioita aiheuttavat influenssa A ja B-tyypit.

B-influenssatyypit aiheuttavat lievempiä epidemioita kuin tyypin A-virukset. (THL 2016a.) Tutkimuksen mukaan rinovirukset ja RSV aiheuttavat suurimman osan alle kaksivuotiaiden ylähengitystieinfektioista (Nokso-Koivisto 2004). RSV:llä tarkoitetaan lyhennettä sanoista respiratory syncytial virus. Se on keuhkojen ilmatiehyisiin hakeutuva virus, joka aiheuttaa infektoita etenkin talviaikaan. (THL 2017b.) Ylähengitystieinfektio tarttuu hengitystie-eritteiden kautta kosketus- ja pisaratartuntana lapselta toiseen lähikontakteissa sekä pintojen välityksellä (Jalanko 2016b; Peltola 2016, 234). Ylähengitystieinfektion itämisaika on 24–72 tuntia riippuen viruksesta, joka sen aiheuttaa (Jalanko 2016a). Itämisajalla tarkoitetaan aikaa tartunnasta oireiden ilmenemiseen (Jalanko 2017b).

Ylähengitystieinfektion oireisiin kuuluvat yskä, kurkkukipu, nenän tukkoisuus ja vetinen erite, väsymys, päänsärky sekä lapsilla usein lämpöily tai kuume (Peltola 2016, 235). Yskä on hengitysteiden suojaava reaktio kurkun ärsytykselle ja tulehdukselle. Yskää aiheuttavat hengitysteiden hermopäätteet, jotka pyrkivät poistamaan limaa. (Jalanko 2017k.) Ylähengitystieinfektio alkaa useimmiten nuhalla sekä kurkkukivulla ja jatkuu muutaman päivän kuluttua yskällä. Yleisoina saattaa esiintyä kuumetta ja vilunväristyksiä. (Jalanko 2016a; Jalanko 2017b.) Ylähengitystieinfektion edetessä vetinen nenäerite muuttuu paksummaksi. Kokonaisuudessaan tauti voi kestää yhdestä kahteen viikkoa. (Peltola 2016, 235.) Ylähengitystieinfektioon kuuluva nenän vuotaminen ja tukkoisuus saavuttaa huippunsa kahdesta kolmeen päivän kuluessa taudin alkamisesta ja yskä on pahimmillaan neljäntenä päivänä oireiden alkamisesta. Useimmat taudin oireet hellittävät ensimmäisen viikon aikana sairastumisesta. (Kumpu 2016.)

Ylähengitystieinfektion diagnosointi perustuu lapsen taudinkuvaan eli oireisiin. Laboratoriokokeita ei useimmiten tarvita. Keuhkoputkentulehdusta voidaan epäillä, kun ylähengitystieinfektioon liittyy uloshengityksen vaikeutumista ja vinkumista. Epäilyn keuhkokuumeesta saa aikaan potilaan alentunut yleistila ja hengityksen ritinä tai tiheys. Yli kahden viikon mittaisiksi pitkittyneet oireet tai kivut ja turvotus poskilla voivat johtua sivuonteloiden tulehduksesta. (Peltola 2016, 235.)

Ylähengitystieinfektion hoito koostuu levosta, nesteytyksestä huolehtimisesta sekä tarvittaessa kuume- ja kipulääkkeistä. Niistäminen on paras hoito nuhaan, mutta useimmiten lapset eivät sitä osaa. Tällöin nenäerite tukkii lapsen sieraimia aiheuttaen hengityksen vaikeutumista tai se painuu nieluun aiheuttaen nielun ärsytystä. Etenkin yöaikaan nämä saavat aikaan hengitysvaikeutta ja yskimistä aiheuttaen lapsen unen häiriintymistä. Tukkoisen nenän hoitoon auttavat keittosuolatipat ja sumutteet. Sumutteita tai tippoja, jotka supistavat verisuonia, voidaan käyttää maksimissaan viisi vuorokautta yhtäjaksoisesti. Lapsen hengittämistä yöaikaan voidaan parantaa kohottamalla sängynpäätä ylemmäs. Yöllisen yskän hoitoon on todettu olevan apua parista illalla nautitusta hunajalusi-kallisesta. (Jalanko 2017b.) Hunajaa tulee käyttää vain lapsen ollessa yli yksivuotias (Käypä hoito 2015).

Ylähengitystieinfektiota vastaan ei ole rokotteta, jolla sitä voitaisiin ehkäistä. Influenssarokote tehoaa vain influenssaviruksiin (Jalanko 2017b). Yskänlääkkeistä tai muista oireen mukaisista lääkkeistä ei ole juurikaan hyötyä, jos kyseessä ei ole bakteerin aiheuttama infektio (Peltola 2016, 235).

Yskänlääkkeiden käyttöä lapsilla ei suositella lääkkeiden haittavaikutusten takia (Jylkkä, Korppi, Immonen, 2014; Käypähoito 2015; Niiniskoski 2016).

Terveydenhuoltoon on syytä ottaa yhteyttä, jos lapsen hengitys muuttuu vinkuvaksi, puuskittaiseksi tai tiheäksi. Lisäksi jos lapsen silmät alkavat rähmiä tai lapsi muuttuu kivuliaaksi ja alkaa heräillä yöllä, on syytä olla yhteydessä terveydenhuoltoon. Lapsi tulee viedä terveydenhuoltoon tutkittavaksi, mikäli lapsen ylähengitystieinfektio on kestänyt yli kaksi viikkoa. (Jalanko 2017b.)

Kuumeeton nuha ja yskä eivät ole este päivähoitoon menemiselle, elleivät ne häiritse lapsen yleistiilaa tai päivähoiton toimintaa. Lapsi jolla on ylähengitystieinfektio, voidaan viedä hoitoon yhden kuumeettoman päivän jälkeen, jos lapsen yleisvointi on hyvä. (Jalanko 2017c.) Taudin leviämistä voidaan ehkäistä pääasiassa huolellisella käsienpesulla. Nenäliinaan tai hihaan yskiminen ja aivastaminen vähentävät virusten leviämistä pisaratartuntana. Lisäksi lelujen peseminen ylähengitystieinfektio-kauden aikana on hyödyllistä päiväkodissa. (Jalanko 2017b.)

4.3 Äkillinen välikorvatulehdus

Äkillinen välikorvatulehdus on yleinen päiväkotikäisten lasten infektio ja sen sairastaa noin 70 prosenttia alle kaksivuotiaista ainakin kerran elämänsä aikana (Ruohola ja Renko 2016, 238–239). Alle kolmevuotiaista lapsista yli 80 prosenttia sairastaa äkillisen korvatulehduksen ainakin kerran ennen kolmatta ikävuotta (Laulajainen-Hongisto 2016, 20). Toistuvista välikorvatulehduksista kärsii noin joka viides lapsi (Ruohola ja Renko 2016, 238).

Anatomisten tekijöiden, kuten korvatorven lyhyden ja horisontaalisuuden, lisäksi pieniä lapsia altistaa välikorvatulehduksille kypsytymättömän puolustusmekanismi (Ruohola ja Renko 2016, 238–239). Välikorvatulehduksista edeltää usein hengitystieinfektio, sillä nielu ja välikorva ovat yhteydessä toisiinsa korvatorven välityksellä. Hengitystieinfektioon liittyvä limakalvojen turpoaminen ja limaneritys ahauttaa korvatorvea jolloin sen toiminta häiriintyy. (Jalanko 2017e.) Tällöin välikorvaan muodostuu alipainetta, joka aiheuttaa eritteen muodostumista välikorvaontelossa. Korvatorven toimintahäiriö vaikeuttaa eritteiden kulkeutumista välikorvasta pois. Tulehdusreaktion takia korvatorven suojausmekanismi heikentyy, jolloin bakteerit ja virukset pääsevät nenänielusta välikorvaan. Bakteerien ja viruksien päästessä välikorvaan ne lisääntyvät ja aiheuttavat paikallisen tulehdusreaktion, jonka seurauksena välikorvaan syntyy eritettä. (Ruohola ja Renko 2016, 239.)

Äkillinen välikorvatulehdus ilmenee usein virusten ja bakteerien aiheuttamana sekainfektioina (Laulajainen-Hongisto 2016, 20). Äkillistä välikorvatulehduksista aiheuttavia bakteereja lapsilla ovat usein *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ja *Moraxella catarrhalis* (Laulajainen-Hongisto 2016, 20; Ruohola ja Renko 2016, 238). Tulehdukselle altistavia tekijöitä ovat hengitystieinfektio, alle kahden vuoden ikä, tutin käyttö, ensimmäinen sairastettu korvatulehdus alle yhdeksän kuukauden iässä, vanhempien tupakointi ja perimän vaikutus (Ruohola ja Renko 2016, 239).

Lapsilla äkillinen välikorvatulehdus ilmaantuu useimmiten kolmesta neljään päivän kuluessa ylähengitystieinfektio-oireiden ilmestymisestä, mutta se voi alkaa myös ilman näitä oireita. Äkillinen välikorvatulehdus voi kehittyä myös yli viikon kestäneiden ylähengitystieinfektio-oireiden jälkeen. (Ruohola ja Renko 2016, 238–239.) Äkillisen välikorvatulehduksen taudinkuvassa voi esiintyä korvakipua, tukkoisuutta, nuhaisuutta, yskää ja osalla kuumetta. Korvista voi myös vuotaa märkäistä eritettä. Vuotoa aiheutuu, jos välikorvaa ulkoapäin suojaava tärykalvo puhkeaa. Tällöin välikorvan erite pääsee valumaan korvakäytävää pitkin pois. (Jalanko 2017e.) Korvakivun lisäksi äkillisen välikorvatulehduksen oireisiin voi liittyä kuulon aleneminen (Kumpu 2016). Pienillä lapsilla oireet voivat ilmetä yölevottomuutena ja korvien haromisena. Yölevottomuutta voi aiheuttaa välikorvassa oleva märkä joka painaa tärykalvoa makuuasennossa. Imeväisikäisillä korvien harominen ja yölevottomuus saattavat johtua myös väsymyksestä. (Jalanko 2017e.)

Välikorvatulehdus diagnosoidaan eli todetaan, jos lapsella havaitaan märkäistä eritettä välikorvassa tai tulehduksen merkkejä, kuten punoitusta ja turvotusta tärykalvossa (Ruohola ja Renko 2016, 238–239). Korvatulehduksen toteamiseksi tehdään korvan tutkiminen korvalampulla eli otoskoopilla (Jalanko 2017e). Tympanometria on kivuton tutkimus, joka kertoo graafisella käyrällä välikorvan paineesta ja eritteen määrästä sekä tärykalvon liikkuvuudesta (Ruohola ja Renko 2016, 239–240). Tympanometrialla tarkoitetaan tärykalvon liikkuvuutta mittaavaa tutkimusta, joka tehdään korvakäytävän ilmanpainetta muuttamalla (Tympanometria eli tärykalvon liikkuvuustutkimus 2017). Tympanogrammi kertoo tympanometrian tuloksen tuloskäyränä (Jero 2017). Sen käyttö on tutkitusti luotettava tapa tutkia, onko välikorvassa eritettä sekä poissulkea välikorvatulehduksen mahdollisuus (Laine 2015).

Välikorvatulehduksen hoidon tavoitteena on lapsen oireettomuus ja tulehduksen paraneminen. Hoito mahdollistaa eritteen poistumisen välikorvasta ja kuulon parantumisen (Heikkinen 2008). Välikorvatulehduksen hoitoon käytetään eripituisia lääkärin määräämiä antibioottikuureja. Antibiootin valintaan vaikuttaa lapsen ikä, allergiat sekä aiemmin saadut lääkkeet. Useimmiten tulehdus korvassa alkaa rauhoittua kolmen päivän kuluessa antibiootin aloituksesta. (Jalanko 2017e.)

Antibioottien tarpeellisuudesta välikorvatulehduksen hoidossa ei kuitenkaan ole yksiselitteistä näyttöä. Laulajainen-Hongiston (2016, 20) mukaan 80 prosenttia välikorvatulehduksista paranee ilman antibioottihoitoa kolmen päivän sisällä. Ruoholan ja Rengon (2016, 243) mukaan tilanteen seuraaminen lääkityksen sijasta sopii vaihtoehdoksi, jos lapsella ei ole merkittäviä oireita.

Tähtisen (2012) mukaan tehokas hoitomuoto äkilliseen välikorvatulehdukseen kuitenkin on antibioottilääkitys. Antibioottilääkityksen viivästyksellä ei tutkimuksessa havaittu olevan heikentävää vaikutusta paranemiseen, mutta se saattoi hidastaa oireiden häviämistä, huonontaa lapsen vointia ja lisätä poissaolopäiviä päivähoidosta. (Tähtinen 2012). Heikkisen (2008) viittaamassa McCormickin ym. (2005) tutkimuksessa tutkittiin välikorvatulehduksista sairastavia satunnaistettuja lapsiryhmiä, jossa toinen ryhmä sai antibioottia ja toista seurattiin ilman antibioottia. Tutkimuksesta rajattiin pois vaikeaoireiset välikorvatulehdukset. Tutkimuksen mukaan antibioottia saaneet lapset olivat nopeam-

min oireettomia, käyttivät kipulääkkeitä vähemmän ja hoito onnistui paremmin, kuin seurantaryhmään kuuluneilla lapsilla. Myös tympanometrian ja otoskopian mukaan heidän korvansa paranivat nopeammin kuin seurantaan jääneen ryhmän lapsilla. (Heikkinen 2008.)

Välikorvatulehduksen hoitoon kuuluu kipulääkitys. Ensisijainen kipulääke on parasetamoli ja sen lisäksi voi olla ibuprofeini tai naprokseeni (Ruohola ja Renko 2016, 243). Märkää vuotavan korvan hoitoon kuuluu korvan suojaaminen vedeltä esimerkiksi suihkussa käydessä. Korva voidaan suojata vedeltä apteekista saatavilla silikonitulpilla. Korvatulehduksen jälkeen lapselle tehdään jälkitarkastus noin kuukauden kuluttua ensimmäisestä käynnistä. Käynnillä katsotaan, onko korvassa märkää tai muutakaan eritettä. (Jalanko 2017e.) Välikorvatulehdusten tiheää esiintymistä eli korvatulehduskierrettä voidaan ehkäistä tärykalvon ilmastointiputkilla (Käypähoito 2016). Terveystarkastukseen tulee ottaa yhteyttä, mikäli yli leikki-ikäinen lapsi sanoo korvan olevan kipeä, korva vuotaa märkää tai jos herää epäily lapsen kuulon heikkenemisestä (Jalanko 2017e).

Välikorvatulehdukset vähenevät lapsilla iän myötä. Tärkein tapa ehkäistä välikorvatulehdusta on vähentää altistumista infektioille. Toimilla, joilla saadaan ylähengitystieinfektioita vähennettyä, saadaan vähennettyä välikorvatulehduksia. Lisäksi ksylitolin säännöllisellä käytöllä päivittäin on ehkäisevä vaikutus välikorvatulehduksiin. (Ruohola ja Renko 2016, 239.) Äkillinen välikorvatulehdus ei tartu lapsesta toiseen (Jalanko 2017e). Lasta ei tarvitse eristää päivähoitosta, mikäli vointi on normaali, eikä lapsella ole kuumetta (Jalanko 2017c).

4.4 Silmän sidekalvotulehdus

Silmän sidekalvotulehdus on yleinen tartuntatauti lapsilla ja se infektoituu monesti ylähengitystieinfektion yhteydessä. Lapsista noin joka kahdeksas sairastaa vuosittain silmän sidekalvotulehduksen. (Tapiainen 2016, 233.) Sidekalvo peittää uloimpana silmämunan valkoista osaa, eli kovakalvoa ja se on rakenteeltaan kelmumainen (Seppänen 2017b). Silmän sidekalvotulehdusta aiheuttavat useimmiten virukset ja bakteerit. Bakteereista yleisimpiä aiheuttajia ovat esimerkiksi *Haemophilus influenzae* ja *Streptococcus pneumoniae* ja viruksista adenovirukset. (Tapiainen 2016, 233.) Tulehduksen taustalla voi olla silmän ärsytys, kuten roska silmässä, tai allergia. Silmän sidekalvotulehdukselle altistavia sairauksia ovat atopia, samanaikainen virustauti, silmäluomen- tai sarveiskalvotulehdus, sekä yllä mainittu ylähengitystieinfektio. Tulehdukselle voi altistaa myös likaisen veden joutuminen silmiin esimerkiksi uimassa. (Seppänen 2017b.) Silmän sidekalvotulehdus tarttuu helposti käsien välityksellä (Silmän sidekalvotulehdus (konjunktiviitti) 2017).

Oireina silmän sidekalvotulehduksessa ovat silmien punoitus ja turvotus, rähmiminen, kirvely sekä yhteen liimaantuneet luomet yön jäljiltä (Tapiainen 2016, 233). Tapiaisen (2016) mukaan silmän sidekalvotulehduksen oireiden perusteella ei voida todeta sen aiheuttajaa. Toisaalta Seppäsen (2017b) mukaan rähmäinen ja märkäinen erite silmissä voi viitata bakteeritulehdukseen, kun taas vetistely ja valonarkuus virusinfektioon. Jalangon (2017h) mukaan kyseessä on viruksen aiheuttama

infektio, jos lapsella on ylähengitystieinfektio, jonka oireisiin liittyy silmien vetistely ja punoitus. Kyseessä on bakteerin aiheuttama infektio, jos lapsen ylähengitystieinfektion oireisiin liittyy silmien rähimistä ja punoitusta (Jalanko 2017h).

Silmän sidekalvotulehduksen diagnosointi voidaan tehdä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla (Seppänen 2017b). Tulehduksen alkuvaiheessa diagnosointi ja hoito päätetään taudinkuvan perusteella, mutta tulehduksen pitkittyessä voidaan silmän pinnalta ottaa näytteitä taudinaiheuttajasta. Taudin pitkittyessä ja hoidon ollessa tehoton, on silmälääkärin tutkimus tarpeen. (Seppänen 2017a.) Diagnostiikka voidaan selvittää myös tutkimuksilla joita ovat esimerkiksi näöntarkkuuden tutkiminen ja silmänpinnan fluoreseiinivärjäys. Näillä tutkimuksilla pyritään sulkemaan pois muut oireiden aiheuttajat kuten sarveiskalvon tulehdus. (Seppänen 2017b.)

Lievä silmän sidekalvotulehdus paranee muutamassa päivässä ilman lääkärin määräämää antibioottihoitoa. Kotioloissa lievää silmän sidekalvotulehdusta tulee hoitaa puhdistamalla silmistä rähmät pois vedellä kostutetulla vanulla. Tämä estää bakteereiden lisääntymisen ja leviämisen. Silmän sidekalvotulehduksen lääkehoito aloitetaan tulehduksen kestäessä muutaman päivän ajan ilman oireiden hellyttämistä. Tällöin silmistä voidaan ottaa bakteeri- ja virusnäytteet, joiden perusteella aloitetaan tulehduksen lääkehoito. (Seppänen 2017b.) Silmän sidekalvotulehduksen lääkehoitoon kuuluvat lääkärin määräämät antibioottisilmätipat ja salvat. Lasten silmän sidekalvotulehduksia hoidetaan Suomessa mm. kloramfenikolia ja fusidiinihappoa sisältävillä mikrobilääkevalmisteilla. (Seppänen 2017b; Tapiainen 2016, 234.) Tapiaisen (2016, 233–234) mukaan mikrobilääkkeillä ei ole selvää vaikutusta silmän parantumisen nopeuteen.

Ennen silmätippojen laittamista lapsen silmä puhdistetaan rähmästä vedellä edeten ulkonurkasta sisänurkkaan päin (Silmätulehdukset 2016). Silmätippa laitetaan lapselle pää taaksepäin kallistettuna tai makuuasennossa. Lasta ohjataan katsomaan ylöspäin ja tämän jälkeen silmätippa laitetaan luomirakoon venyttäen alaluomea alaspäin. Tipan laitton jälkeen silmää pidetään hetki kiinni, jotta lääke leviää tasaisesti koko silmämunan päälle. Silmien räpyttelyä tulee välttää, jottei lääke valuisi silmästä pois. Silmätippapullo ei saa osua silmään tai ripsiin tippojen laitton aikana. Lääkkeen valuessa pois silmistä se pyyhitään pois, jotta se ei ärsytä silmänympäryksen ihoaluetta. Useampien tippojen samanaikaisessa käytössä laitetaan laimeat ja vesiliukoiset tipat ensin, vahvemmat ja rasvaliukoiset tipat sen jälkeen ja viimeisenä voiteet. Tippojen laittamisen välissä tulee pitää viiden minuutin tauko. Silmävoiteet laitetaan silmäluomea alaspäin vetämällä sidekalvotaskuun tai yläluomen alle. Silmävoide saattaa sumentaa näköä parin minuutin ajaksi. (Iivanainen ja Syväoja 2011, 267–268.) Silmätippojen käyttöä tulee jatkaa muutama päivä oireiden loppumisen jälkeen (Jalanko 2017h).

Terveydenhuoltoon tulee olla yhteydessä, mikäli tulehduksen oireet eivät hellitä tai niihin liittyy kipua, näön huononemista tai silmän alueen turvotusta (Seppänen 2017b). Terveydenhuoltoon tulee hakeutua vuorokauden sisällä, jos oireina on valonarkuutta ja kirkasta nestevuotoa. Lapsen silmäoireiden ollessa voimakkaat ja niihin liittyessä silmäluomen turvotusta sekä yleisvoimien laskua, tulee lapsi viedä terveydenhuollon tutkittavaksi viipymättä. (Seppänen 2017c.) Lapsen ei tarvitse olla poissa päivähoitosta silmän sidekalvotulehduksen takia, sillä sen aiheuttajia ovat samat virukset ja

bakteerit kuin lähengitystieinfektioissa (Seppänen 2017b; Jalanko 2017c; Silmätulehdukset 2016). Päivähoidossa voidaan ehkäistä tulehduksen leviämistä hyvällä käsihygienialla ja välttämällä silmien hieromista (Silmätulehdukset 2016).

