



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Leikki-ikäinen sairastaa - opaslehtinen vanhemmille

Tonteri, Tiina

2012 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Leikki-ikäinen sairastaa - opaslehtinen vanhemmille

Tiina Tonteri
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2012

L Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Tiina Tonteri

Leikki-ikäinen sairastaa - opaslehtinen vanhemmille

Vuosi 2012 Sivumäärä 44+33

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa viimeisimpiin tutkimuksiin ja tietoihin perustuva opaslehtinen Janakkalan kuntaan leikki-ikäisen lapsen tavallisimmin sairastetuista lastentaudeista. Leikki-ikäiset lapset sairastavat paljon ja viime aikoina onkin alettu puhumaan etenkin infektioiden lapsille aiheuttamasta tautitaakasta. Leikki-ikäisten sairastuvuus aiheuttaa suurta huolta ja murhetta perheille, mutta myös raskaita terveydenhuollolle ja perheiden taloudelle. Vaikka leikki-ikäisten sairastuvuus tavallisimpiin lastentauteihin suurena luokkana onkin ollut tiedossa jo pitkään, ei vanhemmille ole ollut tarjolla juurikaan tietoa siitä kuinka vanhempi voi itse hoitaa sairastavaa lasta ja helpottaa tämän oloa kotona. Tutkimusten mukaan suuri osa lasten taudeista kun on kuitenkin itsestään oireenmukaisella hoidolla paranevia virustulehduksia.

Opaslehtisen tavoitteina onkin lisätä vanhempien itsehoitovalmiuksia hoitaa omaa sairastavaa leikki-ikäistä kotona sekä lisätä vanhempien tietoisuutta tavallisimmista lastentaudeista sekä niiden taudinkuvista, oireista ja itsehoito-ohjeista. Tarkoituksena on, että opaslehtisen avulla vanhemmat oppisivat arvioimaan sairastavan lapsen yleiskuntoa, huomaamaan siinä tapahtuvat muutokset sekä tunnistamaan huolestuttavat merkit. Opaslehtisessä annetaan tietoa myös sosiaaliturvasta, johon vanhemmillä on oikeus lapsen sairastaessa ja lisäksi annetaan ohjeita siihen, tarvitseeko lapsen olla pois päivähoidosta ja kuinka kauan. Opaslehtisessä ohjataan selkeillä ohjeilla vanhempia huomioimaan sellaiset tilanteet, joissa lapsi tarvitsee välitöntä hoitoa tai ainakin ohjeita jatkohoidon osalta. Opaslehtinen on tarkoitettu lapsiperheille avuksi arkeen antamaan konkreettisia neuvoja ja tukemaan vanhempia lapsen sairastaessa, jotta vanhemmat pystyvät näkemään ja kokemaan itsensä kykenevinä ja osaavina myös silloin, kun lapsi sairastaa.

Opaslehtisen sisältö on valittu niin uusimpien ammatillisten tutkimusten ja kirjallisuuden kuin Janakkalan kunnan terveydenhoitaja Eeva Vehviläinen-Heleniuksen ammatillisten lapsineuvolatyökokemuksien pohjalta. Opaslehtinen toteutetaan sähköisessä muodossa Janakkalan kunnan internet- sivuille, jolloin toivon mukaan opaslehtisestä hyötyvät vanhempien lisäksi myös muut leikki-ikäisten kanssa toimivat. Opaslehtisen sähköinen muoto tekee opaslehtisestä myös kestäväksi ja perhettä lähellä olevan.

Asiasanat: Leikki-ikä, lasten sairastaminen, lastentaudit, vanhempien sosiaaliturva, opaslehtinen vanhemmille

Laurea University of Applied Sciences
 Laurea Tikkurila
 Degree Programme in Nursing

Abstract

Tiina Tonteri

When a preschooler is ill - a leaflet for parents

| Year | 2012 | Pages | 44+33 |
|------|------|-------|-------|
|------|------|-------|-------|

The objective of this thesis was to compile a leaflet for the municipality of Janakkala which is based on the latest studies and information about the most common children's diseases. Preschoolers are ill a lot and recently people have begun to talk about the burden of infections, especially. The morbidity of preschoolers is causing great concern and grief for families and it also strains the public healthcare and the economy of families. The families have not been given enough information about how they can take care of the child and facilitate his or her wellbeing at home though everyone has known for a while that more and more preschoolers are diagnosed with the common children's diseases. According to the latest studies most of the children's diseases are virus infections which are self-improving with symptomatic treatment.

The objective of the leaflet was to increase the readiness of parents to take care of their children at home and to increase the consciousness of parents of the most ordinary children's diseases as well as the image of the disease, symptoms, instructions and self-care instructions. The aim of the leaflet is to teach the parents to evaluate the overall condition of their children and to notice the concerning signs of the changes in overall condition. The leaflet also provides information on social security, which parents are entitled to when a child falls ill. In addition to the instructions given to the needs of the child to be away from the day-care, and for how long. Leaflet guides by clear instructions the parents to pay attention to those situations where the child needs immediate medical care, or at least instructions to follow-up care. The leaflet is intended to help families with children and to give practical advice and support for parents when a child is ill, so that the parents are able to see and experience themselves as capable and competent, even when a child is ill.

The Leaflet is based to information given by recent professional studies and literature as well as the working life experiences of local public health nurse Eeva Vehviläinen-Helenius at child health clinics in Janakkala. The leaflet is produced in electronic format to the website of the municipality of Janakkala, which hopefully will benefit parents as well as others working with preschoolers. Electronic format makes the leaflet more sustainable and also more accessible.

Keywords: Preschool age, children being ill, childhood diseases, parents' social security, leaflet for parents

Sisällys

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Leikki-ikä elämänvaiheena | 7 |
| | 2.1 Leikki-ikäisen määrittely | 7 |
| | 2.2 Fyysinen kasvu ja kehitys leikki-ässä | 7 |
| | 2.3 Psykkinen ja sosiaalinen kehitys leikki-ässä | 9 |
| 3 | Leikki-ikäinen sairastaa | 11 |
| | 3.1 Mitä suomalaiset lapset sairastavat? | 11 |
| | 3.2 Sairastavan lapsen hoito | 12 |
| | 3.2.1 Lapsen yleiskunnon arviointi ja huolestuttavat merkit | 12 |
| | 3.2.2 Kuumeen ja kivun hoito | 13 |
| | 3.2.3 Syöminen ja juominen | 16 |
| | 3.2.4 Nuhan ja yskän hoito | 16 |
| | 3.2.5 Lepo ja liikunta | 17 |
| | 3.2.6 Milloin päiväkotiin? | 18 |
| 4 | Perheen tuki ja ohjaus lapsen sairastaessa | 19 |
| | 4.1 Vanhempien itsehoitotaidot | 19 |
| | 4.2 Perheen sosiaaliturva lapsen sairastaessa | 19 |
| 5 | Leikki-ikäisen lapsen 10 tavallisinta tautia; taudinkuva, oireet ja hoito-ohjeet | 20 |
| | 5.1 Flunssa ja influenssa | 20 |
| | 5.2 Välikorvatulehdus | 22 |
| | 5.3 Vatsatauti ja ripuli | 24 |
| | 5.4 Silmätulehdus | 26 |
| | 5.5 Keuhkoputkentulehdus | 27 |
| | 5.6 Kurkunpääntulehdus | 27 |
| | 5.7 Keuhkokuume | 28 |
| | 5.8 Virtsatietulehdus | 29 |
| | 5.9 Märkärupi | 31 |
| | 5.10 Kihomatotauti ja päätäit | 31 |
| | 5.10.1 Kihomatotauti | 31 |
| | 5.10.2 Päätäit | 33 |
| | 5.11 Kuume ja kuumeouristukset | 34 |
| | 5.11.1 Koska viedä kuumeinen lapsi lääkäriin? | 34 |
| | 5.11.2 Kuumeouristukset | 35 |
| 6 | Opaslehtinen | 36 |
| | 6.1 Opaslehtisen toteutus | 36 |
| | 6.2 Opaslehtisen arviointi | 38 |
| 7 | Pohdinta | 38 |

1 Johdanto

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjalta luodaan opaslehtinen, jonka ensisijaisena tavoitteena on lisätä vanhempien itsehoitotaitoja hoitaa omaa sairastavaa leikki-ikäistä lasta kotona. Tavoitteena oli, että opaslehtisestä hyötyisi niin leikki-ikäisten vanhemmat, kuin myös muut leikki-ikäisten lasten kanssa toimivat ja työskentelevät ja, että opaslehtinen antaisi ajankohtaista, luotettavaa tietoa. Opaslehtinen toteutetaan yhdessä Janakkalan terveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvoloiden kanssa ja opaslehtinen julkaistaan sähköisessä muodossa Janakkalan kunnan internet- sivuilla.

Leikki-ikäinen lapsi sairastaa paljon ja lapsen sairastaminen koskettaa koko perhettä ja lapsen sosiaalista ympäristöä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän kansallisen Lasten Terveys- tutkimushankkeen raportin tulosten mukaan neuvolassa käyvistä kolme vuotiaista lapsista 96 % oli sairastanut viimeisen vuoden aikana vähintään kerran ylähengitystietulehduksen. Korvatulehduksen oli neuvolassa käyvistä kolme vuotiaista lapsista sairastanut 50 % vähintään kerran kuluneen vuoden aikana. (Mäki, P. ym. 2010: 65 - 70.)

Koska huolen ja murheen lisäksi lapsen sairastaminen aiheuttaa suuria kustannuksia sekä perheelle että yhteiskunnalle, on opaslehtisen pääasiallisena tarkoituksena lisätä vanhempien tietoutta tavallisimmista leikki-ikäisen lapsen sairastamista taudeista ja niiden itsehoidosta ja tätä kautta lisätä vanhempien itsehoitotaitoja. Mikrobilääkehoidon strategiat - ohjelma (MIKSTRA) on toteuttanut vuosien 1998 - 2002 välillä kansainvälisen tutkimuksen infektioiden hoidosta ja diagnostiikasta terveyskeskuksissa. Tutkimuksen mukaan neuvolaikäiset lapset muodostavat neljänneksen kaikista terveysasemilla hoidetuista infektiopotilaista sekä antibioottilääkityksen saaneista potilaista. (Kansanterveys-lehti 2005: 2-3.) Myös LATE tutkimus paljastaa, että lähes 60 % neuvolassa käyvistä kolmevuotiaista tytöistä ja pojista oli syönyt vähintään yhden antibioottikuurin kuluneen vuoden aikana. (Mäki ym. 2010: 65 - 70.)

Lasten akuuteista taudeista suurin osa on virusinfektioiden aiheuttamia eikä tautia parantamaan ole olemassa toistaiseksi lääkehoitoa. Suurin osa tavallisten lastentautien hoidosta perustuukin oireidenmukaiseen kotihoitoon, jossa erityisesti vanhempien merkitys korostuu.

Opaslehtisessä käsitellään leikki-ikäisen kymmenen tavallisinta lastentautia, sairastavan lapsen itsehoito-ohjeet, vanhempien sosiaaliturva lapsen sairastaessa sekä ohjeet lapsen lääkärin vastaanotolle viemisestä ja ohjeet päivähoidosta pois olemiseen. Lisäksi annetaan tietoa erityishoitoa vaativista tilanteista ja autetaan vanhempia tunnistamaan tavallisimpia lastentautien oireita ja opastetaan vanhempia arvioimaan sairastavan lapsen yleiskuntoa.

2 Leikki-ikä elämänvaiheena

2.1 Leikki-ikäisen määrittely

Lapsuus on luonnollinen jatkumo aina vastasyntyneestä nuoruuteen saakka. Lapsuus on myös se pohja, jolle myöhemmät elämänvaiheet rakentuvat ja johon tulevat kokemukset ja tunteet pohjautuvat. Leikki-ikä on merkittävä rooli lapsuudessa ja sille on monenlaisia määritelmiä taaperoista ja palleroista aina "eskarilaisiin". Leikki-ikä voidaan myös jakaa varhaiseen ja myöhäiseen leikki-ikään. Suomessa ikävuosina leikki-ikään luetaan kuuluviksi kaikki 1-6 vuotiaat lapset. Sen sijaan niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin taidot voivat vaihdella samanikäisten lasten välillä. Leikki-ikään kuuluu ennen kaikkea uuden oppiminen ja aiemmin opittujen karkeiden taitojen vahvistuminen. Etenkin käytännöllisten taitojen oppiminen on tyypillisin leikki-ikää leimaava määrite. Leikki-ikäessä lapsi oppii kaikki ne taidot, joita lapsi tarvitsee selviytyäkseen myös aikuisiästä. Näitä taitoja ovat kaikki kognitiivisten, fyysisten ja psyykkisten ominaisuuksien kehittyminen aina kävelemään oppimisesta puheen tuottamiseen, tunteiden säätelystä hienomotorisiin taitoihin, mukaan lukien myös sosiaalisten taitojen kehittyminen. Oppiminen leikki-ikäessä on jatkuvaa ja päivittäistä.

(Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2009: 66.)

2.2 Fyysinen kasvu ja kehitys leikki-ikäessä

Vauvaiän jälkeen kasvuvauhti rauhoittuu ja muuttuu tasaisemmaksi. Toisena elinvuotena lapsi kasvaa kuitenkin vielä noin 12 cm. Tämän jälkeen lapselle tulee vuosittain pituutta enää noin 5-7 cm ja painoa kertyy noin 2-3 kiloa. (Koistinen ym. 2009: 66.) Lapsuusiän alun nopean kasvun jälkeen, yleensä kahteen ikävuoteen mennessä, kasvu asettuu omalle kanavalleen. Näin ollen terveen lapsen kasvu onkin johdonmukaista ja omia kasvukäyriä seuraavaa. Yleisesti lapsen kasvuun vaikuttavat muun muassa perintötekijät, terveydentila, ravitsemus, hormonitoiminta, vuodenaika ja psyykinen hyvinvointi. (Armanto, A. & Koistinen, P. 2007: 122.)

Varhaisessa leikki-ikäessä lasten motorisissa taidoissa on suuria eroavaisuuksia. Fyysisessä kehityksessä on kuitenkin nähtävissä selkeitä liikunnallisen kehityksen virstanpylväitä koko leikki-ikäen ajan. Ensimmäinen suuri liikunnallisen kehityksen virstanpylväs saavutetaan noin vuoden iässä, kun lapsi oppii kävelemään. Samoihin aikoihin myös sorminäppäryydessä tapahtuu suurta kehitystä, kun lapsi oppii noukkimaan pieniäkin esineitä etusormen ja peukalon avulla eli niin sanotulla pinsettioitteella ja lapsi oppii vilkuttamaan. Vuoden ikäisellä lapsella oppiminen on kokonaisvaltaista ja maailmaa tutkitaan kokeilemalla. Tässä vaiheessa leikki-ikää lapsi vie suuhun kaiken mitä saa käsiinsä. (Mannerheimin lastensuojeluliitto; Koistinen ym. 2009.) Myös lapsen suolen ja rakon kehittyminen alkaa tässä vaiheessa, vaikka täydelliseen rakon ja suolen

hallitsemiseen meneekin vielä aikaa. Myös lapsen kätisyys voi alkaa olla hahmotettavissa noin puolitoistavuotiaalta lapselta. (Armanto & Koistinen 2007: 166.)

Kahteen ikävuoteen mennessä lapsen kävelytaidot ovat kehittyneet siten, että lapsi pystyy jo nousemaan portaita sekä juoksemaan (Armanto & Koistinen 2007: 166). Myös lelujen käsittely on aikaisempaa taitavampaa, esimerkiksi tornin rakentaminen palikoista onnistuu kaksivuotiaalta. Liikunnallisten taitojen kehittyessä myös lapsen kyvyt hahmottaa etäisyyksiä kehittyvät. (Mannerheimin lastensuojeluliitto.) Jo kahden vuoden iässä lapsi voi oppia hallitsemaan rakkonsa ja suolensa toimintaa. Lapsi osaa potkia jo palloa sekä osa lapsista voi osata kävellä myös takaperin. (Armanto & Koistinen 2007: 166.) Syöminen ilman avustusta onnistuu kaksivuotiaalta (Mannerheimin lastensuojeluliitto).

Kolmen- ja neljänvuodeniässä käveleminen ja juokseminen on entistä varmempaa, esimerkiksi portaiden nouseminen vuorojaloin onnistuu jo kolmevuotiaalta (Mannerheimin lastensuojeluliitto). Lapsi osaa heittää palloa kahdella kädellä niin, että pallo lähtee oikeaan suuntaan sekä kävellä varpaillaan. Tasajalkaa hyppääminen onnistuu kolmevuotiaalta, kun neljävuotias osaa hyppiä yhdellä jalalla paikallaan. Neljävuotias osaa myös seistä yhdellä jalalla 4-6 sekuntia sekä kävellä viivaa pitkin. Kolmen vuoden iässä lapsi oppii itse riisumaan ja pukemaan vaatteitansa ja neljävuotias osaa jo sulkea vetoketjun sekä laittaa napit kiinni. (Armanto & Koistinen 2007: 166 - 167.)

Viiden vuoden iässä lapsi on tavallisesti jatkuvasti liikkeellä, mutta kykenee keskittymään mieluisaan puuhaan parikymmeneksi minuutiksi. Käsien näppäryys kehittyy edelleen ja viisivuotiaalla onkin jo oikea kynäote ja hän osaa leikata saksilla. (Mannerheimin lastensuojeluliitto.) Lapsi selviytyy päivittäisistä toiminnoista, kuten pukeutumisesta ja syömisestä, itsenäisesti ja hänellä on hyvä tasapaino. Viisivuotias osaa juosta ketterästi sekä hyppiä tasajalkaa ja kummallakin jalalla erikseen. Hypyt ovat myös entistä joustavampia ja lapsi osaa ponnistaa koko jalkapohjalla. Viiden vuoden iässä myös lapsen kätisyys on vakioitunut. (Armanto & Koistinen 2007: 167.) Lapsi saa myös pallon sujuvasti kiinni (Mannerheimin lastensuojeluliitto).

Kuusivuotias lapsi pystyy jo hyppimään useampia hyppyjä peräkkäin yhdellä jalalla. Lapsi pystyy myös harjoittelemaan kaksipyöräisellä polkupyörällä ajamista sekä hiihtämään ja uimaan. (Mannerheimin lastensuojeluliitto.) Silmän ja käden yhteistyö eli visumotoriikka on riittävän kehittyntä, mikä mahdollistaa muun muassa kirjainten kirjoittamisen ja erilaisten askartelujen luonnistumisen (Armanto & Koistinen 2007: 167). Kuusivuotias lapsi osaa myös kävellä takaperin (Mannerheimin lastensuojeluliitto).

2.3 Psyykkinen ja sosiaalinen kehitys leikki-iässä

Aivan kuten fyysisen kasvun, myös psyykkisen kasvun saralla leikki-ikä on tärkeä elinvaihe. Lapsen yksilöllisen henkisen kehityksen piirteisiin ja nopeuteen vaikuttavat lapsi itse omine synnynnäisine valmiuksineen, mutta myös lapsen läheisimmillä ihmissuhteilla sekä lapsen perheen elämäntavoilla sekä tunnelmapiirillä on vaikutusta lapsen henkiseen kasvuun. Onkin ehdottoman tärkeää muistaa perheen vaikutus ja merkitys, kun tarkastellaan yksittäisen lapsen psyykkistä kehitystä. Tästä huolimatta on olemassa tiettyjä psyykkisen kehityksen yleisiä kasvun linjoja ja ajankohtia, joiden avulla voidaan laajemmin tarkastella yleisesti leikki-ikäisen psyykkisen kasvun kehittymistä. (Mannerheimin lastensuojeluliitto.)

Ennen leikki-ikää, ensimmäisen elinvuoden aikana, tärkein psyykkisen kehityksen mittari on vastavuoroisen turvallisen kiintymyssuhteen muodostuminen lapsen ja häntä hoitavan aikuisen välille. Yhden vuoden iässä lapsen oppiessa kävelemään ja liikkumaan yhä paremmin, mahdollistuu leikki-ikäisen lapsen alkava varhainen itsenäistyminen. Sekä liikkumisen kehittyminen että kyky toimijana olemiseen tuottavat lapselle suurta psyykkistä iloa ja tyydytystä. Toista ikävuotta lähestyttäessä kuivaksi ja siistiksi oppiminen korostuvat. Kuivaksi opetteleminen ei ole ainoastaan vanhempien toivoma, vuorovaikutuksellisesti tärkeä asia, yhteisen onnistumisen aihe, vaan kuivaksi ja siistiksi oppiminen on tärkeää myös lapselle itselleen hänen oman fyysisen olemassaolon hallinnan kokemuksen syntymisen vuoksi. Tässä vaiheessa leikki-ikää lapsi voi olla myös itsepäinen ja uhmakas. Tämä johtuu juurikin yksi- ja kaksivuotiaiden lasten alkavan itsenäistymisen huumasta, jolloin lapsi ottaa suuria kehityksellisiä harppauksia eteenpäin. Tässä vaiheessa lapsi tarvitseekin ennen kaikkea aikuisia, jotka iloitsevat hänen omasta tahtomisestaan, mutta jotka silti jaksavat asettaa selkeät, johdonmukaiset ja lapselle turvalliset rajat. (Mannerheimin lastensuojeluliitto.) Leikki-ikää leimaa oleellisena osana myös sanallisen ilmaisun kehittyminen ja pian ensimmäisten sanojen jälkeen lapsen sanavarasto alkaakin laajentua nopeasti. Tämä mahdollistaa lapsen laajemman sosiaalisen kehityksen sekä mahdollisuuden luoda verbaalisilla taidoilla läheisempiä suhteita ympäröiviin ihmisiin. (Koistinen ym. 2009.) Sanavaraston laajentuessa myös lapsen muisti kehittyy ja näin ollen lapsi pystyy kokemaan asioita yhä kokonaisvaltaisemmin (Armanto & Koistinen 2007: 132).

Varsinaisesta uhmakaudesta puhutaan erityisesti kolme- ja neljävuotiaiden lasten kohdalla, sillä tässä vaiheessa leikki-ikää lapset harjoittelevat oman valinnan ja tahtomisen oppimista. Vaikka tämä vaihe saattaa vanhemmille tuntua koettelevalta, kyse on kuitenkin tärkeästä psyykkisestä kehitystehtävästä. Tässä vaiheessa lasta hyödyttävät arkiset valintatilanteet, joissa lapsi saa olla osallisena itseään koskevien pienten asioiden päättämisessä, kuten kumman paidoista hän pukee päälleen tai kuinka paljon hän ottaa jälkiruokaa. Oleellisinta on, että lapsi saa turvatussa tilanteessa itse tahtoa, onnistuu ja saa tyydytyksen. Vanhempien sanat "ei", "ei saa" ja "älä" yleistyvät väistämättä lapsen nauttiessa valtavasta itseluotta-

muksestaan tutkiessaan pelottomasti ympäröivää maailmaa. Silti vanhempien tulisi muistaa tarjota lapselle myös ohjaavia lauseita, kuten "tee näin" - lauseita. Neuvottelutilanteet ovat lapselle kehittäviä, sillä niissä lapsi saa pitää ainakin jossain määrin oman tahtonsa ja samalla hän oppii ymmärtämään toisen ihmisen tunnetiloja. Neuvottelutilanteessa lapsi joutuu myös hyväksymään yhteisen päätöksen, vaikka olisikin joutunut ensin itse muokkaamaan omia kiinnostuksenkohteitaan. (Armanto & Koistinen 2007: 133.)

Tunne-elämän kehittymiseen kuuluu kolme- ja neljävuotiailla lapsilla kiinnostuminen erityisesti sukupuolisuuteen liittyviin asioihin. On tavallista, että leikki-ikäinen samaistuu omaa sukupuolta olevaan vanhempaan ja vastaavasti ihastuu toista sukupuolta olevaan. Tässä vaiheessa leikki-ikää lapsen tunteet ovat suuria ja kuohuvia, ja on tavallista, että lapsi kokee sisäistä ristiriitaa. Kolme- ja neljävuotiaiden psyykkiseen kehitykseen kuuluu tärkeänä osana myös luova osaaminen. On tavallista, että tässä vaiheessa leikki-ikäinen sepittelee satuja, piirtää ja keksii mielikuvitusolentoja. Tämä on tärkeää lapsen henkisen kasvun kannalta ja lapsi nauttii, mikäli vanhempi iloitsee lapsen luovasta kehityksestä, vaikkakaan vanhempien ei kannata liikaa osallistua lapsen mielikuvitusmaailmaan. (Mannerheimin lastensuojeluliitto.)

Pian lapsen ensimmäisten sanojen jälkeen leikki-ikäisen lapsen puhe tulee yhä selkeämmäksi ja mukaan tulee myös lauseita siten, että kolmevuotias puhuu jo 3-4 sanan lauseita. Kolmevuotiaalle on tyypillistä uteliaisuus ja kyseleminen, kuten "mikä tämä on" ja samaan aikaan puheessa on havaittavissa paljon ajan määreitä, mikä kuvastaa lapsen uutta ymmärrystä aikakäsitteistä ja ajan kulumisesta. Tämä sanallisen ilmaisun kehittyminen edistää lapsen oman tahdon ja hänen omien tunteiden esiin tuomista yhä paremmin. (Koistinen ym. 2009.) Lapsen ajattelu jäsentyy uudelleen ja uudelleen, eroten aikuisen ajattelumallista muun muassa epäloogisuudessaan. Lapsi jäsentää ajatuksiaan ikävuosien 2-7 aikana ja kyseisille vuosille ominaista on myös lapsen vahvasti minäkeskeinen ajattelumalli. (Armanto & Koistinen 2007: 137.)