4.5 Suolistoinfektiot

Suolistoinfektiot ovat toiseksi yleisimpiä infektioita Suomessa (Loginov, Mannonen ja Lappalainen 2016). Suolistoinfektion oireena on ripuli. Oire määritellään ripuliksi, kun vetisen löysää ulostetta on tullut neljästi vuorokauden aikana tai kolmesti kahdeksan tunnin aikana. Usein ripuliin liittyy myös pahoinvointia ja oksentelua (Lumio 2017d.) Suomessa esiintyy talvisin ja keväisin virusten aiheuttamia ripuli- ja oksennustauti epidemioita (Mattila ja Järvinen 2011, 475). Jalangon (2017i) mukaan yli puolet lapsista on sairastanut ainakin yhden suolistoinfektion ennen kahden vuoden ikää.

Suolistoinfektioita yleisimmin aiheuttavat adenovirukset ja kalkkivirusryhmä. Adenoviruksia esiintyy ympäri vuoden ja kalkkivirukset aiheuttavat nopeasti ohimenevää oksentelua myös aikuisissa. Kalkki- ja adenoviruksia vastaan ole ole rokotetta. (Jalanko 2017i.) Lisäksi suolistoinfektioita aiheuttaa myös norovirus ja rotavirus (THL 2017a). Norovirukset ovat maailmanlaajuisesti tunnetuimpia viruksia, jotka aiheuttavat ripulitauteja sekä lapsilla että aikuisilla (Räsänen 2016b, 268). Suomessa vuonna 2014 tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin aikuisten ja lasten norovirustapauksia yhteensä 1316 kappaletta (Loginov ym. 2016). THL:n tekemän raportin mukaan vuonna 2015 norovirusta sairasti 2164 henkilöä ja suurin osa tapauksista ilmeni tammi-toukokuussa (THL 2017a). Rotavirus on maailmanlaajuisesti lapsille vaikeita suolistoinfektioita aiheuttava virus (Loginov ym. 2016). Suomessa kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluu rotavirusrokote. Rotavirusrokotetta annetaan neuvolassa kolme annosta; kahden, kolmen ja viiden kuukauden iässä. (Mattila ja Järvinen 2011, 492; Loginov ym. 2016.) Rokote otettiin Suomessa rokotusohjelmaan vuonna 2009 (Turunen, Leino, Pirhonen ja Al-Hello 2016). Rokote ei täysin estä rotaviruksen tarttumista, mutta vaikeat tautitapaukset ovat sen myötä vähentyneet (Mattila ja Järvinen 2011, 492; Loginov ym. 2016). Rotavirustartuntoja ilmoitettiin tartuntatautirekisteriin 274 vuonna 2014 (Loginov ym. 2016). THL:n mukaan pienten lasten rokotaminen rotavirusta vastaan on vähentänyt taudin ilmaantuvuutta alle 5-vuotiailla ja rokotteen myötä tautitapaukset on saatu alle 500 vuodessa (Turunen ym. 2016).

Bakteerien, kuten salmonellan aiheuttamia ripulitauteja esiintyy Suomessa harvemmin kuin virusten aiheuttamia suolistoinfektioita. Niiden aiheuttamat oireet ovat useimmiten peräisin ulkomaanmatkoilta, pilaantuneesta vedestä tai ruoasta. Suomessa ruoasta ja juomasta johtuneet suolistotulehdukset ovat mahdollisia etenkin kesäaikaan. (Jalanko 2017i.)

Suolistoinfektion oireet ovat yleensä samankaltaisia riippumatta taudin aiheuttajasta. Tyypillisiä oireita ovat vatsakipu, oksentelu, ripulointi ja lievä kuume. (Räsänen 2016b, 268.) Lisäksi oireisiin voi kuulua myös ruokahaluttomuus (Jalanko 2017i). Vatsataudin kirjo vaihtelee vakavasta oireettomaan (Räsänen 2016b, 268). Ripulitaudit tarttuvat lapsesta toiseen kosketustartuntana ripuliulosteen joutuessa lapsen käsiin. Tarttuminen voi tapahtua myös lelujen kautta, sillä osa viruksista, kuten

adenovirus, pysyy hengissä muovipinnoilla. Kalkkivirus voi tarttua juomien ja ruoka-aineiden välityksellä. (Jalanko 2017i.) Lieväkin suolistoinfektio voi tarttua lapsesta toiseen (Räsänen 2016b, 268). Taudin ehkäisyssä tärkeintä on hyvä käsihygienia (Loginov ym. 2016).

Adenovirusten itämisaika on kolmesta kymmeneen vuorokautta, kun taas kalkkiviruksen aiheuttama oksentelu voi alkaa jo 10 tunnin kuluessa tartunnasta. Adenovirusten aiheuttamaan tautiin kuuluu sekä oksentelua että ripulointia. Kalkkiviruksen aiheuttama tauti kestää yhdestä neljään vuorokautta ja oireina ovat oksentelu ja lievä ripuli. (Jalanko 2017i.)

Rotavirusinfektion itämisaika on kaksi vuorokautta ja oireet kestävät yleensä viisi vuorokautta (Mattila ja Järvinen 2011, 492; Räsänen 2016b, 268). Lapsi sairastaa ensimmäisen rotavirusinfektionsa yleensä 6 kk-2 vuoden ikäisenä (Mattila ja Järvinen 2011; Lappalainen 2015; Räsänen 2016b, 268). Ensimmäinen rotavirusinfektio on hyvin voimakasoireinen ja johtaa nopeasti elimistön kuivumiseen (Mattila ja Järvinen 2011, 492). Rotaviruksen yleisimmät oireet ovat vetinen ripuli, kuume ja oksentelu (Mattila ja Järvinen 2011, 492; Räsänen 2016b, 268). Rotavirusinfektion alkaa yleensä kuumella, jota seuraa oksentelu (Jalanko 2017i). Tämän jälkeen tulee ripulivaihe, joka saattaa kestää Jalangon (2017i) mukaan jopa 3–14 vuorokautta. Etenkin pienillä potilailla yli viikon kestänyt ripulointi on yleistä. Rotavirus on erittäin tarttuva ja tarttuu yleisesti ulosteen kautta (Mattila ja Järvinen 2011, 492; Räsänen 2016b, 268). Rotavirusinfektion voi todeta ulostenäytteestä, paras näytteenotto ajankohta olisi kolmen-viiden päivän kuluessa oireiden alkamisesta (Mattila ja Järvinen 2011, 492). Sairastettuaan yhden rotavirustyyppin infektion se antaa suojan osittain muita tyyppejä vastaan (Mattila ja Järvinen 2011, 492; Räsänen 2016a).

Norovirusinfektion itämisaika on 24–30 tuntia, oireet kestävät kahdesta kolmeen vuorokautta. Äkillisesti alkava pahoinvointi, oksentelu, ripuli, päänsärky, vatsakipu, väsymys sekä lievä kuume, ovat noroviruksen yleisimpiä oireita. Norovirus voi ilmetä myös lähes tai täysin oireettomana. (Mattila ja Järvinen 2011, 493; Räsänen 2016b.) Norovirus tarttuu erittäin herkästi pintojen, elintarvikkeiden, veden ja suoran kosketuksen kautta. Virus tarttuu myös pisaratartuntana esimerkiksi oksentessa. (Loginov ym. 2016.)

Suolistoinfektion hoidossa on tärkeintä turvata lapsen nesteensaanti. Lapsen tulee antaa syödä ja juoda sitä mikä hänelle maistuu, mutta voimakkaasti maustettuja ruokia ja sokerisia juomia tulee välttää. (Lasten vatsatauti 2017.) Sokeristen juomien välttämistä suositellaan, sillä sokeri kerää suolistoon nestettä ja voi pahentaa ripulin oireita. Kylmät ja kuumat juomat voivat aiheuttaa ruuansulatuskanavan supistuksia, joten vatsataudissa suositellaan haaleiden nesteiden nauttimista. Sopivia nesteitä ovat esimerkiksi laimeat mehut, vesi, mehukeitot ja liha- tai kasvisliemet. (Koponen 2015.) Maitotuotteita ja maitoa voi käyttää turvallisesti (Jalanko 2017i).

Nesteitä tulisi nauttia pieni määrä, kuten alle desilitra, kerrallaan. Jos tämä lisää oksentelua, tulee odottaa pari tuntia ja kokeilla sitten uudestaan (Mustajoki 2017b). Jalangon (2017i) mukaan nesteitä kannattaa ottaa lusikoiden, sillä nesteiden nauttiminen pieninä määrinä vähentää oksentamisen vaaraa. Taulukossa 2. kuvataan lapsen lievöoireisen suolistoinfektion aiheuttamaa vuorokautista nestetarvetta painoon suhteutettuna. Taulukon arvot ovat vähimmäisarvoja ja nesteitä saa nauttia enemmän. (Jalanko 2017i.)

TAULUKKO 2. Lievöoireisen suolistoinfektion aiheuttama vuorokautinen nestetarve lapsella (Jalanko 2017i.)

Lapsen paino	Juotava määrä
10 kg	10 dl
12 kg	11 dl
15 kg	12 dl
20 kg	15 dl
25 kg	16 dl
30 kg	17 dl

Suolistoinfektion hoidossa voidaan käyttää myös apteekista saatavia suola- ja nestetasapainoa korjaavia ripulijuomia sekä suolen toimintaa rauhoittavia lääkkeitä. Lisäksi maitohappobakteerit voivat auttaa suolistoinfektion oireisiin. (Koponen 2015.) Ripulijuoman tarkoitus on korvata ripuloinnissa ja oksentelussa menetettyjä suoloja, mutta sitä ei tule käyttää normaalin ruuan ja juoman sijasta. Ripulijuoma on lääke, joten sen käytössä tulee noudattaa pakkauksen ohjeita. Ripulijuomaa saa ilman reseptiä apteekista. (Jalanko 2017i.)

Ripuloivan lapsen yleisvointia tulee seurata ja juomisten, syömisten sekä virtsan määriä kirjata ylös. Painoa tulee seurata päivittäin (Jalanko 2017i). Lapsi tulee viedä terveydenhuollon tutkittavaksi, jos ilmenee yhtämittaista oksentelua tai ripulia, painon laskua tai yleistilan heikkenemistä, jolloin lapsi on väsynyt ja veltto. Terveydenhuoltoon tulee olla yhteydessä, mikäli ulosteessa on verta, ripulointi jatkuu yli kolme vuorokautta tai siihen liittyy korkea yli 39 asteen kuume. (Lasten vatsatauti 2017.) Lisäksi jos lapsella ilmenee kuivumisen merkkejä, kuten virtsamäärien vähenemistä, limakalvojen kuivumista, ihon kimmoisuuden vähenemistä tai uupumusta, tulee hänet viedä terveydenhuollon tutkittavaksi (Koponen 2015). Terveydenhuoltoon tulee ottaa yhteyttä, jos ripulitartunta on peräisin ulkomaanmatkalta tai alle puolivuotias lapsi ripuloi tai oksentelee (Lasten vatsatauti 2017). Terveydenhuoltoon tulee hakeutua välittömästi, jos oksennuksessa on verta tai äkillisesti alkaneeseen oksenteluun liittyy kova päänsärky ilman migreenitaustaa. Terveydenhuoltoon tulee ottaa yhteyttä muutaman tunnin kuluessa vuorokauden ajasta riippumatta, jos lapsella on vatsakipua, johon liittyy rajuja oksennuksia ilman ripulia tai jos lapsen yleistila laskee huomattavasti oksentelun myötä. (Mustajoki 2017b.)

Lapsi jolla on suolistoinfektion oireita, hoidetaan kotona ja hän voi palata päivähöitoön vasta oireiden poistuttua. Mikäli lapsella havaitaan salmonellabakteeri, lapsi eristetään päivähöidosta vähintään seitsemän vuorokauden ajaksi diagnoosin toteamisen jälkeen. Eristämistarve päivähöidosta päättyy, kun lapsi on ollut vähintään kaksi vuorokautta oireeton. (Jalanko 2017c.) Jos lapsen suolistoinfektion aiheuttaja on norovirus, tulee lapsen olla höidosta pois vielä kaksi päivää ripuloinnin tai oksentelun päättyttyä (Lumio 2017c).

5 ROKKOTAUDIT

Rokkotauti on yleisnimitys erilaisille virus- tai bakteeriperäisille taudeille, jotka aiheuttavat iho-oireita (Joutjärvi 2013). Lasten sairastamiin rokkotauteihin liittyy tyypillisesti kuumetta ja iho-oireita. Rokkotaudit ovat tulirokkoa lukuun ottamatta viruksen aiheuttamia. (Aro ja Kaukinen 2012, 7.) Yleisimpiä rokkotauteja ovat vesirokon lisäksi enterorokko ja parvorokko. Rokkotaudit sairastetaan yleisesti vain kerran elämän aikana, poikkeuksena kuitenkin enterorokko, jonka voivat aiheuttaa useat eri virukset. Perusterveen lapsen ei yleensä tarvitse käydä rokkotaudin vuoksi lääkärissä. (Joutjärvi 2013.)

5.1 Vesirokko

Vesirokko on yleisin rokkotaudeista. Taudin aiheuttaja on erittäin tarttuva vesirokkovirus eli varicella-zoster. (Alila ja Mustajoki 2015.) Suomessa vesirokkoon sairastuu arviolta 57 000 henkilöä vuodessa (Turunen ja Leino 2016). Suurin osa väestöstä sairastaa vesirokon ennen kouluikää, jolloin tauti on yleensä lievä (Jalanko 2017j). Vesirokkorokote on kuulunut 1.9.2017 alkaen kansalliseen rokotusohjelmaan. Rokote tarjotaan kaikille 1,5–11-vuotiaille lapsille, jotka eivät ole vielä sairastaneet vesirokkoa. Rokotussarjaan kuuluu kaksi rokotetta, joiden minimiväli on kolme kuukautta. Rokotteet tarjotaan lapsille neuvolan ikävuositarkastuksissa. (THL 2017d.) Vesirokkorokotteen teho on paras perusterveillä lapsilla (Alila ja Mustajoki 2015).

Vesirokon itämisaika on 10–21 vuorokautta perusterveellä lapsella (Renko 2016c, 216). Virus tarttuu sairastuneen lapsen ihorakkuloiden eritteestä ja hengitysteistä ilma- pisara- ja kosketustartuntana (Turunen, Pekkanen ja Lyytikäinen 2016b). Vesirokolle altistumiseen riittää se, että on samassa tilassa rokkoa sairastavan kanssa. Vesirokko tarttuu lapsista toisiin helpoiten yhdestä kahteen päivää ennen rakkuloiden puhkeamista ja tarttuminen jatkuu kunnes kaikki rakkulat ovat kuivaneet eli viidestä seitsemään päivää. (Enlund-Cerullo 2015c.)

Vesirokossa lapsilla esiintyy yleisoireita, kuten kuumetta, ruokahaluttomuutta ja väsymystä ennen ihottuman puhkeamista (Jalanko 2017j; Turunen ym. 2016b). Infektio alkaa yleensä kuumeilulla ja tämän jälkeen keholle muodostuu ihottumaa. Ihottuman jälkeen keholle muodostuu kutiavia vesirakkuloita, joita voi ilmaantua myös suun limakalvoille ja hiuspohjaan. (Alila ja Mustajoki 2015.) Rakkulat samenevat ja rikkoutuvat tai painuvat keskeltä kasaan ja arpeutuvat muutamassa päivässä. Kolmen-neljän päivän ajan keholle muodostuu uusia rakkuloita. Vesirokko voi ilmetä myös hyvin lievästi, kuten muutamana rakkulana iholla. (Jalanko 2017j; Renko 2016, 216.)

Vesirokko diagnosoidaan taudinkuvan, eli rakkuloiden mukaan. Tauti voidaan todeta myös rakkulanesteestä tai veren vasta-aineista taudin jälkeen. (THL 2016f.) Vesirokko paranee itsestään viikon kuluessa ja sen hoito on oireiden lievittämistä (Alila ja Mustajoki 2015). Antihistamiinivalmisteita voi käyttää kutinan hoitoon ja mentolisprillä voi viilentää kutiavaa ihoa (Jalanko 2017j). Kuumetta voi alentaa tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla. (Alila ja Mustajoki 2015). Vesirokkoon käytetään lääkettä, asikloviiria, vain jos lapsen puolustusjärjestelmä on heikentynyt jonkin lääkityksen tai sairauden seurauksena (Jalanko 2017j).

Terveydenhuoltoon tulee ottaa yhteyttä, mikäli vesirokkoa sairastavan lapsen yleistila laskee, tautiin liittyy niskajäykkyyttä ja voimakasta päänsärkyä tai jos lapsen korkea kuume jatkuu useita päiviä. Terveydenhuoltoon täytyy olla yhteydessä myös, jos lapsi ei kykene syömään edes nestemäisiä ruokia rakkuloiden takia. (Enlund-Cerullo 2015c.) Lisäksi jos lapsella ilmenee kuumeilua vesirokon paranemisvaiheessa, on syytä ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon (Alila ja Mustajoki 2015). Jälkitaudit vesirokossa ovat harvinaisia, mutta yksi yleisimmistä ongelmista taudin jälkeen on ihon tulehtuminen raapimisen seurauksena. Tällöin iholle tulee bakteeritulehdus, joka ilmenee rakkuloiden ympäristön punoituksena ja märkimisenä. Bakteeritulehdus tulee hoitaa suun kautta otettavalla antibiootilla. (Jalanko 2017j.)

Lapsi voi palata päivähoitoon, kun uusia rakkuloita ei enää ilmene ja vanhat ovat rupeutuneet (Enlund-Cerullo 2015c). Jalanko (2017j) yhtyy tähän toteamalla, että vesirokkoa sairastava lapsi tulee hoitaa kotona kunnes rakkulat ovat kuivaneet. Suositeltu eristämisaika rakkuloiden ilmestymisestä on vähintään viisi vuorokautta (Jalanko 2017c).

5.2 Enterorokko

Enteroviruksen aiheuttamia epidemioita ilmenee Suomessa useimmiten myöhäiskesällä ja alkusyksystä (Jalava, Roivainen, Vuorinen, Blomqvist, Sepponen-Lavikko, Tomminen ja Lyytikäinen 2012). Enterorokkoa aiheuttaa jokin yli 60 enteroviruksesta. Enterovirus voi ilmetä muullakin tavoin kuin enterorokkona, kuten tavallisena ylähengitystieinfektiona. (Jalanko 2017a.) Enterorokkoa vastaan ei ole rokotetta (Saxen ja Anttila 2015). Enterovirukset lisääntyvät pääosin suolistossa ja tartunnan saanut lapsi erittää viruksia ulosteeseen viikkoja tartunnan jälkeen. Enterovirus tarttuu lapsesta toiseen. Tartunnan reitti on usein ulosteesta käsiin ja käsistä toiseen lapseen tai suuhun. Tartunta hengitystie-eritteiden kautta on myös mahdollista. (THL 2016b.)

Enterorokon itämisaika on kolmesta kuuteen vuorokautta (Lounamo 2009; Helminen 2016). Enterorokko on yleinen alle 10-vuotiailla lapsilla, mutta se voi tarttua myös aikuisiin perheenjäseniin. Käsienspesulla voidaan estää taudin leviämistä. (Jalanko 2017a.) Vuonna 2015 Suomessa ilmeni THL:n raportin mukaan enterovirus tapauksia 119, mikä on vähemmän kuin edellisinä vuosina. Eniten enteroviruksia ilmeni elo-joulukuussa. (Blomqvist 2016.)

Enterorokon yleisimmät oireet ovat kuume, kurkkukipu sekä rakkulat käsissä, jaloissa, suussa sekä muualla kehossa (Lounamo 2009; Helminen 2016). Kahdesta kolmeen päivää ennen ihottuman puhkeamista lapsella voi ilmetä nielukipua ja vatsavaivoja. Rokon paranemisvaiheessa iho voi hilseillä. Enterorokkoa on hankala erottaa vesirokosta samantyyppisten löydösten vuoksi. Enterorokossa rakkulat eivät kuitenkaan kutise juuri lainkaan ja ne esiintyvät pääsääntöisesti käsissä ja jaloissa. (Jalanko 2017a.) Sairastaneista 44 prosentilla on rakkuloita kielessä ja 66 prosentilla rakkuloita esiintyy käsissä ja jaloissa (Lounamo 2009). Enterorokon voi sairastaa useamminkin kuin kerran, sillä elimistö ei kehitä pitkäaikaista vastustuskykyä sitä vastaan ja enterorokkoa aiheuttavia viruksia on paljon (Enlund- Cerullo 2015a).

Enterorokkoon ei ole määriteltyä hoitoa ja se paranee yleensä viikon kuluessa ilman komplikaatioita (Helminen 2016). Tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää oireenmukaiseen hoitoon kuten kuumeeseen, päänsärkyyn sekä rakkuloiden aiheuttamaan kipuun (Enlund-Cerullo 2015a). Suuhun puhjenneet rakkulat saattavat aristaa, jolloin syöminen voi olla hankalaa. Tällöin lapselle tulee antaa nesteistä ravintoa kuten vellejä, juomisia ja jäätelöä. Jalkoihin puhjenneet rakkulat voivat aiheuttaa kipua ja häiritä näin lapsen kävelemistä. (Jalanko 2017a.) Lapsen kanssa tulee hakeutua terveydenhuoltoon, jos hänen yleisvointinsa laskee tai korkea kuume jatkuu usean päivän ajan. Mikäli enterorokkoon liittyy kovaa päänsärkyä ja niskajäykkyyttä, tulee lapsi viedä terveydenhuoltoon tutkittavaksi. (Enlund-Cerullo 2015a.)

Lapsen tulee olla päiväkodista poissa viisi vuorokautta rakkuloiden ilmenemisen jälkeen. Tartunnan leviämisen estämiseksi huolellinen käsihygienia on tärkeää. Kädet pestään runsaalla vedellä ja pesunesteellä tai saippualla erityisesti WC-käyntien tai vaippojen vaihdon jälkeen sekä ennen ruokailua. (Saxen ja Anttila 2015.)

5.3 Parvorokko

Parvorokko on parvovirus B19:n aiheuttama lievä rokkotauti. Parvorokko on yleinen 5–15-vuotiailla lapsilla. (Renko 2016c, 220.) Parvorokkovirus kuuluu erytrovirusten sukuun, ja kyseinen virus on löydetty ihmiseltä ensimmäisen kerran vuonna 1975. Parvorokkoa esiintyy eniten talven loppupuolella ja keväällä. Isompia parvorokkoepidemioita ilmenee neljän-seitsemän vuoden välein. (Vuorinen, Putto-Laurila ja Laine 2008.) Parvorokon itämisaika on 4–28 vuorokautta (Parvorokko lapsella, 2015). Parvorokko leviää kosketus- ja pisaratartuntana hengitystie-eritteiden välityksellä ja sen tarttuminen on runsainta ennen rokon ihottumavaihetta (THL 2015b). Parvorokko tunnetaan myös nimellä pikkurokko (Jalanko, 2017g).

Parvorokon on todettu olevan kaksivaiheinen. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluvat yleisoireet kuten kuume, lihaskivut, päänsärky ja pahoinvointi. Altistuskokeiden mukaan virus leviää verenkiertoon ja nieluun viikon kuluessa infektion alkamisesta. Rokon toiseen vaiheeseen kuuluvat ihottuma ja nivelkivut. (Vuorinen ym. 2008.) Ihottumavaihe alkaa viikon kuluessa yleisoireista ja se ilmenee poskiin muodostuvasta symmetrisestä punoituksesta. Ihottuma kasvoissa on tasainen ja kuumottava. Yh-

destä neljään vuorokauden kuluttua poskien ihottumasta alkaa ihottumaa syntyä vartaloon ja raajoihin. Raajoissa ihottuma muuttuu verkkomaiseksi. (Renko 2016c, 220.) Ihottuma kestää useimmiten kolmesta seitsemään vuorokautta, mutta sitä voi ilmaantua katoamisen jälkeen uudestaan viikkojen aikana (Parvorokko lapsella, 2015; Jalanko 2017g). Kasvojen alueen ihottuma voi hävitä muutama päivä, mutta raajaihottuma voi kestää useitakin viikkoja. (Renko 2016c, 220.) Lapsista noin 10 prosenttia kärsii parvorokon aiheuttamista niveloireista. Niveloireisiin voi kuulua nivelten tulehtuminen, turvotus sekä aamujäykkyys. Niveloireet ilmenevät usein sormien, ranteiden, polvien ja nilkkojen nivelissä. Niveloireet menevät ohi yleensä parin viikon kuluessa, mutta voivat pisimmillään kestää jopa kuukausia tai vuosia. Parvorokko voi esiintyä myös oireettomana ja joka toinen parvoviruksen aiheuttaman rokko ilmenee ilman ihottumaa. (Vuorinen ym. 2008.)

Perusterveellä lapsella parvorokon diagnoosi voidaan tehdä taudin oireiden perusteella ilman laboratoriotutkimuksia (Renko 2016, 220). Parvorokkoon ei ole lääkehoitoa. Tauti paranee itsestään, eikä se yleensä aiheuta jälkitauteja (Parvorokko lapsella 2015). Oireiden ilmaantuessa lapsi ei enää tarvitse muita, joten häntä ei tarvitse eristää päivähoitosta (Renko 2016b; THL 2015b). Päivähoitoon menon tai poissaolon tulee määräytyä lapsen yleisvoinnin mukaan (THL 2015b). Rokko tarttuu helpoiten ennen oireiden ilmenemistä, joten sen leviämistä vaikea ehkäistä päivähoitossa (Jalanko 2017g).

6 MUUT TARTUNTATAUDIT

Muut tartuntataudit -osiossa käsittelemme loisten aiheuttamia ongelmia ja infektioita sekä bakteerin aiheuttamia ihoinfektioita. Loinen eli parasiitti on eliö joka käyttää hyväkseen isäntäänsä, kuten lapsen elimistöä. Loisiksi lasketaan madot sekä niveljalkaiset ja ne voivat aiheuttaa ihmiselle infektioita. Tällaisia matoja ovat mm. lapamato, heisimato ja kihomato. Loiset voivat puremalla aiheuttaa lapselle myös myrkky- ja allergiareaktioita. (Hannuksela-Svahn 2016a.) Niveljalkaisista lapsille haittaa aiheuttavia yksilöitä ovat täit ja syyhy (Lumio 2016). Parasiitteihin lukeutuvat kihomadot, päätäit ja syyhy aiheuttavat päiväkodeissa ajoittain epidemioita. Edellä mainittujen parasiittien munat voivat säilyä elinkykyisinä pölyssä ja elottomilla pinnoilla, kuten kynsien alla useita päiviä. (Renko, Möttönen ja Uhari 2011.) Loistartuntojen ennaltaehkäisyssä on tärkeää huolehtia käsihygieniasta sekä vaatteiden säilytyksestä irrallaan toisten lasten vaatteista (Kivilompolo 2009).

6.1 Päätäit

Päätäi on hyvin pieni, kahdesta kolmeen millimetrin mittainen, läpikuultava ja siivetön hyönteinen. Päätäit asuvat hiuksissa, niskassa ja korvien takana. Päätäin munia kutsutaan saivareiksi. Saivareita voi olla silmäripsissä ja kulmakarvoissa. (Hannuksela-Svahn 2017b.) Päätäin elinikä on noin neljä viikkoa, jonka aikana se munii 50–150 saivaria. Saivarit kiinnittyvät hiusjuureen sopivan lämpötilan ja kosteuden takia. Ihmiskehon ulkopuolella päätäi elää vain noin 55 tuntia. Runsaimmin päätäitä esiintyy elo-lokakuussa ja tammi-helmikuussa. (Kotilainen, Jalava ja Lyytikäinen 2007.)

Päätäi tarttuu lapsesta toiseen suoran kosketuksen yhteydessä tai esimerkiksi päähineiden, kampo- ja harjojen kautta (THL 2016d). Tartunnalle alttiita ovat päiväkotikäiset lapset (Kotilainen ym. 2007). Tytöillä tartuntoja esiintyy poikia useammin, koska tytöt leikkivät enemmän pitkiä aikoja päät lähellä (Renko 2015, 230). Päätäiden leviämistä voidaan ehkäistä pitämällä harjat, kammat ja päähineet henkilökohtaisina ja välttämällä pään ja hiusten suoraa kosketusta toiseen lapseen (THL 2016d).

Päätäiden aiheuttama yleisin oire on päänahan kutina. Kutina aiheutuu päätäin veriaterian yhteydessä erittämästä syljistä ja sen aiheuttamasta ihoärsytyksestä. Veriateria on päätäin päänahasta saama ravinto, jota se tarvitsee kahdesta viiteen kertaa vuorokaudessa. Eläviä päätäitä ei huomaa silmämääräisesti, vaan lapsen hiukset tulee käydä läpi tiheällä täikammalla. Päätäitartunta todetaan yleensä kun saivareita löydetään niskahiuksista, otsahiuksista tai korvien takaa. (Kotilainen ym. 2007.) Tartunnasta todistaa myös saivareiden näkyminen tai löytyminen lapsen hiuksista alle 6 mm etäisyydeltä päänahasta (THL 2016d).

Päätäiden häätöön käytetään apteekista saatavia itsehoitotuotteita pään ja hiusten pesuun. Häätöprosessiin kuuluu myös saivareiden kampaaminen pois päänahasta täikammalla. Päätäiden häätöseen on olemassa myös reseptillä saatavia tablettimuotoisia lääkkeitä. (THL 2016d.) Päätäihin tarkoitettu lääkehoito tulee antaa vain niille lapsille, joilla todetaan olevan eläviä päätäitä tai saivareita (Kotilainen ym. 2007). Päätäitä voidaan häätää jo pitkään markkinoilla olleilla hyönteisten torjunta-

aineilla, permetriinilla ja malationilla. Päätäiden häätämiseen tarkoitettut shampoot sisältävät näitä aineita. Permetriini sopii yli puolivuotiaiden ja malationi yli kaksivuotiaiden lasten päätäiden poistamiseen. Hiukset pestään täishampoolla, shampoon annetaan vaikuttaa päässä 10 minuuttia ja käsittely uusitaan viikon kuluttua. (Hannuksela-Svahn 2017b.) Hoidon uusimisen tarpeellisuuteen vaikuttaa se, millä valmisteella päätäitä häädetään (THL 2015a). Malationiliuosta voi myös hieroa hiuksiin ja antaa vaikuttaa 12 tuntia, jonka jälkeen se pestään pois tavallisella shampoolla (Hannuksela-Svahn 2017b). Lapsen pää tulee tarkastaa 8-12 tunnin kuluttua päätäiden häädöstä. Lääkehoito on onnistunut, jos päätäit ovat kuolleet tai ne liikkuvat hitaasti. Tällöin hoitoa ei tarvitse uusida. Hoito täytyy uusida toista tuotetta käyttäen, jos päätäit eivät kuole ensimmäisellä hoitokerralla. (THL 2015a.) Hiukset tulee kammata kahden viikon ajan joka toinen päivä täikammalla. Kampauksen jälkeen kampa tulee pestä kuumalla vedellä. Päähineet ja vuodevaatteet tulisi pestä 60-asteisella vedellä. Pesua kestävämmät vaatteet ja esineet voi pakastaa yön yli, tämä tappaa päätäit. (Hannuksela-Svahn 2017b.) Materiaalit jotka ovat olleet kosketuksissa hiusten kanssa kuten hiuslenkit, pannat, harjat, kammat voidaan myös poistaa käytöstä kahden vuorokauden ajaksi, jolloin päätäit kuolevat (THL 2016d).

Terveystarkastukseen tulee hakeutua, mikäli huolellisesti toteutettu itsehoito ei ole tehonnut. Lääkäri voi tällöin aloittaa päätäiden hoitoon suun kautta otettavan lääkkeen, ivermektiinin. Päätäin valkeat tyhjät munankuoret eivät ole merkki hoidon epäonnistumisesta ja niitä saattaa löytyä hiuksista vielä kuukaudenkin jälkeen. (Hannuksela-Svahn 2017b.)

Päätäitartunnan saaneen lapsen tulee olla poissa päivähoidosta kunnes päätäit on häädetty (STM 2005). Jalanko (2017c) yhtyy tähän, sillä hänen mukaansa lapsi on syytä eristää päivähoidosta kunnes hoito on toteutettu. Päätäitartunnasta tulee ilmoittaa lapsen päiväkotiin ja muiden lasten vanhemmille (Hannuksela-Svahn 2017b).

6.2 Kihomadot

Kihomadot ovat maailmanlaajuisesti esiintyviä, vain ihmisen elimistössä viihtyviä loisia. Suomessa kihomadot ovat yleisin matotauti. (Renko 2016c, 229.) Kihomatojen itämisaika on viidestä kuuteen viikkoa (Enlund-Cerullo 2015b). Kihomatoja esiintyy kaikenikäisillä, mutta yleensä oireita esiintyy vain lapsilla. Aikuinen kihomato on hyvin nähtävissä silmällä, pituutta sillä on 2–12 millimetriä ja väriältään se on valkoinen. Lääketieteellisesti kihomadot ovat harmittomia, mutta oireena ne ovat kiusallisia. (Renko 2016c, 229.)

Lumion (2017b) viittaamien tutkimusten mukaan Helsingissä asuvista päivähoitossa olevista lapsista jopa 15 prosentilla on kihomatoja ja alle kouluikäisistä päivähoiton ulkopuolella olevista lapsista kihomatoja on 5–10 prosentilla. Alle kaksivuotiailla kihomadot ovat harvinaisia. Kihomadot tarttuvat lapsesta toiseen suoran kosketuksen kautta sekä vuodevaatteiden ja lelujen välityksellä. Kihomadot aiheuttavat ympäri Suomea epidemioita kouluissa, päiväkodeissa ja perheissä. Kihomato-tartunta ei kerro huonosta hoidosta tai hygieniasta. (Lumio 2017b). Yleisimmin kihomato joutuu ih-

misen elimistöön kihomadon munien siirtyessä käsien välityksellä suuhun. Muna kulkeutuu ohutsuolen loppuosaan, jossa se kypsyy madoksi. Mato kaivautuu ohutsuolen seinämään ja pystyy elämään siellä yhdestä kolmeen kuukauteen. Samaan aikaan suolistossa olevat naaras- ja koirasmadot pystyvät tuottamaan munia. Naarasmadot vaeltavat öisin peräaukon suulle munimaan, jotta munat saavat riittävästi ilmaa kehittyäkseen edelleen. (Renko 2016c, 230.)

Kihomatojen aiheuttama oire on peräaukon, välilihan ja tytöillä joskus myös ulkosynnyttimien kutina useimmiten yöaikaan. Yöllinen kutina voi aiheuttaa unen häiriintymistä. (Lumio 2017b.) Kutina peräaukon suulla ja ulkoisten sukupuolielinten alueella aiheutuu naarasmadon öisestä munimisesta, jolloin se erittää liimamaista eritettä. Aikuinen kihomato elää elimistössä yhdestä kolmeen kuukauteen. Kihomadon munimat munat kulkeutuvat peräaukosta ulos, joten infektio paranee itsestään, jos elimistöön ei pääse lisää munia. Todennäköistä kuitenkin on, että peräaukon kutina aiheuttaa alueen raapimista, jolloin munia joutuu kynsien alle edeten siitä suuhun ja takaisin ruoansulatuselimistöön. Kihomatojen munat tarttuvat kiinni vuodevaatteisiin ja vaatteisiin joka myös mahdollistaa munien kulkeutumisen suuhun. Kihomatotartunnan diagnosoiksi riittää oireilevan lapsen iholla nähtävät kihomadot. Diagnoosi voidaan tehdä myös ottamalla aamulla peräaukon suulta näyte kostutetulla pumputipulla ennen pesujen tekemistä. Näyte tutkitaan mikroskoipoimalla madot. Näyte tulisi ottaa kolmena peräkkäisenä aamuna. (Renko 2016, 230.) Kihomatotartunnan jälkeen ei tarvita jälkikontrollia, jos oireet häviävät (Lumio 2017b).

Kihomatoja voidaan häätää suun kautta otettavilla lääkkeillä. Tarjolla on käsikauppa- ja reseptilääkkeitä. (Renko 2015, 230.) Itsehoitovalmisteista kihomatojen häätöön tehoaa pyrviini ja reseptin vaativista lääkkeistä mebedatsoli. Lääkkeiden kerta-annos on tehokas, mutta infektiokierteen katkaisemiseksi annos uusitaan kahden viikon kuluttua. (Lumio 2017b). Annos toistetaan myös siksi, että valmisteet eivät tehoa kihomatojen muniin. Yleensä kihomatotartunnan saaneen perheenjäsenet ovat myös oireettomia kihomatojen kantajia, joten heidät tulee hoitaa samaan aikaan. (Renko 2015, 230.) Kihomatojen esiintyessä usealla lapsella päiväkotiryhmässä, hoidetaan herkästi koko ryhmä (Lumio 2017b).

Ainoastaan lääkehoito ei estä munien kierron kulkua, joten vuodevaatteet, yövaatteet ja lelut tulee pestä. Tehokkaita menetelmiä matojen häätämiseksi ovat myös muutaman tunnin kuumakäsittely saunassa tai kylmäkäsittely pakastimessa tai ulkona pakkasessa. (Renko 2015, 230.) THL:n (2016b) mukaan vuodevaatteiden vaihto ja kodin kevyt siivous tulisi tehdä päivä lääkehoidon aloituksen jälkeen ja Lumion (2017b) mukaan samana päivänä kuin lääkehoito alkaa. Kodin kevyeen siivoukseen kuuluu imurointi sekä pintojen, WC:n hanojen ja ovenkahvojen puhdistus. Kihomatojen häätämisessä ja tartunnan ehkäisemisessä on tärkeää pestä kädet huolellisesti WC- käynnin jälkeen sekä ennen ruokailua. Lisäksi sormien kynnet tulisi pitää lyhyinä, jotta munia ei jäisi kynsien alle. Sormin syötäviä ruokia ei suositella. (THL 2016c.)

Usein kihomato-ongelma uusiutuu, koska kaikkia munia ei saada häädettyä ympäristöstä pois tai oireeton kantaja lähipiirissä levittää niitä uudelleen. (Renko 2016c, 230.) Kihomatotartunnan takia tulee hakeutua terveydenhuoltoon, mikäli huolellinen itsehoito matojen häätöön ei tehoa ja oireet pitkittyvät. Lääkäri voi tällöin määrätä reseptilääkkeen matojen häätämiseksi. (Enlund-Cerullo 2015b).

Kihomatotartunta ei vaadi poissaoloa päivähoidosta (STM 2005). Jalanko (2017c) yhtyy tähän toteamalla, ettei lasta ole tarpeen eristää päivähoidosta kihomatojen takia. Päiväkotiryhmässä yhdellä lapsella todettu kihomatotartunta edellyttää muiden lasten vanhempien informointia asiasta (Renko ym. 2011). Vanhempien todetessa lapsella olevan kihomatoja tulee tästä ilmoittaa päiväkotiin, jotta mahdollinen epidemia saadaan hoidetuksi (Lumio 2017b).

6.3 Syyhy

Syyhyä aiheuttaa 0,3–0,5 mm:n kokoinen syyhyppunkki, joka kuuluu hämähäkkieläimiin (Hannuksela-Svahn 2016b). Suomessa syyhyn esiintymisestä ei ole tilastotietoa, mutta sitä esiintyy eniten laitosoissa, kouluissa ja päiväkodeissa (THL 2016e). Syyhy on ihoinfektio, jossa syyhyppunkkinaaras kaivautuu munimaan ihon pintakerrokseen. Punkkinaaras munii jopa 60–90 munaa ihon sarveiskerrokseen kaivamaansa onkaloon. Punkkinaaras elää iholla pari kuukautta. Munista kuoriutuneet toukat ovat sukukypsiä ja valmiita munimaan munia noin 10 vuorokauden kuluessa. (Hannuksela-Svahn, 2016b; Renko 2016d, 232.)

Syyhy tarttuu lapsesta toiseen ihokosketuksen välityksellä, mutta tarttumiseen vaaditaan läheinen tai toistuva kontakti kuten lasten läheiset leikit, hoitotoimenpiteet tai halaaminen. Syyhyppunkkitartunnan voi saada myös tartunnan saaneen vaatteista tai vuodevaatteista, sillä punkki elää eri lähteiden mukaan yhdestä kahteen tai kolmeen vuorokautta ilman ihokontaktia. (Renko 2016d, 232; Turunen, Pekkanen ja Lyytikäinen 2016a; Hannuksela-Svahn 2016b.) Syyhyn tarttuvuus on suurimmillaan, kun henkilöllä on oireita, mutta se voi tarttua myös itämisaikana (Renko 2016d, 232). Syyhyn itämisaika on kolmesta kuuteen viikkoa (Hannuksela-Svahn 2016b). Syyhyepidemioita voi esiintyä päiväkodeissa, kouluissa ja hoitolaitoksissa (Turunen ym. 2016a).

Syyhyppunkit eivät kuljeta mukanaan muita infektioita lapsista toisiin (Syyhy ja tartuntojen leviämisen ehkäisy 2016). Eri lähteiden mukaan on havaittavissa eroavaisuuksia siinä, voiko syyhyä olla eläimillä. THL:n laatiman ohjeistuksen mukaan syyhyppunkkia esiintyy myös eläimillä kuten kissoilla ja koirilla, mutta useimmiten ne eivät tartu ihmiseen, sillä jokaisella punkkilajilla on oma isäntä-eläimensä (Turunen ym. 2016a). Tampereen yliopistollisen sairaalan laatiman infektio-ohjeen mukaan syyhy on vain ihmisen loinen ja sitä esiintyy vain ihmisillä (Syyhy ja tartuntojen leviämisen ehkäisy 2016). Suomessa syyhy ei ole kovin yleinen, mutta Euroopan ulkopuolella syyhyn esiintyvyys on 10–70 prosenttia (Renko 2016d, 232).

Syyhyypunkit ja sen eritteet ärsyttävät ihoa ja aiheuttavat mm. kutinaa, vesirakkuloita ja näppyliitä. Pahinta kutina on ilta- ja yöaikaan. (Hannuksela-Svahn, 2016b; Turunen ym. 2016a.) Syyhyn aiheuttama kutina alkaa kolmesta kuuteen viikon kuluessa tartunnasta, kun elimistö on ensin kerennyt alkaa muodostaa vasta-aineita punkkeja vastaan (Hannuksela-Svahn 2016b). Uusintatartunnassa oireet alkavat nopeammin, jopa päivissä. Kutinan ja näppyliöiden lisäksi iholla voidaan havaita pieniä onkaloita ja niiden päässä punkkeja harmaina pisteinä. Ihon raapiminen voi aiheuttaa iholle infektioita, jotka vaikeuttavat syyhyn toteamista. (Renko 2016d, 232; Turunen ym. 2016a; Hannuksela-Svahn 2016b; Syyhy ja tartuntojen leviämisen ehkäisy 2016.) Pienillä lapsilla syyhyä esiintyy mm. päänahassa, kasvoissa, vartalolla, kämmenissä ja jalkapohjissa. Isommilla lapsilla syyhyihottuman yleisimmät ilmenemispaikat ovat niskassa, taiveissa, ranteissa ja sormien väleissä. (Renko 2016d, 232.) Syyhyä voi esiintyä myös genitaalialueilla (Turunen ym. 2016a; Syyhy ja tartuntojen leviämisen ehkäisy 2016).