Viisi- ja kuusivuotiaiden leikki-ikäisten lasten psyykkistä ja sosiaalista kehitystä leimaavat voimakas samaistuminen läheisiin ihmisiin sekä suuri kiinnostus ryhmässä toimimiseen. Tässä vaiheessa lapset oppivat ja kehittyvät samaistumalla kiinteästi etenkin omiin vanhempiin ja isosisaruksiin. Lapset omaksuvat vanhempien toimintamalleja ja sisäistävät ne osaksi omaa toimintaansa. Etenkin oikean ja väärän oppiminen on tärkeä osa tätä ikävaihetta ja tähän vaikuttavatkin oleellisesti perheen antamat toimintamallit. Mikäli vanhempi pitää lupauksensa myös lapsi oppii toimimaan samoin. Viisi- ja kuusivuotiaat lapset ovat erityisen alttiita kehittymään myös sosiaalisten taitojen osalta ja tätä edistää mahdollisuus toimia ryhmässä muiden lasten kanssa. Oikean ja väärän oppimisen ohella myös syyn ja seurauksen ymmärtäminen on tärkeää tässä vaiheessa leikki-ikää ja ennen koulun alkua. Lapsen psyykkisen kehityksen kannalta on tärkeää, että lapsi oppii ymmärtämään kuinka hyvää tekoa seuraa ilo ja mielihyvä ja vastaavasti kuinka pahaa tekoa seuraa rangaistus ja mielihyvä sekä syyllisyys. Oleellista on,

että lapsi oppii myös kuinka pahan teon voi sovittaa ja näin pahan mielen myös korjata.
(Mannerheimin lastensuojeluliitto.)

3 Leikki-ikäinen sairastaa

3.1 Mitä suomalaiset lapset sairastavat?

Suomalaiset leikki-ikäiset lapset ovat keskimäärin hyvin terveitä. Tämä johtuu maamme korkeasta elintasosta ja hyvin toimivasta terveydenhuoltojärjestelmästä sekä vanhempien valvotuneisuudesta. Tästä huolimatta suuret ja pienet terveysongelmat hankaloittavat lapsiperheiden arkea edelleen. Yleisimpiä terveysongelmia leikki-ikäisten lasten perheissä ovat erilaiset infektiot, allergiat ja tapaturmat, jotka kaikki tuovat suurta murhetta perheeseen. (Jalanko, H. 2009: 4.) Infektiotaudit ovat leikki-ikäisten lasten selkeästi suurin sairausryhmä ja keskeinen murheen aiheuttaja, etenkin varhaislapsuudessa (Jalanko 2009: 19). Arvioiden mukaan 14 miljoonaa alle 5-vuotiaista lapsista kuolee maailmalla infektioitauteihin vuosittain. Suomessa infektiotaudit ovat kuitenkin harvinaisen kuolinsyy lapsilla, mutta sen sijaan ne aiheuttavat suurta sairastavuutta ja taloudellisia menetyksiä sekä perheille että yhteiskunnalle. Leikki-ikäinen lapsi sairastaa kahdesta kolmeen infektiota vuodessa ja lasten sairastamat infektiot ovat yleisin syy lapsen terveyskeskusvastaanotolle tai sairaalahoitoon hakeutumiseen ja kattavat kolmasosan lasten sairausvastaanottokäynneistä. (Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. 2010: 20.)

Infektiot ovat myös ylivoimaisesti tärkein syy poissaoloihin päivähoidosta (Jalanko 2009:19). Erään tutkimuksen mukaan 60 % päiväkotilapsista oli poissa hoidosta infektion takia edeltävän kolmen kuukauden aikana (Rajantie ym. 2010: 20). Lasten infektiosta eli tulehdustaudeista suurin osa aiheutuu virusinfektioista (Jalanko, H. 2003: 35). Koska virusperäiset infektiot paranevat tavallisesti itsestään, ei yleensä ole tarpeellista selvittää taudinaiheuttajan nimeä (Koistinen ym. 2004: 172). Bakteri-infektiot, jotka usein seuraavat virusinfektioita, voidaan sen sijaan hoitaa lääkkeellisesti antibiooteilla ja hoidon kannalta oleellista onkin erottaa bakteri- ja virusperäinen tauti toisistaan (Jalanko 2003: 37). Bakteritaudin puhjetessa oireet tuntuvatkin usein pahenevan ja hakeudutaan lääkäriin (Koistinen ym. 2009: 172). Etenkin vanhemmille voi olla lohdullista tietää, että infektiotautialttius vähenee leikki-ikäisen jälkeen huomattavasti (Armanto & Koistinen 2007: 175).

Virusperäinen ylähengitystietulehdus on lasten yleisin infektio. Ylähengitystietulehduksia lapsi voi sairastaa useita vuoden aikana, etenkin päivähoidossa käyvä lapsi voi yskä ja niiskuttaa useita viikkoja peräjälkeen. (Jalanko 2009:19.) Hengitystieinfektioiden voidaan katsoa ylipäänsä lisääntyneen merkittävästi nykyisten päivähoitojärjestelyjen vuoksi (Rajantie ym. 2010:20). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän kansallisen Lasten terveys- hank-

keen vuonna 2010 julkaisemien tutkimustulosten mukaan leikki-ikäisten lasten tavallisimmat lastentaudit olivat flunssa, korvatulehdus, vatsatauti tai ripuli sekä silmätulehdus. Melko yleisiä leikki-ikäisillä olivat LATE- tutkimusraportin mukaan myös keuhkoputkentulehdus, kurkunpääntulehdus sekä keuhkokuume ja virtsatietulehdus. (Mäki ym. 2010: 66.)

3.2 Sairastavan lapsen hoito

3.2.1 Lapsen yleiskunnon arviointi ja huolestuttavat merkit

Pääperiaate lapsen voinnin ja sairaudentilan arvioinnissa on pystyä erottamaan vakavasti sairas lapsi lievästi sairaasta. Tämä edellytetään ammattilaisilta, mutta myös vanhempien olisi hyvä pystyä arvioimaan lapsessa tapahtuvia muutoksia ja tarvittaessa huomaamaan huolestuttavat merkit. (Rajantie ym. 2010: 102.) On tärkeää kuitenkin muistaa, että oli tilanne mikä tahansa, vanhemmillä on aina oikeus soittaa terveydenhoitajalle, sairaanhoitajalle tai lääkärille neuvoja kysyäkseen.

Hyvä periaate on, että mikäli kuumeinen ja siitä johtuen, hyvinkin väsynyt itsestään parantuvaa virusinfektiota sairastava lapsi, jaksaa leikkiä ja syödä hyvin kuumelääkkeen antamisen jälkeen, on riski vakavaan infektiin tällöin pieni. On myös hyvä muistaa, että mitä useampi muu perheenjäsen sairastaa samaa tautia, kuten ylähengitystietulehdusta tai ripuli-oksennustautia, sen pienempi riski on, että kyseessä on hoitoa vaativa bakteeritauti. (Rajantie ym. 2010: 102.) Nielun streptokokki-infektio on kuitenkin poikkeus tässä suhteessa, sillä A-streptokokin aiheuttama nielutulehdus vaatii aina bakteerilääkehoitoa (Mäkelä, M. 2010). Se on kuitenkin harvinainen alle kolmevuotiailla lapsilla ja siihen liittyy pelkkä kova kurkkukipu ja kuume (Rajantie ym. 2010: 102).

Tiheä seuranta on kuumeisen lapsen hoidon kulmakiviä myös kotona. Mikäli lapsi kuumeen hoidosta huolimatta tuntuu veltolta tai väsyneeltä, tulee lapsi viedä hoitoon viiveettä. Lapsi tulee viedä hoitoon mahdollisimman pian myös silloin, jos jo useamman päivän kuumesairautta sairastaneen lapsen kunto huonontuu yhtäkkisesti, sillä tällöin tulehdus on saattanut levitä. (Rajantie ym. 2010: 102.)

Myös tiettyjen selkeiden oireiden ja löydösten avulla voidaan arvioida lapsen tarvetta kiireelliseen hoitoon. Nämä huolestuttavat merkit voivat viitata vakavaan infektiin, jolloin on aina tarpeen hakeutua lääkärin vastaanotolle. Huolestuttavia merkkejä ovat lapsen heikko, kimeä tai valittava itku, käsittelyarkuus ja itkuherkkyys sekä heikentynyt tajunnantaso, mikä tarkoittaa, ettei lapsi ole normaaliin tapaan herätettävissä. Myös muutokset lapsen ihon värissä, ihon muuttuessa syanoottiseksi eli sinertäväksi, harmaaksi tai kirjavaksi, on huolestuttava merkki. Lapsen nestetasapaino voi kuvata lapsen kriittistä tilaa, mikäli lapsella on kuivat li-

makalvot, lapsen silmät ovat kuopalla eikä lapselta erityy kyyneliä tai virtsaa, on lapsi syytä viedä lääkärin arvioitavaksi. Lisäksi sairaalahoitoa tarvitsevan lapsen reaktio ympäristöön voi olla poikkeavaa, mikä tarkoittaa, ettei lapsi seuraa mitä ympärillä tapahtuu. (Rajantie ym. 2010: 102.)

Erotuksena itsestään paranevan virusinfektion ja lääkehoidolla hoidettavan bakteeri-infektion välillä on liitännäisoireet, jotka liittyvät usein virusinfektioihin. Korkea kuume, ylähengitystie- tai suolisto-oireet, nuha ja yskä sekä infektion alussa myös kurkkukipu ovat tyypillisiä virusinfektion oireita. Erityisen korkean, yli 40 - 40,5 asteen ylittävän kuumeen, on todettu olevan kuitenkin epätyypillinen virusinfektioissa ja se viittaa ennemmin bakteerin aiheuttamaan tulehdukseen. On myös syytä muistaa, ettei terve lapsi laihtu tavallisen infektion yhteydessä, vaikka ruokahalu ei olisikaan samanlainen kuin terveenä. (Rajantie ym. 2010: 103.)

Erityisen huolestuttavia merkkejä lapsella ovat niskajäykkyys sekä petekiat eli verenpurkaumat. Niskajäykkyys voi johtua vaarallisesta viruksen tai bakteerin aiheuttamasta aivokalvontulehduksesta, kun petekioiden taustalla voivat olla muun muassa sepsis eli vakava yleisinfektio tai bakteerin aiheuttama aivokalvontulehdus eli bakteerimeningiitti. (Rajantie ym. 2010: 103.) Bakteerimeningiitti on raju sairaus, joka hoitamattomana johtaa kuolemaan. Suomessa bakteerimeningiittiä esiintyy vuosittain noin 50 lapsella, joista puolet on alle vuoden ikäisiä. Bakteerin aiheuttamassa aivokalvontulehduksessa tyypillisimmät oireet ovat kuume, päänsärky ja niskajäykkyys. Lisäksi lapsipotilaista noin 80 %:lla on yleistilan ja tajunnan tason alentumaa bakteerimeningiitin yhteydessä. Bakteerimeningiitti on usein nopeasti etenevä sairaus, joka voi jo muutamassa tunnissa edetä septiseen shokkiin. (Korppi, M., Kröger, L. & Rantala, H. 2009: 73). Näin ollen lapsi onkin syytä viedä lääkäriin hoitoon mahdollisimman pian ensimmäisten merkkien ilmestyttyä (Rajantie ym. 2010: 103).

3.2.2 Kuumeen ja kivun hoito

Kuumeella tarkoitetaan tavallisesti vähintään 38 asteen lämpöä mitattuna kainalosta, korvasta tai peräsuolesta (Korppi ym. 2009: 86). Kuume mitataan mieluiten ensisijaisesti peräsuolesta rektaalilämpönä, tai vaihtoehtoisesti suusta tai kainalosta (Rajantie ym. 2010: 103). Lämmön mittaaminen lapselta ei ole aina aivan yksinkertaista ja luotettavan tuloksen saaminen voi olla vaikeaa. Lapsilla lämmön mittaukseen suositeltavin mittari on digitaalimittari, sillä se antaa tuloksen suhteellisen nopeasti ja sitä voidaan käyttää sekä kainalo- että peräsuolilämmön mittaamisessa. Digitaalimittareiden antamat tulokset ovat myös tarkempia kuin lapsiperheissä yleistyneiden korvamittareiden tai vastaavien iholämpömittareiden mittaamat tulokset. Perinteinen elohopeamittari on edelleen kaikista luotettavin, mutta haittapuolena on mittarin hitaus. (Armanto & Koistinen 2007: 174.) Lämmön nousu ja peruslämpötila ovat yksilöllisiä jokaisella lapsella. Yhdellä lapsella kuume nousee helposti ja korkealle, kun vastaavas-

ti toisella kuume nousee vain harvoin. (Rajantie ym. 2010: 103.) Pienillä lapsilla jo peruslämmonsäätely on epätarkempaa kuin aikuisilla tai vanhemmilla lapsilla, mikä vaikuttaa osaltaan myös mittaustulokseen (Armanto & Koistinen 2007: 174). Toisaalta vakavan infektion yhteydessä kuume nousee varsin samaan tapaan kaikilla lapsilla (Rajantie ym. 2010: 103).

Kuumeisen lapsen hoidossa oleellisinta on riittävän kevyt vaatetus ja ympäristön viilentäminen esimerkiksi ikkunaa avaamalla. Lasta ei tule hikoiluttaa lämpimien vaatteiden ja täkkien alla. Tarvittaessa lapsen ihoa voidaan pyyhkiä haalealla vedellä kostutetuilla pyyhkeillä. Lapsen viilentämisellä tätä kautta kuume laskee noin puoli astetta. Kuume lisää myös nesteen ja energiantarvetta. Siksi lasta kannattaakin juottaa kylmällä ja sokeripitoisella juotavalla, kuten mehulla. Kuumeinen lapsi saa liikkua ja leikkiä normaalisti, vaikka suuria fyysisiä rasituksia on syytä välttää. Lapsi saa myös ulkoilla ja nukkua päiväunia ulkona, mikäli riittävästä vaateuksesta huolehditaan. Kuumeinen lapsi ei saa kylmettää itseään. (Jalanko, H. 2010.)

Vähäistä kuumetta ei tarvitse hoitaa lääkkeellisesti, mikäli siihen ei liity sellaisia oireita, jotka voivat laskea yleiskuntoa tai haittaavat sairaudesta toipumista. Huono juominen, ruokahalluttomuus, pahoinvointi ja pahanolontunne sekä säryt ja kivut ovat kuitenkin sellaisia oireita, joita on syytä hoitaa kuumeen yhteydessä. Ruokahalutonkin lapsi usein syö ja juo hyvin ja kuivumalta voidaan välttyä, kunhan kuume saadaan laskettua. (Rajantie ym. 2010: 103.) Näin ollen infektiioihin liittyvää kuumetta ei tarvitse suoralta kädeltä hoitaa ilman muita tulehdukseen liittyviä oireita (Rantala, H. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2011). Mikäli kuume nousee kuitenkin yli 38,5 asteen, on kuumetta syytä alentaa tulehduskipulääkkeillä. On myös hyvä muistaa, että etenkin pienemmillä lapsilla voi olla vaikeaa todeta infektiioon liittyviä oireita, erityisesti kurkkukipua, jolloin tulehduskipulääkkeiden käyttö voi olla perusteltua alhaisemmassakin kuumeessa. (Jalanko 2010.)

Kuumeen alentaminen kuumelääkkeillä ei hidasta lapsen paranemista eikä lapsen vastustuskyvyn kehittymistä (Jalanko 2010). Kuumelääkkeiden avulla kuumetta saadaan laskettua noin 1-1,5 astetta noin tunnin kuluessa 6-12 tunnin ajaksi (Rajantie ym. 2010: 103). Kuumelääkkeiden kohdalla avainasemassa on oikea annostelu, sillä lääkkeen vaikutus on suorassa suhteessa annokseen (Jalanko 2010). Lyhytaikaisessa käytössä kuumelääkettä on järkevintä antaa riittävästi, sillä aliannoksesta ei ole mitään hyötyä, mutta vastaavasti liika-annostelua tulee välttää. Kuumelääkkeitä voidaan antaa mikstuurana, tablettina tai peräpuikkona. (Rajantie ym. 2010: 103.) Ensisijaisena lääkkeenantoreittinä on hyvä käyttää suun kautta otettavaa annostelureittiä, joka on myös suositeltavampi vaihtoehto kuin peräpuikot (Jalanko 2010). Mikäli lapsi kuitenkin oksentelee, on peräpuikkojen käyttö suositeltavampaa. Edellisten lisäksi markkinoille on tullut myös suussa hajoavia nopeasti imeytyviä tablettivalmisteita. (Rajantie ym. 2010: 103.)

Ensisijainen lääke lasten kuumeen hoidossa on parasetamoli, jonka suositeltavin kerta-annos on 15mg/kg. Ensimmäinen annos voi olla kuitenkin 20mg/kg, mutta vuorokauden kokonaisannosta 60mg/kg ei tule ylittää. Näin ollen ohjeiden mukaan parasetamolia voidaan antaa neljästi päivässä. Parasetamolin noin kuuden tunnin vaikutusaika on melko lyhyt, mutta sen hyvänä puolena on, ettei parasetamoli ärsytä vatsaa ja se imeytyy yhtä hyvin suun kautta otettuna kuin rektaalisesti. (Rajantie ym. 2010: 103-104.) Lisäksi parasetamolin aiheuttamat allergiat ovat harvinaisia (Rantala & Keinänen-Kiukaanniemi 2011). Parasetamoli on perinteinen kuumelääke, joka alentaa kuumetta ja lieventää kipua. Apteekeissa parasetamolin tunnetuimpia kauppanimiä ovat muun muassa Panadol®, Para-Tabs®, Paracetamol-Ratiopharm®, Paramax® sekä Pamol®. (HUS 2010.)

Myös ibuprofeeni ja reseptillä saatava naprokseeni ovat lapsille sopivia kuumelääkkeitä (Rajantie ym. 2010: 104). Ibuprofeeni ja naprokseeni lienevät myös tehokkaampia kivun ja säryn hoidossa kuin parasetamoli, sillä ne luetaan tulehduskipulääkkeisiin, jotka sekä alentavat kuumetta, mutta myös rauhoittavat tulehdusta ja lieventävät kipua (Rajantie ym. 2010: 104; HUS 2010). Ibuprofeenia voidaan antaa lapselle 3-4 kertaa päivässä ja sen kerta-annos on 10mg/kg ja maksimivuorokausiannos 40mg/kg. Vaikutusaika ibuprofeenilla on noin kahdeksan tuntia. (Rajantie ym. 2010: 104.) Ibuprofeenia ei suositella kuitenkaan alle kuusi kiloa painaville lapsille (Rantala & Keinänen-Kiukaanniemi). Ibuprofeenin tunnetuimpia kauppanimiä ovat esimerkiksi Burana®, Ibumex® ja Ibusal® (HUS 2010). Reseptillä saatavan naprokseenin vaikutusaika on pidempi kuin parasetamolin ja ibuprofeenin, ja sitä saa antaa lapselle vain kaksi kertaa päivässä sen kerta-annoksella 5mg/kg. Naprokseenin maksimivuorokausiannos on 10mg/kg. Ibuprofeenia ja naprokseenia ei saa käyttää yhtäaikaisesti, mutta ibuprofeeni tai naprokseeni voidaan yhdistää parasetamolin kanssa annettavaksi. (Rajantie ym. 2010: 104.) Maksavaurioriskin vuoksi asetyylisalisyylihappoa eli aspiriinia ei suositella lasten kuumeen tai kivunhoitoon lainkaan (Jalanko 2010).

Kipu voi olla aistimus, kokemus tai tunne. Näin ollen kivun kokemiseen vaikuttaa myös kiputilanne eikä vain kipuärsyksen voimakkuus. Lapsen kehitystaso vaikuttaa oleellisesti kivun kokemiseen ja sen ilmaisemiseen. Tavallisesti kipu häiritsee lasten unta ja saattaa vaikuttaa syömiseen sitä häiritsevästi kaikenikäisillä lapsilla. Leikki-ikäisen voi olla edelleen vaikeaa paikantaa kipua oikeaan paikkaan ja hän ilmaiseekin kivun tavallisesti ilmein ja elein erilaisena, jopa aggressiivisena käyttäytymisenä tai sulkeutuneisuutena. Kipua tunteva leikki-ikäinen saattaa jopa taantua aiemmalle kehitystasolle. (Koistinen ym. 2004: 156-157.)

Kuumelääkkeistä erityisesti ibuprofeeni ja naprokseeni ovat myös tehokkaita kipulääkkeitä ja näitä kannattaakin käyttää muun muassa nielukipuisella lapsella (Rajantie ym. 2010: 104). Lapsilla kipua ja yleistä epämukavuuden tunnetta on hyvä pyrkiä lievittämään myös ei-lääkkeellisesti. Rauhallinen ympäristö, fysiologisten tarpeiden tyydytys sekä huomion kiinnit-

täminen muualle ovat hyviä ei-lääkkeellisiä kivunlievityskeinoja. Hyviksi todettuja kivunlievityskeinoja ovat lisäksi erilaiset fysikaaliset hoitokeinot, kuten erilaiset liikehoidot, hieronta ja pajoaus sekä kylmä- ja lämpöhoidot. (Koistinen ym. 2004: 159.)

3.2.3 Syöminen ja juominen

Akuutisti sairaan lapsen hoidon yksi tärkeimmistä kulmakivistä on huolehtia riittävästä nesteytyksestä. Erityisesti oksentelevan tai ripuloivan lapsen nestetasapainon varmistaminen on hoidon kannalta oleellista, jotta paraneminen mahdollistuu. Perusohje on, että 10-20kg painava lapsi tarvitsee nesteitä 50ml/kg ja yli 20kg painava 20ml/kg. Tämän ohjeen mukaan laskien 10kg painavan lapsen päivittäinen nestetarve on 1000ml ja vastaavasti 20kg painavan päivittäinen nestetarve on 1500ml. On kuitenkin tärkeää huomata, että esimerkiksi ripulointi ja kuume lisäävät päivittäistä nestetarvetta. (Rajantie ym. 2010: 104.) Jo yksi lämpöaste nostaa lapsen nestetarvetta 10 - 12 %. Mikäli lapsella ilmenee lisäksi hyperventilaatiota eli voimistunutta, syvää ja nopeaa hengitystä, mikä johtaa matalaan hiilidioksidipitoisuuteen, on lapsen nestetarve vieläkin suurempi. (Koistinen ym. 2004: 149.)

Nesteitä tulisi antaa lapselle tasaisesti pienehköinä määrinä, tarvittaessa esimerkiksi lusikalla annostellen. Hyvä perusohje kotihoitoon on antaa lapselle 1dl nestettä tunnissa kymmentä lapsen painokiloa kohti 6-10 tunnin ajan. Nesteistä käyttökelpoisimpia ovat muun muassa mehut ja mehukeitot. (Rajantie ym. 2010: 104 - 105.) Lapsi on myös aikuista alttiimpi vesi- ja elektrolyyttitasapainon häiriöille, mikä voi johtaa nestetasapainon häiriintymiseen ja kuivumiseen (Rajantie ym. 2010: 159). Näin ollen kovin oksentelevalle ja ripuloivalle lapselle on suositeltavaa antaa neste- ja elektrolyyttitarpeen riittävään saantiin kehitettyä ripulijuomaa, jossa on sopivasti elektrolyyttejä ja glukoosia. Onnistuneen nesteytyksen seurauksena lapsi piristyy, myös hänen painonsa nousee ja kuivuman merkit vähenevät. Lisäksi riittävän nesteytyksen merkkeinä lapsen virtsaneritys käynnistyy ja itkessä lapsi kyynelehtii. (Rajantie ym. 2010: 105.)

Syömisten osalta olisi hyvä, jos kuumetaudin aikana lapsi saisi syödä, mitä hän haluaa. Etenkin vatsataudin jälkeen olisi hyvä kuitenkin välttää hetken aikaa kovin voimakkaasti maustettuja ruokia ja suuria määriä maitoa. (Rajantie ym. 2010: 105.)

3.2.4 Nuhan ja yskän hoito

Nuhan hoidossa paras lääke olisi lapsen niistäminen nenäliinaan. Ongelmana on kuitenkin, etteivät pienet lapset osaa vielä niistää ja tästä syystä nenäerite ohjautuu usein herkästi nieleluun, mikä aiheuttaa yskimistä etenkin yöaikaan. Hyvä lääke karstaiseen nenään on apteekkeis-

ta saatavat keittosuolatipat ja keittosuolasumutteet. (Jalanko 2003: 46.) Keittosuolatippojen ja -sumutteiden käytöstä ei ole koskaan haittaa, vaikka teho ei ole yhtä varma kuin lääkkeellisissä tipoissa ja sumutteissa (Rajantie ym. 2010: 105). Lääkeaineita sisältävien nuhatippojen ja -sumutteiden käyttöä ei suositella kuitenkaan alle kaksivuotiailla ja niitä tulee käyttää korkeintaan viikon verran, sillä pitkäaikainen käyttö ärsyttää helposti nenän limakalvoja. Nenän tukkoisuus estää usein nenähengityksen, mikä aiheuttaa lapsen heräilemistä yöaikaan. (Jalanko 2003: 46.) Tästä syystä nenän limakalvoja supistavia nuhatippoja tai -sumutteita kannattaa antaa yötä vasten, lapsen nukkumaan mennessä (Rajantie ym. 2010: 105). Suun kautta annettavien nuhalääkkeiden eli antihistamiinien käytöstä on viime vuosien aikana luovuttu lähes kokonaan, sillä niiden todellisesta tehosta infektionuhan hoidossa ei ole todistettu olevan suoraa hyötyä (Jalanko 2003: 46.)