Syyhy ei näy verikokeissa vaan diagnosointi tapahtuu pyydystämällä punkki neulalla ihosta ja toteamalla tämä syyhyypunkiksi mikroskoopin avulla. Syyhyä sairastavan lapsen anamneesiin eli esitietoihin kuuluu kutinan äkillinen alkaminen, lähipiirin samankaltainen ongelma sekä taudinkuvaan kuuluva yökutina ja syyhyonkalot iholla. Diagnoosin tekee lääkäri. (Renko 2016d, 232; Turunen ym. 2016a.)

Syyhyn hoitoon käytetään syyhyylääkkeitä, joita on olemassa tabletteina ja voiteina. Hoito tulee suorittaa myös potilaan lähipiirille, vaikka he olisivat oireettomia. Lähipiiriksi lasketaan esimerkiksi perheenjäsenet. Epidemioissa voi olla tarpeen laajentaa hoidettavien määrää. (Turunen ym. 2016a.) Syyhyvoiteena käytetään viisi prosentista permetriinivoidetta (Turunen ym. 2016a; Renko 2016d, 232). Voidetta levitetään kertaluonteisesti koko keholle. Tarvittaessa sitä voidaan laittaa myös hiuspohjaan, niskaan ja päähän, mutta ei kasvoihin. Voidetta tulee laittaa myös genitaalialueille, mutta ei limakalvoille. Voiteen annetaan vaikuttaa 8–15 tuntia, esimerkiksi yön yli. (Hannuksela-Svahn 2016b; Syyhy ja tartuntojen leviämisen ehkäisy 2016; Turunen ym. 2016a.) Kehon tulee olla kuiva ja puhdas ennen voiteen levittämistä (Turunen ym. 2016a). Hoidon ajaksi lapsen voidellut kädet suojataan puuvillakäsineillä (Turunen ym. 2016a; Syyhy ja tartuntojen leviämisen ehkäisy 2016). Kun voide on vaikuttanut tarvittavan ajan, se pestään iholta pois. Lisäksi vuodevaatteet ja käytössä olleet vaatteet pestään (Hannuksela-Svahn 2016b; Turunen ym. 2016a). Rengon (2016d) mukaan hoito uusitaan kahden viikon kuluttua ja Hannuksela-Svahnin (2014) mukaan viikon kuluttua lapsilla, joilla on ollut oireita. Turunen ym. (2016) mukaan hoitoa ei tarvitse toistaa, jos oireet eivät uusi tai kyse ei ole epidemiasta. Oireettomille lapsille, joiden taloudessa syyhyä on havaittu, riittää yksi hoitokerta (Hannuksela-Svahn 2016b). Permetriinivoidetta saa apteekista ilman reseptiä ja voidehoito voidaan aloittaa kotona ilman lääkärin diagnoosia ja määräystä, jos päiväkodissa tai lähipiirissä on esiintynyt lääkärin toteamaa syyhyä ja oman perheen oireet sopivat taudinkuvaan (Hannuksela-Svahn 2016b). Alle kaksivuotiaiden lasten voiteen käytön tulee kuitenkin perustua lääkärin määräykseen (Syyhy ja tartuntojen leviämisen ehkäisy 2016).

Vaihtoehtoisena hoitona ovat ivermektiinitabletit, joihin tarvitaan lääkärin resepti. Ivermektiini otetaan kerta-annoksena ja hoito toistetaan oireisille potilaille yhdestä kahteen viikon kuluttua. Tabletteja ei suositella pienille lapsille. (Turunen ym.2016a; Syyhy ja tartuntojen leviämisen ehkäisy 2016.) Syyhyn aiheuttama kutina voi jatkua vielä kahdesta neljään viikkoa hoidon loppumisen jälkeen (Hannuksela-Svahn 2016b). Hoidon jälkeistä kutinaa voidaan helpottaa Hannuksela-Svahnin (2016b) mukaan kortisonivoiteella tai UV-valohoidolla. Turusen ym. (2016) ja Rengon (2016d) mukaan kutinaa voi hillitä kortisonivoiteen lisäksi antihistamiinilla.

Kotioloissa syyhyä sairastaneen vaatteet ja lakanat tulee pestä hoidon jälkeen sekä peittoja ja tyynejä tuulettaa pihalla muutaman tunnin ajan. Patjat, sohvot, nojatuolit ja matot tulee imuroida. Vaatteiden käsittelemiseen sopii peseminen 60-asteessa, ulkona tuulettaminen, sulkeminen muovisäkkiin kolmeksi vuorokaudeksi tai pakastaminen -20-asteessa yhden vuorokauden ajaksi. (Turunen ym. 2016a.)

Terveydenhuoltoon on syytä ottaa yhteyttä, jos diagnoosi on epävarma tai kutina ei lakkaa kahdesta neljään viikon kuluessa hoidosta huolimatta. Rauhoittuneen kutinan alkaessa uudelleen tulee olla yhteydessä terveydenhuoltoon. (Hannuksela-Svahn 2016b.) Lastenlääkäri Hannu Jalangon (2017c) mukaan lapsi tulee eristää päivähoidosta, kunnes tämä on saanut hoidon syyhyyn. Syyhyn leviämisen ehkäisemiseksi on tärkeää ilmoittaa syyhystä lapsen hoitopaikkaan pikimmiten (Hannuksela-Svahn 2016b).

6.4 Märkärupi

Märkärupi on erittäin helposti tarttuva, ihon pinnallinen bakteerin aiheuttama tulehdus. Märkärupaa aiheuttavat *Staphylococcus aureus* ja *Streptococcus pyogenes* joko yhdessä tai erikseen. (Renko 2016a, 227; Hannuksela-Svahn 2017a.) Märkärupelle altistavia tekijöitä ovat atooppinen iho ja krooniset ihottumat, mutta se voi tarttua myös terveelle iholle. Tilastotietoa märkärupen esiintymisestä Suomessa ei Tartuntatautiliitto Oy:n mukaan ole, mutta märkärupen todetaan olevan hyvin yleinen lasten infektio tauti. Taudin yleisyys johtuu siitä, että taudinaiheuttajabakteerit ovat yleisiä ja helposti tarttuvia, jolloin ne aiheuttavat epidemioita päiväkodeissa. (Salo 2011.)

Märkärupen itämisaika on yhdestä kymmeneen päivää. Märkärupi saa alkunsa, kun iholla ollut tautia aiheuttava bakteeri pääsee ihorikon kautta ihon sisään. Bakteeri tulehduttaa ihon pintakerroksen, jolloin se alkaa punoittamaan. Seuraavaksi iholle ilmestyy rakkuloita, joiden sisällä on kellertävää nestettä. Rakkulat puhkeavat yleensä vuorokauden kuluessa, jolloin niiden sisällä ollut erite purkautuu ulos ja kuivuu karstaksi rakkulan päälle. Iholla saattaa esiintyä myös pinnallisia haavaumia. Rakkulat saattavat aiheuttaa kutinaa, jolloin raapimisen ja ihon kosketuksen seurauksena märkärupi leviää helposti kehon eri kohtiin. (Salo 2011.)

Märkärupi on yleisintä lasten keskuudessa, sillä heillä on ohuempi iho kuin aikuisilla. Märkärupen esiintymispaikkoja ovat useimmiten kasvot, raajat ja taipeet. (Hannuksela-Svahn, 2017a; Renko 2016a, 227.) Lapsilla märkärupia esiintyy etenkin reisissä ja pakaroissa (Salo 2011). Märkärupi tarttuu helposti lapsesta toiseen, koska se tarttuu kosketuksen välityksellä (Renko 2016a, 227). Märkärupen on mahdollista levitä myös vaatteista, pyyhkeistä sekä vuodevaatteista jotka ovat olleet kosketuksissa oireisen ihon kanssa. Märkärupia esiintyy eniten kesäaikaan, silloin lapsilla on vähemmän vaatteita ja ihoon tulee herkemmin haavoja ja hyönteisten pistoksia. Hyönteisten pistoksista seuraa usein ihon raapimista, joka voi rikkoa ihon aiheuttaen bakteerien pääsyn ihon sisään. (Salo 2011.) Märkärupen ensioireet ovat ihon paikallinen punoitus, arkuus ja kutina (Renko 2016a). Leikkikäisillä märkärupen alkamiskohtia ovat yleisimmin suupielet, nenässä sierainten läheisyys sekä raajat. Vastasyntyneillä se alkaa useimmiten taiteista. Märkärupi diagnosoidaan lapsen tutkimisella sekä ottamalla infektioalueelta bakteeriviljely. (Renko 2016a, 227.)

Märkärupen lääkehoitoon kuuluvat paikalliset antibioottivalmisteet sekä tarvittaessa suun kautta otettava antibiootti. Antibioottihoito kestää seitsemästä kymmeneen vuorokautta. (Hannuksela-Svahn 2017a.) Märkärupen hoidossa korostuu puhtaus ja käsihygienia. Puhtauteen ja hygieniaan kuuluu kynsien pitäminen lyhyinä, käsien pesu rupialueen koskettamisen jälkeen, käsipyyhkeiden vaihtaminen ja niiden pitäminen henkilökohtaisina sekä tarvittaessa vaatteiden ja vuodevaatteiden pesu 60-asteessa. Infektioalueen raapimista ja koskettamista tulisi välttää. (Salo 2011.)

Ruvet on hyvä pyrkiä irrottamaan ja ne irtoavat helpommin, kun aluetta ensin pehmitetään. Rupialuetta pehmitetään suihkuttamalla alueelle vettä tai laittamalla sen päälle kirvelemättömällä antiseptisellä puhdistusaineella kostutettu talouspaperi. Tämän jälkeen ruvet poistetaan talouspaperin avulla varoen ihon rikkoutumista. Alue kuivataan ja päälle laitetaan antibioottivoidetta. Tarvittaessa alueen voi suojata ilmavalla sidoksella, mutta ei laastarilla sillä se hauduttaa aluetta hidastaen sen paranemista. Hoito tulisi toistaa kahdesta kolmeen kertaa päivän aikana. (Salo 2011.) Märkärupi on mahdollista tunnistaa ilman lääkärin diagnoosia kotona. Lapsi jolla on vain kaksi tai kolme pientä märkärupialuetta, voidaan hoitaa kotiloissa ilman lääkärissä käyntiä. (Salo 2011.) Märkärupen leviessä yli kuuden neliösenttimetrin alueelle, tulee terveydenhuoltoon hakeutua yhdestä kolmeen päivän kuluessa (Hannuksela-Svahn 2017a).

Salon (2011) mukaan lapsi voi palata päivähoitoon vuorokausi (24 h) sen jälkeen, kun tämä on aloittanut suun kautta otettavan antibioottihoidon tai kaksi vuorokautta (48 h) sen jälkeen, kun infektiioon on aloitettu paikallishoito. Oireiden ja hoidon takia pidempikin eristäminen hoidosta voi olla lapsen parhaaksi. Päiväkodissa märkärupen leviämistä tulee ehkäistä tiedottamalla lasten vanhemmille märkärupen esiintymisestä ja kehottamalla heitä tarkkailemaan lastensa mahdollisia oireita. Vanhemmille tulee painottaa, ettei oireileva lapsi kuulu päiväkotiin. Taudin leviämistä ennaltaehkäistään päiväkodin henkilökunnan ja lasten hyvällä käsihygienialla, henkilökohtaisilla pyyhkeillä sekä pintojen, esineiden ja lelujen puhdistamisella päivittäin. (Salo 2011.) Lisäksi pehmolelupäiviä on hyvä rajoittaa päiväkodissa märkärupen leviämisen ehkäisemiseksi (Hannuksela-Svahn 2017a).

TAULUKKO 3. Yhteenveto tautien tarttumisesta, itämisajoista, oireista ja eristämisestä

TAUTI	TARTTUMINEN /LEVIÄMINEN	ITÄMISAIKA	OIREET	POISSAOLO PÄIVÄKODISTA
Kuume	Rippuen aiheuttajasta	-	Kehon lämpötila yli 37,5 astetta	Kuumeen ja yhden kuumeettoman päivän ajan
Ylähengitystieinfektio	Kosketus- ja pisaratartunta	24–72 h	Yskä, kurkkukipu, nenän tukkoisuus ja vetinen erite, väsymys, päänsärky, lämpöily tai kuume	Kuumeettomalla lapsella poissaoloa ei tarvita yleisvoinnin ollessa hyvä
Äkillinen välikorvatulehdus	Ei tartu lapsesta toiseen	-	Korvakipu, nuha, kuume, yskä, tukkoisuus, kuulon aleneminen	Kuumeettomalla lapsella poissaoloa ei tarvita yleisvoinnin ollessa hyvä
Silmän sidekalvotulehdus	Kosketus-tartunta	-	Silmien punoitus ja turvotus, silmien rähminen ja kirvely, vetistely, valonarkuus	Poissaoloa ei tarvita
Suolistoinfektio	Kosketus- ja pisaratartunta	1–10 vuorokautta	Vatsakipu, ruokahaluttomuus, oksentelu, ripulointi, lievä kuume	Oireiden ajan ja vähintään 2 vuorokautta oireiden loputtua
Vesirokko	Kosketus- ja pisaratartunta	10–21 vuorokautta	Kuume, väsymys, ruokahaluttomuus, ihottuma, kutiavat vesirakkulat	Rakkuloiden kuivamiseen saakka (eli vähintään 5 vrk)
Enterorokko	Kosketus- ja pisaratartunta	3–6 vuorokautta	Vatsavaivat, kuume, kurkkukipu, rakkulat ja näppylät iholla	Rakkuloiden kuivamiseen saakka (eli 5 vrk)
Parvorokko	Kosketus- ja pisaratartunta	4–28 vuorokautta	Kuume, pahoinvointi, päänsärky, lihaskivut, ihottuma ja niveloireet	Poissaoloa ei tarvita yleisvoinnin ollessa hyvä
Päätät	Kosketus-tartunta	-	Päänahan kutina	Kunnes hoito päätäiden häätöön on annettu
Kihomadot	Kosketus-tartunta	5–6 viikkoa	Kutina peräaukolla ja välilihassa	Poissaoloa ei tarvita
Syyhy	Kosketus-tartunta	3–6 viikkoa	Kutina iholla, vesirakkulat, näppylät	Kunnes hoito syyhyypunkin häätöön on annettu
Märkärupi	Kosketus-tartunta	1–10 vuorokautta	Ihon paikallinen punoitus, arkuus, kutina ja rakkuloiden ilmestyminen iholle	24 h suun kautta otettavan antibioottihoidon tai 48 h paikallishoidon aloittamisen jälkeen

7 HYVÄN OPPAAN OMINAISUUDET

Hyvän oppaan lähtökohtana ovat loogisesti etenevät asiat, ohjeiden helppolukuisuus sekä niiden tärkeysjärjestys asiakkaan näkökulmasta katsottuna. Tärkeintä on, että tuotos on kirjoitettu juuri kohderyhmälle ja sen tarpeisiin. Tämä tulee esille oppaan kieliasussa ja selkeydessä. Opas voi rakentua aikajärjestykseen, tärkeysjärjestykseen tai aihepiireittäin. (Hyvärinen 2005).

Olennaista kirjallisessa ohjeistuksessa on ohjeiden oikeellisuus ja oikeanlainen asioiden kerronta. Ohjeiden tavoiteena on oppaan lukijan kasvattaminen ja vastaaminen kysymyksiin, jotka askarruttavat mieltä. Ohjeen tekstin tulee herättää asiakasta huomaamaan, että teksti on kirjoitettu juuri hänelle. (Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen 2006, 76–77.) Kirjoittaessa ohjeita on tärkeää muistaa myös perustella ohjeistus, jotta lukijat ymmärtävät miksi ohje on laadittu. Oppaassa tulisi käyttää yleiskielellä ymmärrettäviä sanoja. Oppaassa tulee olla erillinen sanasto, jos siinä käytetään esimerkiksi lääketieteen termejä. (Hyvärinen 2005.) Hyvän oppaan kieli on selkeää ja virheetöntä (Leino-Kilpi ja Salanterä 2009).

Ohjetta selkeyttävät otsikot. Pääotsikon tehtävänä on kertoa mitä tuotos sisältää ja mistä aiheesta siinä puhutaan. Väliotsikoiden avulla on helppo löytää aihe, josta haluaa lukea enemmän. Väliotsikot voivat olla esimerkiksi yhden sanan mittaisia, kuten "oireet" tai "diagnosointi". Kappaleiden tulee sisältää tekstiä vain yhteenkuuluvista aiheista. Kappaleiden tulisi olla lyhyitä, jotta tekstistä ei tule liian raskasta. Lisäksi oppaassa voi käyttää luetteloita, jotka erottuvat tekstistä esimerkiksi tähdellä, luetteloviivalla tai pallolla. Luettelot jaksottavat ohjetta ja niissä asioita voi tuoda esiin lyhyesti ja ytimekkäästi. Luettelointi on myös yksi tapa nostaa esille tärkeitä asioita. (Hyvärinen 2005.) Tuotoksessa voidaan käyttää kuvia, jotka herättävät mielenkiintoa ja auttaa ymmärtämään tekstiä. Kuvia käytettäessä tulee huomioida tekijänoikeudet, joten kuvia ei voi kopioida ja käyttää ilman lupaa. Oppaan kuvat eivät saa loukata ketään. (Lipponen ym. 2006, 77.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa vuorohoitopäiväkoti Ankkurinappiin opas, joka sisältää tietoa päiväkodissa lasten keskuudessa usein esiintyvistä tartuntataudeista. Oppaasta työntekijät saavat nopeasti ja helposti tietoa kyseisistä tartuntataudeista. Opinnäytetyömme ja oppaan tavoitteena oli vähentää lapsilla esiintyvien tautien tarttumista informoimalla päiväkodin henkilökuntaa tautien leviämisen ehkäisystä sekä lapsen eristämisen tarpeesta päivähoidosta. Lisäksi tavoitteena oli edistää päiväkodin henkilökunnan valmiuksia ohjata lasten vanhempia lapsen sairastuttua, sekä edistää päiväkotikäisten lasten terveyttä. Yhteiskunnallisen näkökulman tavoitteisiin toi antibioottilääkityksen hillintä lasten sairastavuuden vähentämisellä.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli myös moniammatillisuuden lisääminen sosiaali- ja terveysalan välillä. Moniammatillisuus tarkoittaa yhteistyötä jota käytetään, kun ihmisillä on yhteinen tehtävä tai työ suoritettavana, ongelma ratkaistavana tai he etsivät uusia toimintamalleja. Tällaisen haasteen edessä he yhdistävät tietonsa ja taitonsa. (Isoherranen 2005, 33.) Opinnäytetyössämme moniammatillisuus tapahtui päiväkodin henkilöstön ja meidän sairaanhoitajaopiskelijoiden välillä. Toimme omaa osaamistamme ja terveysalan tietoa heidän käyttöönsä oppaan muodossa.

9 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI

Kehittämistyöllä tarkoitetaan järjestelmällistä toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa jonkin asian, palvelun tai tuotteen toimivuutta tai luoda uusia menetelmiä (SVT 2016). Opinnäytetyön tekeminen kehittämistyönä tarkoittaa toiminnallista työtä, jonka tavoitteena on kehittää tai ohjeistaa ammatillista kenttää. Tällöin opinnäytetyöllä on toimeksiantaja, jota varten työ tehdään. (Lumme, Leino, Falenius ja Sundqst 2006.) Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa produktiota eli tuotosta. Tekstiä sisältävä tuotos voi olla tiedote, esite, lehtiartikkeli, lehti, opas- tai ohjekirja. (Viikka ja Airaksinen 2004, 6.) Tuotoksessa tulee käydä ilmi kenelle ja mihin tarkoitukseen se on tehty (Lipponen ym. 2006, 76–77). Kehittämistyö on kaksivaiheinen, siihen kuuluu toiminnallinen osa sekä kirjallinen tietoperusta, johon toiminnallinen osa perustuu. Kirjallisessa tietoperustassa kuvataan ja arvioidaan myös kehittämistyön prosessia. (Lumme ym. 2006.) Opinnäytetyön raportin tekstin tulee olla kriittistä, analysoivaa sekä perusteltua koulutusalan näkökulmasta. Opinnäytetyöraportissa opiskelijan tulee osoittaa oman ammatillisen taidon ja teoreettisen tiedon yhdistämistä. (Viikka ja Airaksinen 2004, 12.)

Tutkivaan kehittämiseen kuuluu tutkiva näkökulma ja kehittämisen näkökulma. Tutkimisen näkökulmalla tarkoitetaan tekijöiden omia asenteita ja toimintaa, joka tulee esille tiedon tarkasteluna ja kriittisenä ajatteluna. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela, 2008, 22–23.) Pääasiassa tutkiminen on kehittämistyössä tiedon tutkimista ja hankintaa (Lumme ym. 2006). Kehittämisen näkökulmalla tarkoitetaan aktiivista toimintaa, jonka tavoitteena on positiivinen kehittyminen (Heikkilä ym. 2008, 22–23). Kehittämistyön tekeminen vaatii tekijältä sekä kehittävää että tutkivaa asennetta ja työskentelytapaa. Tutkiva ote kehittämistyössä näkyy teoreettisten valintojen sekä opinnäytteeseen liittyvien ratkaisujen perustelussa. (Lumme ym. 2006.)

9.1 Ideointi ja suunnitteluvaihe

Tarve kehittämistyölle voi lähteä liikkeelle valtakunnallisesta tai työyhteisön kehittämissuunnitelmasta, käytännön ongelmasta, työntekijän aloitteesta tai tutkimuksen esiin nostamasta kehittämistarpeesta. Kehittämistyön mielekkyys perustuu työn tarpeellisuuteen ja kehittämiskohteen toiminnan kehittymiseen. Tämä tulee huomioida kehittämisprosessia suunniteltaessa, jottei työ jää merkityksettömäksi. Kehittämisprosessiin suunnitteluun kuuluu aihepiiriin ja vastaavanlaisiin hankkeisiin paneutuminen. Tämä auttaa tekijää ymmärtämään kehittämiskohdetta paremmin. Ideointivaiheessa aiheita otetaan esiin vapaamuotoisesti ja kehittämistyön sisältöä rajataan ja täsmennetään. Toteuttamiskelpoisesta kehittämistyöstä tehdään esisuunnitelma, joka sisältää tietoa hankkeen tarpeellisuudesta ja rahoituksesta. (Heikkilä ym. 2008, 60–62.)