Nykykäsityksen mukaan yskää ei tule hoitaa oireenmukaisesti yskänlääkkeellä (Rajantie ym. 2010: 105). Tämä koskee niin ilman reseptiä saatavia kuin lääkärin määräämiä yskänlääkkeitä, sillä yskänlääkkeillä ei ole todettu olevan vaikutusta yskän kestoon (Jalanko 2003: 46). Yskänlääkkeistä on jopa enemmän haittaa kuin hyötyä ja monissa maissa yskänlääkkeiden myynti alle 6-vuotiaille lapsille onkin kiellettyä (Rajantie ym. 2010: 105). Yskällä on tarkoituksensa flunssan paranemisen kannalta, sillä yskiminen poistaa limaa hengitysteistä ja näin yskän lopettaminen voi olla jopa haitallista (Jalanko 2003: 46).

Lapsilla paras lääke yskään onkin vesihöyry, jota voidaan antaa esimerkiksi sängyn viereen asetetun ilmankostuttimen avulla tai vastaavasti kylpyhuoneessa 10 - 20 minuuttia kestäväillä höyryhengitysjaksoilla. Vesihöyryn tarkoituksena ei ole olla kuumaa vaan miellyttävän lämpöistä, etenkin jos lapsella on kuumetta. Lasta ei saa viedä koskaan kiehuvan kattilan ääreen palovammariskin vuoksi. (Jalanko 2003: 46.) Toinen hyvä keino helpottaa lapsen yskimistä on mennä lapsen kanssa ulos kosteaan ulkoilmaan. Ei olekaan tavatonta, että yskästä ja hengenhädistyksestä kärsivä lapsi paraneekin kokonaan öisellä matkalla päivystysvastaanotolle. (Rajantie ym. 2010: 105.) Nuhaisen ja yskäisen lapsen oloa voi helpottaa myös nostamalla lapsen nukkuma-alustan pääpuolta. Jotta tällä keinolla olisi riittävä vaikutus, on noston oltava kuitenkin melko reilu, yli 30 astetta. Etenkin pinnasängyssä nukkuvalla lapselle tällainen nukkuma-asennon säätö voi aiheuttaa lapsen valumisen yöaikaan, jolloin parempi vaihtoehto voi olla laittaa tyynyjä pääpuoleen, jolloin lapsen asento säilyy paremmin myös yöllä. (Jalanko 2003: 46 - 47.)

3.2.5 Lepo ja liikunta

Pientä lasta ei tarvitse yleensä rajoittaa liikunnan suhteen, vaikka lapsi olisi kipeäkin. Tämä johtuu siitä, että lapsi pystyy yleensä itse päättämään milloin hän on riittävän terve normaali-

liin leikkimiseen ja pelaamiseen. Toisaalta rasittavasta liikunnasta on syytä kuitenkin luopua ainakin siihen asti kunnes kuumeen loppumisesta on kulunut kahdesta kolmeen päivään. Myös koholla oleva leposyke tai yleinen tai epämääräinen sairauden tunne ovat aiheita siirtää liikunnan aloittamista myöhemmäksi. (Rajantie ym. 2010: 105 - 106.)

3.2.6 Milloin päiväkotiin?

Päivähoitoa ajatellen on syytä muistaa, että tarttuvuus on yleensä suurimmillaan taudin alussa. Infektiopaineen vähentämiseksi onkin parasta, jos lapsi pystyy jäämään kotiin heti, kun infektion oireita ilmaantuu. Toisaalta monissa taudeissa tarttuvuus on merkittävää jo ennen varsinaisten oireiden puhkeamista, mikä heikentää hoidosta poisjäämisen tuloksia. (Renko, M. 2010.)

Tavallisesti lapsi voi palata päiväkotiin, kun hänen vointinsa on hyvä ja kuume on ollut poissa vähintään yhden vuorokauden verran (Rajantie ym. 2010: 106). Mikäli yli yksivuotiaalla lapsella on kuitenkin lämpöä peräsuolesta mitattuna yli 37,5 astetta, on lapsi parempi hoitaa kotona (Jalanko 2003: 93). Lisäksi toipuminen, etenkin pitkästä sairaudesta, voi viedä aikaa huomattavasti tätä kauemminkin (Rajantie ym. 2010: 106). Oleellista onkin erottaa toisistaan lapsen oman voinnin kannalta tarpeellinen sairauden vaatima poissaolo ja tarttumisvaara (Renko 2010). Esimerkiksi korvatulehdukseen määrätty mikrobilääke ei estä päiväkotiin menoa eikä streptokokkitauti iholla tai nielussa tartuta enää, kun mikrobilääkkeen tehokkaasta aloituksesta on kulunut yksi vuorokausi (Rajantie ym. 2010: 106). Antibioottihoido ei siis sinänsä vaadi päiväkodista poissaolemista (Renko 2010).

Hengitystieinfektioissa ei tavallisesti tarvita lapsen poisjääntiä hoidosta, sillä monet infektioituneistakin lapsista ovat oireettomia (Renko 2010). Tavalliset yskä ja nuha eivät yleensä estä lapsen vientiä päiväkotiin, mikäli lapsen yleiskunto on muuten hyvä eikä lapsella ole kuumetta. Korvatulehduksen ja silmätulehduksen osalta voidaan noudattaa samaa ohjetta yskän ja nuhan kanssa, eli lapsen voi viedä hoitoon, mikäli hänen vointinsa on muuten hyvä. (Rajantie ym. 2010: 105.) Suolistoinfektiot sen sijaan edellyttävät aina lapsen eristystä hoidosta. Oksenteleva ja ripuloiva lapsi hoidetaan kotona, kunnes lapsi on ollut vähintään yhden vuorokauden ajan oireeton. (Renko 2010.) Mikäli oireisen lapsen ulosteesta on löytynyt salmonellabakteeri, on lapsen eristys päivähoitosta tällöin vähintään viikon ajan oireiden alkamisesta, ja eristys jatkuu, kunnes oireet ovat olleet pois vähintään vuorokauden. Märkäruven osalta lapsen tulee olla pois hoidosta vuorokausi suun kautta otettavan ja 48 tuntia paikallisen antibioottihoidon aloittamisesta. (Jalanko 2003: 94.) Vesirokko, joka kuuluu rokkotauteihin, vaatii tavallisia infektioita pidemmän eristyksen päivähoitosta. Vesirokkoa sairastavan lapsen tulee olla pois hoidosta vähintään siihen asti, kunnes uusia rakkuloita ei enää ole tullut ja rakkulat

ovat kuivuneet. Tavallisesti tämä kestää vähintään viisi vuorokautta taudin alusta laskien. (Rajantie ym. 2010: 105 - 106.)

4 Perheen tuki ja ohjaus lapsen sairastaessa

4.1 Vanhempien itsehoitovalmiudet

Lapsen sairastuminen vaikuttaa vanhempiin ja koko perheeseen usealla tavalla, kun tuttu ja turvallinen arki muuttuu. Lapsen sairastuminen, sairaus sekä mahdolliset sairaalassaolot ja roolimutokset aiheuttavat vanhemmille ahdistusta sekä huolta. Monenlaisten tunteiden herääminen onkin tyypillistä lapsen sairastaessa, sillä juuri vanhemmat kantavat suuren vastuun sairaasta lapsestaan ja hänen hoitamisestaan. Erityisesti tunteet kohdistuvat itseen, lapseen, puolisoon sekä koko muuhun perheeseen ja on tavallista, että lapsen sairastaessa vanhemmat kokevat itsensä riittämättömiksi vanhempina. (Lehto, P. 2004: 23 - 27.)

Vanhempien itsehoitovalmiuksista ja halusta olla sekä vaikuttajana että toimijana oman lapsen hoidossa silloin, kun lapsi sairastaa, on tietoa hyvin vähän. Vanhempien osallisuutta lapsen hoitoon ja sen merkitystä on tutkittu lähinnä sairaalahoidon ja erityisesti hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Perhekeskeisyys, etenkin hoitotyön arvona, on nostanut kuitenkin esiin vanhempien merkittävän roolin lapsen hoidon onnistumisen kannalta. (Lehto 2004: 27.) On myös todettu, että vanhemmat tarvitsevat tietoa lapsen sairaudesta ja sen hoidosta, hoitojärjestelmästä, palveluista ja etuisuuksista. Vanhemmille on myös tärkeää, että he voivat keskustella asiantuntijoiden kanssa ja, että he saavat kirjallista tietoa, johon voi rauhassa tutustua. Etenkin pitkäaikaissairaiden lasten äidit kokevat tarvitsevansa nykyistä enemmän emotionaalista, tiedollista ja sosiaalista tukea. (Armanto & Koistinen 2007: 424.)

Muun muassa Paula Lehto on väitöskirjassaan Jaettu mukanaolo tutkinut vanhempien osallisuutta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Lehdon mukaan vanhemmillä on kuitenkin niin akuutisti kuin pitkäaikaisesti sairaan lapsen hoitamiseen sekä taitoja että edellytyksiä ja vanhemmat kykenevätkin arvioimaan lapsensa saamaa hoitoa ja tilannetta. Toisaalta vanhempien läsnäolo koetaan liittyvän lähinnä lapsen emotionaaliseen hyvinvointiin eikä hoitohenkilökunta tutkimusten mukaan luota vanhempien kykyyn arvioida ja seurata lapsen vointia. (Lehto 2004: 29.) Lehdon tutkimuksen mukaan vanhemmat kuitenkin välittävät tietoa lapsensa hoitamisesta, koska lapsen päivittäiset toiminnot ja hyvinvoinnista huolehtiminen ovat samansisältöisiä niin sairaalassa kuin kotona. Lehdon tutkimus osoittaaakin, että vanhemmat haluavat ottaa enemmän vastuuta lapsen hoidosta sairaalajakson aikana. (Lehto 2004: 68.)

4.2 Perheen sosiaaliturva lapsen sairastaessa

Muun murheen ja huolen lisäksi lapsen sairastuminen ja erityisesti mahdollinen sairaalassaolo voivat aiheuttaa perheen talouteen lisäkustannuksia esimerkiksi vanhempien matkoista sairaalaan, ruokailuista ja asumisesta sairaalassa sekä mahdollisista työssäkäyvien palkattomista poissaoloista (Lehto 2004: 27).

Tilapäinen hoitovapaa on suomalaisten perheiden oikeus, jonka Kansaneläkelaitos tarjoaa. Tilapäinen hoitovapaa on tarkoitettu alle 10-vuotiaan äkillisesti sairastuneen lapsen huoltajalle ja se antaa mahdollisuuden toiselle lapsen vanhemmista jäädä pois töistä hoitamaan sairastavaa lasta. Tilapäinen hoitovapaa voi kestää enintään neljä työpäivää ja tilapäiselle hoitovapaalle voi jäädä kumpi tahansa vanhemmista, ei kuitenkaan molemmat vanhemmat yhtä aikaa. Tilapäinen hoitovapaa on tarkoitettu vain lapsen hoitamiseen tai hoidon järjestämiseen, eikä työnantaja ole velvollinen maksamaan palkkaa tilapäisen hoitovapaan aikana. Myös vanhemman, joka ei asu samassa osoitteessa lapsen kanssa, on oikeus jäädä tilapäiselle hoitovapaalle. Tilapäinen hoitovapaa perustuu työ- ja elinkeinoministeriön säätämään työsopimuslakiin. Vanhemmat voivat selvittää työnantajaltaan, maksetaanko tilapäisen hoitovapaan aikana palkkaa. (Kansaneläkelaitos).

Mikäli lapsen sairastaminen vaatii sairaalahoitoa ja siihen liittyvää kotihoitoa, mikä edellyttää vanhemman läsnäoloa ja osallistumista hoitoon, on vanhemman mahdollisuus saada Kansaneläkelaitokselta erityishoitorahaa. Erityishoitorahaan on oikeutettuja alle 16-vuotiaiden lasten vanhemmat, mikäli lasta hoitava lääkäri kirjoittaa D-lääkärilausunnon sairauden vaikeudesta sekä vanhemman hoitoon osallistumisen tarpeellisuudesta. Erityishoitorahan ensisijainen tarkoitus on korvata vanhemman ansionmenetys, jos vanhempi joutuu olemaan kokopäiväisesti pois työstä lapsen hoidon vuoksi eikä työnantaja maksa palkkaa tuona aikana. (Kansaneläkelaitos).

5 Leikki-ikäisen lapsen 10 tavallisinta tautia; taudinkuva, oireet ja hoito-ohjeet

5.1 Flunssa ja influenssa

Flunssa eli nuhakuume on maassamme yleisin ylähengitystietulehdus, jonka aiheuttaa jokin sadoista tiedetyistä viruksista. Virukset tarttuvat hyvin herkästi, ja esimerkiksi koululuokasta voi jopa puolet sairastua flunssaan lähes samanaikaisesti. Pienimmät päiväkotikäiset lapset ovat kuitenkin herkimpiä flunssan tartunnoille ja saattavat näin sairastaa flunssan jopa 10 kertaa vuodessa. (Koistinen ym. 2009: 172.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän Lasten terveys- hankkeen helmikuussa 2010 julkaisemien tutkimustulosten mukaan neuvolaikäisistä lapsista noin 88 % oli sairastanut flunssan vähintään kerran viimeksi kuluneen vuoden aikana. Tutkimuksen tuloksista selviää myös, että jopa 36 % neuvolaikäisistä oli sairastanut flunssan viimeisen vuoden aikana kolme kertaa tai useammin, ja viisi kertaa tai useammin

flunssan oli sairastanut 11 % neuvolaikäisistä lapsista. Huoltajien vastausten perusteella kaikkein yleisimmin flunssan olivat sairastaneet kolmevuotiaat lapset, joista 24 %:lla oli ollut flunssa viisi kertaa tai enemmän viimeisen vuoden aikana. Vähintään yhden flunssan viimeisen vuoden aikana oli yksivuotiaista lapsista sairastanut 90 %, kolmevuotiaista 96 % ja viisivuotiaista lapsista vähintään yhden flunssan oli sairastanut 98 %. (Mäki ym. 2010: 66.)

Flunssan oireita ovat kuumeilu, nuha, aivastelu, nenän tukkoisuus, kurkkukivut ja lihassäryt ympäri kehoa. Tautia ei tarvitse lääkittää, koska se paranee itsestään. Kotikonsteina oireita lieventämään lapselle voi järjestää vuodelepoa ja huolehtia, että lapsi juo paljon, sekä tarvittaessa hänelle voi antaa myös kuumelääkettä. (Koistinen ym. 2009: 172.) Flunssa voi olla myös kuumeeton ja tavallisesti flunssa on äkillisesti alkava, kestoltaan reilun viikon mittainen (Rajantie ym. 2010: 185 - 186). Flunssan tarttuvuus on suurinta taudin alussa, mutta joidenkin virusten kohdalla viruksia voi erittyä lapsen hengitysteistä vielä 1-3 viikkoa oireiden alkamisesta. Itämisaika virustartunnasta oireiden alkuaan vaihtelee vajaasta vuorokaudesta muutamaan päivään. (Jalanko. 2003: 44.)

Flunssaa ei voi juurikaan nykykäsityksen mukaan estää (Rajantie ym. 2010: 186). Yksittäisenä keinona tärkein on käsien pesu, jolla voidaan mahdollisesti vähentää flunssan leviämistä kotona ja päivähoitossa. Myös kertakäyttöisillä nenäliinoilla voidaan yrittää vähentää flunssan tarttumista, sillä suurin osa aiheuttajaviruksista sijaitsee nenäeritteessä ja flunssa leviää helposti myös pisaratartuntana. (Jalanko 2003: 44; Rajantie ym. 2010: 186.) Osa viruksista kestää hyvin ulkoisia olosuhteita, mikä lasten keskuudessa aiheuttaa flunssan helppoa leviämistä erityisesti lelujen välityksellä niin kotona kuin päivähoitossa (Jalanko 2003: 44).

Virukset aiheuttavat myös influenssaa, joka voi oireiltaan olla huomattavasti flunssaa raskempi (Koistinen ym. 2009: 172.) Influenssan iskiessä varsinkin pienimmät, alle kolmivuotiaat, lapset kuuluvat komplikaatioiden suhteen riskiryhmään. Komplikaatioita voivat olla esimerkiksi välikorvatulehdukset tai keuhkokuume. (Armanto & Koistinen 2007: 174 - 175.) Influenssa tarttuu myös aikuisväestöön, joten siihen voi helposti sairastua koko perhe. Influenssan oireet eroavat flunssan oireista tavallisesti vain oireiden voimakkuudella. (Koistinen ym. 2009: 172.) Influenssaa kuvaa erityisesti nopeasti nouseva korkea kuume ja potilaan tunteminen itsensä todella sairaaksi (Huttunen, N-P. 2002: 80). Korkean kuumeen lisäksi influenssan oireita ovat nuha, yskä, voimakkaat lihassäryt ja kurkkukipu. Influenssan oireita voidaan hoitaa kotona samaan tapaan kuin flunssankin. Lapsella influenssa voi oireilla voimakkaastikin, jolloin vanhemmat usein haluavat varmistuksen oireista lääkäriltä. (Koistinen ym. 2009: 172.) Influenssaan on olemassa kaksi lääkettä, jotka lieventävät taudin kulkua, sekä myös estävät tartunnan saantia. Nämä lääkärin määräämät lääkkeet ovat hengityksen mukana otettava tsanamaviiri, sekä suun kautta otettava oseltamaviiri. (Huttunen 2002: 80.)

Lapselle tulee antaa riittävästi aikaa toipua influenssasta ennen päiväkotiin menoa. Sekä flunssan että influenssan hoito onnistuu kotona huolehtien riittävästä nesteiden saannista ja vuodelevosta. Lapsen lihassärkyihin ja kuumeeseen voi antaa kuumelääkkeitä. (Koistinen ym. 2009: 172.) Sairaalan lapsen paras hoitopaikka onkin oma koti (Rajantie ym. 2010: 186).

5.2 Välikorvatulehdus

Yleisin pikkulasten bakteeritaudeista on korvatulehdus eli otiitti (Koistinen ym. 2004: 174). Kansallisen Lasten terveys- hankkeen tutkimusraportin mukaan korvatulehdus oli yleisin juuri leikki-ikäisillä lapsilla verrattuna alle yksivuotiaisiin sekä ekaluokkalaisiin ja heitä vanhempiin lapsiin. Yksivuotiaista 48 %, kolmevuotiaista 50 % ja viisivuotiaista 46 % oli tutkimuksen mukaan sairastanut korvatulehduksen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kun vastaavasti alle yksivuotiaista korvatulehduksen oli sairastanut viimeisen vuoden aikana 14 % ja ekaluokkalaisista 29 %. Myös toistuvat korvatulehdukset olivat tutkimuksen mukaan yleisimpiä juuri leikki-ikäisillä, etenkin yksi- ja kolmevuotiailla, lapsilla. Tutkimukseen osallistuneiden lasten vanhempien mukaan 12 % yksivuotiaista ja 14 % kolmevuotiaista oli sairastanut vähintään kolme korvatulehdusta viimeksi kuluneen vuoden aikana. Sen lisäksi, että välikorvatulehdukset ovat yleisin bakteeri-infektio lapsilla, on korvatulehdus myös yleisin antibioottihoidon aloituksen syy, vaikka suuri osa välikorvatulehduksistakin on virusten aiheuttamia. (Mäki ym. 2010: 66 - 67.) Välikorvatulehdusten esiintyvyys on suurimmillaan kahden ikävuoden kohdalla. Ennen toista syntymäpäiväänsä jo 70 % on sairastanut yhden ja 30 % lapsista on sairastanut kolme välikorvatulehdusta. Vuosittain Suomessa diagnosoidaan yli 200 000 tautitapausta. (Rajantie ym. 2010: 189.)

Altistavia tekijöitä välikorvatulehdukselle on tutkittu paljon. Pääasiallinen syy pienten lasten erityisalttiuteen on voitu todeta olevan erityisesti korvan rakenteelliset tekijät, sillä pienen lapsen korvatorvi on lyhyt ja lähes vaakasuorassa, varsinkin lapsen ollessa makuuasennossa, jolloin bakteereilla on helppo pääsy nielusta välikorvaan. Myös sosiaalisilla tekijöillä, etenkin päivähoitolla on suuri merkitys otiitin ilmaantuvuuteen, vaikka välikorvatulehdukset seuraavat virusepidemioita, joiden vuoksi korvatulehdusta esiintyy erityisesti syksyn ja kevään rino-, RS-, influenssa- ja adenovirusinfektioiden aikaan. (Rajantie ym. 2010: 189.) Kansanterveyslehden neuvolaikäisten infektiot- artikkelissa 2-3/2005 kuvataan kuinka päiväkotihoidossa olevat lapset sairastavat 2,7 kertaa enemmän välikorvatulehduksia verrattuna kotihoidossa oleviin lapsiin (Kansanterveys-lehti 2005: 2-3).

Välikorvatulehdus on tyypillinen tavallisen ylähengitystieinfektion komplikaatio, joka harvemmin ilmenee itsenäisenä tautina (Armanto & Koistinen 2007: 175). Seurantatutkimusten mukaan otiitti liittyy lähes aina tavalliseen flunssaan, jossa välikorva tulehtuu 2-7 vuorokaudessa varsinaisen flunssan alkamisesta. Vanhemmille tämä on tärkeä tieto, sillä erittäin usein

lapsi tuodaan lääkäriin, jo ensimmäisenä kuumepäivänä, jolloin korvatulehdusta ei ole vielä mahdollista todeta. (Rajantie ym. 2010: 189.)

Nuhakuumeen yhteydessä alkava korvakipu on välikorvatulehduksen oireena vain puolella lapsipotilaista (Rajantie ym. 2010: 189 - 190). Korvakipu johtuu märkäisestä eritteestä, joka aiheuttaa painetta ahtaassa välikorvassa. Muita oireita korvatulehduksessa ovat itkuisuus, levottomuus, syömisongelmat ja yöheräily. (Koistinen ym. 2009: 174.) Sekä nuha, yskä että ärtyisyys ovat myös tavallisia oireita välikorvatulehduksessa, vaikka varsinainen kuume on oireena vain puolella lapsista. Tutkimusten mukaan joka kolmannessa välikorvatulehdustapauksessa vanhemmat eivät osaa edes epäillä korvatulehdusta. (Rajantie ym. 2010: 189 - 190.)

Korvatulehdus alkaa tavallisesti yöllä, mutta lääkäriissäkäynnin voi jättää kuitenkin usein aamuun. Lapselle voi antaa kotona ensihoitona tulehduskipulääkettä sekä ilman reseptiä myytävii puuduttavia korvatippoja, jotta kipu ja muut oireet helpottuvat ja lapsi saa nukutuksi. (Koistinen ym. 2004: 174.) Antibioottihoitoa määrätään korvatulehdukseen varsin usein, vaikka se ei aina olisikaan tarpeellista, sillä monet tutkimukset ovat osoittaneet, että akuutti otitiitti paranee usein spontaanisti (Rajantie ym. 2010: 191). Usein välikorvatulehduksen diagnoosi on epävarma, jolloin erityisesti hoidoksi riittävät lääkärin määräämät särky- ja kuumelääkkeet sekä mahdolliset puuduttavat korvatipat. Tällöin lapselle määrätään usein uusi tutkimusaika 3-5 päivän päähän, mikäli oireet eivät pahene ennen tätä. Tavallisesti kuume ja korvakipu häviävät 2-3 vuorokauden kuluessa lääkityksen aloittamisesta. Mikäli oireet eivät kuitenkaan helpota tai ne pahenevat, on lapsi syytä viedä uudestaan tarkistukseen. (Rajantie ym. 2010: 191-192.) Toisaalta välikorvatulehduksen hoidossa ongelmia tuottaa, ettei tulehduksen paranemisesta ilman antibioottia voida useinkaan tehdä luotettavaa etukäteisarviota, jolloin antibioottihoidon aloittaminen katsotaan helposti paremmaksi vaihtoehdoksi. Tällöin etuna on myös, ettei välikorvatulehduksen kontrollia tarvitse tehdä aivan yhtä nopeasti ja tiuhasti kuin lääkkeitömässä korvatulehduksen hoidossa vaadittaisiin. (Armanto & Koistinen 2007: 175.) Jälkitarkastus on tarpeen noin kuukauden kuluttua korvatulehduksesta. Näin voidaan varmistaa, että tulehdus on parantunut ja, että tärykalvon liikkuvuus on normaali. (Koistinen ym. 2004: 175.) Tehokkaiden antibioottihoitojen vuoksi tärykalvon puhkaisuja tehdään tänä päivänä enää harvemmin, sillä ne aiheuttavat usein enemmän kipua ja stressiä lapselle kuin todellista hyötyä (Koistinen ym. 2004: 175).

Korvatulehduslapsista noin 30 - 50 %:lla on eritettä välikorvassa vielä jälkitarkastuksenkin yhteydessä, sillä toisinaan erite voi hävitä hitaasti viikkojen kuluessa. Mikäli eritettä on hoidosta huolimatta vielä 2-3 kuukauden kuluttua, katsotaan tauti kroonistuneeksi. (Rajantie ym. 2010: 192.) Liimakorva on tila, jossa välikorvaan on kertynyt sitkeää liimamaista eritettä, jonka seurauksena voi olla kuulon alenemista ja toistuvia tulehduksia. Liimakorva on kohtalai-

sen tavallinen ja se vaatii hoidoksi usein korvien putkituksen ja/tai kitarisan poiston. (Koistinen ym. 2004: 175.)

Välikorvatulehduksella on taipumus uusiutumiseen, etenkin, jos ensimmäinen tulehdus on sairastettu imeväisikäisenä. Tutin käytöllä vain imeväisiässä ja rintaruokinnalla, on katsottu olevan suotuisia vaikutuksia korvatulehdusten kohdalla. Oululainen tutkimus osoitti, että myös ksylitolipurukumilla voitaisiin vähentää akuuttia otiittia. Ksylitolipurukumia oli tutkimuksen mukaan pureskeltava kuitenkin useita kertoja päivässä. Tutkimus oli lyhytaikainen seuranta-tutkimus, eikä sen pohjalta voida vielä vetää suoria johtopäätöksiä. On myös todettu, että lapsen, jolla on taipumus toistuviin korvatulehduksiin, olisi hyvä siirtyä suuresta päiväkotiryhmästä pienempään koti- tai perhepäivähoitoon, jotta lapsen sairastuvuutta saataisiin vähennettyä. (Rajantie ym. 2010: 192.)

5.3 Vatsatauti ja ripuli

Suolistotulehdukset eli Gastoenteritis acuta tai gastroenteriitti ovat hengitystietulehdusten rinnalla yleisimpiä lasten sairauksista. Suolistotulehduksille eli vatsataudille tai ripulille ovat alttiita kaikenikäiset, joten ei ole tavatonta että koko perhe sairastaa saman taudin (Jalanko 2003: 79.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän Lasten terveys- hankkeen helmikuussa 2010 julkaisemien tutkimustulosten mukaan jopa 41 % neuvolaikäisistä lapsista oli sairastanut vatsataudin tai ripulin vähintään kerran viimeisen vuoden aikana. Neuvolaikäisistä yleisimmin kyseisen taudin olivat sairastaneet viisivuotiaat, joista 61 %:lla oli viimeisen vuoden aikana ollut vatsatauti tai ripuli. Kolmevuotiaista vatsatautia tai ripulia oli sairastanut 57 % ja yksivuotiaista 36 % oli sairastanut vatsataudin tai ripulin vähintään kerran viimeksi kulu- neen vuoden aikana. (Mäki ym. 2010: 66 - 67.) Kaksivuotiaista lapsista kuitenkin jo puolet on ehtinyt sairastaa ainakin yhden suolistotulehduksen (Jalanko 2003: 79).

Talvikuukaudet ovat tavanomainen kausi virusten aiheuttamille suolistoinfektioille. Suomessa harvinaisempia ovat bakteerien, kuten salmonella aiheuttamat ripulit, jotka yleensä johtuvatkin jostain muusta maasta, esimerkiksi lomamatkalta, saadusta tartunnasta. Kesäaikaan voi myös olla mahdollista saada suolisto-oireita aiheuttavia viruksia tai bakteereja pilaantuneesta vedestä tai ruoasta myös Suomessa. Lasten ripulitaudit leviävät kosketustartuntana, joten käsienpesu on ensiarvoisen tärkeä tapa estää ripulitartunnan leviämistä esimerkiksi päiväkodeissa. (Jalanko 2003: 79.)

Kotimaassa leikki-ikäisten akuuttia ripulia ja vatsatautia aiheuttavat tavallisimmin virukset, joista tunnetuimpia ovat rotavirukset, adenovirukset sekä kalikivirukset. Näistä viruksista rotavirus aiheuttaa rajuimman taudin lapsilla. (Armanto & Koistinen 2007: 175 - 176.) Virusten aiheuttamiin ripuleihin liittyvät voimakasoireisen ripuloinnin ja oksentelun lisäksi kuumeilua,

sekä mahdollisesti vatsakipuja (Rajantie ym. 2010: 618). Myös huono ruokahalu liittyy usein suolistotulehduksiin varsinkin niiden alkuvaiheissa. Lapsilla tärkein oksentelun ja ripulin aiheuttaja, rotavirusinfektio, oireilee usein ensin kuumeella sekä lievillä hengitystieoireilla, joita seuraa nopeasti oksentelu. Oksentelua kestää tyypillisesti pari päivää, jonka jälkeen alkaa varsinainen ripulointi, joka voi pienillä lapsilla kestää yli viikonkin. (Jalanko 2003: 79 - 80.) Rotaviruksen aiheuttamassa infektiossa ripuli on usein vetistä ja hajultaan hieman makeaa (Koistinen ym. 2009: 176). Myös kalikivirusten aiheuttamiin suolistotulehduksiin kuuluu tyypillisesti oksentelu, mutta rotaviruksen aiheuttamaa ripulia lievempi ripulointi. Kalikivirusten aiheuttamissa infektioiden taudin kesto on lyhyt, noin 2-3 vuorokautta. Adenovirusinfektioihin kuuluu edellisten lailla sekä oksentelua että ripulointia. Vatsatautiin ja ripuliin kuuluvat oireet voivat kuitenkin vaihdella huomattavasti lasten välillä, mikä aiheuttaa sen, ettei aiheuttajavirusta voi nimetä suoraan oireiden perusteella. (Jalanko 2003: 79 - 80.)

Lapsen sairastuessa ripuliin, on tärkeää seurata nestetasapainoa. Oksentelun ja ripuloinnin todellista määrää tulee tarkkailla ja verrata lapsen juomaan vesimäärään, jotta pystytään arvioimaan nesteiden saannin tarvetta. Tässä hyvänä apuna, myös kotona, voi olla esimerkiksi kirjan pitäminen kaikista lapsen syömisistä ja juomisista. Hyvänä ohjeena voidaan pitää, että muutama oksennuspulautus tai 2-4 löysää ulostetta päivässä eivät ole vielä kovin huolestuttavia. Sen sijaan jatkuva runsas oksentelu tai vetinen ripulointi voivat aiheuttaa jo päivässä häiriöitä lapsen neste- ja suolatasapainoon. Myös lapsen virtsaamisen tarve kertoo paljon nestetasapainosta. Jos lapsi ei virtsaa, hänellä on nestevajausta, mikä vaatii aina sairaalahoitoa. Hyödyllistä olisi myös seurata ainakin päivätasolla lapsen painon heilahtelua, koska reilu painon putoaminen antaa syyn viedä lapsi lääkärin arvioitavaksi. Myös ulkoiset oireet, kuten lapsen kuiva suu tai kuopallaan olevat silmät antavat aiheen hakeutua sairaalaan. Vanhempien tulee myös reagoida, jos kuume kovenee tai yleinen vointi heikkenee. (Jalanko 2003: 79.)

Suolistotulehdukseen ei ole parantavaa lääkettä ja lasta voidaankin hoitaa kotona huolehtimalla lapsen riittävästä nesteiden saannista. Ripulin ja oksentelun mukana kehosta poistuu paljon suoloja, joita lapsi voi saada takaisin tarkoitukseen kehitetyllä Osmosal Novum ripulijuomalla, jota saa ilman reseptiä apteekista. Peruseriaate ripulijuoman kohdalla on, että sillä korvataan nestemenetykset, mutta lapsen olisi silti hyvä pyrkiä juomaan ja syömään normaalisti. Yleisesti ottaen lapselle voi tarjota lähes kaikkea ruokaa ja juomaa mitä lapsi suostuu ottamaan. Runsaasti sokeroituja ja hapollisia juomia, kuten virvoitusjuomia, olisi kuitenkin hyvä välttää. (Jalanko 2003: 80 - 81.) Ripulitaudista toipuvalle sopii parhaiten suolen rauhoittamiseen käypä hiilihydraattipitoinen ruokavalio, sekä maitosokerin välttäminen (Huttunen 2002: 159).

Lasten vuorokautista nestetarvetta on käsitelty erikseen aiemmin. Jos lapsi ei pysty juomaan nestettä lähelle suositeltuja määriä, on hyvä kääntyä lääkärin puoleen. Myös tilanteissa, jois-

sa lapsen ripulointi tai oksentelu on yhtämittaista, ulosteessa on verta, ripulointi jatkuu yli kolme vuorokautta, lapsi väsähtää, kuume nousee korkeaksi, yli 39 asteen, tai jos tartunta on saatu etelänmatkalta, on lapsi hyvä viedä lääkärin arvioitavaksi. Mikäli lapsi ei juo tai oksentaa kaiken eikä kotihoito näin onnistu, on lapsi hyvä viedä aina päivystävään hoitoyksikköön lääkärin arvioitavaksi. (Jalanko 2003: 81 - 82.)

5.4 Silmätulehdus

Silmien sidekalvon tulehdukset ovat melko yleisiä pienillä lapsilla (Koistinen ym. 2009: 175). Erityisesti alle kaksivuotiaiden lasten silmän sidekalvo tulehtuu helposti (Rajantie ym. 2010: 253). Kansallisen LATE eli Lasten Terveys- hankkeen vuonna 2010 julkistamien tutkimustulosten mukaan hieman yli viidesosalla neuvolaikäisistä lapsista oli ollut ainakin yksi silmätulehdus viimeksi kuluneen vuoden aikana. Leikki-ikäisten ryhmä oli suurin ikäryhmä sairastuvuudeltaan myös silmätulehdusten kohdalla. 1-vuotiaista lapsista 21 %, 3-vuotiaista 28 % ja 5-vuotiaista 20 % oli LATE- tutkimuksen mukaan sairastanut silmätulehduksen viimeisen vuoden aikana. (Mäki ym. 2010: 66.) Silmien sidekalvon tulehduksia aiheuttavat eniten virukset ja bakteerit, mutta myös allergiat (Huttunen 2002: 269). Etenkin nuhakuumeen eli flunssan yhteydessä esiintyvät silmien sidekalvon bakteeri- ja virustulehdukset ovat tavallisia pikkulapsilla (Koistinen ym. 2009: 175).

Tyypillisimpiä oireita lasten silmätulehduksissa ovat silmien punoitus ja paksu märkäinen erite, joka saattaa muurata silmät umpeen lapsen nukkuessa. Silmätulehdus voi aiheuttaa myös silmäluomien punoitusta. (Koistinen ym. 2009: 175.) Silmien valonarkuus ja särky viittaavat sen sijaan muuhun sairauteen, joka vaatii aina lääkärissä käyntiä. Lääkärissä on hyvä käydä myös silloin, jos silmässä on akuutti roskantunne tai silmä on punainen, särkevä ja turvoksissa. (Poikonen, N. 2011.) Pelkkä silmän punoitus viittaa viruksen aiheuttamaan tulehdukseen tai esimerkiksi tuulen tai uimisen aiheuttamaan ärsytykseen, joka ei vaadi suoraan lääkärissäkäyntiä (Rajantie ym. 2010: 254).

Ensisijaisena hoitona tulehtuneita silmiä tulee puhdistaa useita kertoja päivässä pyyhkimällä silmää veteen kostutetulla pumpulitupolla silmän ulkonurkasta sisäänpäin (Koistinen ym. 2009: 175). Märkäeritteisessä sidekalvotulehduksessa lapsen kasvot on hyvä huuhdella runsaalla kraanavedellä usein, noin kymmenen kertaa, lapsen valveillaoloaikana (Rajantie ym. 2010: 254). Lievässä sidekalvontulehduksessa ei tarvita lääkärissä käyntiä, sillä silmä paranee hyvin itsestäänkin. Mikäli silmässä on kuitenkin selkeät bakteeritulehduksen merkit ja silmä vaivaa lapsen olemista, on lapsi syytä viedä lääkärin vastaanotolle lääkehoidon aloittamista varten. (Poikonen 2011.) Bakteerien aiheuttamaan silmätulehduksen hoitoon käytetään antibiootteja sisältäviä silmätippoja, jotka annostellaan ohjeiden mukaisesti puhtaisiin silmiin. Vauvoilla toistuvia silmätulehduksia voivat aiheuttaa ahtaat kyynelkanavat, jotka laajenevat

itsestään lapsen kasvaessa. Jos silmätulehdukset kuitenkin jatkuvat lapsen kasvaessa, voidaan ahtaita kyynelkanavia joutua joskus avaamaan nukutuksessa. (Koistinen ym. 2009: 175.)

5.5 Keuhkoputkentulehdus

Keuhkoputkentulehdus eli bronkiitti on yleisin lasten hengitystietulehduksista (Koistinen ym. 2004: 174). Kansallisen Lasten Terveys- hankkeen julkaisemien tutkimustulosten mukaan neuvolaikäisistä lapsista keskimäärin noin 7 % oli sairastanut keuhkoputkentulehduksen vähintään kerran viimeksi kuluneen vuoden aikana. Leikki-ikäisten ryhmästä suurin ikäryhmä sairastuvuudeltaan keuhkoputkentulehduksen kohdalla olivat 3-vuotiaat. 1-vuotiaista lapsista 5 %, 3-vuotiaista 15 % ja 5-vuotiaista 8 % oli LATE- tutkimuksen mukaan sairastanut keuhkoputkentulehduksen viimeisen vuoden aikana. (Mäki ym. 2010: 66 - 67.) Keuhkoputkentulehduksia aiheuttavat virukset, eikä siihen yleensä tarvita erityistä hoitoa (Armanto & Koistinen 2007: 175).

Keuhkoputkentulehduksen oireita ovat yskiminen, sekä usein nuha ja kuume. Itse tulehdus sijaitsee nimensä mukaisesti keuhkoputkissa. Keuhkoputket keräävät paljon limaa, jota elimistö pyrkii poistamaan yskimällä. Yskimistä ei näin ollen kannata liikaa pyrkiä rajoittamaan, koska sillä on tärkeä tarkoitus. Oireita voidaan helpottaa esimerkiksi hengitysilmaa kosteuttamalla, jolloin eritteet irtoavat ja poistuvat helpommin. Yskän oireita voidaan kuitenkin esimerkiksi yötä varten rauhoittaa lääkkeellisesti, koska yskiminen estää usein lapsen unen saantia. (Armanto & Koistinen 2007: 175.) Keuhkoputkentulehduksen oireita eli lihas- ja päänsärkyä sekä kuumetta voidaan lieventää kuumelääkkeillä, erityisesti ibuprofeenilla ja naprokseenilla. Kuitenkin itse tulehduksesta paranemiseen menee yleensä viikko, jonka aikana vanhempien tulee seurata tilannetta ja ottaa yhteyttä lääkäriin, jollei taudintila helpota. (Rajantie ym. 2010: 198 - 199.)

Keuhkoputkentulehdus kehittyy lapsilla virusinfektiosta vain harvoin antibioottihoitoa vaativaksi bakteeriperäiseksi tulehdukseksi. Antibioottihoidon aloituksesta ei ole mitään yleistä sääntöä, vaan päätös hoidosta tehdään aina tapauskohtaisesti. Lääkitys aloitetaan esimerkiksi jos lapsella todetaan samanaikaisesti korva- tai nenänsivuontelotulehdus, jotka usein ovatkin pitkittyneen yskän aiheuttajina. Lääkitys voidaan aloittaa ilman lisäselvityksiä silloin, kun löydetään viitteitä tulehduksen leviämisestä keuhkoihin ja lapsen kuumeilu jatkuu. Hengitysteiden täydellinen toipuminen tulehduksesta vie kuitenkin 2-3 viikkoa, joten hyväkuntoisen lapsen flunssan jälkeinen satunnainen yskiminen johtuu yleensä limakalvojen herkkyydestä ja tarvitsee harvoin antibioottihoitoa. (Jalanko 2003: 72 - 73.)

5.6 Kurkunpääntulehdus

Kansallisen Lasten Terveys- hankkeen vuonna 2010 julkistamien tutkimustulosten mukaan noin 6 % neuvolaikäisistä lapsista oli sairastanut kurkunpääntulehduksen viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään kerran. Yleisin kurkunpääntulehdus oli ollut tutkimuksen mukaan juuri leikki-ikäisillä lapsilla siten, että yksivuotiaista sen oli sairastanut 5 %, kolmevuotiaista 8 % ja viisivuotiaista 10 %, oli sairastanut kurkunpääntulehduksen vähintään kerran viimeisen vuoden aikana. (Mäki ym. 2010: 66 - 68.)

Kurkunpääntulehdus eli laryngiitti on usein äkillisesti alkava viruksen aiheuttama infektio. Oireilu saattaa alkaa esimerkiksi pienenä nuhaisuutena illalla, joka jo iltayöstä äityy haukkuvaksi yskäksi, johon lapsi itsekin herää. (Koistinen ym. 2009: 173.) Kurkunpääntulehdukseen liittyy harvoin erityisiä komplikaatioita (Armanto & Koistinen 2007: 175). Ongelmallisena oireena on yleensä kuitenkin äänihuulien alapuolella olevan kurkkutorven limakalvojen turpoamisesta aiheutuva hengenahdistus (Huttunen 2002: 121). Lapsi saattaa hätäntyä hengenahdistuksen vuoksi ja näin pahentaa itse tilannetta entisestään (Koistinen ym. 2009: 173). Hengenahdistus voi vaikeuttaa lapsen sisäänhengitystä, joka voi joskus vaatia sairaalahoitoa (Armanto & Koistinen 2007: 175). Myös rauhallisemmin kehittynyt kurkunpääntulehdus aiheuttaa hengenahdistusta, mutta sen oireita ovat myös kumea yskä, kuumeilu, käheä ääni ja nuhaisuus. Sisäänhengityksen vaikeuksista kertoo tyypillisesti vinkuva ääni ja lapsella voi myös näkyä kuoppa kaulan alaosassa tai vako kylkiluiden välissä. (Koistinen ym. 2009: 173.)

Oireita voi kestää muutaman päivän, mutta niihin voidaan antaa kotihoitoa höyryhengityksellä ja kuumelääkkeillä (Koistinen ym. 2009: 173). Oireita voidaan lieventää myös pystyasennossa nukkumalla tai viemällä lapsi yöllä hengittämään raikasta ulkoilmaa (Armanto ja Koistinen 2007: 175). Hengitysvaikeuksien jatkuessa lapsi tulee viedä sairaalaan. Tauti kestää vaihtelevasti vuorokaudesta pariinkin viikkoon, mutta oireet yleensä lievenevät lapsen tullessa kouluikänsä. Vanhemmille tulee antaa ensiapuopastusta, jos lapsella on taipumusta sairastua kurkunpääntulehdukseen toistuvasti. (Koistinen ym. 2009: 173.)

5.7 Keuhkokuume

Keuhkokuume eli pneumonia tarkoittaa keuhkokudoksen tulehdusta. Keuhkokuume on edelleen yleinen tauti suomalaisilla lapsilla ja noin 4 % alle 5-vuotiaista ja 2 % 5-14-vuotiaista suomalaisista lapsista sairastuu vuodessa pneumoniaan. Keuhkokuume on myös edelleen vaarallinen tauti, joka yhä aiheuttaa sairastavuutta ja kuolleisuutta, etenkin perustautien heikentämällä lapsilla. (Rajantie ym. 2010: 204.) Kansallisen Lasten terveystutkimuksen mukaan leikki-ikäisistä yksivuotiaista vain 1 % ja kolme- ja viisivuotiaista 2 % oli sairastanut keuhkokuumeeseen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Tutkimusaineistosta leikki-ikäiset olivatkin sairastuvuudeltaan suurin ryhmä verrattuna alle yksivuotiaisiin ja koululaisiin. (Mäki ym. 2010: 66.)

Etenkin leikki-ikäisillä, keuhkokuume johtuu usein virusinfektiosta (Jalanko 2003: 77). Keuhkokuumeen oireista kuume, nuha ja tavallista kovempi yskä ovat tavallisimpia keuhkokuumeen oireita lapsilla (Huttunen 2002: 124). Edellisten lisäksi myös nopeutunut ja pinnallinen hengitys sopii keuhkokuumeen aiheuttamiin oireisiin (Korppi ym. 2009: 70). Keuhkokuumeen oireet ovat siis hyvin samankaltaisia kuin muissakin ylähengitysteiden tulehduksissa. Keuhkokuumetta aletaankin epäillä vasta, jos oireet, kuumeilu ja limainen yskä, ovat pitkittyneet. (Jalanko 2003: 77.) Stetoskoopilla kuunneltaessa lapsen keuhkoista kuuluu kosteita risahduksia etenkin sisään hengitettäessä. Jos hengitysäänet ovat jollakin keuhkojen kuuntelualueella hiljentyneet, voi kyseessä olla myös bakteeriperäinen keuhkokuume eli bakteeripneumonia. Tällöin muita oireita ovat myös korkeampi kuume, selkeästi sairas olemus, sekä selkeästi vähäisempi yskä kuin virusperäisessä keuhkokuumeessa. Lääkäri varmistaa keuhkokuumeen diagnoosin röntgenkuvauksella, mikäli oireet sopivat myös bakteeriperäiseen tautiin. Röntgenkuvausta ei siis aina tarvita, jos lapsi on hyvävointinen ja taudinkuva vaikuttaa muutenkin virusperäiseltä. (Huttunen 2002: 124.) Lääkäriin lapsi tulisi viedä, jos korkean kuumeen yhteydessä ilmenee tihentyvää hengitystä tai jos lapsi väsähtää ja hänen kuume ja yskä pahenevat (Jalanko 2003: 77).

Lapselle tulee järjestää aikaa taudista toipumiseen, jottei hänen tarvitse mennä esimerkiksi päivähoidon liian nopeasti. Myös aktiivista leikkiä tai urheilua tulee välttää muutaman viikon ajan, jotta varmistutaan lapsen olevan täysin terve. Kun lasta hoidetaan kotona, tulee hänen nestetasapainostaan huolehtia etenkin, jos lapsella on vielä kuumetta. (Koistinen ym. 2009: 173 - 174.)

5.8 Virtsatietulehdus

Virtsatieinfektio on yleisin virtsaelinten sairaus sekä yksi yleisimmistä lasten bakteeritulehduksista. Kansallisen Lasten Terveys- hankkeen vuonna 2010 julkistamien tutkimustulosten mukaan neuvolaikäisistä lapsista 2 % oli sairastanut virtsatietulehduksen viimeisen vuoden aikana ja yleisin se oli juuri leikki-ikäisillä lapsilla. Sekä yksivuotiaista että kolme- ja viisivuotiaista 2 % oli sairastanut vähintään yhden virtsatietulehduksen viimeksi kuluneen vuoden aikana. (Mäki ym. 2010: 66 - 68.)

Imeväisän jälkeen leikki- ja kouluiässä virtsatieinfektio on anatomisista syistä johtuen erityisesti tyttöjen ongelma. Virtsatieinfektioon kuuluu tautiin sopivat oireet ja virtsassa on oltava merkittävä määrä bakteereja. Virtsatieninfektio voi levittyä aina virtsarakosta munuaisiin asti. Silloin, kun virtsatieinfektio sijaitsee vain virtsarakossa, kyse on kystiitista eli rakkotulehduksesta. (Rajantie ym. 2010: 427.) Kystiitti johtuu yleisimmin suolistoperäisen E- colibakteerin noususta alakautta virtsarakkoon (Koistinen ym. 2009: 175). Sen sijaan munuaisiin asti

ylettyvän virtsatieinfektion diagnoosi on pyelonefriitti. Lasten kohdalla näiden kahden eri virtsatieinfektiotyyppin erottaminen toisistaan voi olla vaikeaa, jolloin usein puhutaan vain kuumeettomasta ja kuumeisesta virtsatieinfektiosta. Lisäksi on olemassa myös oireeton bakteerivirtsaisuus, jolloin virtsassa on bakteereja, mutta ei valkosoluja eikä klinisiä oireita. (Rajantie ym. 2010: 427.)

Pienimmillä lapsilla virtsatieinfektion keskeisimpänä oireena on kuume. Jos pienen lapsen kuumeelle ei löydy selvää syytä, on hyvin mahdollista, että virtsatieinfektio on kuumeen aiheuttaja. Sen sijaan leikki- ja kouluikäisillä ilmenee melko usein jo paikallisoireita, kuten kipua virtsatessa, tiheävirtsaisuutta, virtsan pahaa hajua ja sameutta tai verivirtsaisuutta. Liitännäisoireina voi olla myös vatsa- tai selkäkipuja sekä vatsan toiminnanhäiriöitä, kuten oksentelua ja ripulia. Myös kuume on merkittävä oire leikki- ja kouluikäisillä lapsilla, sillä se viittaa usein munuaistason infektiin. (Rajantie ym. 2010: 427.) Virtsatieinfektio aiheuttaa kaikenikäisillä lapsilla tavallisesti myös levottomuutta, itkuisuutta sekä huonoa ruokahalua. Oireet voivat kuitenkin vaihdella huomattavasti. (Koistinen ym. 2009: 175 - 176.)

Virtsatieinfektio voidaan todeta vain lääkärin teettämien kokein (Jalanko 2003: 83). Virtsatieinfektion diagnosointi perustuu virtsan tutkimukseen ja siksi kunnollisen virtsanäytteen saaminen on tärkeää. Virtsanäytteen ottaminen vaihtelee myös lapsen kykyjen mukaan. Isommilta lapsilta, joiden kanssa näytteen otosta voidaan jo keskustella, otetaan näyte virtsan keskisuuhkusta huolellisen alapesun ja virtsaputken pään pesun jälkeen. Tyttöillä on tärkeää huomata, että häpyhuulet eivät ole kosketuksissa toisiinsa näytteenoton aikana. Lapsilta olisi lisäksi hyvä saada kaksi näytettä ennen hoidon aloitusta. Pienemmillä lapsilla virtsanäytteen ottaminen onnistuu parhaiten rakkopunktion avulla, jossa lääkäri ottaa näytteen neulalla suoraan lapsen virtsarakosta. Myös avohoidossa toteutettavissa oleva rakkopunktio on helppo ja vaaraton näytteenottotapa, josta saadaan ehdottomasti paras tulos. Huonompia näytteitä voidaan saada teippaamalla lapsen virtsaputken suun ympärille pussi. Lapsi virtsaa pussiin spontaanisti, joten näytettä voidaan joutua odottamaan tovi. (Rajantie ym. 2010: 428.)