Ideointivaihetta seuraa suunnitteluvaihe, joka on tärkeää prosessin onnistumisen kannalta. Suunnitteluvaiheen tarkoituksena on aikataulujen luominen sekä asioiden koordinointi. Suunnitelma konkretisoi hankkeen kehittämistavoitteet, osallistujat, resurssit sekä toimet, joita hanke vaatii. Hyvällä

suunnitelmalla luodaan pohja kehittämistyön onnistumiselle. Hankkeen onnistuminen voi vaatia tarvittaessa suunnitelman muokkaamista ja tarkistamista, sillä kehittämishankkeet ovat monimuotoisia ja lähellä käytäntöä. (Heikkilä ym. 2008, 68–70.)

Opinnäytetyömme ideointi alkoi keväällä 2016, kun suoritimme Lasten- ja perheiden hoitotyö -kursia. Silloin ajatuksiin nousi kiinnostus perehtyä lapsilla esiintyviin tauteihin syvemmin. Opinnäytetyön aihevalinta lähti etenemään syyskuussa 2016, kun osallistuimme ensimmäiseen opinnäytetyön aihepäiväpajaan. Olimme yhteydessä useisiin päiväkoteihin kysyen, olisiko heillä tarvetta moniammatilliselle yhteistyölle opinnäytetyön muodossa. Tarpeeseen vastasi vuorohoitopäiväkoti Ankkurinappi, joka esitti tarpeen lastentauteja käsittelevästä oppaasta. Tämä sopi meille erinomaisesti, sillä olimme keväällä aiheesta jo ideoineet. Työelämästä lähteneen tarpeen toteuttamiseksi päädyimme valitsemaan menetelmäksi toiminnallisen opinnäytetyön eli kehittämistyön. Aiheen kiinnostavuus, tarpeellisuus ja työn tekeminen kehittämistyönä motivoi työstämään aihetta eteenpäin. Kehittämistyön tekeminen kiinnosti ja motivoi meitä konkreettisuuden, käytännöllisyyden ja tarpeellisuuden takia.

Ideoimme ja suunnittelimme oppaan sisältöä yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Päiväkodin työntekijät pohtivat tiimipalaverissa aiheita, joita toivoivat oppaaseen. Kun saimme käsiteltäväksi toivotut taudit tietoomme, aloimme käydä niitä läpi. Totesimme taudit ja niiden määrän opinnäytetyön tarpeisiin ja laajuuteen nähden sopiviksi. Kyseisissä taudeissa oli riittävästi käsiteltävää, mutta aihealue ei ollut liian laaja. Aihe tuli näin rajattua osittain automaattisesti. Rajasimme aiheita niin, että käsittelemme kunkin taudin kohdalla selkeästi ydinasiat sekä tutkimus ja tilastotietoa, jottei aiheemme laajene liian isoksi. Aiheen rajausta tehdessä teimme myös päätöksen, että voimme mainita taudin hoidon yhteydessä lääkeaineita nimeltä, mutta emme käsittele työssämme ohjeita lääkemääristä. Keskustelimme myös opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa aiheen rajaamisesta ja työn sisällöstä. Opettaja hyväksyi aiheen ja sen laajuuden.

Kirjoitimme opinnäytetyöstämme aihekuvauksen ja esitimme sen lokakuussa 2016. Aihekuvausta tehdessä tutustuimme alan kirjallisuuteen, artikkeleihin sekä toisiin vastaaviin opinnäytetöihin, tämä auttoi meitä orientoitumaan tulevaan työhön. Aihekuvaus sisälsi tietoa aiheesta sekä työn tilaajasta ja tarpeellisuudesta. Budjettia tai rahoittajaa emme tarvinneet, sillä kehittämistyöllämme ei ole merkittäviä kustannuksia. Aihekuvauksen esittämisen jälkeen saimme rakentavaa palautetta opettajilta sekä opponenteiltamme, jotka otimme huomioon työsuunnitelmavaiheessa.

Työsuunnitelmavaiheessa työn aikataulusuunnitelma ja teoriaosuudet tarkentuivat. Teoriaosuuden kirjoittaminen alkoi laajemmin, kun aihekuvaus hyväksyttiin. Työsuunnitelma sisälsi teoriaa opasta varten sekä suunnitelman aikataulusta. Työsuunnitelma valmistui keväällä ja esitimme sen huhtikuussa 2017. Työsuunnitelmaamme muokattiin esityksen jälkeen, sillä esityksen yhteydessä nousi esiin ajatus, tulisko työssä käsitellä myös suolistoinfektioita. Pohdimme asiaa yhdessä toimeksiantajamme kanssa ja yhteisellä päätöksellä lisäsimme sen suunnitelmaan. Lähetimme aihekuvauksen ja työsuunnitelman toimeksiantajalle sähköpostitse, jotta he voisivat tarvittaessa tehdä tarkennuksia. Tilaajan taholta ei kuitenkaan lisäehdotuksia näihin tullut.

9.2 Käynnistämisen- ja toteuttamisvaihe

Kehittämistyö etenee käynnistysvaiheeseen, kun hankesuunnitelma on valmis ja osapuolet ovat sen hyväksyneet. Kehittämistyön tekeminen opinnäytetyönä edellyttää toimeksiantosopimuksen tekoa, jossa osapuolina ovat opiskelijat, työn ohjaava opettaja sekä työn tilaaja. Sopimuksessa opiskelijat sitoutuvat tekemään kehittämistyön, työn tilaaja mahdollistamaan työn valmistumista ja opettaja antamaan opiskelijoille työn edellyttämää ohjausta. Sopimukseen määritetään työn vastuut, aikataulut sekä toimintatavat. (Heikkilä ym. 2008, 91, 97.)

Kehittämistyön toteutukseen kuuluu tiedonhankinta, tulosten tuottaminen, työn seuranta ja valvonta sekä viestintä ja dokumentointi. Kehittämistyössä hyödynnetään olemassa olevaa tietoa, jonka tutkimustieto on vahvaa. Tutkimustietoa etsitään tietokannoista ja niitä tulee tarkastella kriittisesti. Kehittämistyön tuotos voi olla aineeton, kuten ajatusmalli tai aineellinen kuten opas. Tuotoksen odotetaan olevan tarpeellinen, käytännönläheinen ja helposti sovellettavissa uuteen toimintayhteyteen. Työskentelyn seuranta on tärkeää, jotta hankkeen lopputulos vastaa työn tarvetta ja jotta se pysyisi aikataulussa. Kehittämistyön toteutusvaiheessa hyvin toimiva viestintä osapuolten välillä on tärkeää, sillä se vaikuttaa hankkeen onnistumiseen. (Heikkilä ym. 2008, 99, 109, 120.)

Työsuunnitelman jälkeen jatkoimme tiedon etsintää ja laajensimme työn teoriaosuutta. Tiedonhakuun ohjasivat ajatukset siitä, mitä yleiset lastentaudit ovat, kuinka niitä hoidetaan sekä millainen on informatiivinen ja hyvä opas. Tietoa etsimme kirjallisuudesta, internetistä sekä alan lehdistä. Tiedonhakuun käytimme Googlea, Mediciä ja Cinahl completea. Käytimme lähteinä terveysalalla toimivien tahojen virallisia lähteitä, kuten Terveysporttia, Käypä Hoito-suosituksia ja artikkeleita, joissa kirjoittajana on toiminut alan ammattihenkilö. Käytimme teoriaa kirjoittaessa lähteinä myös terveysalan tutkimuksista ja vertasimme tutkimustuloksia toisiinsa. Hyödynsimme tiedonhankinnassa myös Savo- nia-ammattikorkeakoulun informaattikkoa, joka ohjasi meitä tiedon etsinnässä sekä hakukoneiden käytössä. Tiedonhaussa käytettyjä hakusanoja olivat: "päiväkoti", "päivähoito", "lastentarha" ("kinder garten"), "lapsi" ("child", "children"), "infektio" ("infection"), "lastentaudit" ("child disease", "disease") ja kaikki työssämme käsitellyt tartuntaudit ja niiden englanninkieliset käännökset. Lisäksi hakusanoja olivat toiminnallinen "opinnäytetyö", "potilasohje" ja "potilasopas".

Tiedon hankinnassa olemme olleet kriittisiä ja tutkineet lähteiden taustoja. Opinnäytetyössämme tutkiva ote näkyy tiedon hankinnan laajuutena ja kriittisenä ajatteluna. Asenteissa tutkiva näkökulma on tullut esiin tahtona etsiä mahdollisimman uutta tietoa ja tietolähteiden monipuolisuutena. Työssämme käytetyt lähdemateriaalit ovat pääasiassa vuosilta 2012–2017. Käytimme työssämme vain muutamaa yli kymmenen vuotta vanhaa lähdetä. Tällainen oli esimerkiksi kehittämistyöstä kertova lähde. Päädyimme käyttämään lähdetä todettuamme, ettei sen tieto ole ajan kuluessa muuttunut.

Hyödynsimme teorian kirjoitusvaiheessa äidinkielen ja tietotekniikan opettajan neuvoja osallistumalla ABC- ja TVT- pajoihin. Opinnäytteen teoriapohja on karttunut ja hakenut lopullista muotoaan syksyyn 2017 saakka. Elokuussa 2017 kirjoitimme ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen vuorohoitopäi-

väkoti Ankkurinapin kanssa sekä opinnäytetyömme ohjaajan kanssa. Sopimuksen teko viivästy i ke-sälomien takia, mutta tästä ei ollut haittaa työllemme. Sopimuksen kirjoittamisen jälkeen aloimme koota itse opasta.

Oppaamme sisältää tietoa yleisistä lasten tartuntataudeista ja ohjeita niiden hoidosta. Opas raken-tuu loogisesti aihepiireittäin ja se noudattaa samaa järjestystä kuin teoriapohjamme. Käsittelemme ensin infektioitauteja, rokkotauteja ja lopuksi muita tartuntatauteja. Vaikeinta oppaan tekemisessä oli rajata asiat, joita nostaa esiin. Monet asiat tuntuivat tärkeiltä, mutta jos oppaassa on liikaa asiaa, sitä on vaikea lukea. Päädyimme jättämään oppaasta pois esimerkiksi informaation taudin yleisyy-destä, etenemisestä ja diagnosoinnista. Keskityimme kirjoittamaan niistä asioista, joista on päiväko-dille hyötyä arkipäiväisessä toiminnassa. Taudeista kerromme ensin yleisiä asioita kuten itämisaajan, tarttumisen ja leviämisen ehkäisyn. Tämän jälkeen kuvaamme taudin oireet, hoito-ohjeet sekä oi-reet, jolloin tulee hakeutua terveydenhuoltoon. Lopuksi käsittelemme sitä, milloin lapsi voi palata takaisin päiväkotiin sairastumisen jälkeen.

Tärkein asia kunkin taudin kohdalla on vakavien oireiden tunnistaminen, jolloin tulee hakeutua ter-veydenhuoltoon, mutta emme kokeneet loogiseksi tuoda niitä esille ensimmäisenä. Tällöin olisi jää-nyt huomioimatta, mikä tauti on kyseessä ja mitkä ovat sille ominaisia oireita. Ajattelimme, että on järkevää kertoa asiat loogisesti siinä järjestyksessä, mitkä päiväkot i kokee arkipäiväisessä käytössä tärkeimmiksi. Näitä ovat esimerkiksi taudin itämisaika sekä oireiden tunnistaminen.

Käytimme oppaassa informatiivisia otsikoita, muutaman lauseen kappaleita ja lukemista helpottavia luetteloita. Oppaan aihealueet otsikoitiin käsitteillä "Oireet", "Hoito" ja "Milloin takaisin päivähoi-toon?". Väliotsikoina olivat "Lääkkeetön hoito" ja "Lääkehoito". Otsikoiden ansiosta käyttäjän on helppo löytää etsimänsä tieto nopeasti ja luetteloista asiat nousevat helposti ja ymmärrettävästi esiin.

Koimme oppaan teossa haasteelliseksi visuaalisen puolen toteuttamisen, sillä meidän oli vaikea löy-tää aiheisiin sopivia kuvia, joita olisi saanut käyttää. Päädyimme kuvittamaan oppaan lasten teke-millä piirustuksilla. Kuvien aiheet kulkevat linjassa oppaan aiheiden kanssa, mutta tuovat oppaaseen lapsen näkökulmaa. Näin saimme oppaaseen myös leikkisyyttä ja houkuttelevuutta asiatekstin rin-nalle. Koimme että lasten piirustukset sopivat oppaaseen, sillä se tulee käytettäväksi päiväkotiin. Kuvan lisäksi oppaassa on ilmaistu kuvan nimi sekä piirtäjän ikä ja sukupuoli. Kuvien julkaisuun on suullinen lupa lapsilta sekä heidän huoltajiltaan.

Oppaan kokoamisessa otimme huomioon sisällön ytimekkyyden ja selkeyden, helppolukuisuuden sekä visuaalisen puolen. Oppaasta tuli A4-kokoinen, koska päiväkot i sitä toivoi. Oppaassa on käy-tetty ymmärrettävää ja selkeää kieltä, emme ole käyttäneet ammattisanastoa. Tämä saa lukijan huomaamaan, että opas on suunniteltu hänen tarpeisiinsa. Oppaan sisältöä ja ohjeita ei ole perus-teltu itse oppaassa, mutta perustelut toiminnalle pohjautuvat teoriaosuudessamme käsiteltyihin asi-oihin kuten tautien leviämisen ehkäisyyn.

Tekijöiden välinen tiivis yhteistyö tapahtui pilvipalvelu Google docs:in kautta, jossa molempien oli helppo kirjoittaa työtä omien aikataulujen mukaisesti. Viestintä toistemme kanssa opinnäytetyön aikana tapahtui sähköpostien välityksellä, puhelimitse ja WhatsApp- viestien välityksellä. Opettajaan olimme yhteydessä puhelimitse, sähköpostitse ja ohjauspalavereissa. Toimeksiantajaan pidimme yhteyttä sähköpostitse ja vierailemalla paikan päällä.

9.3 Päätämisen- ja arviointivaihe

Ennen kehittämishankkeen päättämistä tuotos luovutetaan toimeksiantajalle ja odotetaan tämän hyväksyntä työlle. Ennen hankkeen päättämistä dokumentoinnit tulee arvioida ja saada päätökseen. Hankkeen päättämisen vaiheen ongelmana on usein kiire työtä viimeistellessä. Kehittämishanke tulee kuitenkin pitää aikatauluissa. Päätösvaiheessa olisi tärkeää tallettaa hankkeen aikana syntyneet ongelmatilanteet ja kehittämisideat, sillä niistä on hyötyä jatkosuunnitelmia ja tulevaisuutta varten. (Heikkilä ym. 2008, 121, 122.)

Kehittämistyön päätösvaiheessa arvioidaan saavuttiko kehittämistyö tavoitteensa ja voidaanko työn tuloksiin luottaa. Lisäksi arvioinnissa pohditaan, oliko hankkeella vaikutusta hyvinvointiin ja oliko sillä yhteiskunnallista merkitystä. Arviointiin voidaan käyttää ulkoista ja sisäistä arviointia. Sisäisellä arvioinnilla tarkoitetaan hankkeeseen kuuluvan henkilön tekemää arviointisuunnitelman mukaista arviota työstä ja ulkoisella arvioinnilla hankkeen ulkopuolisen henkilön tekemää arviointia. Ulkoinen arviointi tuo työlle lisää uskottavuutta. (Heikkilä ym. 2008, 127–129.)

Arvioidessa kehittämishankkeen onnistumista kiinnitetään huomiota toteutuksen, lopputuloksen ja sisällön onnistumiseen. Arvioinnissa huomioidaan myös aikataulun onnistumista, työn vaikuttavuutta ja ammatillista hyödyntämistä sekä tuotoksen siirrettävyyttä kohdeympäristöön. Arvosteltaviin asioihin kuuluvat myös ehdotukset jatkotoimista ja kehittämistä vaativista kohteista. Kehittämistyön onnistumista kuvaa se, että työn taustalta löytyy todellinen tarve ja että sille on asetettu tavoitteet. Onnistuneen kehittämistyön tunnistaa myös hyvästä suunnittelusta, prosessin kriittisestä arvioinnista projektin aikana sekä käytännöllisyyden huomioimisesta suunnitteluvaiheessa. (Heikkilä ym. 2008, 129–130.)

Kehittämistyön tekeminen opinnäytetyönä edellyttää sen arviointia myös ammattikorkeakoulun kriteereiden pohjalta. Arvioitavia asioita ovat aiheen ja tarpeellisuuden perustelu, aiheen rajaaminen, ammatillinen kehittyminen sekä aiheeseen perehtyminen. Arvioinnissa otetaan huomioon myös miten opiskelija on kuvannut ja perustellut käytettyjä menetelmiä. Opinnäytetyön arvioinnissa huomioidaan myös asioiden syvällisyyttä, opiskelijan taitoa tarkastella tuotostansa ja oppimaansa eri näkökulmista sekä kirjallista ilmaisua ja ulkoasua. Tuotoksesta arvioidaan sen merkittävyyttä ongelman ratkaisussa ja kuinka se vastaa asetettuja tavoitteita. (Heikkilä ym., 2008, 130.)

Arvioimme kehittämistyötämme koko prosessin ajan ja pyysimme säännöllisesti palautetta ohjaavalta opettajaltamme. Palautetta pyysimme myös toimeksiantajaltamme prosessin aikana. Lisäksi arvioimme toistemme työskentelyä ja työn tuloksia opinnäytetyötä tehdessämme.

Opinnäytetyömme viivästy alkuperäisestä suunnitelmasta kaksi viikkoa, mutta se pysyi aikataulussa valmistumistamme ajatellen. Työn viimeistely vei odotettua enemmän resursseja ja aikaa, jotta työ valmistui aikataulussa.

Mielestämme aiheemme on hyvin perusteltu ja sille on selkeä tarve toimeksiantajan taholta. Aiheen tarpeellisuutta kuvaa myös tutkimustulokset lasten sairastavuuden lisääntymisestä päiväkotiryhmissä sekä tilastotieto kyseisten tautien yleisyydestä. Mielestämme aiheen rajaaminen sujui onnistuneesti, sillä työmme on selkeästi rakentunut ja vastaa sille asetettuja tavoitteita. Työtä varten laadittu suunnitelma ohjasi työtämme prosessin ajan ja auttoi työn sisällön kokoamisessa sekä aiheiden järjestelmällisyydessä. Aiheeseen perehtymistä tapahtui koko prosessin ajan ja sen myötä työn sisällöstä tuli informatiivinen ja johdonmukainen. Kehittämisen kohteena näemme sen, että olisimme voineet perehtyä aihetta käsitteleviin tutkimuksiin enemmän ja varhaisemmassa vaiheessa. Tämä olisi ohjannut ajatuksiamme ja kirjoitustyyliämme aikasemmin tieteellisempään suuntaan.

Oppaasta tuli mielestämme selkeä, informatiivinen ja visuaalisesti kiinnostava. Koemme, että opas onnistui mielestämme hyvin ja se sopii käyttötarkoitukseensa. Oppaan onnistumiseen vaikutti laaja teoriapohjan kerääminen, joten opas oli helppo luoda sen pohjalta. Ajattelemme, että kehittämistyömme edistää lasten hyvinvointia ja sillä on yhteiskunnallinen merkitys. Työtämme arvioitiin sekä sisäisesti ohjaavan opettajan taholta, että ulkoisesti ulkopuolisen arvioijan taholta ja se lisää työmme luotettavuutta ja uskottavuutta.

10 POHDINTA

10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyöhön liittyy eettisiä asioita ja näkökulmia. Etiikalla tarkoitetaan tärkeiden arvojen ja moraalien puolustamista. Eettiset ohjeet ovat suosituksia, mutta ne eivät velvoita mihinkään. Eettisillä suosituksilla pyritään täydentämään laissa asetettuja rajoja nostamalla työn arvopohja esiin. Kehittämistyöhön kuuluu useita normeja, joihin on sitouduttava luotettavuuden ja eettisyyden varmistamiseksi. (Heikkilä ym. 2008, 43.) Tutkimusta tehdessä, tuloksia arvioidessa ja työtä esittäessä tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen tiedekunta 2017).

Kehittämistyön eettisiä haasteita ovat aiheen valintaan liittyvä eettisyys, kehittämistehtävät, toimintatapojen valinta, tietolähteiden valitseminen sekä luotettavuuden arviointi. Aiheen valinnassa eettisyys tulee esiin kun pohditaan, mitä asioita kehittämistyöllä halutaan edistää. Terveystieteiden kehittämissä ensisijainen lopputulos tulee olla potilaisiin tai asiakkaisiin kohdistuva hyvä. Tietolähteitä valitessa tulee kiinnittää huomiota, että käytetyt tietolähteet perustuvat aiemmin tutkittuun tietoon, asiasta saatuihin näyttöihin sekä ammattilaisten kokemustietoon. Kehittämistyön aineistojen luotettavuutta tulee arvioida huolellisesti. Kehittämistyössä tulee tarkastella koko prosessia sekä prosessin arviointia. Eettisestä näkökulmasta kehittämistyön oleellisin osa on rehellisesti, asiallisesti ja huolellisesti esiin tuodut sekä perustellut työn tulokset. Eettisyyttä arvioitaessa tulee kehittämissä kohdalla kiinnittää huomiota tieteelliseen ja toimintakäytännön onnistumiseen. (Heikkilä ym. 2008, 43–46.)