Kliinisten oireiden ja virtsan tulehduslöydösten jälkeen voidaan aloittaa hoitotoimet, mutta seuraavana päivänä tulee vielä tarkastaa bakteeriviljelyn alustavat tulokset (Rajantie ym. 2010: 428 - 429). Pienet lapset hoidetaan muutaman ensimmäisen päivän ajalta yleensä sairaalassa, jossa hoito tapahtuu tehokkailla suonensisäisillä antibiooteilla (Jalanko 2003: 83). Myös korkeakuumeisten potilaiden suonensisäinen mikrobilääke- ja nestehoidon aloittaminen edellyttää sairaalassaoloa. Sen sijaan hyväkuntoisia lapsia voidaan hoitaa kotona suun kautta otettavalla lääkityksellä. 2-4 vuorokauden kuluttua tulkittavien herkkyysmääritysten mukaan voidaan hoitoa vielä hienosäätää tai muuttaa. Tyypistä riippuen hoidon kesto on noin viidestä vuorokaudesta kahteen viikkoon. Virtsateiden kaikututkimusta suositellaan kaikille pyelonefriitin sairastaneille, vaikka virtsatietulehduksen sairastaneiden virtsatiet yleensä ovatkin

normaalit. Jos virtsateiden poikkeavuuksia löydetään, voidaan potilaalla aloittaa estolääkitys. Estolääkitystä voidaan käyttää säännöllisesti, vaikka poikkeavuuksia ei olisikaan, jos potilaalla on taipumusta virtsatieulehdusten tiheään uusiutumiseen. Pikkulasten estolääkitystä seurataan sairaalan poliklinikoilla. (Rajantie ym. 2010: 428 - 429.)

5.9 Märkärupi

Märkärupi, eli impetigo on tavallisin ihon bakteeritauti. Kansallisen Lasten Terveys- hankkeen vuonna 2010 julkaisemien tutkimustulosten mukaan noin 7 % leikki-ikäisistä oli sairastanut jonkin ihoinfektion viimeisen vuoden aikana vähintään kerran. Jakaumassa ei ollut käytännössä eroja, vaan sairastavuus eri-ikäisten lasten kesken oli tasaista. (Mäki ym. 2010: 66.)

Stafylokokki- tai streptokokkibakteerin aiheuttama märkärupi on ihon pinnallinen tulehdustauti. Taudinkuvaan kuuluu ihon pinnalle ilmaantuvat pienet rakkulat, jotka kasvavat ja laajenevat. Rakkulat ovat herkkiä rikkoontumaan ja niiden pohja muuttuu vetistäväksi ja punoitavaksi. Puhjenneen rakkulan pohjan päälle muodostuu märkäinen rupi. (Koistinen ym. 2009: 176 - 177.) Märkäruven ensimmäiset näppylät voidaan havaita usein ensin lapsen kasvoilta, mutta ne voivat ilmaantua mille kehonalueelle tahansa (Jalanko 2003: 88).

Mikäli märkärupirakkuloita ei ole muutamaa enempää, voidaan niitä hoitaa paikallisesti antiseptisillä voiteilla, joita saa apteekeista (Koistinen ym. 2009: 177). Märkärupeen voi pyytää lääkäriltä myös antibioottia sisältävää voidetta, jota voidaan käyttää paikallisvoiteena pienelle ihoalueelle. Tavallisesti märkäruven ihottuma-alue onkin suhteellisen pieni. (Jalanko 2003: 89.) Ruvet on hyvä pestä ja huuhtoa hyvin ennen voiteen levitystä, jotta ne ovat pehmeitä ja irtain aines lähtee irti ja voide pääsee vaikuttamaan paremmin (Huttunen 2002: 254). Mikäli ruvet levittäytyvät laajemmalle tai voidehoito ei tehoa, hoidetaan märkärupea suun kautta otettavalla antibioottilääkityksellä (Jalanko 2003: 89). Märkärupea sairastavan potilaan hygieniasta tulee pitää hyvää huolta ja esimerkiksi vaatteet ja pyyhkeet vaihdetaan päivittäin (Huttunen 2002: 254). Märkärupi leviää herkästi, koska ruvet sisältävät paljon bakteereita ja tartunta tapahtuukin lapsesta toiseen suorassa ihokontaktissa (Jalanko 2003: 88; Koistinen ym. 2009: 177).

5.10 Kihomatotauti ja päätät

5.10.1 Kihomatotauti

Kihomatotauti eli enterobiasis kuuluu lois- eli parasiittitauteihin. Kihomatotaudin aiheuttavat 3-13 mm pitkät kihomadot, jotka elävät umpisuolen tienoilla. (Rajantie ym. 2010: 257.) Näöltään kihomadot ovat ohuita langanpätkiä muistuttavia sukkulamatoja. Kihomato on ihmisen

yleisin loinen ja Suomessa kihomatotartuntoja esiintyykin tavallisimmin juuri päiväkotikäisillä lapsilla. (Armanto & Koistinen 2007: 233.) Kihomatotauti näyttää myös yleistyvän päiväkodeissa uudelleen (Rajantie ym. 2010: 257). Vain ihminen voi olla kihomadon isäntä ja tartunta leviää helposti ihmisestä toiseen (Armanto & Koistinen 2007: 233).

Kihomatotartunnan tyypillinen oire on peräaukon seudun kutina, joka vaivaa erityisesti iltaisin ja iltayöstä (Armanto & Koistinen 2007: 233). Kutinaa aiheuttavat niin liikkuvat naarasmatot, jotka vaeltavat yöaikaan anaalialueelle kuin myös tahmean eritteen peittämät munat, jotka naaras munii peräaukon seudulle. Lapsen pyrkiessä lieventämään kutinaa raapimalla takapuolta intensiivisesti, munat tarttuvat sormiin, joista ne pääsevät edelleen suun kautta suolistoon. Muutamissa viikoissa mudat kehittyvät sukukypsiksi aikuisiksi ja kierto alkaa uudelleen. (Rajantie ym. 2010: 257.) Ihminen saa siis tartunnan vasta, kun kihomatoja joutuu suun kautta mahalaukkuun (Armanto & Koistinen 2007: 233). Tartunta saadaan suoraan tai välillisesti lapsen käsien kautta (Rajantie ym. 2010: 257). Kihomadon munat tarttuvat hyvin lelujen pintaan ja voivat säilyttää tartuntakykynsä jopa useita kuukausia, mikä edistää osaltaan välillistä tartuntaa. Aina kihomatotartunta ei ilmene kutinana, vaan ainoat oireet saattavat olla yleinen levottomuus ja ruokahalun puute. (Armanto & Koistinen: 233.)

Lääkäri toteaa kihomatotartunnan peräaukosta pumpulitikkiin otettavalla näytteellä (Armanto & Koistinen ym. 2007: 233). Munat voidaan myös kerätä teipinpalaseen, joka asetetaan yön ajaksi peräaukon ympärille. Molemmissa tutkimustavoissa madonmunia etsitään mikroskopioimalla. (Rajantie ym. 2010: 258.) Usein diagnoosi perustuu kuitenkin vain oireisiin ja tietoon lähipiirissä olevasta tartunnasta (Armanto & Koistinen 2007: 233).

Yleensä kihomatotartunta hoidetaan lääkeainein ja, koska munat leviävät herkästi ihmisestä toiseen, on koko ruokakunta syytä hoitaa samanaikaisesti (Armanto & Koistinen 2007: 233). Hoitona käytetään pyryviini-tabletteja, joiden kuuri olisi hyvä toistaa uudelleen kahden viikon kuluttua kuurin aloituksesta (Rajantie ym. 2010: 258). Ensisijaista on, että kotona huolehditaan hoitoa tukevasta toiminnasta, mikä tarkoittaa riittävää käsihygieniaa, johon kuuluu käsiin pesu ennen ruokailua ja WC:ssä käynnin jälkeen sekä kynsien leikkaaminen riittävän usein (Armanto & Koistinen 2007: 233). Myös peseytyminen, alusvaatteiden vaihto ja kertakäyttöisten pyyhkeiden käyttö edistävät hoidon onnistumista (Rajantie ym. 2010: 258). Lääkkeenottoa seuraavana päivänä on syytä vaihtaa liinavaatteet ja imuroida tai tuulettaa petivaatteet, sillä kihomadon munat säilyttävät jopa kuukausia infektoitumiskykynsä. Tavallinen viikkosiivous on tartunnan aikanakin riittävä. Kihomatotartunnasta tulee aina informoida tartunnan saaneen lähipiiriä, jotta lähipiirikin osaa tarkkailla mahdollisia oireita. (Armanto & Koistinen 2007: 233.)

5.10.2 Päätäit

Päätäi on isännästä riippuvainen loinen, josta kärsii vain ihmiset. Päätäit eivät tartu eläimiltä ja ne ovat lähinnä leikki- ja ala-asteikäisten lasten vaiva. (Armanto & Koistinen 2007: 232- 233.) Päätäitä tavataan lapsilla silloin tällöin, eniten kuitenkin syksyisin, kun lomamatkat loppuvat ja päiväkodit ja koulut alkavat. Päätäitartunnan saa helposti, kun lasten päät ovat suorassa kosketuksessa toisiinsa tai myös välillisesti esimerkiksi hiustenhoitovälineiden tai pipon kautta. Päätäit eivät ole vain likaisten hiusten vaiva, vaan ne viihtyvät hyvin myös puhtaissa hiuksissa. Hiuksiin päästyään päätäit hakeutuvat lähelle päänahkaa, josta ne imevät verta ravinnokseen. (Rajantie ym. 2010: 627.) Ulkoisesti päätäit ovat noin 1-3 mm pitkiä litteitä eläimiä, joilla on kolme jalkaparia ja jotka ovat yleensä väriltään punertavia tai vaaleanharmaita. Päänahan ulkopuolelle joutuessaan täit elävät vain noin vuorokauden tai kaksi. (Armanto & Koistinen 2007: 232 - 233.)

Helpon löytyvä merkki päätäin tartunnasta on korvan yläpuolisille tai niskan hiuksiin ilmestyneet saivareet. Saivareet ovat päätäin munia, jotka täi kiinnittää liimamaisella aineella lujasti hiuksiin kiinni. Saivare on noin 1 mm:n mittainen vaalea muna, jota ei tule sotkea hiuksen ympärillä liikkuvaan hilseeseen. Oireita päätäistä on lähinnä kutina, mutta kaikille ei välttämättä tule sitäkään. (Rajantie ym. 2010: 627.) Tärkeänä keinona täiden etsimisessä on tiheäpiikkinen täikampa. Täikammalla kammataan hiuksia tarkoituksena saada täit tippumaan esimerkiksi valkoiselle paperille helpommin havaittavaksi. Täit ovat kuitenkin usein nopeita liikkeissään ja niitä voi olla vaikeaa havaita. (Armanto & Koistinen 2007: 232 - 233.) Täiden löytämistä edistää, mikäli hiukset kastellaan ja niihin levitetään runsaasti hoitoainetta ennen täiden etsimistä. Hiukset on hyvä myös selvittää ensin harvalla kammalla tai harjalla, jonka jälkeen täikammalla kammataan hiuksia järjestelmällisesti suortuva kerrallaan kaikki hiukset läpi. Hoitovaiheeseen siirrytään, jos löydetään yksikin elävä täi. (Rajantie ym. 2010: 627.)

Päätäitä voidaan häätöhoitaa apteekeista saatavilla täishampoilla (Armanto & Koistinen 2007: 233). Esimerkiksi perimetriini- tai malationishampoilla tai -liuksilla sekä myrkyttömällä dimetikonivalmisteilla, voidaan hoitaa päätäitartuntaa. Täihoitojen jälkeen voidaan täikammalla varmistaa hoitojen teho kerran viikossa viikon välein kampaamalla, mieluiten useiden viikkojen ajan. (Rajantie ym. 2010: 627.) Huolellinen kampaaminen ja mahdollisten saivareiden poisto tiheällä täikammalla on oleellinen osa hoitoa. Jos täitä edelleen löytyy, on shampoohoito syytä uusida. Myös koko perhe on hyvä hoitaa ainakin kertaalleen, jotta täistä päästäisiin varmasti eroon. (Armanto & Koistinen 2007: 627.)

Päätäitä voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi. Päätäit eivät viihdy kaljussa päässä, jolloin yksi keino päästä täistä eroon onkin ajaa hiukset pois. Hiusten ajelemisen ohella päätäitä voidaan hoitaa lääkkeettömästi 2-3 päivän välein toistettavalla täikampauksella, jossa elävät täit

tapetaan ja saivareet poistetaan. Kampaushoitoa jatketaan vähintään kaksi viikkoa tai kunnes eläviä täitä ei ole enää kahteen kertaan löytynyt. Viikoittaisia tarkastuksia on syytä jatkaa kuitenkin vielä tämän jälkeenkin. (Rajantie ym. 2010: 627.)

Itsehoidon osana kaikki tartunnan lähteet, kuten liinavaatteet, pyyhkeet, pipot ja hiusharjat, on hyvä pestä tavallisella pesuaineella 60 asteessa. Sellaiset esineet ja tavarat, joita ei voida vesipestä, voidaan pakastaa yön yli tai vaihtoehtoisesti sulkea tiiviiseen muovipussiin pariksi kolmeksi päiväksi. (Armanto & Koistinen 2007: 233.) Päätäitartunnasta on aina syytä ilmoittaa päivähoitoon, jotta päivähoiton henkilökunta pystyy ilmoittamaan asiasta lasten koteihin ja antaa hoito-ohjeet päätäiden häätämiseen (Rajantie ym. 2010 627).

5.11 Kuume ja kuumekouristukset

5.11.1 Koska viedä kuumeinen lapsi lääkäriin?

Kuume on merkki elimistössä tapahtuvasta tulehdusreaktiosta. Valtaosa tulehdusreaktioista aiheutuu bakteerien ja virusten aiheuttamista infektioista. Kuumeelle ei ole suoraan olemassa virallisesti hyväksyttyä raja-arvoa, mutta levossa olevalla lapsella yli 38 asteen lämpöä voidaan pitää jo kuumeena. Kuume yksistään ei ole juuri koskaan vaarallista. Kuumeen kesto vaihtelee riippuen siitä minkä infektion yhteydessä kuume esiintyy eikä kuumeen kestolla ole näin ollen myöskään normaalin kuumeen keston raja-arvoa. Virusperäisessä hengitysinfektiossa kuume kestää tavallisesti 3-6 vuorokautta, mutta yhtälailta kolmasosalla kuume jatkuu tätä pidempään. Näin ollen kuumeen keston kautta ei voida arvioida tarvetta lapsen lääkäriin viemiselle, vaan esisijaista on huomioida aina lapsen yleisvointi. Kuumeiset infektiot ovat lapsilla kuitenkin tavallisia. Leikki-ikäisille muutama kuumevaihe hengitystieinfektioiden ja ripulitautien yhteydessä on normaalia. (Jalanko 2010.)

Kun kuumeisen lapsen lääkäriin viemisen tarpeellisuutta arvioidaan, on vanhempien tekemä yleisarvio lapsen voinnista oleellisin. Mikäli lapsi on vanhempien mielestä poikkeuksellisen väsynyt ja sairaanoloinen, voi lapsen toimittaa lääkäriin jo ensimmäisenä kuumepäivänä. Tavallisesti hyväkuntoisella selkeästi flunssaa sairastavalla lapsella ei ole kuitenkaan kiire lääkäriin, vaan tilannetta voidaan seuralla kotona muutama päivä. Flunssaisella, mutta hyväkuntoisella lapsella viideskään kuumepäivä ei välttämättä edellytä lääkärisä käyntiä. (Jalanko 2010.)

On kuitenkin olemassa selkeät suositukset tilanteisiin, jolloin lapsi olisi syytä viedä lääkärin tarkistettavaksi lapsen kunnosta riippumatta. Jos lapsella ilmenee korvasärkyä, virtsavaivoja, voimakasta päänsärkyä tai vatsakipua tai kuumeinen lapsi on sekava tai muuten poikkeuksellisen oloinen, on lapsi syytä viedä lääkärin vastaanotolle. Lisäksi, jos kuumeiselle lapselle il-

mestyy mustelmia tai parin millimetrin läpimittaisia punaisia pisteitä ihoon tai, jos kuumeinen lapsi alkaa ontua tai jokin nivel turpoaa, on lapsi hyvä viedä tarkastukseen. Lapsi on hyvä viedä lääkäriin myös silloin, mikäli kuumeen syy on epäselvä tai lapsella esiintyy 3-4 viikon välein kuumevaiheita ilman muita oireita. (Jalanko 2010.)

5.11.2 Kuume-kouristukset

Kuume-kouristukset ovat tavallisin tajuttomuus-kouristuskohtauksen syy lapsilla (Koistinen ym. 2009: 231). Tyypillisesti kuume-kouristuksia esiintyy ½ - 4-vuotiailla lapsilla ja ne loppuvat kuudenteen ikävuoteen mennessä siten, että viisivuotiailla kuume-kouristukset ovat enää harvinaisia (Keituri, T. 2010; Huttunen 2002: 284). Alle kouluikäisistä lapsista kuume-kouristuksia esiintyy 2-5 %:lla lapsista. Taipumus kuume-kouristuksiin on periytyvää mikä tarkoittaa, että usein kuume-kouristelijan lähisukulaisista myös jollain toisellakin on ollut kuume-kouristuksia lapsuudessaan. (Jalanko 2010.) Kuume-kouristukset kestävät alle 10 minuuttia ja ovat siten lyhytaikaisia tajuttomuus-kouristuskohtauksia, joiden jälkeen lapsi on tajuissaan eikä hänellä ilmene pareeseja eli lihasten toimintakyvyn osittaista puuttumista. Kuume-kouristukset esiintyvät vain kuumeen yhteydessä eivätkä liity suoraan muihin sairauksiin, kuten epilepsiaan. (Koistinen ym. 2009: 231.) Kuume-kouristukset voivat olla lämmön nousun ensimmäinen merkki tai ne voivat ilmentyä, kun kuume on ehtinyt nousta yli 38,5 asteen (Keituri 2010). Kuume-kouristus on tyypiltään yleistynyt ja se alkaa tajuttomuudella, mitä seuraa symmetrisinä käsi- ja jalkojen rytmisen nyintä ja jäykistely (Huttunen 2002: 284). Kuume-kouristuksen aikana silmät voivat harhailia eikä lapseen saa kontaktia. Tavallisesti kuume-kouristuskohtaus kestää vain muutaman minuutin. (Jalanko 2010.)

Etenkin ensimmäisen kerran ilmetessään kuume-kouristukset ovat usein pelottava kokemus vanhemmille. Vaikka kuume-kouristus aiheuttaakin suurta huolta vanhemmille, ei kuume-kouristus aiheuta lapselle hengenvaaraa eikä lasta tarvitse elvyttää. (Jalanko 2010.) Kuume-kouristus ei myöskään vahingoita lapsen aivoja tai aiheuta epilepsiaa (Keituri 2010). Myös lapsen sydämen ja keuhkojen toiminta ovat normaaleja (Jalanko 2010). Ensisijaisena toimintaohjeena vanhemmille on estää lasta vahingoittamasta itseään ja varmistaa, että lapsi hengittää esteettömästi esimerkiksi asettamalla lapsi kylkiasentoon ja taivuttamalla lapsen päätä kevyesti taakse (Keituri 2010). Kuume-kouristelleen lapsen kehon lämpötilaa sekä olinympäristöä olisi hyvä pyrkiä jäähdyttämään samoilla keinoilla kuin normaalin kuume-potilaan, kuten lapsen vaatetusta keventämällä ja huoneen ikkunoita avaamalla sekä tarvittaessa viemällä lapsi hetkeksi ulkoilmaan (Jalanko 2010). Lasta voidaan myös pyyhkiä kosteilla kääreillä (Keituri 2010).

Mikä tahansa infektiio, johon liittyy kuumetta, voi laukaista kuume-kouristuksen. (Mannerheimin Lastensuojeluliitto). Ensimmäisen kuume-kouristuksen jälkeen on aina viisasta ottaa yhte-

yttä päivystävään hoitoyksikköön jatko-ohjeiden ja neuvojen saamiseksi (Jalanko 2010). Päivystävään yksikköön on syytä ottaa yhteyttä myös silloin, jos kouristelu kestää yli 10 minuuttia eikä kotona mahdollisesti aiempaa oleva kouristuslääke laukaise tilannetta (Keituri 2010). Mikäli lapsi on kohtauksen jälkeen sekava, oksenteleva, kivulias tai muuten poikkeava, on lapsi hyvä viedä lääkärin tarkistettavaksi (Jalanko 2010). Lapsi on syytä viedä välittömästi hoitoon, mikäli hänellä ilmenee kuume-kouristuksen jälkeen jäykkyyttä niskassa ja selässä, lapsen ihonväri on harmaankalpea ja lapsella on hengitysvaikeuksia eikä lapsen yli 38,5 asteen kuume laske lääkityksestä huolimatta (Keituri 2010).

Kuumekouristuksissa uusiutumistodennäköisyys samalla lapsella on 30 - 50 % (Mannerheimin Lastensuojeluliitto). Lapsilla, joilla on aikaisemmin ollut kuumekouristuksia, ensisijaisena ennaltaehkäisyn keinona on antaa lapselle kuumetta alentavaa lääkettä heti kuumeen noustessa 38 asteeseen sekä tarjota lapselle mahdollisimman paljon viileää juotavaa (Keituri 2010). Toisaalta tutkimukset ovat osoittaneet, että tehokkaimmallakaan lääkityksellä ei pystytä täysin estämään kuumekouristuksia ja näin ollen kuumelääkkeitä suositellaankin käyttämään normaaliannosteluohjeiden mukaisesti. Nykyisin ei myöskään käytetä uusien kohtausten estämiseksi epilepsialääkkeitä samaan tapaan, kuten aikaisemmin. (Jalanko 2010.) Jos lapselle on kuitenkin aiemmin määrätty kouristuslääkettä estämään mahdollisia tulevia kuumekouristuksia, säilytetään lääke ohjeiden mukaisesti ja pidetään lääke aina lähettyvillä, myös matkojen aikana (Keituri 2010). Kouristuslääke annetaan peräsuoleen rektiolina eli peräruiskeena hitaasti noin 2-3 minuutin ajan, mikäli kohtaus ei viidessä minuutissa laukea (Jalanko 2010).

6 Opaslehtinen

6.1 Opaslehtisen toteutus

Hanna Vilka ja Tiina Airaksinen kuvaavat Toiminnallinen opinnäytetyö-teoksessa kuinka toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät niin toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus kuin raportointi (Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003). Omassa opinnäytetyössäni opaslehtinen perustuu opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen ja sen sisältöön eli teoreettisuuteen, jonka pohjalta tuotetaan toiminnallisena opinnäytetyönä opaslehtinen. Opaslehtisessä teoreettisuus eli ammatillinen tieto yhdistyy toiminnallisuuteen eli ammatilliseen taitoon, mikä osaltaan vaikuttaa myös opaslehtisen laadukkuuteen ja luotettavuuteen. Vilka ja Airaksinen erottavat toiminnallisiksi opinnäytetöiksi erilaiset toiminnalliset työt eli arjen ammatilliset teot, kehittämistyöt ja erilaiset projektityöt. Kaikkien näiden toiminnallisten opinnäytetöiden kautta tuotetaan tuotos tai tuote. (Vilka & Airaksinen 2003.) Omassa opinnäytetyössäni on elementtejä kaikista näistä eri toiminnallisten opinnäytetöiden mahdollisuuksista. Opinnäytetyöllä pyritään kehittämään vanhempien itsehoitovälmiuksia lapsen sairastamiseen ja lisää-

mään vanhempien tietoisuutta leikki-ikäisten lasten sairastamisesta. Opinnäytetyö tuotetaan projektinomaisesti, ammatillisen arjen tekona ja lopputuloksena on tuotos eli opaslehtinen.

Opaslehtisen teoria eli sisältö on valittu useasta eri näkökulmasta käsin, jotta se vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla kohderyhmän eli leikki-ikäisten lasten vanhempien tarpeita. Opaslehtisen sisällön taustalla on ensisijaisesti käytetty alan tuoreinta kirjallisuutta ja uusimpia tutkimuksia, mutta lisäksi opinnäytetyön sisällön lähtökohtiin on vaikuttanut oleellisesti myös työelämän yhteyshenkilön ammatilliset kokemukset. Näistä lähteistä käsin on pyritty koostamaan sellainen kokonaisuus, mikä vastaa niin sisällöllisesti kuin visuaalisesti opaslehtisen tarkoitusta ja tavoitteita.