Aiheen valinnassa eettisyys näkyi tahtona edistää sosiaalialan tietopohjaa lasten taudeista ja niiden leviämisen ehkäisystä. Päämääränä oli asiakkaisiin eli päiväkodin lapsiin kohdistuva hyöty. Kun päiväkodin työntekijät tietävät taudeista ja niiden leviämisestä, he voivat omalla toiminnallaan ja vanhempia informoimalla ehkäistä taudin leviämistä toisiin lapsiin. Koemme, että teimme oikean ratkaisun jättäessämme työstämme ohjeet lääkemäärästä pois, sillä lääkehoidon tulee olla yksilöllistä eikä määriä ei voi yleistää. Lisäksi päätöstä tuki se, että lääkehoito ei pääsääntöisesti kuulu päiväkodin henkilökunnan työhön.

Haasteena oli, että aiheistamme löytyi paljon tietoa ja kaikki tieto ei ollut samassa linjassa toisten lähteiden kanssa. Tällöin täytyi kritisoida lähteen luotettavuutta ja pohtia onko asiaan vain yhtä totuutta. Olemme teoriassa tuoneet esille kohtia, joissa tutkimustulokset poikkeavat toisistaan. Työtä tehdessämme jouduimme myös pohtimaan lähteiden laajuutta ja ettemme viitanneet liikaa samaan lähteeseen. Viittasimme teoriassamme myös useampaan lähteeseen samassa yhteydessä, joka osaltaan lisää tiedon luotettavuutta. Olisimme halunneet työhömmme enemmän sekä suomalaista sekä kansainvälistä tutkimustietoa, mutta jokaisesta aihealueesta emme sitä löytäneet. Löytämämme tutkimukset sivusivat aiheita, mutta käsittelivät niitä meille sopimattomasta näkökulmasta.

Teoriatieto on luotettavaa, sillä käytimme työssämme mahdollisimman tuoreita lähteitä, jotta teoria-tieto olisi ajantasaista. Käytimme opinnäytetyössä maksimissaan noin kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, sillä etenkin tartuntatautien hoidolla on taipumusta muuttua ajan kuluessa. Yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä käyttäessä arvioimme niiden sisältöä kriittisesti ja peilasimme niitä uudempiin lähteisiin. Todetessamme, ettei tieto ole asian kohdalla muuttunut, uskalsimme käyttää kyseisiä lähteitä. Käytimme lähteitä monipuolisesti ja hyödynsimme työssämme terveysalan kirjallisuutta, tutkimuksia sekä terveydenhuollon verkkosivustoja ja verkkojulkaisuja. Verkkojulkaisuissa hyödynsimme lääkäreiden ja erikoislääkäreiden kirjoittamia julkaisuja. Työn eettisyyttä ja luotettavuutta tukee se, että kirjoittamamme teksti oli omaa tuotosta emmekä plagioineet. Ennen työn valmistumista suoritimme työllemme plagioinnin tarkastuksen ja työ läpäisi sen.

Oppaassa eettisiä kysymyksiä aiheutti kuvitus. Olisimme halunneet liittää oppaaseemme informatiivisia kuvia esimerkiksi rokkotaudeista, mutta tämä ei kuvien käyttöoikeuksien takia ollut mahdollista. Päädyimme käyttämään oppaassa lasten piirtämiä kuvia. Oppaan julkisuuden takia koimme että on parempi, ettei lasten nimiä julkaista työssämme. Keskustelimme asiasta lasten huoltajien kanssa ja he olivat samaa mieltä. Huoltajat antoivat suullisen luvan julkaista lapsen sukupuolen ja iän kuvan yhteyteen. Myös lapsilta kysyttiin lupa kuvien julkaisuun. Ennen kuvien käyttöä selvitimme ohjaavalta opettajaltamme, voiko lasten piirtämiä kuvia julkaista.

Noudatimme työtä tehdessämme opinnäytetyön ohjaus- ja hankkeistamissopimuksessa sovittuja asioita, kuten aikataulua sekä oppaan valmistamista. Alkuperäinen aikataulu viivästyi kahdella viikolla, mutta tämä oli tiedossa sopimusta tehdessä. Huomioimme myös, että opinnäytetyö on julkinen kaikille ja se julkaistaan Theseuksessa. Päiväkodin kanssa olemme sopineet kirjallisesti sähköpostin välityksellä, että he saavat vapaasti hyödyntää ja levittää työtämme tarpeen mukaan oman käytön ulkopuolelle. Ennen oppaan viimeistelyä lähetimme sen päiväkodille arvioitavaksi, jotta opas vastaisi heidän toiveitaan mahdollisimman hyvin. Saimme päiväkodilta positiivista palautetta oppaasta. Heidän mukaan opas oli selkeä ja napakka kokonaisuus, jossa tieto oli hyvin esillä ja kuvat mielenkiintoisia.

10.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme prosessi kesti kokonaisuudessaan puolitoista vuotta ja sinä aikana kasvoimme ammatillisesti monessa asiassa. Kasvoimme ammatillisesti opinnäytetyön aikana kollegiaalisuudessa eli yhteistyössä tulevan työkaverin, nykyisen sairaanhoitajaopiskelijan kanssa. Teimme puolentoista vuoden ajan tiivistä yhteistyötä ja jouduimme pohtimaan sekä vertailemaan realistisesti ja kriittisesti omia ja toisen ideoita. Työskentelimme vastavuoroisesti ja tasa-arvoisesti, joka näkyi työtehtävien jakamisessa ja vastuullisessa työskentelyssä. Yhteistyötä helpotti yhtenäinen näkemyksemme opinnäytetyön ja oppaan tekemisestä sekä lopullisesta tuotoksesta.

Opimme työskentelemään moniammatillisesti, sillä teimme työn yhteistyönä sosiaalialan kanssa. Opimme katsomaan asioita heidän näkökulmastaan ja huomioimaan sen toiminnassamme. Tämä näkyi esimerkiksi oppaan kieliasussa ja kuvituksessa sekä asioiden yksinkertaisena ilmaisuna. Moniammatillisuus näkyi työskentelyssämme molemminpuolisena yhteydenpitona, ajatusten jakamisena sekä toimeksiantajan tietoisuutena opinnäytetyömme eri vaiheista ja aikatauluista. Pyysimme oppaasta palautetta ennen sen viimeistelemistä, jotta pystyimme huomioimaan päiväkodin näkökulman ennen oppaan lopullista muotoa. Koemme, että onnistuimme tekemään oppaan jossa viemme omaa osaamistamme päiväkodin käyttöön.

Opinnäytetyö itsessään vaatii paljon aikaa ja paneutumista, eniten aikaa kului prosessin aikana tiedonhankintaan ja teoriaosuuden kokoamiseen. Tiedonhankintaa ja teoriapohjan kokoamista teimme lähes vuoden ennen kuin pääsimme kokoamaan itse opasta. Opinnäytetyön prosessin aikana opimme luotettavan tiedonkeruun menetelmiä ja arvioimaan lähteiden luotettavuutta kriittisesti. Lisäksi opimme hakemaan tutkimustietoa sekä etsimään lähteistä keskeisen sanoman. Opasta tehdessämme opimme rajaamaan tietoa ja etsimään taudeista ydinasiat, joilla on merkitystä oppaan käytötarkoitukseen nähden. Oppaan kokoamisesta opimme visuaalisuutta ja sen merkitystä sekä kuvien käsittelyä. Olemme kehittyneet prosessin myötä myös kirjallisessa ilmaisussa ja tieteellisen tekstin tuottamisessa. Tässä apuna on ollut ohjaajamme, jolta saimme ohjeita tekstin rakenteeseen ja kirjoittamistyylin löytämiseen.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet valtavan paljon erilaista lasten tartuntataudeista sekä niiden oireista, hoidosta ja leviämisen ehkäisystä. Koemme tästä olevan jatkossa hyötyä, sillä näitä tauteja kohtamme varmasti työssämme lasten, sekä mahdollisesti myös aikuisten keskuudessa. Uskomme että työstä on hyötyä myös siviilielämässä, sillä lähipiiriimme kuuluu paljon lapsiperheitä. Lisäksi ajatteleme, että opinnäytetyöstä voi olla hyötyä myös omakohtaisesti elämän varrella.

Työssämme toteutui Savonia-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman opinnäytetyölle laaditut tavoitteet, kuten toteuttaa työelämän tarpeisiin pohjautuva kehittämistyö, jonka aihe perustuu alan edistämiseen. Lisäksi arvioimme työmme eettisyyttä ja omaa ammatillista kasvua sekä työlle käyttämämme kehittämistyölle soveltuvaa menetelmää laatimalla laajan teoriapohjaa sisältävän raportin ja tuotoksena oppaan. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2017.)

10.3 Jatkokehitys

Työssämme tuli ilmi, että lapset jotka ovat hoidossa päiväkodissa, sairastavat enemmän tartuntatauteja kuin kotona hoidossa olevat lapset. Tautien leviämisen syynä on todettu olevan päiväkotien isot ryhmäkoot ja sairastavuuteen on todettu vaikuttavan lapsen ikä. Tämä opinnäytetyö on suunnattu auttamaan vuorohoitopäiväkoti Ankkurinapin hoitajia lasten tartuntatautien hoidossa ja leviämisen ehkäisyssä, mutta se soveltuu käytettäväksi myös muihin päiväkoteihin. Opastamme voisi

hyödyntää myös vieraskielisissä päiväkodeissa kääntämällä sen halutulle kielelle. Opasta voivat hyödyntää myös lapsiperheet ja paljon lasten parissa työskentelevät ihmiset, sillä oppaan kieli on ymmärrettävää ja käsiteltävät asiat yleisiä ja käytännönläheisiä.

Opinnäytetyötä tehdessä tuli ajatus, että työtämme voisi kehittää jatkossa tekemällä tutkimusta päiväkodin työntekijöiden hygieniaosaamisesta ja tartuntatautien leviämisen ehkäisemisestä. Tutkimustulosten pohjalta voisi pohtia, olisiko päiväkodin henkilökunnalla tarvetta hygieniaohjaukselle esimerkiksi oppaan tai luennon muodossa. Tutkimusta voisi tehdä myös päiväkodin hoitajien tietotaidoista lapsilla usein esiintyvistä taudeista. Tällöin saataisiin tutkimustietoa heidän tietopohjastaan ja sen pohjalta voitaisiin vielä tarkemmin kehittää heidän osaamistaan. Jatkossa voitaisiin myös pohtia, olisiko tartuntatautien leviämisen ehkäisemiseen päiväkotimaailmassa kehiteltävissä rakenteellisia muutoksia tai erilaisia toimintamalleja.

Emme itse pääse arvioimaan, kuinka oppaamme toimii käytännössä ja kuinka paljon siitä on hyötyä, sillä prosessimme päättyy opinnäytetyön seminaariesitykseen. Tämän takia oppaamme hyödyllisyyttä ja toimivuutta voisi selvittää tutkimuksella, joka tehtäisiin päiväkodin käyttökokemusten jälkeen. Tällöin saataisiin selville oppaan vahvuudet ja heikkoudet sekä kuinka opasta voisi jatkossa kehittää.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

ALILA, Anja ja MUSTAJOKI, Marianne 2015. Vesirokko [verkkajulkaisu]. Terveysportti. [viitattu 2016-12-13.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk00118&p_haku=rokkotaudit

ARO, Maria ja KAUKINEN, Eeva 2012. Lasten rokkotaudit – Tietopaketti terveystietoon. Turun ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [viitattu 2016-10-03.] Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45217/Aro_Maria_Kaukinen_Eeva.pdf..pdf;jsessionid=DE0D615A29AFF482A7D2BFF75B7DC12F?sequence=1

BLOMQUIST, Soile, 2016. Enterovirus. Julkaisussa: JAAKOLA, Sari, LYYTIKÄINEN, Outi, RIMHANEN-FINNE, Ruska, SALMENLINNA, Saara, PIRHONEN, Jaana, SAVOLAINEN-KOPRA, Carita, LIITSOLA, Kirsi, JALAVA, Jari, TOROPAINEN, Maija, NOHYNEK, Hanna, VIRTANEN, Mikko, LÖFLUND, Jan-Erik, KUUSI, Markku ja SALMINEN, Mika (toim.) Tartuntataudit Suomessa 2015 [verkkajulkaisu]. THL (Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos) raportti. [viitattu 2017-06-08] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130697/THL_Raportti_%202010_2016_korjattu_WEB_14.9.16.pdf?sequence=1

ENLUND-CERULLO, Maria 2015a. Enterorokko lapsella [verkkajulkaisu]. Mehiläinen. [viitattu 2017-08-28.] Saatavissa: <https://www.mehilainen.fi/lasten-mehilainen/lasten-rokot/enterorokko>

ENLUND-CERULLO, Maria 2015b. Kihomadot [verkkajulkaisu]. Mehiläinen. [viitattu 2017-08-31.] Saatavissa: <https://www.mehilainen.fi/lasten-mehilainen/lasten-tartuntataudit-ja-loiset/kihomadot>

ENLUND-CERULLO, Maria 2015c. Vesirokko lapsella [verkkajulkaisu]. Mehiläinen. [viitattu 2017-08-28.] Saatavissa: <https://www.mehilainen.fi/lasten-mehilainen/lasten-rokot/vesirokko>

HANNUKSELA-SVAHN, Anna 2016a. Loishyönteisten (täit, satiainen, kirput, syyhy, seinälude) pistot ja puremat [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2016-10-03.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00971#s5

HANNUKSELA-SVAHN, Anna 2016b. Syyhy [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-03-20.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00507

HANNUKSELA-SVAHN Anna 2017a. Märkärupi [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-03-23.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00456

HANNUKSELA-SVAHN Anna 2017b. Päätäit [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-08-30.] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00972

HELMINEN, Marja 2016. Enterovirukset [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu 2016-12-13.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01405&p_haku=enterorokko

HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko, NURMELA, Tiina, 2008. Tutkiva kehittäminen, avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla, 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 22–23, 60–62, 68–70, 91, 97, 99, 109, 120, 121–122, 127–129, 130.

HEIKKINEN, Terho 2008. Lasten äkillisen välikorvatulehduksen hoito -antibiootilla vai ilman? Lääkärelehti, 15/2008, vsk 63, 1371–1372 [digilehti]. [viitattu 2017-04-25.] Saatavissa: <http://www.laakari-lehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/lasten-akillisen-valikorvatulehduksen-hoito-antibiootilla-vai-ilman/>

HUOVINEN, Pentti 2013. Vihollisesta parantajaksi [pdf-artikkeli]. Apteekkari, 10/2013, 23. [viitattu: 2017-05-03.] Saatavissa: [file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/Multi-page_2017-04-26_090652savonia18.19%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/Multi-page_2017-04-26_090652savonia18.19%20(1).pdf)

HYVÄRINEN, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? [verkkojulkaisu]. [viitattu 2017-02-27.] Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

IIVANAINEN, Ansa ja SYVÄOJA, Pirjo 2011. Lääkkeen antaminen. Julkaisussa: Hoida ja kirjaa, 1.-5. painos. Hämeenlinna: Kustannusyhtiö Tammi, 267–268.

ISOHERRANEN, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Vantaa: WSOY, 33.

JALANKO, Hannu 2016a. Flunssa [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2016-12-14.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00011#s6

JALANKO, Hannu 2016b. Kuume [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-04-21.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00010

JALANKO, Hannu 2017a. Enterorokko [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-04-01.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00120

JALANKO, Hannu 2017b. Flunssa lapsella [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-01-09.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00124&p_haku=sana=hengitystieinfektio

JALANKO, Hannu 2017c. Infektiot ja päivähoito [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu 2017-04-24.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00024

JALANKO, Hannu 2017d. Infektiotaudit [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-03-10.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00009

JALANKO, Hannu 2017e. Korvatulehdus [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu 2017-04-24.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00014

JALANKO, Hannu 2017f. Kuume lapsella [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-02-14.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00437

JALANKO, Hannu 2017g. Parvorokko (pikkurokko) [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-07-27.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00465

JALANKO, Hannu 2017h. Silmän sidekalvontulehdus [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-02-02.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00012

JALANKO, Hannu 2017i. Suolistotulehdukset [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-09-07.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00020

JALANKO, Hannu 2017j. Vesirokko [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu 2017-03-20.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00550

JALANKO, Hannu 2017k. Yskä lapsella [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-01-09.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00728#s1

JALAVA, Katri, ROIVAINEN, Merja, VUORINEN, Tytti, BLOMQVIST, Soile, SEPPONEN-LAVIKKO, Anna, TOMMINEN, Arja ja LYYTIKÄINEN, Outi 2012. Suomen lääkärilehti 12/2012, vsk 67 [lehtiartikkeli]. [viitattu 2017-04-21.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cl/laakari-lehti/pdf/2012/SLL122012-943.pdf>

JERO, Jussi 2017. Liimakorva [verkkojulkaisu]. Duodecim. [viitattu: 2017-09-13.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/1996/14/duo60258>

JOUTJÄRVI, Maija 2013. Rokko tarttuu helposti. Tehy-lehti 6/2013. [viitattu 2016-10-03.] Saatavissa: <http://www.tehylehti.fi/fi/terveys/rokko-tarttuu-helposti>

JYLKKÄ, Heli, KORPPI, Matti, IMMONEN, Johanna. 2014. Yskänlääkkeiden teho lasten akuutissa yskässä [verkkojulkaisu]. Käypä Hoito. [viitattu: 2017-09-18.] Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nak08108>

KATISKO, Marja, KOLKKA, Marjo ja VUOKILA-OIKKONEN, Päivi 2014. Moniammatillinen ja ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa, malli työssäoppimisen ja ammattitaitoa edistävän harjoittelun toteutusta varten [verkkojulkaisu]. Opetushallitus, raportit ja selvitykset 2014:2. 10–11. [viitattu 2016-10-03.] Saatavissa: http://www.oph.fi/download/155899_moniammatillinen_ja_monialainen_osaaminen_sosiaali_terveys_kuntoutus_ja_lii.pdf

Keitele 2017. Vuoropäivähoitokoti Ankkurinappi [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2017-04-12.] Saatavissa: <http://www.keitele.fi/fi/Varhaiskasvatus-ja-koulutus/Varhaiskasvatus/Varhaiskasvatuksen-vaihtoehdot/Vuorohoitoaivakoti-Ankkurinappi>

KINNULA, Sohvi 2012. Hospital-associated infections and the safety of alcohol hand gels in children [verkkojulkaisu]. University of Oulu, väitöstutkimus [viitattu: 2017-05-03.] Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514299001.pdf>

KIVILOMPOLO, Marja 2009. Loiset ihmisen riesana [verkkojulkaisu]. Yle Akuutti. [viitattu: 2016-10-03.] Saatavissa: <http://yle.fi/aihe/artikkeli/2009/05/19/loiset-ihmisen-riesana>

KOPONEN, Mirikka 2015. Akuutti ripuli ja oksennustauti [verkkojulkaisu]. Yliopiston verkkoapteekki. [viitattu: 2017-05-02.] Saatavissa: <https://www.yliopistonverkkoapteekki.fi/Akuutti-ripuli-ja-oksennustauti>

KOTILAINEN, Hannele, JALAVA, Katri ja LYYTIKÄINEN, Outi 2007. Päätai, lasten harmillinen ja sinnikäs seuralainen. Kansanterveys 01/2007, 22–23.

KUMPU, Minna 2016, LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG IN RESPIRATORY TRACT INFECTIONS: Randomized controlled trials [verkkojulkaisu]. University of Helsinki, väitöstutkimus [viitattu: 2017-07-19.] Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/169366/LACTOBAC.pdf?sequence=1>

Kuume 2017. [verkkojulkaisu]. HUS. [viitattu 2017-04-12.] Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/kun-lapsi-sairastuu/kuume/Sivut/default.aspx>

Käypä Hoito 2015. Alahengitystieinfektiot (lapset) [verkkojulkaisu]. [viitattu 2017-09-13.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50098>

Käypä Hoito 2016. Välikorvatulehdus (äkillinen) [verkkojulkaisu]. [viitattu: 2016-12-12.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi31050>

Käypä Hoito 2017. Epilepsiat ja kuumeouristukset (lapset). [verkkojulkaisu]. [viitattu 2017-10-12.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50059>

LAINEN, Miia 2015. Tympanometry and Spectral Gradient Acoustic Reflectometry in the Diagnosis of Otitis Media in Young Children [verkkojulkaisu]. University of Turku, väitöstutkimus [viitattu: 2017-04-25.] Saatavissa: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/109214/AnnalesD1177Laine_Miia.pdf?sequence=2

LAPPALAINEN, Suvi 2015. Immunogenicity of rotavirus VP6 oligomeric structures for use as a candidate rotavirus vaccine [verkkojulkaisu]. University of Tampere, väitöstutkimus [viitattu: 2017-05-04.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/98094>

LAULAJAINEN- HONGISTO, Anu 2016. Välikorvatulehduksen komplikaatiot [verkkojulkaisu, portfolio]. Moodi. [viitattu: 2016-12-12.] Saatavissa: http://portfolio-web.ess.fi/www/Moodi/2016_No5/#/20/

Lapsen infektioiden ja tartuntatautien hoito 2017. [verkkojulkaisu]. Terveystalo. [Viitattu: 2017-09-18.] Saatavissa: <https://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Lastentaudit/Lasten-infektiot-ja-tartuntataudit/Lapsen-infektioiden-ja-tartuntatautien-hoito/>

Lapsen kuume 2015. [verkkojulkaisu]. Mehiläinen. [Viitattu: 2016-10-03.] Saatavissa: <https://www.mehilainen.fi/lasten-mehilainen/lapsen-kuume>

Lasten vatsatauti 2015. [verkkojulkaisu]. Mehiläinen. [Viitattu: 2017-05-02.] Saatavissa: <https://www.mehilainen.fi/lasten-mehilainen/lasten-vatsataudit>

Lääketeollisuus 2017. Yhteistyössä antibioottiresistenssiä vastaan. [verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2017-09-27.] Saatavissa: <http://www.laaketeollisuus.fi/laakkeet/yhteistyossa-antibioottiresistenssia-vastaan>

LEINO-KILPI, Helena ja SALANTERÄ, Sanna 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta [lehtiartikkeli/ verkkojulkaisu]. Suomen potilaslehti 2009, no.2, 6–7. [viitattu 2017-08-08.] Saatavissa: http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti_2_09.pdf

LIPPONEN, Kaija, KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön sopivat ohjausmallit [verkkojulkaisu]. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (ppshp). [viitattu 2017-04-04.] Saatavissa: https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

LOGINOV, Raisa, MANNONEN, Laura ja LAPPALAINEN, Maija 2016. Ripulivirusten pikadiagnostiikka [lehtiartikkeli/ verkkojulkaisu]. Duodecim 2016, vol. 132 no. 7, 648–653 [viitattu 2017-05-03.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/xmedia/duo/duo13066.pdf>

LUMIO, Jukka 2016. Infektioiden aiheuttajat: loiset, bakteerit, sienet, alkueläimet, virukset ja prionit [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2016-10-03.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00562

LUMIO, Jukka 2017a. Infektioiden tartunta, taudin synty ja leviäminen [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-09-18.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00569

LUMIO, Jukka 2017b. Kihomadot [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-08-30.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00427

LUMIO, Jukka 2017c. Norovirus [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-05-02.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00738

LUMIO, Jukka 2017d. Ruokamyrkytys ja sen aiheuttama ripuli [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu 2017-09-21.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00608

LOUNAMO, Kari 2009. Enterorokko. Takiainen. 2/2009, 17–22.

LUMME, Riitta, LEINONEN, Rauni, LEINO, Mia, FALENIUS, Mia, SUNDQVIST, Leena. 2006. Monimuotoinen / toiminnallinen opinnäytetyö [verkkajulkaisu]. Virtuaaliammattikoulu. [viitattu: 2017-09-19.] Saatavissa: <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

Lääketieteensanasto 2017a. Epidemia [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu 2017-09-27.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt00728

Lääketieteensanasto 2017b. Resistenssi [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu 2017-09-27.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt02916

MATTILA, Leena ja JÄRVINEN, Asko 2011. Julkaisussa: HEDMAN, Klaus, HEIKKINEN, Terho, HUOVINEN, Pentti, JÄRVINEN, Asko, MERI, Seppo ja VAARA, Martti (toim.) Infektiosairaudet 1.painos. Porvoo: Duodecim, 475, 491–499.

MUSTONEN, Sanna ja OIVA, Henna, 2010. "HYVINVOINTIA LEIKKI-IKÄISILLE" - Opasvihkonen leikki-ikäisten lasten perheille suunnatuista palveluista Kemijärvellä [verkkajulkaisu]. Opinnäytetyö. [Viitattu: 5.10.2016.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21793/Mustonen_Saana-Oiva_Henna.pdf?sequence=1

MUSTAJOKI, Pertti 2017a. Alilämpö [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [Viitattu: 2017-09-08.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00263

MUSTAJOKI, Pertti 2017b. Pahoinvointi ja oksentelu [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto. [Viitattu: 2017-05-02.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00054

NIINIKOSKI, Harri 2016. Sairaalan lapsen hoito, Kuumeen hoito. Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo (toim.), Lastentaudit, 6.painos. Tallinna: Duodecim, 107–108.

NOKSO-KOIVISTO, Johanna 2004, Viral upper respiratory tract infections in young children [verkkojulkaisu]. University of Helsinki, väitöstutkimus [Viitattu: 2017-09-17.] Saatavissa: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/nokso-koivisto/viralupp.pdf>

Parvorokko lapsella 2015. [verkkojulkaisu]. Mehiläinen. [Viitattu: 2017-08-28.] Saatavissa: <https://www.mehilainen.fi/lasten-mehilainen/lasten-rokot/parvorokko>

PELTOLA, Ville 2016. Tavallinen flunssa. Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo (toim.), Lastentaudit, 6.painos. Tallinna: Duodecim, 234–236.

Päivähoidon hygieniaopas, 2014. [pdf-julkaisu]. Sosiaali- ja terveysvirasto Pietarsaari [Viitattu: 2017-09-27.] Saatavissa: https://www.sochv.jakobstad.fi/download/21237/A_href=

RAJALA, Liisi, SEPPONEN, Kati ja HÄMEEN-ANTTILA, Katri 2010. Lasten infektiioireiden esiintyvyyso-
-onko päivähoidomuodolla merkitystä? [pdf-julkaisu]. Dosis vol. 26, 4/2010, 240–243. [viitattu: 2017-05-03.] Saatavissa: [file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/Multi-page_2017-04-26_091051savonia18.23%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/Multi-page_2017-04-26_091051savonia18.23%20(1).pdf)

RENKO, Marjo, MÖTTÖNEN, Merja ja UHARI, Matti 2011. Lasten päivähoidoon liittyvät infektiot. Julkaisussa: HEDMAN, Klaus, HEIKKINEN, Terho, HUOVINEN, Pentti, JÄRVINEN, Asko, MERI, Seppo ja VAARA, Martti (toim.) Infektiosairaudet 1.painos. Porvoo: Duodecim, 305–306.

RENKO, Marjo 2016a, Ihoinfektiot, Ihon pinnalliset bakteeri-infektiot, Märkärupi. Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo (toim.) Lastentaudit 6.painos. Tallinna: Duodecim, 227.

RENKO, Marjo 2016b, Parvorokko [verkkojulkaisu]. Terveysportti. [viitattu 2017-01-24] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00746&p_haku=parvorokko

RENKO, Marjo 2016c. Rokkotaudit ja muut yleistyneet virusinfektiot. Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo (toim.) Lastentaudit 6.painos. Tallinna: Duodecim, 216, 220, 227, 229–230.

RENKO, Marjo 2016d. Syyhy. Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo (toim.) Lastentaudit 6.painos. Tallinna: Duodecim, 232.

RUOHOLA, Aino ja RENKO, Marjo, 2016. Välikorvatulehdus. Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo (toim.), Lastentaudit, 6.painos. Helsinki: Duodecim, 238–243.

RUUSKANEN, Olli, SAXËN, Harri ja MERTSOLA, Jussi 2009. Kuumeisen lapsen arviointi [verkkojulkaisu]. Duodecim [viitattu: 2017-04-21.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98474.pdf>

RÄSÄNEN, Sirpa 2016a. Rotavirus and norovirus gastroenteritis in children. Epidemiology and burden of disease at the beginning of rotavirus vaccination [verkkojulkaisu]. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. [viitattu 2017-05-04.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/98383>

RÄSÄNEN, Sirpa 2016b. Suolistoinfektiot. Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo (toim.), Lastentaudit, 6.painos. Tallinna: Duodecim, 268–267.

SAARELMA, Osmo 2017a. Kuume [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-01-14.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00793

SALO, Eeva 2011. Märkärupi. Takiainen no. 3–4, 27–31 [pdf-julkaisu]. [viitattu: 2017-03-23.] Saatavissa: [file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/Multipage_2017-04-26_090855savonia18.04%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/Multipage_2017-04-26_090855savonia18.04%20(2).pdf)

Savonia ammattikorkeakoulu 2017. Opetussuunnitelmat. [verkkojulkaisu]. [viitattu: 2017-09-27.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/node/209?yksi=KS&krtid=771&tab=6&krtid2=92585>

SAXEN, Harri ja ANTTILA, Veli-Jukka 2015. Rokkopotilas päivystyksessä [verkkojulkaisu]. Akuuttihoito- opas. [viitattu: 2016-12-13.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01874&p_haku=parvorokko

SEPPÄNEN, Matti 2017a. Sidekalvotulehduksen hoito [verkkojulkaisu]. Terveystalo. [viitattu: 2017-09-13.] Saatavissa: <https://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Silmataudit-ja-leikkaukset/Silmasairaudet/Sidekalvotulehduksen-hoito/>

SEPPÄNEN, Matti 2017b. Silmän sidekalvotulehdus (konjuktiviitti) [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto [viitattu: 2017-02-02.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01069

SEPPÄNEN, Matti 2017c. Silmätulehdus [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. [viitattu: 2017-04-14.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01062

Silmätulehdukset 2016. [verkkojulkaisu]. HUS. [viitattu 2017-02-02.] Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/kun-lapsi-sairastuu/Silmatulehdukset/Sivut/default.aspx>

Silmän sidekalvontulehdus (konjunktiviitti) 2017 [pdf-julkaisu]. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. [viitattu 2017-05-04.] Saatavissa: [https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Silm%C3%A4n%20sidekalvontulehdus%20\(konjunktiviitti\).pdf](https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Silm%C3%A4n%20sidekalvontulehdus%20(konjunktiviitti).pdf)

SIPONEN, Sanna 2014. Children´s Health, Self-Care and the Use of Self-Medication A Population-Based Study in Finland [verkkajulkaisu]. Itä-Suomen yliopisto, väitöskirja. [viitattu: 2017-07-19.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1418-7/urn_isbn_978-952-61-1418-7.pdf

STM 2005. Infektoriskin vähentäminen päivähoidossa [verkkajulkaisu/julkari]. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:28. [viitattu 2017-04-25.] Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90759/Infektoriskin_vahentaminen_paivahoidossa_fi.pdf?sequence=1

SVT 2016. Suomen virallinen tilasto 2016: Tutkimus- ja kehittämistoiminta [verkkajulkaisu] ISSN=1798-6206. Helsinki: Tilastokeskus. [viitattu: 3.10.2016]. Saatavissa: <http://www.stat.fi/til/tkke/kas.html>

SUONTAMO, Tuula 2016. Päiväkotihygienia puhuttaa [pdf-julkaisu]. Ympäristö- ja terveystieteiden aikakauslehti, 5/2016, 47. vsk., 60–61 [viitattu: 2017-05-03.] Saatavissa: [file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/Multipage_2017-04-26_091858savonia18.14%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/Multipage_2017-04-26_091858savonia18.14%20(1).pdf)

Syyhy ja tartuntojen leviämisen ehkäisy 2016. [verkkajulkaisu]. TAYS. [viitattu: 2017-03-20.] Saatavissa: [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioohjeet/Syyhy/Syyhy_ja_tartuntojen_leviamisen_ehkaisy\(51556\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioohjeet/Syyhy/Syyhy_ja_tartuntojen_leviamisen_ehkaisy(51556))

SÄKKINEN, Salla ja KUOPPALA, Tuula 2016. Varhaiskasvatus 2015 [tilastoraportti]. THL. [viitattu: 2017-04-21.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131666/Tr21_16.pdf?sequence=5

TAPANAINEN, Päivi ja RAJANTIE, Jukka 2016. Mitä lapset Suomessa sairastavat? Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo (toim.) Lastentaudit 6.painos. Tallinna: Duodecim, 74.

TAPIAINEN, Terhi, 2016. Lasten silmän sidekalvontulehdus. Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo (toim.), Lastentaudit, 6.painos. Helsinki: Duodecim, 233–234.

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2013. Adenovirus. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2017-09-13.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/infektiaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/adenovirus>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2015a. Infektiot, Täit. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2017-08-30.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneurolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveysneuvonta/infektiot#tait>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2015b. Infektiot, Parvorokko. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2017-07-27.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneurolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveysneuvonta/infektiot#parvorokko>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2016. Influenssa. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2017-09-13.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/influenssa>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2016b. Enterovirus [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-12-13.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/enterovirus>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2016c. Kihomato [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-02-02.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/muut-taudinaiheuttajat/kihomato>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2016d. Päätäi [verkkojulkaisu]. [viitattu: 2017-08-30.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/muut-taudinaiheuttajat/paatai>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2016e. Syyhy [verkkojulkaisu]. [viitattu: 2017-04-14.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/muut-taudinaiheuttajat/syyhy>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2016f. Vesirokko [verkkojulkaisu]. [viitattu 2017-01-13.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/vesirokko>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2017a. Suolistoinfektiot [verkkojulkaisu]. [viitattu: 2017-09-05.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/tautiryhmittain/suolistoinfektiot>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2017b. RSV [verkkojulkaisu]. [viitattu: 2017-09-17,] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/rsv>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2017c. Varhaiskasvatus [verkkojulkaisu]. [viitattu: 2017-04-11.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/varhaiskasvatuspalvelut>

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) 2017d. Vesirokkorokote [verkkojulkaisu]. [viitattu: 2017-04-16.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/vesirokko-rokote>

TURUNEN, Topi, PEKKANEN, Eeva ja LYYTIKÄINEN Outi 2016a. Torjuntatoimet syyhyepidemoissa [julkari/pdf-tiedosto]. THL. [viitattu: 2017-03-20.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131163/URN_ISBN_978-952-302-708-4.pdf?sequence=1

TURUNEN, Topi, PEKKANEN, Eeva ja LYYTIKÄINEN, Outi 2016b. Toimenpideohje torjuntatoimista vesirokkotapauksen yhteydessä [julkari/pdf-tiedosto]. THL. [viitattu 2017-04-18.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131162/THL_OHJ16_2016_Vesirokko_WEBkor..pdf?sequence=1

TURUNEN, Topi ja LEINO, Tuija 2016. Vesirokkovirus. Julkaisussa: JAAKOLA, Sari, LYYTIKÄINEN, Outi, RIMHANEN-FINNE, Ruska, SALMENLINNA, Saara, PIRHONEN, Jaana, SAVOLAINEN-KOPRA, Carita, LIITSOLA, Kirsi, JALAVA, Jari, TOROPAINEN, Maija, NOHYNEK, Hanna, VIRTANEN, Mikko, LÖFLUND, Jan-Erik, KUUSI, Markku ja SALMINEN, Mika (toim.) Tartuntataudit Suomessa 2015 [verkkojulkaisu]. THL (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos) raportti. [viitattu 2017-07-09] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130697/THL_Raportti_%2010_2016_korjattu_WEB_14.9.16.pdf?sequence=1

TURUNEN, Topi, LEINO, Tuija, PIRHONEN, Jaana, AL-HELLO, HAIDER 2016. Rotavirus. Julkaisussa: JAAKOLA, Sari, LYYTIKÄINEN, Outi, RIMHANEN-FINNE, Ruska, SALMENLINNA, Saara, PIRHONEN, Jaana, SAVOLAINEN-KOPRA, Carita, LIITSOLA, Kirsi, JALAVA, Jari, TOROPAINEN, Maija, NOHYNEK, Hanna, VIRTANEN, Mikko, LÖFLUND, Jan-Erik, KUUSI, Markku ja SALMINEN, Mika (toim.) Tartuntataudit Suomessa 2015 [verkkojulkaisu]. THL (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos) raportti. [viitattu 2017-07-09] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130697/THL_Raportti_%2010_2016_korjattu_WEB_14.9.16.pdf?sequence=1

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2017. Hyvä tieteellinen käytäntö. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2017-04-17.] Saatavissa: <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Tympanometria eli tärykalvon liikkuvuustutkimus 2017. [verkkojulkaisu]. Terveystalo. [viitattu 2017-09-13.] Saatavissa: <https://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Korva-nena-ja-kurkkutaudit/Tutkimukset-ja-toimenpiteet/Tarykalvon-liikkuvuustutkimus/>

TÄHTINEN, Paula 2012. Treatment of acute otitis media [verkkojulkaisu]. University of Turku, väitöstutkimus. [viitattu: 2017-04-25.] Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/77142/Annales%20D%201019%20T%C3%A4htinen%20DISS.pdf?sequence=4>

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Tampere: Tammi, 6, 11.

VUORINEN, Tytti, PUTTO-LAURILA, Anne ja LAINE, Maria 2008. Virusten aiheuttamat nivel tulehdukset [verkkojulkaisu]. Lääkärilehti no. 10/2008 vsk 63, 947–952 [viitattu: 2017-07-27.] Saatavissa:

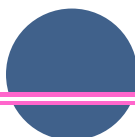
<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/virusten-aiheuttamat-niveltulehdukset/>

LIITE: 1

*Opas yleisistä
lasten tartunta-
taudeista
päiväkodissa*

-KEITELEEN VUOROHOITOPÄIVÄKOTI ANKKURINAPPIIN-

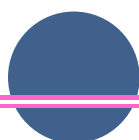
Savonia-AMK, Hoitotyön koulutusohjelma, Opinnäytetyö
Kokkonen Ulrika & Kosunen Anu
Marraskuussa 2017



Lukijalle

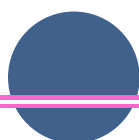
Tämä opas tarjoaa tietoa yleisistä päiväkodissa lasten keskuudessa esiintyvistä tartuntataudista. Oppaassa käsitellään tautien oireet, hoito ja merkit, jolloin tulee ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon sekä milloin lapsi voi palata takaisin päiväkotiin taudin jälkeen. Mainitsemme oppaassamme muutamia lääkkeitä nimeltä, mutta opas ei sisällä ohjeita lääkennoksista. Oppaan lopussa on yhteenvetotaulukko käsitellyistä taudeista, itämisajoista, oireista sekä poissaolon tarpeesta päiväkodista.

Opas on suunnattu vuorohoitopäiväkoti Ankkurinapin työntekijöiden avuksi lasten vanhempien ohjauksessa lapsen sairastuessa. Opas on tehty opinnäytetyönä Hoitotyön koulutusohjelmassa Savonia-ammattikorkeakoulussa Kuopiossa syksyllä 2017.



SISÄLTÖ

KUUME.....	4
YLÄHENGITYSTIEINFEKTIO.....	5
ÄKILLINEN VÄLIKORVATULEHDUS.....	6
SILMÄN SIDEKALVOTULEHDUS.....	7
SUOLISTOINFEKTIO.....	8
VESIROKKO.....	9
ENTEROROKKO.....	10
PARVOROKKO.....	11
PÄÄTÄIT.....	12
KIHOMADOT.....	13
SYYYHY.....	14
MÄRKÄRUPI.....	15
YHTEENVETOTAULUKKO.....	16



Kuume

Aiheuttaja: Virukset ja bakteerit

(kuume on elimistön puolustusreaktio niitä vastaan)

Tarttuminen: Riippuu kuumeen aiheuttajasta ja taudista, jonka oireena se ilmenee

Oireet

- Kehon lämpötilan nouseminen yli 37,5 asteeseen

Hoito

Lääkkeetön hoito:

- Lapsen nesteensaannin turvaaminen
- Sokeripitoiset korjaavat energiantarvetta, veden juontia ei tule unohtaa
- Kevyt vaatetus ja viileä huoneilma laskevat lapsen kehon lämpötilaa
- Lapsen tulee antaa leikkiä normaalisti oman voinnin mukaan, liiallista räsitusta tulee kuitenkin välttää

Lääkehoito:

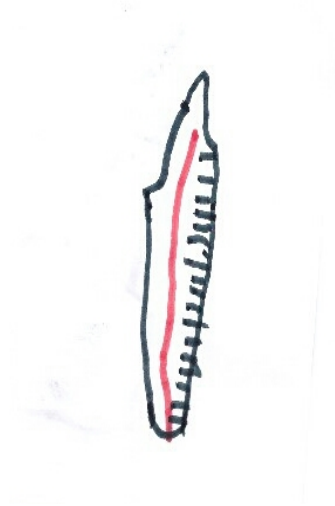
- Kuumeen alentaminen tulehduskipulääkkeillä (ibuprofeini), kun kuumetta yli 38,5 astetta tai matalampaan kuumeeseen, jos lapsi on kiukkuinen tai kivulias
→ tulehduskipulääke auttaa myös mahdolliseen tautiin liittyvään kurkkukipuun, lihassärkyihin ja epämiellyttävään oloon
- Muita lapsille sopivia kuumelääkkeitä ovat parasetamoli ja naprokseeni

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

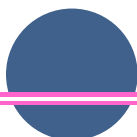
- Lapsi on poikkeuksellisen väsynyt ja sairaan oloinen
- Kun kuumeeseen liittyy vatsakipua, päänsärkyä, korvakipua, virtsaavaivoja tai sekavuutta
- Kuumeisella lapsella ilmenee mustelmia, nivelten turpoamista, veriripulia tai lapsi käy tiheään virtsalla

Milloin takaisin päiväkotiin?

Lapsi voi mennä päiväkotiin yhden täysin kuumeettoman vuorokauden jälkeen, jos lapsen yleisvointi sen sallii.



”Kuumemittari” Poika 6v.



Ylähengitystieinfektio

Aiheuttaja: Virukset kuten rino-, adeno- ja influenssa A- ja B-virukset

Tarttuminen: Kosketus- ja pisaratartuntana lähikontakteissa ja pintojen välityksellä

Itämisaika: Viruksesta riippuen 24–72 h

Ehkäisy: Hyvästä käsihygieniasta ja lelujen puhtaudesta huolehtiminen flunssakaudella

Oireet

- Yskä, kurkkukipu
- Nenän tukkoisuus ja vetinen erite
- Päänsärky, väsymys
- Lämpöily, kuume



Hoito

Lääkkeetön hoito:

- Riittävä lepo
- Riittävä nesteiden saanti
- Tukkoisen nenän hoitoon niistäminen sekä keittosuolatippojen ja sumutteiden käyttö
- Yöaikaan sängynpäädyn kohottaminen hengityksen helpottamiseksi
- Yöllisen yskän helpottamiseksi iltaisin pari lusikallista hunajaa (yli 1-vuotiaalle lapselle!)

”Lääkepurkki” Tyttö 5v.

Lääkehoito:

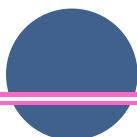
- Kipu- ja kuumelääke tarvittaessa kivun hoitoon ja kuumeen alentamiseen

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Hengityksen muuttuessa vinkuvaksi, puuskittaiseksi tai tiheäksi
- Lapsen muuttuessa kivuliaaksi, silmien alkaessa rähmiä ja lapsen heräillessä yöllä
- Kuumeen kestäessä yli viisi päivää, lapsella on korkea kuume tai tämä on yleisvoinniltaan väsynyt
- Kuumeen noustessa uudelleen sen jo laskettua

Milloin takaisin päiväkotiin?