Opaslehtinen tuotetaan Janakkalan kuntaan ja se toteutetaan sähköisessä muodossa Janakkalan kunnan www-sivuille. Sähköiseen internetsivuilla julkaistavaan muotoon päädyttiin sen käyttäjäturvallisuuden, ajankohtaisuuden, kestävyuden sekä ekologisuuden ja taloudellisuuden vuoksi. Opaslehtisen haluttiin olevan sellaisessa toteutusmuodossa, että kaikilla opaslehtisen tietoa haluavilla on mahdollisuus tutustua opaslehtisen sisältöön mahdollisimman vaivattomasti. Opaslehtisen julkaiseminen internetpalvelimella on myös osa laajempaa Janakkalan kunnassa tapahtuvaa terveydenhuollon palveluprosessi uudistusta, jolla pyritään muun muassa helpottamaan kuntalaisten tiedonsaantia ja omahoitoisuutta. Palveluprosessi uudistuksiin kuuluu myös terveydenhuollon kehittäminen luomalla uusia sähköisiä palveluita. (Terveysjaoston esitys talousarvioksi 2012 ja taloussuunnitelmaksi 2012-2015; Janakkalan kunnan Talousarvio 2011.) Opaslehtisen tarkoituksena on tulla olemaan apuna lapsiperheiden arjessa, mikä edellyttää, että opaslehtinen on aina helposti saatavilla ja vastaa vanhempien tarpeeseen oikea-aikaisesti. Sähköisessä muodossa toteutettava opaslehtinen säilyy ja kestää arjessa mukana, mikä lisää sen käyttöarvoa. Opaslehtisen voi jokainen halutessaan tulostaa Janakkalan kunnan www-sivuilta, mikä tuo osaltaan mukanaan ekologisen ja taloudellisen ulottuvuuden.

Opaslehtisen valittua toteutusmuotoa puoltaa myös Sinikka Torkkolan Terveysviestintä- teoksen näkökulma sähköiseen terveysviestintään. Torkkolan mukaan internetin terveyspalveluiden käyttö on koettu helpoksi ja vaivattomaksi, ja palveluiden tarjoaminen internetissä on todettu puolestaan tehokkaaksi. (Torkkola, S. 2002: 152.) Toisaalta useissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että internetissä tarjolla oleva tieto on joskus myös virheellistä ja epätarkkaa. Health on the Net Foundation- säätiö eli HON- säätiö on asettanut verkon lääketieteelliselle ja terveyteen liittyville tietopalveluille periaatteet, joilla on tarkoitus turvata terveystiedon luotettavuus. HON- säätiön periaatteissa korostetaan esimerkiksi kuinka internetpalvelimillä oleva terveystieto on tarkoitettu nimenomaan tukemaan, ei korvaamaan, hoitosuhdetta, joka on tiedon lukijan ja hänen lääkärinsä välillä. (Torkkola 2002: 158 - 159.) Tämä on tärkeä periaate myös opaslehtisen tavoitteiden kannalta.

6.2 Opaslehtisen arviointi

Kaikkia toiminnallisia opinnäytetöitä ja niiden tuotoksia yhdistää tärkeänä tekijänä kokonaisilme, joka pyritään luomaan viestinnällisin ja visuaalisin keinoin ja, josta voidaan tunnistaa tavoitellut päämäärät (Vilkkä & Airaksinen 2003: 51). Vilkkaan ja Airaksisen mukaan opaslehtiselle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta olisi hyvä saada jonkinlainen palaute, jotta opaslehtisen arvio ei jäisi vain subjektiiviseksi (Vilkkä & Airaksinen 2003: 157). Opaslehtinen arvioidaan osana opinnäytetyötä Laurea ammattikorkeakoulun kahden lehtorin toimesta, mutta lisäksi opaslehtisen arvioi työelämän yhteyshenkilönä toimiva Janakkalan kunnan terveydenhoitaja suullisella arviointipalautteella opaslehtisen valmistumisen jälkeen pidettävässä palautekeskustelussa.

Opaslehtisen arvioinnissa nousevat esiin opaslehtisen käytettävyyden ja toimivuuden tavoitteissa asetetulla tavalla sekä työn visuaalinen ilme ja luettavuus. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen on oltava myös ammatillisesti kiinnostava ja jollakin tavalla merkittävä valitulle kohderyhmälle ja lopullista tuotosta voidaan tarkastella näkökulmasta, jossa pohditaan kuinka innovatiivinen, oivaltava ja ammatillisesti kehittävä lopputulos on. Myös toteutustapa, johon voidaan katsoa kuuluviksi keinot tavoitteiden saavuttamiseksi sekä tarvittavan aineiston kerääminen, ovat keskeisiä arvioinnin kohteita. Tässä opaslehtisessä tuotteen valmistamiseen liittyvät arviointikysymykset kietoutuvat juuri opaslehtisen sähköisen julkaisemuodon ympärille. Toteutustavassa voidaan arvioida myös lähdemateriaalia, jota on käytetty opaslehtisen sisällön tuottamiseen. (Vilkkä & Airaksinen 2003: 157 - 159.) Opaslehtisen visuaalista ilmettä ja luettavuutta voidaan arvioida sen kieliasun, ulkoasun ja kokonaisuuden kannalta. Sisällön arviointikysymykset painottuvat sen sijaan siihen kuinka hyvin sisältö vastaa opaslehtisen tavoitteita ja tarvetta ja kuinka täsmällinen ja luotettava opaslehtisen sisältö on. Tärkeänä arviointikriteerinä on opaslehtisen kokonaisuuden onnistuneisuus ja arviointipalautteella haetaan vastausta siihen kuinka ammatillinen ja miellyttävä opaslehtisen lopputulos on.

7 Pohdinta

Leikki-ikäiset sairastavat paljon erilaisia tulehdustauteja. Tämän ovat tiedneet monet vanhemmat jo useiden vuosien ajan, mutta etenkin viimeisinä vuosina myös useat tieteelliset tahot ovat kiinnostuneet lasten sairastamisesta ja sen aiheuttamasta tautitaakasta. Useiden artikkeleiden, tutkimusten, kirjallisten lähteiden sekä ajankohtaisten keskustelujen ja vuosien kokemusten myötä, on alettu vihdoinkin keskustelemaan myös siitä millaisia vaikutuksia leikki-ikäisten suurella sairastavuudella on niin leikki-ikäisten perheisiin, terveydenhuoltoon kuin lapsen muuhun sosiaaliseen ympäristöön. On myös tehty ajankohtaisia, kansallisiakin tutkimuksia siitä, mitä suomalaiset lapset tosiasiallisesti sairastavat ja, mistä sairastavuus mahdollisesti johtuu.

Ensisijaisesti lasten sairastaminen aiheuttaa suurta huolta ja murhetta niin lapsille kuin vanhemmille. Tämän vuoksi opinnäytetyön osana valmistuva opaslehtinen onkin suunnattu juuri vanhemmille, lasten huoltajille sekä muille leikki-ikäisten kanssa läheisesti toimiville avuksi ja hyödyksi arkeen. Tämän opinnäytetyön päällimmäisenä tavoitteena oli pyrkiä vaikuttamaan juuri leikki-ikäisten lasten vanhempiin lisäämällä ja vahvistamalla leikki-ikäisten lasten vanhempien itsehoitovalmiuksia antamalla heille helposti lähestyttävän tavan tutustua ja mahdollisesti oppia uutta sairastavan leikki-ikäisen hoidosta, tavallisimmista lastentaudeista sekä vanhempien sosiaaliturvasta ja lapsen sairastamisen vaikutuksista päivähoitojärjestelyihin. Opaslehtisen tavoitteina olikin vastata ajankohtaiseen tarpeeseen uudella tavalla ja antaa tuoretta tietoa.

Tavoitteet olivat haastavat, mutta sitäkin tärkeämmät. Halusin toteuttaa opinnäytetyön sellaisessa muodossa, että se vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla opinnäytetyölle asetettuihin tavoitteisiin ja voisin olla tyytyväinen lopputulokseen. Koska opinnäytetyön tuotos toteutettiin laajempaan organisaatioon, oli mielestäni myös tärkeää, että opaslehtinen vastasi yhteistyötahon tarpeisiin, tavoitteisiin ja toiveisiin. Koko opinnäytetyöprosessin ajan taustalla olikin ajatus siitä, että opinnäytetyö tulee olemaan osa laajempaa hanketta ja lopputuloksella ei ole merkitystä vain ja ainoastaan minulle, vaan toivon mukaan myös monille leikki-ikäisten lasten vanhemmille sekä muille tahoille ja erityisten koko Janakkalan kunnalle usealla eri tavalla.

Opinnäytetyöprosessin alussa olikin osittain hankalaa lähteä työstämään opinnäytetyötä, sillä, vaikka yhteistyö työelämän kanssa oli oleellinen ja tiivis osa prosessia, oli minulla suhteellisen vapaat kädet työstää itse ideoita, tavoitteita kuin toteutuksen valintoja. Opinnäytetyön syväliempien tavoitteiden pukeminen konkreettiseen ja sanalliseen muotoon oli haastavaa. Myös koko prosessin visualisoiminen ja erityisesti suunnitteleminen vei aikaa. Loppuen lopuksi olen kuitenkin tyytyväinen siihen, että paneuduin prosessin suunnitteluun tarkasti, sillä toiminnallisena opinnäytetyönä tarkka suunnitelma koko toteutuksesta osoittautui erittäin hyväksi lopputuloksen kannalta. Näin yhteistyö työelämän kanssa oli myös helpompaa, kun kaikilla oli tarkka suunnitelma selvillä koko prosessin ajan. Uskon, että tämän vuoksi myös oma ammatillinen kehittymiseni opinnäytetyöprosessin aikana mahdollistui ja sain paljon sellaista oppia, jota tulen tulevaisuudessa tarvitsemaan ja, josta on hyötyä sairaanhoitajana toimimisessa.

Opinnäytetyölle asetetut tavoitteet saavutettiin mielestäni erittäin hyvin. Vaikka suunnitelma opinnäytetyölle olikin alusta alkaen tarkka, tapahtui koko prosessin aikana sekä joustoa että muutoksia. Aika ja rajallinen työmäärä olivat seikkoja, joita ei voinut ennakolta täysin suunnitella. Olin ennakolta suunnitellut jokaiselle työvaiheelle arvioidun toteuttamiseen vaadittavan ajan, mutta vasta toteuttamisvaiheessa pystyi täydellisesti huomaamaan kuinka paljon

tietty työvaihe tosiasiallisesti tarvitsi aikaa riittävän hyvän lopputuloksen syntymiseen. Alustavassa suunnitelmassa ajatus toteuttamismuodosta oli opaslehtisen toteuttaminen kirjallisenä opaslehtisenä, mutta prosessin aikana heräsi ajatus mahdollisuudesta tuottaa opaslehtinen sähköisessä tiedostomuodossa Janakkalan kunnan internetsivuille. Sähköinen tiedostomuoto osoittautui tavoitteidenkin kannalta paremmaksi vaihtoehdoksi, sillä sähköisen tiedostomuodon kestävyys ja erityisesti helpompi saatavuus takaavat sen, että yhä useammalla on mahdollisuus päästä tutustua aineistoon ja tieto on saatavilla aina silloin, kun perhe sitä eniten tarvitsee. Näin myös opaslehtisen visuaalinen ilme ja luettavuus saatiin myös helpommin vastaamaan työelämän tarpeita ja tavoitteita. Opaslehtisen haluttiinkin sisältävän kaikki tieto ytimekkäässä ja luotettavassa muodossa sillä tavalla, että toteutus vastaisi yhden ihmisen tekemää työmäärää.

Myös lähdeaineiston etsiminen vei ajateltua enemmän aikaa, sillä yllätykseksi lasten ja erityisesti leikki-ikäisten sairastamisesta ja sairastavuudesta oli vain vähän tietoa ja tieto oli sisällytetty suurempiin kokonaisuuksiin. Myös vanhempien itsehoitovalmiuksista ja halusta osallistua oman lapsen hoitoon oli vieläkin vähemmän tietoa. Tulevaisuudessa toivonkin, että myös vanhempien tarpeista ja toiveista oman lapsen hoitamiseen löytyisi enemmän kansallisiakin tutkimuksia. Toisaalta olen kuitenkin tyytyväinen lähdeaineistooni, sillä sen sisältö on ajankohtaisiin, luotettaviin ja tuoreisiin tutkimuksiin sekä kirjallisuusaineistoon perustuva.

Vaikka opinnäytetyön taustalla olikin sekä luotettavia, tuoreita lähteitä sekä työelämän yhteishenkilön ammatillinen kokemus, olisi tietynlainen alkututkimus Janakkalan kunnan leikki-ikäisten lasten vanhempien toiveista ja tarpeista opaslehtisen sisällön suhteen voinut taata entistä ajankohtaisemman ja tarkemman sisällön. Rajattu aika ja työmäärä eivät kuitenkaan mahdollistaneet tällaista alkututkimusta. Vastaavasti tällaisen selvitystutkimuksen todellisuudesta hyötyarvosta lopputuotoksen kannalta ei ole varmaa näyttöä, jolloin alkututkimukseen käytetty työaika- ja panos olisivat voineet olla turhia lopullisen työn kannalta.

Toisaalta tulevaisuudessa olisi kuitenkin mielenkiintoista, mikäli opinnäytetyöni prosessia jatkettaisiin esimerkiksi tietynlaisen vanhemmille teetettävän kyselytutkimuksen avulla. Olisi mielenkiintoista ja hyödyttävää, jos opaslehtisen sisällöstä ja sen tarpeellisuudesta sekä parannusehdotuksista teetettäisiin juuri vanhemmille suunnattu kysely, jossa kartoitettaisiin vanhempien toiveita ja tarpeita opaslehtisen suhteen.

Nyt opaslehtinen toteutettiin vain suomen kielellä rajatun ajan ja työmäärän vuoksi. Tulevaisuudessa olisi mielestäni kuitenkin hienoa, jos opaslehtinen voitaisiin toteuttaa myös muilla kielillä, kuten englanniksi ja ruotsiksi. Tämä siksi, että kaikilla pitäisi äidinkielestä riippumatta olla mahdollisuus saada tietoa itselle tärkeistä ja ajankohtaisista asioista.

Lähteet

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Huttunen, N-P. 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. 1.painos. Porvoo: WSOY.

HUS. 2010. Kivunhoitoon liittyvää sanastoa. Viitattu 3.12.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29224>

Jalanko, H. 2010. Tietoa potilaalle: Kuume lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 14.12.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=lapsen%20kuumekouristukse n%20hoito

Jalanko, H. 2010. Tietoa potilaalle: Kuumekouristus. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 14.12.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=lapsen%20kuumekouristukse n%20hoito

Jalanko, H. 2009. Pipi, sata kysymystä lastenlääkärille. Helsinki: Duodecim.

Jalanko, H. 2003. 100 kysymystä lastenlääkärille. Helsinki: Duodecim.

Janakkalan kunnan Palvelustrategia 2007-2016. Viitattu 21.11.2011.
http://www.janakkala.fi/filebank/2213-Palvelustrategia1_3.pdf

Janakkalan kunnan Talousarvio 2011. Viitattu 21.11.2011.
http://www.janakkala.fi/filebank/5717-Ta_2011_KV_8_12_10.pdf

Kansaneläkelaitos. Viitattu 15.1.2012.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf?Open>

Kansanterveys-lehti. 2005: 2-3.

Keituri, T. 2010. Lapsen kuumekouristuksen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 14.12.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03116&p_haku=Lapse n%20kuumekouristuksen%20hoito

Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2009. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. 1. - 3. painos. Hämeenlinna: Tammi.

Korppi, M., Kröger, L & Rantala, H. 2009. Lastentautien päivistyskirja. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy. Duodecim.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto-paino.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL). Leikki-ikäisen hoito-opas. 17.painos. Hämeen piiri.

Mäkelä, M. 2010. Lääkärin käsikirja: Lapsen tonsilliitti ja faryngiitti. Terveysportti. Viitattu 20.12.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00723&p_haku=Lapsen %20tonsilliitti%20ja%20faryngiitti

Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Kaikkonen, R., Koponen, P., Ovaskainen, M-L., Sippola, R., Virtanen, S. & Laatikainen, T. 2010. Lasten terveys; LATE- tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Helsinki: Yliopistopano.

Poikonen, N. 2011. Lapsen silmätulehdus (sidekalvotulehdus). Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Terveysportti. Viitattu 20.12.2011.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>

Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. 2010. Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rantala, H. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2011. Lääkärin käsikirja: Kuumeinen lapsi. Terveysportti. Viitattu 14.12.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00720&p_haku=kuumeinen%20lapsi

Renko, M. 2010. Infektioita sairastavan lapsen eristäminen päivähoidosta. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 13.1.2012.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00720&p_haku=kuumeinen%20lapsi

Torkkola, S. 2002. Terveysviestintä. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Liite 1. Leikki-ikäinen sairastaa - opaslehtinen vanhemmille

Janakkala**Opaslehtinen**
Tiina Tontteri

Numero 1 (32)

Leikki-ikäinen sairastaa – opaslehtinen vanhemmille

Janakkalan kunta
Kunnanvirasto
Juttulantie 1
14200 Turenki

Puh. (03) 68 011 tai (019) 75 801
Fax (03) 680 1209 tai (019) 758 0209
janakkalan.kunta@janakkala.fi

Lukijalle

Tämä opaslehtinen on luotu Laurea - ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijan opinnäytetyön osana keväällä 2012. Opaslehtinen on suunnattu leikki-ikäisten lasten vanhemmille, huoltajille, sekä kaikille leikki-ikäisten lasten kanssa toimiville ja sen tavoitteena on antaa lukijalle valmiuksia hoitaa sairastavaa leikki-ikäistä kotona.

Opaslehtinen antaa ajankohtaista ja uusimpiin lähteisiin perustuvaa luotettavaa tietoa sairastavan lapsen hoidosta, tavallisimmista lasten taudeista, niiden taudinkuvista, oireista, ohjeista hakeutua lääkäriin sekä itsehoito-ohjeista. Opaslehtinen antaa tietoa myös sairastavan lapsen vanhempien sosiaaliturvasta sekä siitä, tarvitseeko sairastavan lapsen olla pois hoidosta ja kuinka kauan. Lopussa kuvataan opaslehtisessä käytetyt lähteet sekä tärkeät linkit ja puhelinnumerot.

Opaslehtisen tärkeänä osana on opastaa vanhempia tunnistamaan sairastavan lapsen tavallisimpia oireita sekä opastaa vanhempia tarkkailemaan lapsen yleistilaa ja siinä tapahtuvia muutoksia siten, että vanhempien olisi helpompi tunnistaa sellaiset tilanteet, joissa on syytä hakeutua kiireellisesti lääkäriin tai päivystävään hoitoyksikköön.

Akuuteista lastentaudeista tavallisimmat ovat virusten aiheuttamat infektiot eli tulehdustaudit. Ensimmäisen elinvuotensa jälkeen lapset sairastavat 2-3 infektiota vuodessa. Virusinfektiot paranevat itsestään lapsen oman puolustusjärjestelmän kautta ja virusten aiheuttamien tulehdusten hoito onkin oireenmukaista kotihoitoa. Joskus virustulehdusta seuraa kuitenkin bakteeritulehdus, jolloin oireet tavallisesti pahenevat ja hakeudutaan lääkäriin. Bakteerin aiheuttamaa tulehdusta voidaan hoitaa antibiooteilla.

Opaslehtisen 10 tavallisinta lasten tautia ovat flunssa ja influenssa, välikorvatulehdus, vatsatauti ja ripuli, silmätulehdus, keuhkoputkentulehdus, kurkunpääntulehdus, virtsatietulehdus sekä keuhkokuume ja märkärupi. Lisäksi opaslehtisessä esitellään lasten keskuudessa tavalliset kihomatotauti ja päättäit. Myös kuume ja kuumebouristukset kuuluvat opaslehtisen sisältöön.

Sisällys

| | |
|---|----|
| Leikki-ikäinen sairastaa – opaslehtinen vanhemmille..... | 1 |
| Lukijalle | 2 |
| 1. Sairastavan lapsen hoito..... | 4 |
| 1.1 Lapsen yleiskunnon arviointi ja huolestuttavat merkit..... | 4 |
| 1.2 Kuumeen ja kivun hoito..... | 6 |
| 1.3 Syöminen ja juominen..... | 8 |
| 1.4 Nuhan ja yskän hoito..... | 9 |
| 1.5 Lepo ja liikunta | 10 |
| 1.6 Milloin päiväkotiin | 10 |
| 2. Vanhempien sosiaaliturva lapsen sairastaessa..... | 12 |
| 3. Leikki-ikäisen 10 tavallisinta tautia, taudinkuvat, oireet sekä hoito-ohjeet | 12 |
| 3.1 Flunssa ja influenssa..... | 12 |
| 3.2 Välikorvatulehdus..... | 14 |
| 3.3 Vatsatauti ja ripuli..... | 15 |
| 3.4 Silmätulehdus..... | 17 |
| 3.5 Keuhkoputkentulehdus..... | 18 |
| 3.6 Kurkunpääntulehdus | 19 |
| 3.7 Keuhkokuume | 20 |
| 3.8 Virtsatietulehdus..... | 21 |
| 3.9 Märkärupi | 22 |
| 3.10 Kihomatotauti ja pääätäit..... | 23 |
| 3.11 Kuume ja kuume-kouristukset..... | 26 |
| 4. Hyödylliset linkit ja puhelinnumerot..... | 29 |
| 5. Lähteet | 31 |

1. Sairastavan lapsen hoito

1.1 Lapsen yleiskunnon arviointi ja huolestuttavat merkit

Oleellisin asia lapsen yleiskuntoa arvioitaessa on pyrkiä erottamaan vakavasti sairas lapsi lievästi sairaasta. Ammattilaisten ohella myös vanhempien olisi hyvä pystyä arvioimaan lapsen voinnissa tapahtuvia muutoksia ja tarvittaessa huomaamaan huolestuttavat merkit. (Rajantie J. ym. 2010).

On tärkeää kuitenkin muistaa, että oli tilanne mikä tahansa, vanhemmilla on aina oikeus soittaa terveydenhoitajalle, sairaanhoitajalle tai terveydenhuollon ammattilaiselle neuvoa kysyäkseen. Epävarmoissa tilanteissa lapsi on aina hyvä viedä lääkäriin tarkistettavaksi.

Hyvä periaate lapsen terveydentilaa arvioitaessa on, että mikäli kuumeinen ja siitä johtuen hyvinkin väsynyt lapsi jaksaa leikkiä ja syödä hyvin kuumelääkkeen antamisen jälkeen, on riski vakavaan infektiin eli tartuntatautiin tällöin pieni. On myös hyvä muistaa, että mitä useampi muu perheenjäsen sairastaa samaa tautia, kuten ylähengitystietulehdusta tai ripuli-oksennustautia, sen pienempi on mahdollisuus siihen, että kyseessä olisi antibioottihoitoa vaativa bakteeritulehdus. (Rajantie ym. 2010.)

Poikkeuksena on kuitenkin nielun streptokokki- infektio, joka vaatii hoidokseen antibioottilääkehoitoa. Nielun streptokokki- infektio on kuitenkin harvinainen alle kolmevuotiailla ja siihen liittyy pelkkä kova kurkkukipu ja kuume. (Mäki 2010; Rajantie ym. 2010.) Janakkalan kunnan ylilääkäri Mira Uunimäen mukaan streptokokki-infektion voi tunnistaa nielun muista tulehduksista ainoastaan nieluviiljelyn avulla.

Siihen, koska lapsi olisi hyvä viedä lääkärin vastaanotolle, on olemassa muutama selkeä perusohje. Lapsi, joka kuumeen hoidosta huolimatta tuntuu veltolta ja väsyneeltä, on hyvä viedä päivystävään hoitoyksikköön viiveettä. Lapsi on hyvä viedä lääkärin arvioitavaksi

myös silloin, jos jo useamman päivän kuumesairautta sairastaneen lapsen kunto huonontuu yhtäkkiä. (Rajantie ym. 2010.)

On olemassa myös selkeitä oireita ja löydöksiä, jotka ovat huolestuttavia ja vaativat aina lapsen viemistä hoitoon kiireellisesti. Nämä oireet ja löydökset auttavat vanhempia arvioimaan lapsen vointia ja auttavat vanhempia arvioimaan lapsen tarvetta kiireelliseen hoitoon. (Rajantie ym. 2010.)

Näitä huolestuttavia merkkejä ovat lapsen heikko, kimeä tai valittava itku, käsittelyarkuus ja itkuherkkyys sekä heikentynyt tajunnantaso, mikä tarkoittaa, ettei lapsi ole normaaliin tapaan herätettävissä. Myös muutokset lapsen ihon värissä, ihon muuttuessa sinertäväksi, harmaaksi tai kirjavaksi, on huolestuttava merkki. Lapsen nestetasapaino voi kuvata osaltaan myös lapsen tarvetta kiireelliseen sairaalahoitoon. Mikäli lapsella on kuivat limakalvot, lapsen silmät ovat kuopalla eikä lapselta erity kyyneliä tai virtsaa, on lapsi syytä viedä lääkärin arvioitavaksi. Lisäksi sairaalahoitoa tarvitsevan lapsen reaktio ympäristöön voi olla poikkeavaa, mikä tarkoittaa, ettei lapsi seuraa mitä ympärillä tapahtuu. (Rajantie ym. 2010.)

Erityisen huolestuttavia merkkejä lapsella ovat niskajäykkyys sekä iholla esiintyvät verenpurkaumat. Niskajäykkyys ja verenpurkaumat edellyttävät erikseenkin lapsen kiireellistä toimittamista sairaalaan, mutta etenkin, mikäli niskajäykkyyden yhteydessä lapsella esiintyy vielä kuumetta ja päänsärkyä, on lapsi vietävä mahdollisimman nopeasti päivystävään hoitoyksikköön. (Rajantie ym. 2010; Korppi ym. 2009.)

Suurin osa lasten akuuteista taudeista on kuitenkin vaarattomien ja itsestään paranevien virusten aiheuttamia infektioita eli tulehdustauteja. Virusinfektioihin ei ole olemassa mitään varsinaista parantavaa lääkettä, vaan virusten aiheuttamat tulehdukset paranevat itsestään lapsen oman puolustusjärjestelmän kautta. Sen sijaan bakteerien aiheuttamien tulehdusten hoitoon on olemassa tehokas mikrobilääkehoito eli antibioottihoito. Erotuksena virusinfektion ja bakteeri-infektion välillä on liitännäisoreet, jotka liittyvät usein virustulehduksiin. Korkea kuume, ylähengitystie- tai suolisto-oireet, nuha ja yskä sekä infektion alussa myös kurkkukipu

ovat tyypillisiä virusinfektion oireita. Erityisen korkean, yli 40 - 40,5 asteen ylittävän kuumeen, on todettu olevan kuitenkin epätyypillinen virusinfektioissa ja se viittaa enemmän bakteerin aiheuttamaan tulehdukseen. On myös syytä muistaa, ettei terve lapsi laihtu tavallisen infektion yhteydessä, vaikka ruokahalu ei olisikaan samanlainen kuin terveenä. (Jalanko 2003; Rajantie ym. 2010.)

1.2 Kuumeen ja kivun hoito

Kuumeella tarkoitetaan vähintään 38 asteen lämpöä kainalosta, korvasta tai peräsuolesta mitattuna. Ensisijaisesti kuumetta suositellaan mitattavan lapselta peräsuolesta rektaalilämpönä, tai vaihtoehtoisesti suusta tai kainalosta. Lapsilla lämmönmittaukseen suositeltavin mittari on digitaalimittari, sillä se antaa tuloksen suhteellisen nopeasti ja sitä voidaan käyttää sekä kainalo- että peräsuolilämmön mittaamisessa. Digitaalimittareiden antamat tulokset ovat myös tarkempia kuin lapsiperheissä yleistyneiden korvamittareiden tai vastaavien iholämpömittareiden mittaamat tulokset.

(Korppi ym. 2009; Rajantie ym. 2010; Armanto & Koistinen 2007.)

Lämmön nousu ja peruslämpötila ovat kuitenkin yksilöllisiä jokaisella lapsella. Yhdellä lapsella kuume nousee helposti ja korkealle, kun toisella lapsella kuume nousee vain harvoin. Pienillä lapsilla jo peruslämmönsäätely on epätarkempaa kuin aikuisilla tai vanhemmilla lapsilla, mikä vaikuttaa osaltaan myös mittaustulokseen.

(Rajantie ym. 2010; Armanto & Koistinen 2007.)

Tärkeintä kuumeisen lapsen hoidossa on huolehtia lapsen riittävän kevyestä vaateuksesta ja ympäristön viilentämisestä esimerkiksi ikkunaa avaamalla. Lapsen ihoa voidaan myös pyyhkiä haalealla vedellä kostutetuilla pyyhkeillä ja tarvittaessa lapsi voidaan viedä raittiiseen ulkoilmaan hetkeksi. Lasta ei tule hikoiluttaa lämpimien vaatteiden ja täkkien alla. Kuume lisää nesteen ja energian tarvetta, ja siksi lasta olisikin hyvä juottaa kylmällä ja sokeripitoisella juotavalla, kuten mehulla. Kuumeinen lapsi saa liikkua ja leikkiä normaalisti, vaikka suuria fyysisiä rasituksia tuleekin välttää. Lapsi saa myös ulkoilla ja nukkua päiväunia ulkona, mikäli riittävästä

vaatetuksesta huolehditaan. Kuumeinen lapsi ei saa kuitenkaan kylmettää itseään. (Jalanko 2010.)

Vähäistä kuumetta ei tarvitse hoitaa lääkkeellisesti, mikäli siihen ei liity sellaisia oireita, jotka voivat laskea lapsen yleiskuntoa tai haitata lapsen toipumista sairaudesta. Infektioihin liittyvääkään kuumetta ei tarvitse suoralta kädeltä hoitaa ilman muita tulehdukseen liittyviä oireita. Huono juominen, ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja pahanolontunne sekä säryt ja kivut ovat kuitenkin sellaisia oireita, joita on syytä hoitaa kuumeen yhteydessä. Ruokahalutonkin lapsi usein syö ja juo hyvin ja kuivumiselta voidaan välttyä, kunhan lapsen kuume saadaan laskettua. Mikäli kuume nousee kuitenkin yli 38,5 asteen, on kuumetta syytä alentaa kuumelääkkeillä. On myös hyvä muistaa, että etenkin pienemmillä lapsilla voi olla vaikeaa todeta tulehdukseen liittyviä oireita, erityisesti kurkkukipua, jolloin tulehduskipulääkkeiden käyttö voi olla perusteltua alhaisemmassakin kuumeessa.

(Rajantie ym. 2010; Rantala & Keinänen-Kiukaanniemi 2011; Jalanko 2010.)

Kuumeen alentaminen kuumelääkkeillä ei hidasta lapsen paranemista eikä lapsen vastustuskyvyn kehittymistä. Kuumelääkkeiden avulla kuume saadaan laskettua noin tunnin kuluessa lääkkeen otosta 6-12 tunnin ajaksi. Kuumelääkkeiden vaikutuksen kannalta avainasemassa on oikea annostelu, sillä lääkkeen vaikutus on suorassa suhteessa annokseen. Lyhytaikaisessa käytössä kuumelääkettä on järkevintä antaa riittävästi, sillä aliannoksesta ei ole mitään hyötyä, mutta vastaavasti liika-annostelua tulee välttää. Ensisijaisesti lääkkeet tulisi antaa myös lapsilla suun kautta. Peräpuikkoja eli suppoja on hyvä käyttää tilanteissa, joissa lapsi oksentelee. Edellisten lisäksi markkinoille on tullut myös suussa hajoavia nopeasti imeytyviä tablettivalmisteita. (Jalanko 2010; Rajantie ym. 2010.)

Ilman reseptiä, käsikauppatavarana, apteekkeista on saatavissa monia eri kuumelääkkeitä, joista lapsille parhaimmat ovat parasetamoli ja ibuprofeeni. Erona parasetamolin sekä ibuprofeenin välillä on, että parasetamoli on perinteinen kuumelääke, mutta ibuprofeeni luetaan myös varsinaiseksi tulehduskipulääkkeeksi. Tulehduskipulääkkeet rauhoittavat tulehdusta ja lievittävät kipua sekä

alentavat kuumetta, kun kuumelääkkeen vaikutus perustuu vain kuumeen alentamiseen ja kivun lieventämiseen. Kuumelääke ei siis lievitä tulehdusta. (Rajantie ym. 2010; HUS.)

Ensisijainen lääke lasten kuumeen hoidossa on parasetamoli, jonka suositeltavin kerta-annos on 15mg/kg. Ensimmäinen annos voi olla kuitenkin 20mg/kg, mutta vuorokauden kokonaisannosta 80mg/kg ei tule ylittää. Parasetamolia voidaan antaa lapselle neljästi päivässä. Parasetamolien noin kuuden tunnin vaikutusaika on melko lyhyt, mutta sen hyvänä puolena on, ettei parasetamoli ärsytä vatsaa ja parasetamolien aiheuttamat allergiat ovat erittäin harvinaisia. Parasetamoli imeytyy yhtä hyvin suun kautta otettuna kuin peräsuolen kautta annosteltuna. Apteekeissa parasetamolien tunnetuimpia kauppanimiä ovat muun muassa Panadol®, Paratabs®, Paracetamol-Ratiopharm®, Paramax® sekä Pamol®. Myös ibuprofeeni on leikki-ikäisten kuumeen hoitoon sopiva lääke ja sitä voidaan antaa lapselle 3-4 kertaa päivässä. Ibuprofeenin kerta-annos on 10mg/kg ja sen maksimivuorokausiannos on 40mg/kg. Ibuprofeenin vaikutusaika on parasetamolia pitempi, noin kahdeksan tuntia. Ibuprofeenin tunnetuimpia kauppanimiä ovat esimerkiksi Burana®, Ibumex®, Ibusal®. (Rajantie ym. 2010; Rantala-Keinänen-Kiukaanniemi 2011; HUS 2010.)

Kuumelääkkeistä erityisesti ibuprofeeni ja reseptillä saatava naprokseeni ovat myös tehokkaita kipulääkkeitä lapsilla ja näitä kannattaakin käyttää muun muassa nielukipuisella lapsella. Asetyyliisalisyylihapon eli aspiriinin käyttöä ei suositella pienten lasten kuumeen tai kivun hoidossa siihen liittyvän maksavaurion riskin vuoksi. (Rajantie ym. 2010; Jalanko 2010).

1.3 Syöminen ja juominen

Sairaana lapsen hoidossa tärkeintä on huolehtia riittävästä nesteytyksestä. Erityisesti oksentelevan tai ripuloivan lapsen nestetasapainon varmistaminen on hoidon kannalta oleellista, jotta paraneminen mahdollistuu. Perusohje on, että 10 – 20 kg painava lapsi tarvitsee nesteitä 50 ml/kg ja yli 20 kg painava 20 ml/kg vuorokaudessa. Esimerkiksi 10 kg painavan lapsen päivittäinen nestetarve on 1000 ml ja vastaavasti 20 kg painavan lapsen

päivittäinen nestetarve on 1500 ml. On kuitenkin tärkeää huomata, että esimerkiksi ripulointi ja kuume lisäävät nestetarvetta. Jo yksi lämpöaste nostaa lapsen nestetarvetta 10 – 12 %. Mikäli lapsella ilmenee lisäksi hyperventilaatiota eli voimistunutta, syvää ja nopeaa hengitystä mikä johtaa matalaan hiilidioksidipitoisuuteen, on lapsen nestetarve vieläkin suurempi. (Rajantie ym. 2010; Koistinen ym. 2004.)

Nesteitä tulisi antaa lapselle tasaisesti pienehköinä määrinä, tarvittaessa esimerkiksi lusikalla annostellen. Hyvä perusohje kotihoitoon on antaa lapselle 1 dl nestettä tunnissa kymmentä lapsen painokiloa kohti 6 – 10 tunnin ajan. Nesteistä parhaimpia ovat muun muassa mehut ja mehukeitot. (Rajantie ym. 2010.)

Lapsi on aikuista alttiimpi vesi- ja elektrolyyttitasapainon häiriöille, mikä voi johtaa nestetasapainon häiriintymiseen ja kuivumiseen. Näin ollen kovin oksentelevalle ja ripuloivalle lapselle on suositeltavaa antaa neste- ja elektrolyyttitarpeen riittävään saantiin varta vasten kehitettyä ripulijuomaa, jossa on sopivasti elektrolyyttejä ja glukosia. Onnistuneen nesteytyksen seurauksena lapsi piristyy, myös hänen painonsa nousee ja kuivuman merkit vähenevät. Lisäksi riittävän nesteytyksen merkkeinä lapsen virtsaneritys käynnistyy ja itkiessä lapsi kyynelehtii. (Rajantie ym. 2010.)

Syömisten osalta olisi hyvä, jos kuumetaudin aikana lapsi saisi syödä mitä hän haluaa. (Rajantie ym. 2010).

1.4 Nuhan ja yskän hoito

Nuhan hoidossa paras lääke olisi lapsen niistäminen nenäliinaan. Ongelmana on kuitenkin, etteivät pienet lapset osaa vielä niistää ja tästä syystä nenäerite ohjautuukin herkästi nieluun, mikä aiheuttaa yskimistä etenkin yöaikaan. Hyvä lääke karstaiseen nenään on apteekeista saatavat keittosuolatipat ja keittosuolasumutteet. Keittosuolatippojen ja –sumutteiden käytöstä ei ole koskaan haittaa, vaikka teholtaan ne eivät ole yhtä varmoja kuin lääkkeelliset tipat ja sumutteet. Lääkeaineita sisältäviä nuhatippoja ja –sumutteita tulee käyttää korkeintaan viikon verran, sillä niiden pitkäaikainen käyttö ärsyttää herkästi nenän limakalvoja. Nuhatippoja tai –sumutteita

kannattaa antaa yötä vasten, lapsen nukkumaan mennessä, sillä nenän tukkoisuus estää usein nenähengityksen, mikä aiheuttaa lapsen heräilemistä yöaikaan. (Jalanko 2003; Rajantie ym. 2010.)

Lapsilla paras lääke yskään on vesihöyry. Vesihöyryhengitystä voidaan antaa lapselle esimerkiksi sängyn viereen asetetun ilmankostuttimen avulla. Tai vastaavasti vesihöyryhengitys voidaan toteuttaa kylpyhuoneessa, jossa lapsi hengittää lämmintä vesihöyryä 10 - 20 minuuttia kestävien jaksojen aikana. Vesihöyryn tarkoituksena ei ole olla kuumaa vaan miellyttävän lämpöistä, etenkin jos lapsella on kuumetta. Lasta ei saa koskaan viedä kiehuvan kattilan ääreen palovammariskin vuoksi. (Jalanko 2003.)

Nykykäsityksen mukaan yskää ei tule hoitaa oireen mukaisesti yskänlääkkeellä. Tämä koskee niin ilman reseptiä saatavia, kuin lääkärin määräämiä yskänlääkkeitä, sillä yskänlääkkeillä ei ole todettu olevan vaikutusta yskän kestoon. Yskänlääkkeistä voi olla jopa enemmän haittaa kuin hyötyä, sillä yskimisen tarkoituksena on poistaa limaa hengitysteistä. (Rajantie ym. 2010; Jalanko 2003.)

1.5 Lepo ja liikunta

Pientä lasta ei tarvitse yleensä rajoittaa liikunnan suhteen, vaikka lapsi olisi kipeäkin. Lapsi pystyykin yleensä itse päättämään milloin hän on riittävän terve normaaliin leikkimiseen ja pelaamiseen. Toisaalta rasittavasta liikunnasta on syytä kuitenkin luopua ainakin siihen asti kunnes kuumeen loppumisesta on kulunut kahdesta kolmeen päivää. Myös lapsen yleinen tai epämääräinen sairauden tunne ovat aiheita siirtää liikunnan aloittamista myöhemmäksi. (Rajantie ym. 2010.)

1.6 Milloin päiväkotiin

Päivähoitoa ajatellen on syytä muistaa, että tarttuvuus on yleensä suurimmillaan taudin alussa. Infektiopaineen vähentämiseksi olisikin parasta, jos lapsi pystyisi jäämään kotiin heti, kun infektion oireita ilmaantuu. Toisaalta monissa taudeissa tarttuvuus on merkittävää kuitenkin jo ennen varsinaisten oireiden puhkeamista, mikä osaltaan

heikentää hoidosta poisjäämisen vaikutuksia infektioiden leviämiseen. (Renko, M. 2010.)

Tavallisesti lapsi voi palata päiväkotiin, kun hänen vointinsa on hyvä ja kuume on ollut poissa vähintään yhden vuorokauden verran. Mikäli yli yksivuotiaalla lapsella on kuitenkin lämpöä yli 37,5 astetta, on lasta parempi hoitaa kotona. Lisäksi toipuminen, etenkin pitkästä sairaudesta, voi viedä aikaa huomattavasti tätä kauemminkin. Oleellista on erottaa toisistaan lapsen oman voinnin kannalta tarpeellinen sairauden vaatima poissaolo ja tarttumisvaara. (Jalanko 2003; Rajantie ym. 2010; Renko 2010.)

Antibioottihoito ei sinänsä vaadi päiväkodista poissaolemista. Esimerkiksi korvatulehdukseen määrätty antibiootti ei estä päiväkotien menoa. Hengitystieinfektioissa, kuten flunssassa tai keuhkoputkentulehduksessa, ei tavallisesti tarvita lapsen poisjääntiä hoidosta, sillä monet infektoituneistakin lapsista ovat oireettomia. Yskä tai nuha ei yleensä estä lapsen vientiä päivähoidon, mikäli lapsen yleiskunto on muuten hyvä eikä lapsella ole kuumetta. Myös silmätulehduksen kohdalla lapsen voi viedä päivähoidon, mikäli hänen vointinsa on muuten hyvä. (Rajantie ym. 2010; Jalanko 2003.)

Suolistoinfektiot, kuten ripuli ja vatsatauti, edellyttävät aina lapsen jäämistä pois hoidosta. Oksenteleva ja ripuloiva lapsi on syytä hoitaa kotona, kunnes lapsi on ollut vähintään yhden vuorokauden ajan oireeton. Mikäli oireisen lapsen ulosteesta on löytynyt salmonella-bakteeri, on lapsen eristys päivähoitosta tällöin vähintään viikon ajan oireiden alkamisesta, ja eristys jatkuu, kunnes oireet ovat olleet pois vähintään vuorokauden. (Renko 2010; Jalanko 2003.)

Märkäruven kohdalla lapsen tulee olla pois päivähoitosta vuorokausi suun kautta otettavan ja 48 tuntia paikallisen antibioottilhoidon aloittamisesta. (Jalanko 2003.)

Vesirokko, joka kuuluu rokkotauteihin, vaatii tavallisia infektoita kauemman eristyksen päivähoitosta. Vesirokkoa sairastavan lapsen tulee olla pois hoidosta vähintään siihen asti, kunnes uusia rakkuloita ei ole enää tullut ja rakkulat ovat kuivuneet. Tavallisesti tämä kestää vähintään viisi vuorokautta taudin alusta laskien.

(Rajantie ym. 2010.)

2. Vanhempien sosiaaliturva lapsen sairastaessa

Tilapäinen hoitovapaa on suomalaisten perheiden oikeus, jonka Kansaneläkelaitos tarjoaa. Tilapäinen hoitovapaa on tarkoitettu alle 10-vuotiaan äkillisesti sairastuneen lapsen huoltajalle ja se antaa mahdollisuuden toiselle lapsen vanhemmista jäädä pois töistä hoitamaan sairastavaa lasta. Tilapäinen hoitovapaa voi kestää enintään neljä työpäivää ja tilapäiselle hoitovapaalle voi jäädä kumpi tahansa vanhemmista, ei kuitenkaan molemmat vanhemmat yhtä aikaa. Tilapäinen hoitovapaa on tarkoitettu vain lapsen hoitamiseen tai hoidon järjestämiseen, eikä työnantaja ole velvollinen maksamaan palkkaa tilapäisen hoitovapaan aikana. Myös vanhemman, joka ei asu samassa osoitteessa lapsen kanssa, on oikeus jäädä tilapäiselle hoitovapaalle. Tilapäinen hoitovapaa perustuu työ- ja elinkeinoministeriön säätämään työsopimuslakiin. Vanhemmat voivat selvittää työnantajaltaan, maksetaanko tilapäisen hoitovapaan ajalta palkkaa. (Kansaneläkelaitos).

Mikäli lapsen sairastaminen vaatii sairaalahoitoa ja siihen liittyvää kotihoitoa, mikä edellyttää vanhemman läsnäoloa ja osallistumista hoitoon, on vanhemman mahdollisuus saada Kansaneläkelaitokselta erityishoitorahaa. Erityishoitorahaan on oikeutettuja alle 16-vuotiaiden lasten vanhemmat, mikäli lasta hoitava lääkäri kirjoittaa D-lääkärintausunnon sairauden vaikeudesta sekä vanhemman hoitoon osallistumisen tarpeellisuudesta. Erityishoitorahan ensisijainen tarkoitus on korvata vanhemman ansionmenetykset, jos vanhempi joutuu olemaan kokopäiväisesti pois työstä lapsen hoidon vuoksi eikä työnantaja maksa palkkaa tuona aikana. (Kansaneläkelaitos).

3. Leikki-ikäisen 10 tavallisinta tautia, taudinkuvat, oireet sekä hoito-ohjeet

3.1 Flunssa ja influenssa

Flunssa eli nuhakuume on maassamme yleisin ylähengitystietulehdus, jonka aiheuttaa jokin sadoista tiedetyistä viruksista. Erityisesti pienimmät päiväkotikäiset lapset ovat

herkimpää flunssan tartunnoille ja saattavat näin sairastaa flunssan jopa 10 kertaa vuodessa. Virukset tarttuvat hyvin herkästi, ja esimerkiksi koululuokasta voi jopa puolet sairastua flunssaan lähes samanaikaisesti. (Koistinen ym. 2009.)

Flunssan oireita ovat kuumeilu, nuha, aivastelu, nenän tukkoisuus, kurkkukivut ja lihassäröt ympäri kehoa. Flunssaa ei tarvitse lääkittää, sillä se paranee itsestään. Kotikonsteina oireita lieventämään lapselle voi järjestää vuodelepoa ja huolehtia, että lapsi juo paljon, sekä tarvittaessa hänelle voi antaa myös kuumelääkettä. Flunssa voi olla myös kuumeeton ja on tavallista, että flunssa alkaa äkillisesti. Flunssan tarttuvuus on suurinta taudin alussa, mutta joidenkin virusten kohdalla tarttuminen voi tapahtua vielä 1-3 viikkoa oireiden alkamisestakin. Yleensä flunssa on kestoaltaan reilun viikon mittainen. (Jalanko 2003; Rajantie ym. 2010; Koistinen ym. 2009.)

Flunssaa on hyvin hankala estää, mutta hyvä hygienia auttaa myös tässä asiassa. Yksittäisenä keinona tärkein on käsien pesu, jolla voidaan vähentää flunssan leviämistä kotona ja päivähoitossa. Myös kertakäyttöisillä nenäliinoilla voidaan yrittää vähentää flunssan tarttumista, sillä suurin osa aiheuttajaviruksista sijaitsee nenäeritteessä ja flunssa leviää helposti myös pisaratartuntana. Osa viruksista kestää hyvin ulkoisia olosuhteita, mikä edesauttaa flunssan leviämistä erityisesti lelujen välityksellä niin kotona kuin päivähoitossa. (Jalanko 2003; Rajantie ym. 2010.)

Virukset aiheuttavat myös influenssaa, joka voi oireiltaan olla huomattavasti flunssaa rankempi. Influenssa aiheuttaa erityisesti pienimmille lapsille komplikaatioita, kuten korvatulehduksia tai keuhkokuumetta. Influenssa tarttuu myös aikuisväestöön, joten siihen voi helposti sairastua koko perhe. (Koistinen ym. 2009; Armanto & Koistinen 2007.)

Influenssan oireet eroavat flunssan oireista tavallisesti vain oireiden voimakkuudella. Influenssaa kuvaa myös nopeasti nouseva korkea kuume ja potilaan tunteminen itsensä todella sairaaksi. Korkean kuumeen lisäksi influenssan oireita ovat nuha, yskä, voimakkaat lihassäröt ja kurkkukipu. (Koistinen ym. 2009; Huttunen 2002.)

Myös influenssan oireita voi hoitaa kotona samaan tapaan kuin flunssankin. Tärkeimpinä hoitokeinoina on huolehtia riittävästä nesteiden saannista ja vuodelevosta. Lapsen lihassärkyihin ja kuumeeseen voi antaa kuumelääkettä. Lapsella influenssa voi kuitenkin oireilla voimakkaastikin, jolloin voi usein olla hyvä käydä terveydenhuollon ammattilaisen luona tarkistuttamassa tilanne. Tarvittaessa influenssaan voidaan määrätä lääkärin arvioin mukaan myös taudin kulkua lieventävää lääkettä, joka myös estää tartunnan saantia etukäteen otettuna. (Armanto & Koistinen 2007; Koistinen ym. 2009; Huttunen 2002.)

Lapselle tulee antaa riittävästi aikaa toipua influenssasta ennen normaalin päivätoiminnan, esimerkiksi päiväkodin aloittamista. Sairaana lapsen paras hoitopaikka onkin oma koti. (Koistinen ym. 2009; Rajantie ym. 2010.)

3.2 Välikorvatulehdus

Korvatulehdus on yleisin pikkulasten bakteeritaudeista. Tutkimusten mukaan välikorvatulehdus liittyy lähes aina komplikaationa tavalliseen ylähengitystieinfektioon, erityisesti flunssaan, jossa välikorva tulehtuu 2-7 vuorokaudessa varsinaisen flunssan alkamisesta. Näin ollen korvatulehdusta ei ole mahdollista todeta vielä lapsen ensimmäisenä kuumepäivänä. (Rajantie ym. 2010; Armanto & Koistinen 2007.)

Tavallisimpia oireita korvatulehduksessa ovat itkuisuus, levottomuus, syömisongelmat ja yöheräily. Tavanomaisia oireita ovat myös nuha, yskä sekä ärtyisyys. Varsinainen kuume sekä nuhakuumeen yhteydessä alkava korvakipu ovat oireina vain puolella lapsista. Tutkimusten mukaan joka kolmannessa välikorvatulehdustapauksessa vanhemmat eivät osaa edes epäillä korvatulehdusta. (Rajantie ym. 2010; Koistinen ym. 2009.)

Korvatulehduksessa korvakipu johtuu märkäisestä eritteestä, joka aiheuttaa painetta ahtaassa välikorvassa. (Koistinen ym. 2009.)

Korvatulehdus alkaa usein yöllä, mutta lääkärissä käynnin voi jättää kuitenkin yleensä aina aamuun. Lapselle voi antaa kotona

ensihoidona tulehduskipulääkettä sekä ilman reseptiä myytäviä puuduttavia korvatippoja, jotta kipu ja muut oireet helpottuvat ja lapsi saa nukuksi.

Korvatulehdus paranee usein spontaanisti, vaikka antibioottihoitoa määrätäänkin korvatulehdukseen varsin usein. Korvatulehduksen diagnoosi on usein epävarma, jolloin erityisesti hoidoksi riittävät lääkärin määräämät särky- ja kuumelääkkeet sekä mahdolliset puuduttavat korvatipat. Tällöin lapselle määrätään usein uusi tutkimusaika 3-5 päivän päähän. Mikäli oireet kuitenkin pahenevat, on lapsi hyvä viedä uudelleen lääkäriin. Sekä lääkkeettömästi että antibiooteilla hoidettavassa korvatulehduksessa jälkitarkastuksessa on hyvä käydä noin kuukauden kuluttua korvatulehduksesta. Näin voidaan varmistaa, että tulehdus on parantunut ja, että tärykalvon liikkuvuus on normaali.