Lapsi voi mennä päiväkotiin yhden kuumeettoman päivän jälkeen voinnin ollessa hyvä ja virkeä. Lapsi, jolla on ylähengitystieinfektio ilman kuumetta, voi osallistua päivähoitoon yleisvoinnin ollessa hyvä.



Äkillinen välikorvatulehdus

Aiheuttaja: Nenänielusta peräisin olevat bakteerit kuten streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae ja moraxella catarrhalis ja virukset

Tarttuminen: Ei tartu lapsesta toiseen

Ehkäisy: Infektioille altistumisen vähentäminen, ksylitolin säännöllinen käyttö päivittäin

Muuta: Altistavia tekijöitä alle 2-vuoden ikä, tutin käyttö, vanhempien tupakointi, altistuminen infektioille sekä perimä

Oireet

- Korvakipu
- Kuulon aleneminen
- Märkäinen erite korvista
- Korvien harominen
- Nuha ja nenän tukkoisuus
- Yskä, kuume
- Yölevottomuus



”Korvatulehdus” Tyttö 5v.

Hoito

Lääkehoito:

- Antibioottikuuri lääkärin määräämänä
- Kipulääkityksenä: parasetamoli, ibuprofeeni tai naprokseeni

Huomioi! Märkää vuotava korva tulee suojata vedeltä suihkussa käynnin ajaksi esim. silikonitulpilla. Korvatulehduksen jälkeen noin kuukauden kuluttua lapselle tehdään jälkitarkastus.

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Yli leikki-ikäinen lapsi sanoo korvan olevan kipeä
- Korva vuotaa märkää
- Flunssa kestää yli kaksi viikkoa
- Flunssainen lapsi muuttuu kipeäksi
- Herää epäily että lapsen kuulo on heikentynyt

Milloin takaisin päiväkotiin ?

Välikorvatulehdus ei tartu lapsesta toiseen. Lapsen voi viedä päiväkotiin, jos hänellä ei ole kuumetta ja vointi on normaali.

Silmän sidekalvotulehdus

Aiheuttaja: Bakteerit kuten haemophilus influenzae ja streptococcus pneumoniae, virukset kuten adenovirus ja allergiat

Tarttuminen: Kosketustartunta

Ehkäisy: Hyvästä käsihygieniasta huolehtiminen ja silmien hieromisen välttäminen

Muuta: Altistavia tekijöitä ovat atopia, silmäluomen tulehdus, ylähengitystieinfektio

Oireet

- Silmien punoitus, turvotus, rähmiminen ja kirvely
- Silmien vetistely
- Silmäluomien yhteen liimautuminen yön jäljiltä
- Valonarkuus



Hoito

Silmätulehdus” Tyttö 5v.

Lääkkeetön hoito:

- Rähmän puhdistaminen silmästä kostutetulla vanulla
→ estää mikrobien kasvua ja leviämistä

Lääkehoito:

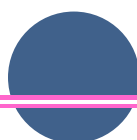
- Lääkärin määräämät antibioottitipat tai salvat

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Oireet eivät hellitä ja niihin liittyy kipua, näön huononemista tai silmän alueen turvotusta
- Lapsen silmissä on valonarkuutta ja kirkasta nestevuotoa
- Kun silmäoireet ovat voimakkaita ja silmäluomi on turvonnut, sekä yleisvointi on laskussa

Milloin takaisin päiväkotiin ?

Lapsen ei tarvitse olla poissa päiväkodista silmän sidekalvotulehduksen vuoksi.



Suolistoinfektiot

Aiheuttaja: Virukset kuten adeno-, kalkki-, noro- ja rotavirus ja bakteerit kuten salmonella

Tarttuminen: Kosketus- ja pisaratartunta

Itämisaika: Viruksesta riippuen 10 h–10 vrk

Muuta: Suomen kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluu rotavirusrokote

Oireet

- Vatsakipu, ruokahaluttomuus
- Oksentelu, ripulointi
- Lievä kuume
- Äkillinen pahoinvointi
- Väsymys, Päänsärky



”Oksennustauti” Tyttö 5v.

Hoito

Lääkkeetön hoito:

- Nesteen saannin turvaaminen pieninä määrinä kerrallaan, jos tämä lisää oksentelua kokeillaan nesteen antamista parin tunnin päästä uudelleen
- Haaleita ja sokerittomia nesteitä suositellaan
- Mausteisia ja sokerisia tuotteita ei suositella
- Yleisvoimien, juomisten ja virtsamäärien sekä painon seuranta

Lääkehoito:

- Ripulijuomat: korjaavat suola- ja nestetasapainoa
- Suolentoimintaa rauhoittavat lääkkeet
- Maitohappobakteerit: voivat auttaa vatsataudin oireisiin

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Yhtämittainen oksentelu tai ripulointi
- Lapsen yleistilan huomattava lasku, jolloin lapsi on velto ja väsynyt
- Ulostessa tai oksennuksessa on verta
- Ripulointi jatkunut yli 3 vrk tai siihen liittyy yli 39 asteen kuume
- Äkillisesti alkanut oksentelu, johon liittyy kova päänsärky
- Vatsakipu johon liittyy rajuja oksennuksia ilman ripulia
- Tartunta on peräisin ulkomaanmatkalta

Milloin takaisin päiväkotiin ?

Ripulointia tai oksentelua sairastava lapsi hoidetaan kotona ja hän voi palata päiväkotiin vasta oireettomana.

Vesirokko

Aiheuttaja: Vesirokkovirus eli varicella-zoster

Tarttuminen: Kosketus- ja pisaratartunta

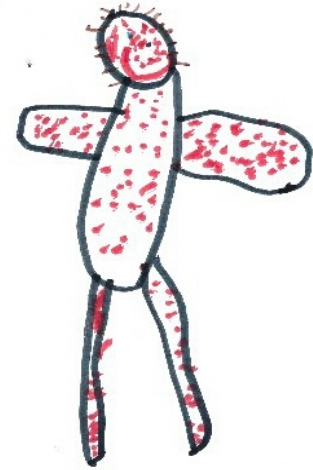
Itämisaika: 10–21 vuorokautta

Muuta: Suomen kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluu vesirokkorokote 1.9.2017 alkaen

Oireet

- Kuume
- Väsymys
- Ruokahaluttomuus
- Ihottuma
- Kutiavat vesirakkulat

Tauti alkaa usein yleisoreilla ja ihottumalla, jonka jälkeen keholle alkaa ilmestyä kutiavia vesirakkuloita. Rakkuloita tulee ympäri kehoa ja niitä voi tulla myös suun limakalvoille ja hiuspohjaan. Rakkulat kuivuvat ja arpeutuvat muutamassa päivässä. Rakkuloita voi ilmestyä keholle lisää 3–4 päivän ajan.



”Vesirokko” Poika 6v.

Hoito

Lääkehoito:

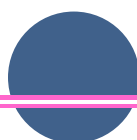
- Kutinan hoito antihistamiinivalmisteilla
- Kutiaivan ihon viilentäminen mentolispriillä
- Kuumeen alentaminen kuumelääkeellä (esim. parasetamoli)

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Rakkuloita ympäröivän ihon punoitus ja märkiminen
- Kuumeilu lapsen ollessa paranemisvaiheessa

Milloin takaisin päiväkotiin ?

Lapsi voi palata päiväkotiin, kunnes rakkulat ovat kuivaneet, sillä tällöin ei tartuntariskiä enää ole. Suositeltu eristämisaika rakkuloiden ilmestymisen jälkeen on vähintään 5 vuorokautta.



Enterorokko

Aiheuttaja: Enterovirus

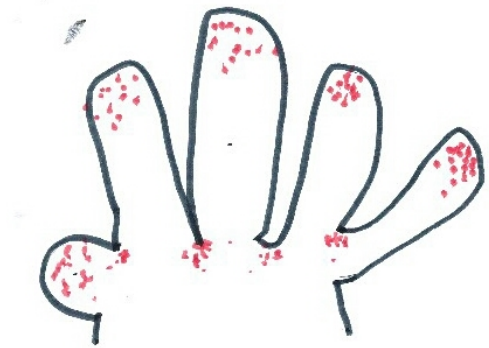
Tarttuminen: Kosketustartunta (myös hengitystie-eritteiden kautta), lapsilla useimmiten ulosteesta käsiin ja käsistä toiseen lapseen tai suuhun

Itämisaika: 3–6 vuorokautta

Ehkäisy: Huolellinen käsihygienia

Oireet

- Vatsavaivat
- Kuume
- Kurkkukipu, nielukipu
- Rakkulat/näppylät



"Näppylöitä kädessä" Poika 6v.

Tauti alkaa usein vatsavaivoilla ja nielun kipeytymisellä. Rakkuloita ilmenee ympäri kehoa, kuitenkin pääasiassa jaloissa, käsissä ja suussa. Enterorokossa rakkulat eivät useimmiten kutise. Iho saattaa hilseillä rokon paranemisvaiheessa.

Hoito

Lääkkeetön hoito:

- Suun herkkyyden ja kivun takia nestemäiset ruoat ja juomat

Lääkehoito:

- Infektion aiheuttamiin kipuihin, rakkulakipuihin ja mahdolliseen päänsärkyyn tulehduskipulääke
- Kuumeen hoito kuumelääkkeellä (esim. parasetamoli)

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Yleisvoinnin lasku
- Korkea kuume useana päivänä
- Kova päänsärky ja niskajäykkyys

Milloin takaisin päiväkotiin?

Lapsi voi palata päiväkotiin viiden vuorokauden kuluttua rakkuloiden puhkeamisen jälkeen.

Parvorokko

Aiheuttaja: Parvovirus B 19

Tarttuminen: Kosketus- ja pisaratartunta hengitystie-eritteiden kautta, leviäminen on voimakkainta ennen ihottuman ilmenemistä

Itämissaika: 4–28 vuorokautta

Oireet

Parvorokkon oireet ovat kaksi vaiheisia:

1. Vaiheen oireet/ yleisoireet:
 - Kuume
 - Pahoinvointi
 - Päänsärky
 - Lihaskivut
2. Vaiheen oireet:
 - Ihottuma
 - Niveloireet



"Lapsi jolla on rokko" Tyttö 5v.

Tauti alkaa yleisoireilla, joita seuraa punoittava ja kuumottava ihottuma, joka ilmenee useimmiten ensimmäisenä poskissa. Kasvoista ihottuma leviää vartaloon ja raajoihin.

Niveloireita, kuten nivelten turvotusta ja jäykkyyttä ilmenee useimmiten aikuisilla, mutta niitä voi ilmetä myös lapsilla. Rokko voi olla myös oireeton.

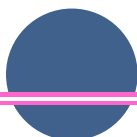
Hoito

Parvorokkoon ei ole lääkehoitoa, sillä se paranee itsestään.

Parvorokko ei aiheuta yleensä jälkitauteja.

Milloin takaisin päiväkotiin?

Lapsen päiväkotiin meneminen määräytyy hänen yleisvointinsa ja jaksamisensa mukaan. Oireiden ilmetessä lapsi ei enää tartuta muita, joten sen takia häntä ei tarvitse eristää päiväkodista.



Päätäit

Aiheuttaja: 2-3 mm pituiset siivettömät ja läpikuultavat hyönteiset, jotka asuvat niskassa, päässä, korvien takana ja hiuksissa (päätäin munia eli saivareita voi olla kulmakarvoissa ripsissä ja hiusten juuressa)

Tarttuminen: Suoran kosketuksen kautta tai esimerkiksi hiusharjojen, kampojen ja päähineiden välityksellä

Ehkäisy: Henkilökohtaiset hiusvälineet ja päähineet sekä päiden suoran kosketuksen välttäminen

Muuta: Täitartunta todetaan löytämällä hiuksista täikammen avulla saivareita tai näkemällä niitä hiuksissa max. 6 mm etäisyydellä päänahasta

Oireet

- Päänahan kutina



"Täitä" Tyttö 5v.

Hoito

Lääkkeetön hoito:

- Saivareiden kampaaminen päänahasta tiheällä täikammalla
- Hiusten kampaaminen täikammalla 2 vko: n ajan joka toinen päivä
- Päähineiden ja vuodevaatteiden pesu 60- asteessa
- Pesua kestävämmien vaatteiden ja esineiden pakastaminen (tappaa päätäit)
- Hiuskosketuksissa olleiden materiaalien poisto käytöstä 2 vrk: n ajaksi (päättäit kuolevat)

Lääkehoito:

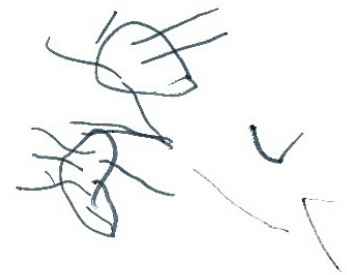
- Itsehoidotuotteet: täishampoot ja liuokset
- Reseptiä vaativat tablettimuotoiset lääkkeet

Oireet jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Huolellisesti toteutetun itsehoidon tehoamattomuus

Milloin takaisin päiväkotiin ?

Lapsi tulee eristää päiväkodista kunnes hoito on annettu.



"Ötököitä" Poika 3v.

Kihomadot

Aiheuttaja: 2–12 mm pituinen valkoinen mato, joka kuuluu loisiin

Tarttumisen: Suoran kosketuksen kautta, myös vuodevaatteista ja leluista (kihomato kulkeutuu ihmisen elimistöön madon munien siirtyessä käsien välityksellä suuhun)

Itämisaika: 5–6 viikkoa

Ehkäisy: Leviämistä ehkäistään ilmoittamalla kihomatotartunnasta päiväkotiin ja muiden lasten vanhemmille

Oireet

- Kutina peräaukossa ja välilihassa etenkin yöaikaan (työillä joskus myös ulkosynnyttimissä)



”Matoja” Poika 3 v.

Hoito

Lääkkeetön hoito:

- Vuodevaatteiden, yövaatteiden ja lelujen pesu/kuumakäsittely/kylmäkäsittely
- Kodin kevyt siivous: imurointi, pintojen puhdistus, wc:n kahvojen ja hanojen puhdistus
- Huolellinen käsien pesu wc-käynnin jälkeen ja ennen ruokailua
- Kynnet leikattava lyhyeksi
- Sormin syötäviä ruokia vältettävä

Siivouksen ja pesun tulisi tapahtua lääkehoidon jälkeisenä tai samana päivänä!

Lääkehoito:

- Itsehoitovalmisteet apteekista kuten pyrviini
- Reseptivalmisteet lääkärin määräämänä kuten mebenatsoli

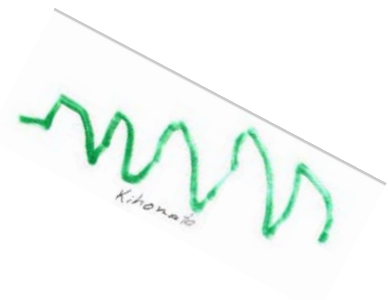
Lääkkeellisesti hoidetaan myös oireettomat perheenjäsenet. Jos päiväkotiryhmässä on usealla lapsella kihomatotartunta, tulee herkästi hoitaa koko ryhmä.

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Huolellisesti toteutetun itsehoidon tehoamattomuus ja oireiden pitkittyminen

Milloin takaisin päiväkotiin ?

Kihomatotartunnan saanutta lasta ei tarvitse eristää päiväkodista.



”Kihomato” Tyttö 5v.

Syyhy

Aiheuttaja: Syyhypunkkinaaras

Tarttumien: Kosketustartuntana läheisen ja toistuvan ihokosketuksen taikka vaatteiden ja vuodevaatteiden välityksellä

Itämisaika: 3–6 viikkoa

Ehkäisy: Leviämistä ehkäistään ilmoittamalla syyhypunkkitartunnasta päiväkotiin välittömästi

Oireet

Syyhypunkit ja sen eritteet ärsyttävät ihoa aiheuttaen:

- Kutinaa, joka on pahimmillaan ilta- ja yöaikaan
- Vesirakkuloita
- Näppylöitä
- Iholla voidaan havaita myös onkaloita ja niiden päässä punkkeja harmaina pisteinä

Pienillä lapsilla syyhyä ilmenee päänahassa, kasvoissa, vartalolla, kämmenissä ja jalkapohjissa. Isommilla lapsilla ilmenemisaikkoja ovat niska, taipeet, ranteet ja sormien välit.



”Ihottuma” Tyttö 5v.

Hoito

Lääkkeetön hoito:

- Kotioloissa syyhyä sairastaneen vaatteet ja lakanat tulee pestä lääkehoidon jälkeen
- Vuodevaatteet tulee tuulettaa ja patjat, sohvot ja matot imuroida

Lääkehoito:

- Syyhylääke: voide (permetriinivoide), tabletti (ivermektiini)
- Lääkehoito tulee antaa myös potilaan lähipiirille
- Kutinan hoito kortisinoivoiteilla ja antihistamiini valmisteilla

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Diagnoosi on epävarma tai kutina ei lakkaa 2–4 viikon kuluttua hoidosta
- Rauhoittunut kutina alkaa uudelleen

Milloin takaisin päiväkotiin ?

Lapsi voi palata päiväkotiin saatuaan hoidon syyhypunkkiin.

Märkärupi

Aiheuttaja: Bakteerit staphylococcus aureus ja streptococcus pyogenes, joko yhdessä tai erikseen

Tarttuminen: Kosketustartuntana

Itämisaika: 1–10 päivää

Muuta: Altistavia tekijöitä ovat atooppinen iho ja krooniset ihottumat



"Märkärupea" Tyttö 5v.

Oireet

- Ensioireina: Ihon paikallinen punoitus, arkuus ja kutina
- Rakkuloiden ilmestyminen suupieliin, sierainten ympärille ja raajoihin

Rakkulan sisällä on kellertävää karstaa tai nestettä ja rakkulat puhkeavat noin vuorokauden kuluessa. Erite muodostuu kuivaksi karstaksi rakkulan päälle. Ihon koskettamisen ja raapimisen seurauksena märkärupi leviää helposti myös muualle kehoon.

Hoito

Lääkkeetön hoito:

- Rupalueen pehmittäminen vedellä suihkuttamalla, päälle kirvelemätön antiseptinen haude → ruvet poistetaan hellästi esimerkiksi talouspaperilla → alueen kuivaaminen ja antibioottivoiteen laitto
- Käsipyyhkeet tulee pitää henkilökohtaisina ja muistaa käsihygienia!
- Tarvittaessa vaatteiden ja petivaatteiden pesu 60 asteessa

Lääkehoito:

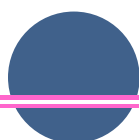
- Paikalliset antibioottivalmisteet tai suun kautta otettava antibiootti

Oireet, jolloin otettava yhteys terveydenhuoltoon:

- Märkärupi on levinnyt yli kuuden neliösenttimetrin alueelle

Milloin takaisin päiväkotiin?

Oireileva lapsi ei kuulu päiväkotiin. Lapsi voi palata päiväkotiin kaksi vuorokautta sen jälkeen, kun infektiioon on aloitettu paikallishoito tai vuorokausi sen jälkeen, kun hän on aloittanut suun kautta otettavan antibiootit.



TAUTI	TARTTUMINEN /LEVIÄMINEN	ITÄMISAIKA	OIREET	POISSAOLO PÄIVÄKODISTA
Kuume	Riippuen aiheuttajasta	-	Kehon lämpötila yli 37,5 astetta	Kuumeen ja yhden kuumeettoman päivän ajan
Ylähengitystie-infektio	Kosketus- ja pisaratartunta	24–72 h	Yskä, kurkkukipu, nenän tukkoisuus ja vetinen erite, väsymys, päänsärky, lämpöily tai kuume	Kuumeettomalla lapsella poissaoloa ei tarvita yleisvoinnin ollessa hyvä
Äkillinen välikorva-tulehdus	Ei tartu lapsesta toiseen	-	Korvakipu, nuha, kuume, yskä, tukkoisuus, kuulon aleneminen	Kuumeettomalla lapsella poissaoloa ei tarvita yleisvoinnin ollessa hyvä
Silmän sidekalvotulehdus	Kosketustartunta	-	Silmien punoitus, turvotus, rähminen, kirvely, vetistely, valonarkuus	Poissaoloa ei tarvita
Suolistoinfektio	Kosketus- ja pisaratartunta	1–10 vuorokautta	Vatsakipu, ruokahaluttomuus, oksentelu, ripulointi, lievä kuume	Oireiden ajan ja vähintään 2 vrk oireiden loputtua
Vesirokko	Kosketus- ja pisaratartunta	10–21 vuorokautta	Kuume, väsymys, ruokahaluttomuus, ihottuma, kutiavat vesirakkulat	Rakkuloiden kuivamiseen saakka (eli vähintään 5 vrk)
Enterorokko	Kosketus- ja pisaratartunta	3–6 vuorokautta	Vatsavaivat, kuume, kurkkukipu, rakkulat ja näppylät iholla	Rakkuloiden kuivamiseen saakka (eli 5 vrk)
Parvorokko	Kosketus- ja pisaratartunta	4–28 vuorokautta	Kuume, pahoinvointi, päänsärky, lihaskivut, ihottuma ja niveloireet	Poissaoloa ei tarvita yleisvoinnin ollessa hyvä
Päätät	Kosketustartunta	-	Päänahan kutina	Kunnes hoito päätäiden häätöön on annettu
Kihomadot	Kosketustartunta	5–6 viikkoa	Kutina peräaukolla ja välilihassa	Poissaoloa ei tarvita
Syyhy	Kosketustartunta	3–6 viikkoa	Kutina, vesirakkulat, näppylät	Kunnes hoito syyhypunkin häätöön on annettu
Märkärupi	Kosketustartunta	1–10 päivää	Ihon paikallinen punoitus, arkuus, kutina ja rakkuloiden ilmestyminen iholle	24h suun kautta otettavan antibioottihoidon tai 48h paikallishoidon aloittamisen jälkeen