(Rajantie ym. 2010; Armanto & Koistinen 2007; Koistinen ym. 2009.)

On erittäin tavallista, että lapsen välikorvassa on eritettä vielä jälkitarkastuksenkin yhteydessä, sillä toisinaan erite voi hävitä hitaasti viikkojen aikana. Korvatulehdus katsotaan kroonistuneeksi vasta, kun hoidosta huolimatta eritettä on välikorvassa vielä 2-3 kuukaudenkin kuluttua. Sen sijaan liimakorvasta puhutaan, kun välikorvaan on kertynyt sitkeää liimamaista eritettä, jonka seurauksena voi olla kuulon alenemista ja toistuvia tulehduksia. Liimakorva on kohtalaisen tavallinen ja se vaatii hoidoksi usein korvien putkituksen ja/tai kitarisan poiston.

(Koistinen ym. 2009; Rajantie ym. 2010.)

Välikorvatulehduksella on taipumus uusiutumiseen, etenkin jos ensimmäinen tulehdus on sairastettu imeväisikäisenä.

(Rajantie ym. 2010.)

3.3 Vatsatauti ja ripuli

Suolistotulehdukset ovat hengitystietulehdusten rinnalla yleisimpiä lasten sairauksista. Suolistotulehduksille eli vatsataudille tai ripulille ovat alttiita kaikenikäiset, joten ei ole tavatonta että koko perhe sairastaa saman taudin. (Jalanko 2003.)

Erityisesti talvikuukaudet ovat tavanomainen kausi virusten aiheuttamille suolistoinfektioille. Suomessa harvinaisempia ovat bakteerien, kuten salmonellan aiheuttamat ripulit, jotka yleensä johtuvatkin jostain muusta maasta, esimerkiksi lomamatkalta, saadusta tartunnasta. Kesäaikaan voi olla mahdollista saada suolisto-oireita aiheuttavia viruksia tai bakteereja pilaantuneesta vedestä tai ruoasta myös kotimaassa. Lasten ripulitaudit leviävät kosketustartuntana, joten käsienpesu on erityisen tärkeä tapa estää ripulitartunnan leviämistä esimerkiksi päiväkodeissa.

(Jalanko 2003.)

Virusten aiheuttamiin ripuleihin liittyvät voimakasoireisen ripuloinnin ja oksentelun lisäksi kuumeilua sekä mahdollisesti vatsakipuja. Myös huono ruokahalu liittyy usein suolistotulehduksiin varsinkin niiden alkuvaiheissa. (Rajantie ym. 2010.)

Lapsilla tärkein oksentelun ja ripulin aiheuttaja, rotavirusinfektio, oireilee usein ensin kuumeella sekä lievillä hengitystieoireilla, joita seuraa nopeasti oksentelu. Oksentelua kestää tyypillisesti pari päivää, jonka jälkeen alkaa varsinainen ripulointi, joka voi pienellä lapsella kestää yli viikonkin. Rotaviruksen aiheuttamassa tulehduksessa ripuli on usein vetistä ja hajultaan hieman makeaa. (Jalanko 2003; Koistinen ym. 2009.)

Lapsen sairastuessa ripuliin, on tärkeää seurata nestetasapainoa. Oksentelun ja ripuloinnin määrää tulee tarkkailla ja verrata lapsen juomaan vesimäärään, jotta pystytään arvioimaan nesteiden saannin tarvetta. Myös kotona hyvänä apuna voi olla esimerkiksi kirjan pitäminen kaikista lapsen syömisistä ja juomisista. Hyvänä ohjeena voidaan pitää, että muutama oksennuspulautus tai 2-4 löysää ulostetta päivässä eivät ole vielä kovin huolestuttavia. Sen sijaan jatkuva runsas oksentelu tai vetinen ripulointi voivat aiheuttaa jo päivässä häiriöitä lapsen neste- ja suolatasapainoon. Myös lapsen virtsaamisen tarve kertoo paljon nestetasapainosta. Jos lapsi ei virtsaa, hänellä on nestevajausta, mikä vaatii aina sairaalahoitoa. Hyödyllistä olisi myös seurata ainakin päivätasolla lapsen painon heilahtelua, koska reilu painon putoaminen antaa syyn viedä lapsi lääkärin arvioitavaksi. Myös ulkoiset oireet, kuten lapsen kuiva suu tai kuopallaan olevat silmät antavat aiheen hakeutua sairaalaan.

Vanhempien tulee myös reagoida, jos lapsen kuume kovenee tai yleinen vointi heikkenee. (Jalanko 2003.)

Suolistotulehdukseen ei ole parantavaa lääkettä ja lasta voidaankin hoitaa kotona huolehtimalla lapsen riittävästä nesteiden saannista. Ripuliin ja oksentelun mukana kehosta poistuu paljon suoloja, joita lapsi voi saada takaisin tarkoitukseen kehitetyllä Osmosal Novum ripulijuomalla, jota saa ilman reseptiä apteekista. Perusperiaate ripulijuoman kohdalla on, että sillä korvataan nestemenetykset, mutta lapsen olisi silti hyvä pyrkiä juomaan ja syömään normaalisti. Yleisesti ottaen lapselle voi tarjota lähes kaikkea ruokaa ja juomaa mitä lapsi suostuu ottamaan. Runsaasti sokeroituja juomia, kuten virvoitusjuomia, olisi kuitenkin hyvä välttää. Ripulitaudista toipuvalla sopii parhaiten suolen rauhoittamiseen käypä hiilihydraattipitoinen ruokavalio, sekä maitosokerin välttäminen. (Jalanko 2003; Huttunen 2002.)

Kohdassa syöminen ja juominen on käsitelty tarkemmin lasten päivittäistä nestetarvetta. Jos lapsi ei pysty juomaan nestettä lähelle suositeltuja määriä tai nesteet eivät pysy lapsen sisällä, on hyvä kääntyä lääkärin puoleen. Myös tilanteissa, joissa lapsen ripulointi on yksimittaista, ulosteessa on verta, ripulointi jatkuu yli kolme vuorokautta, lapsi väsähtää, kuume nousee korkeaksi, yli 39 asteen, tai jos tartunta on saatu etelänmatkalta, on hyvä ottaa yhteyttä terveyskeskukseen. (Jalanko 2003.)

3.4 Silmätulehdus

Silmien sidekalvotulehdukset ovat melko yleisiä pienillä lapsilla. Silmätulehduksia aiheuttavat eniten virukset ja bakteerit, mutta myös allergiat. Lapsilla silmätulehdusta esiintyy erityisesti tavallisen flunssan yhteydessä. (Koistinen ym. 2009.)

Tyypillisimpiä oireita lasten silmätulehduksissa ovat silmien punoitus ja paksu märkäinen erite, joka saattaa muurata silmät umpeen lapsen nukkuessa. Silmätulehdus voi aiheuttaa myös silmäluomien punoitusta. Silmien valonarkuus ja särky viittaavat sen sijaan muuhun sairauteen, joka vaatii aina lääkärissä käyntiä. Lääkärissä on hyvä käydä myös silloin, kun silmässä on akuutti roskantunne tai

silmä on punainen, särkevä ja turvoksissa. Pelkkä silmän punoitus yksistään viittaa viruksen aiheuttamaan tulehdukseen tai esimerkiksi tuulen tai uimisen aiheuttamaan ärsytykseen, joka ei vaadi suoraan lääkärissä käyntiä. (Koistinen ym. 2009; Poikonen, N. 2011; Rajantie ym. 2010.)

Ensisijaisena hoitona tulehtuneita silmiä tulee puhdistaa useita kertoja päivässä pyyhkimällä silmää veteen kostutetulla pumpulitupolla silmän ulkonurkasta sisäänpäin. Märkäeritteisessä silmätulehduksessa lapsen kasvot on hyvä huuhdella runsaalla kraanavedellä usein, noin kymmen kertaa, lapsen valvellaoloaikana. (Koistinen ym. 2009; Rajantie ym. 2010.)

Lievässä silmätulehduksessa ei tarvita lääkärissä käyntiä, sillä silmä paranee hyvin itsestäänkin. Mikäli silmässä on kuitenkin selkeät bakteeritulehduksen merkit ja silmä vaivaa lapsen olemista, on lapsi syytä viedä lääkärin vastaanotolle lääkehoidon aloittamista varten. Bakteerien aiheuttamaan silmätulehduksen hoitoon käytetään lääkärin määräämiä antibiootteja sisältäviä silmätippoja, jotka annostellaan ohjeiden mukaisesti puhtaisiin silmiin. (Poikonen 2011; Koistinen ym. 2009.)

3.5 Keuhkoputkentulehdus

Keuhkoputkentulehdus on tavallinen lasten hengitystietulehdus. Keuhkoputkentulehduksia aiheuttavat virukset, eikä siihen yleensä tarvita erityistä hoitoa. (Koistinen ym. 2009; Armanto & Koistinen 2007.)

Keuhkoputkentulehduksen oireita ovat yskiminen, lihas- ja päänsärky sekä nuha ja kuume. Itse tulehdus sijaitsee nimensä mukaisesti keuhkoputkissa. Keuhkoputket keräävät paljon limaa, jota elimistö pyrkii poistamaan yskimällä. Yskimistä ei näin ollen kannata liikaa pyrkiä rajoittamaan, koska sillä on tärkeä tarkoitus. (Armanto & Koistinen 2007; Rajantie ym. 2010.)

Oireita voidaan helpottaa esimerkiksi hengitysilmaa kosteuttamalla, jolloin eritteet irtoavat ja poistuvat helpommin. Yskän oireita voidaan yötä varten rauhoittaa lääkkeellisesti, koska yskiminen estää usein

lapsen unen saantia. Lihas- ja pääsärkyä sekä kuumetta voidaan lieventää kuumelääkkeillä, erityisesti ibuprofeenilla ja naprokseenilla, joista on kerrottu enemmän osiossa kuumeen ja kivun hoito. Kuitenkin itse tulehduksesta paranemiseen menee yleensä viikko, jonka aikana vanhempien tulee seurata tilannetta ja ottaa yhteyttä lääkäriin, jos taudintila ei helpota. (Armanto & Koistinen 2007; Rajantie ym. 2010.)

Keuhkoputkentulehdus kehittyy lapsilla vain harvoin antibioottihoitoa vaativaksi bakteeriperäiseksi tulehdukseksi. Mikäli lapsella todetaan samanaikaisesti korva- tai nenän sivuontelotulehdus, jotka ovatkin usein lapsen pitkittyneen yskän aiheuttajina, aloitetaan hoidoksi usein antibioottilääkitys. (Jalanko 2003.) Janakkalan kunnan ylilääkäri Mira Uunimäen mukaan nenän sivuontelotulehdus voi kuitenkin tulla vasta yli 5-vuotiaille lapsille. Lääkitystä voidaan tarvita myös silloin, kun lapsen kuumeilu jatkuu tai on viitteitä tulehduksen leviämisestä keuhkoihin. (Jalanko 2003).

Hengitysteiden täydellinen toipuminen tulehduksesta vie kuitenkin 2-3 viikkoa, joten hyväkuntoisenkin lapsen flunssan jälkeinen satunnainen yskiminen johtuu yleensä limakalvojen herkkyydestä ja tarvitsee harvoin antibioottia. (Jalanko 2003.)

3.6 Kurkunpääntulehdus

Kurkunpääntulehdus on usein äkillisesti alkava viruksen aiheuttama infektio. Oireilu saattaa alkaa esimerkiksi pienenä nuhaisuutena illalla, joka jo iltayöstä äityy haukkuvaksi yskäksi, johon lapsi itsekin herää. (Koistinen ym. 2009.)

Kurkunpääntulehdukseen liittyy harvoin erityisiä komplikaatioita. Ongelmallisena oireena on yleensä kuitenkin äänihuulien alapuolella olevan kurkkutorven limakalvojen turpoamisesta aiheutuva hengenahdistus. Lapsi saattaa hätäntyä hengenahdistuksen vuoksi ja näin huomaamattaan pahentaa itse tilannetta entisestään. Hengenahdistus voi vaikeuttaa lapsen sisäänhengitystä, joka voi joskus vaatia sairaalahoitoa. Sisäänhengityksen vaikeuksista kertoo tyypillisesti vinkuva ääni ja lapsella voi myös näkyä kuoppa kaulan alaosassa tai vako kylkiluiden välissä. Myös rauhallisemmin kehittyvä

kurkunpääntulehdus aiheuttaa hengenahdistusta, mutta sen oireita ovat myös kumea yskä, kuumeilu, käheä ääni ja nuhaisuus. (Huttunen 2002; Koistinen ym. 2009; Armanto & Koistinen 2007.)

Oireita voi kestää muutaman päivän, mutta niihin voidaan antaa kotihoitoa höyryhengityksellä ja kuumelääkkeillä. Oireita voidaan lieventää myös pystyasennossa nukkumalla tai viemällä lapsi yöllä hengittämään raikasta ulkoilmaa. Hengitysvaikeuksien jatkuessa lapsi tulee viedä sairaalaan. Tauti kestää vaihtelevasti vuorokaudesta pariinkin viikkoon. Kurkunpääntulehdus pelästyttää oireillaan helposti niin lapsen kuin vanhemmat, mutta on hyvä tietää, että oireet yleensä lievenevät lapsen tullessa kouluikään. (Koistinen ym. 2009; Armanto & Koistinen 2007.)

3.7 Keuhkokuume

Keuhkokuume tarkoittaa nimensä mukaisesti keuhkokuudoksen tulehdusta. Keuhkokuume on edelleen suhteellisen yleinen ja vaarallinen tauti, erityisesti leikki-ikäisillä. Alle viisivuotiaista lapsista noin 4 % sairastuu keuhkokuumeeseen vuosittain. (Rajantie ym. 2010.)

Leikki-ikäisillä erityisesti virukset aiheuttavat keuhkokuumetta, mutta keuhkokuumeen takana voi olla myös jokin hengitysteiden tulehduksia aiheuttavista bakteereista. Oireina virusperäiseen keuhkokuumeeseen sairastuessa lapsella on kuumetta, nuhaa ja tavallista kovempi yskä. Myös nopeutunut ja pinnallinen hengitys sopii keuhkokuumeen aiheuttamiin oireisiin. Sen sijaan bakteerin aiheuttamaan keuhkokuumeeseen kuuluu tavallista korkeampi kuume, selkeästi sairas olemus, sekä selkeästi vähäisempi yskä kuin virusperäisessä keuhkokuumeessa. (Jalanko 2003; Huttunen 2002.)

Keuhkokuumeen oireet ovat siis hyvin samankaltaisia kuin muidenkin ylähengitysteiden tulehdusten oireet. Keuhkokuumetta aletaankin epäillä vasta, jos oireet, kuumeilu ja limainen yskä, ovat pitkittyneet. (Jalanko 2003.)

Lääkärin lapsi tulisi viedä, jos korkean kuumeen yhteydessä ilmenee tihentyvää hengitystä tai, jos lapsi väsähtää ja hänen kuume ja yskä pahenevat. (Jalanko 2003).

Lapselle tulee järjestää aikaa taudista toipumiseen, jottei hänen tarvitse mennä esimerkiksi päivähoitoon liian nopeasti. Myös aktiivista leikkiä tai urheilua tulee välttää muutaman viikon ajan, jotta voidaan varmistaa lapsen olevan täysin terve. Kun lasta hoidetaan kotona, tulee hänen nestetasapainostaan huolehtia etenkin, jos lapsella on vielä kuumetta. (Koistinen ym. 2009.)

3.8 Virtsatieulehdus

Virtsatieinfektio on yleisin lasten virtsaelinten sairaus sekä yksi yleisimmistä lasten bakteeritulehduksista. (Mäki, P. ym. 2010).

Imeväisiän jälkeen leikki- ja kouluikässä virtsatieinfektio on anatomisista syistä johtuen erityisesti tyttöjen ongelma. Virtsatieinfektioon kuuluu tautiin sopivat oireet ja virtsarakossa on oltava merkittävä määrä bakteereja. Virtsatieinfektio voi rajoittua virtsarakkoon tai se voi ulottua munuaisiin asti. Lasten kohdalla näiden kahden eri virtsatieinfektiotyypin erottaminen toisistaan voi olla vaikeaa, jolloin usein puhutaan vain kuumeettomasta ja kuumeisesta virtsatieinfektiosta. Virtsarakkoon rajoittuvan virtsatieinfektion aiheuttaa yleisimmin suolistoperäinen E-colibakteeri, joka nousee alakautta virtsarakkoon. (Rajantie ym. 2010).

Pienimmillä lapsilla virtsatieinfektion keskeisimpänä oireena on kuume. Jos pienen lapsen kuumeelle ei löydy syytä, on hyvin mahdollista, että virtsatieinfektio on kuumeen aiheuttaja. Sen sijaan leikki- ja kouluikäisillä lapsilla ilmenee melko usein jo paikallisoireita, kuten kipua virtsatessa, tiheävirtsaista, virtsan pahaa hajua ja sameutta tai verivirtsaista. Liitännäisoireina voi olla myös vatsatai selkäkkipuja sekä vatsan toiminnanhäiriöitä, kuten oksentelua ja ripulia. Myös kuume on merkittävä oire leikki- ja kouluikäisillä lapsilla, sillä se viittaa usein munuaistason infektiin. Virtsatieinfektio aiheuttaa kaikenikäisillä lapsilla tavallisesti myös levottomuutta,

itkuisuutta sekä huonoa ruokahalua. Oireet voivat kuitenkin vaihdella huomattavasti myös virtsatieinfektiossa.

(Rajantie ym. 2010; Koistinen ym. 2009.)

Leikki-ikäinen onkin hyvä viedä tutkittavaksi, mikäli lapsi käy tiheästi pissalla, lapsi valittaa kivelyä virtsatessa tai lapsella on kuumetta, jonka syy on epäselvä. (Jalanko 2003).

Virtsatieinfektio voidaan todeta vain laboratoriotutkimuksella, joista tärkein on luotettava virtsanäyte. Virtsatieinfektio hoidetaan antibiooteilla, joko kotona suun kautta otettavilla antibiooteilla tai sairaalassa suonensisäisillä antibiooteilla. Myös lapset, joilla on korkea kuume tai lääkäri katsoo lapsen nestehoidon tarpeelliseksi, voivat hyötyä sairaalahoidosta. Virtsatieinfektioyypistä riippuen hoidon kesto on noin viidestä vuorokaudesta kahteen viikkoon.

(Rajantie ym. 2010; Jalanko 2003.)

3.9 Märkärupi

Märkärupi on ihon pinnallinen tulehdustauti ja ihon tavallisin bakteeritauti, jonka aiheuttaa stafylokokki- tai streptokokkibakteeri. (Mäki ym. 2010; Koistinen ym. 2009.)

Märkärupen taudinkuvaan kuuluu ihon pinnalle ilmaantuvat pienet rakkulat, jotka kasvavat ja laajenevat. Rakkulat ovat herkkiä rikkoutumaan ja niiden pohja muuttuu vetistäväksi ja punoittavaksi. Puhjetun rakkulan pohjan päälle muodostuu märkäinen rupi. Märkärupen ensimmäiset näppylät voidaan havaita usein ensin lapsen kasvoilta, mutta ne voivat ilmaantua mille kehonalueelle tahansa. Tavallisesti märkärupen ihottuma-alue on suhteellisen pieni. (Koistinen ym. 2009; Jalanko 2003.)

Mikäli märkärupirakkuloita ei ole muutamaa enempää, voidaan niitä hoitaa paikallisesti antiseptisillä voiteilla, joita saa apteekista. Märkärupen voi pyytää lääkäriltä myös antibioottia sisältävää voidetta, jota voidaan käyttää paikallisvoiteena pienelle ihoalueelle. Ruvet on hyvä pestä ja huuhtoa hyvin ennen voiteen levitystä, jotta ne ovat pehmeitä ja irtain aines lähtee irti, jolloin voide pääsee vaikuttamaan paremmin. Mikäli ruvet levittyvät laajemmalle tai

voidehoito ei tehoa, tarvitsee märkärupea hoitaa suun kautta otettavalla antibioottilääkityksellä.

(Koistinen ym. 2009; Jalanko 2003; Huttunen 2002.)

Märkärupea sairastavan lapsen hygieniasta tulee pitää hyvää huolta ja esimerkiksi vaatteet ja pyyhkeet vaihdetaan päivittäin.

Märkärupirakkulat sisältävät paljon bakteereita ja tartunta leviääkin herkästi lapsesta toiseen suorassa ihokontaktissa.

(Huttunen 2002; Jalanko 2003; Koistinen ym. 2009.)

3.10 Kihomatotauti ja päätät

3.10.1 Kihomatotauti

Kihomatotauti kuuluu loistauteihin. Kihomatotaudin aiheuttavat 3-13 mm pitkät kihomadot, jotka elävät umpisuolen tienoilla. Näöltään kihomadot ovat ohuita langanpätkiä muistuttavia sukkulamatoja.

Kihomato on ihmisen yleisin loinen ja Suomessa kihomatotartuntoja esiintyykin tavallisimmin juuri päiväkotikäisillä lapsilla. Kihomatotauti näyttää myös yleistyvän uudelleen päiväkodeissa kautta maan. Vain ihminen voi olla kihomadon isäntä ja tartunta leviää helposti ihmisestä toiseen.

(Rajantie ym. 2010; Armanto & Koistinen 2007.)

Kihomatotartunnan tyypillinen oire on peräaukon seudun kutina, joka vaivaa erityisesti iltaisin ja iltayöstä. Kutinaa aiheuttavat niin liikkuvat naarasmatot, jotka vaeltavat yöaikaan peräaukon alueelle kuin myös tahmean eritteen peittämät munat, jotka naaras munii peräaukon seudulle. Lapsi pyrkii lieventämään kutinaa raapimalla takapuolta intensiivisesti, jolloin munat tarttuvat sormiin ja pääsevät käsien kautta suuhun ja edelleen suolistoon. Varsinainen kihomatotartunta tapahtuu vasta, kun kihomatoja joutuu suun kautta mahalaukkuun. (Armanto & Koistinen 2007; Rajantie ym. 2010.)

Kihomatotartunta saadaan suoraan tai välillisesti lapsen käsien kautta. Kihomadon munat tarttuvat hyvin lelujen pintaan ja voivat säilyttää tartuntakykynsä jopa useita kuukausia, mikä edistää osaltaan välillistä tartuntaa. Aina kihomatotartunta ei ilmene kutinana,

vaan ainoat oireet saattavat olla yleinen levottomuus ja ruokahalun puute. (Rajantie ym. 2010; Armanto & Koistinen 2007.)

Usein kihomatotartunnan diagnoosi perustuu vain oireisiin ja tietoon lähipiirissä olevasta tartunnasta. Lääkäri voi todeta kihomatotartunnan kuitenkin myös yksinkertaisilla kokeilla, joissa näyte otetaan joko pumpulitikulla peräaukolta tai munia voidaan kerätä myös teipinpalasella.

(Armanto & Koistinen 2007; Rajantie ym. 2010.)

Yleensä kihomatotartunta hoidetaan lääkeainein ja, koska munat leviävät herkästi ihmisestä toiseen, on koko ruokakunta hyvä hoitaa samanaikaisesti. Ensisijaista on, että kotona pyritään tukemaan lääkohoitoa tehostamalla käsihygieniaa, johon kuuluu käsien pesu ennen ruokailua ja WC:ssä käynnin jälkeen sekä kynsien leikkaaminen riittävän usein. Myös peseytymisen tehostaminen, alusvaatteiden vaihto ja kertakäyttöisten pyyhkeiden käyttö edistävät hoidon onnistumista. Lääkkeenottoa seuraavana päivänä on syytä vaihtaa liinavaatteet ja imuroida tai tuulettaa petivaatteet, sillä kihomadon munat säilyttävät jopa kuukausia tartuntakykynsä. Tavallinen viikkosiivous on tartunnan aikaanakin riittävä.

(Armanto & Koistinen 2007; Rajantie ym. 2010.)

Kihomatotartunnasta tulee informoida tartunnan saaneen lähipiiriä, jotta lähipiirikin osaa tarkkailla mahdollisia oireita.

(Armanto & Koistinen 2007).

3.10.2 Päätit

Päätäi on ihmisen loinen, joka on riippuvainen isännästään. Päätit eivät tartu eläimiltä ja ne ovat lähinnä leikki- ja ala-asteikäisten vaiva. Päätäitä tavataan lapsilla silloin tällöin, eniten kuitenkin syksyisin, kun lomat loppuvat ja päiväkodit ja koulut alkavat.

(Armanto & Koistinen 2007; Rajantie ym. 2010.)

Ulkoisesti päätäit ovat noin 1-3 mm pitkiä litteitä eläimiä, joilla on kolme jalkaparia ja, jotka ovat yleensä väriltään punertavia tai vaaleanharmaita. Päänahan ulkopuolelle joutuessaan täit elävät vain noin vuorokauden tai kaksi.

(Armanto & Koistinen 2007; Rajantie ym. 2010.)

Päätätartunnan saa helposti, kun lasten päät ovat suorassa kosketuksessa toisiinsa tai myös välillisesti esimerkiksi hiustenhoitovälineiden tai pipon kautta. Päätät eivät ole vain likaisten hiusten vaiva, vaan ne viihtyvät hyvin myös puhtaissa hiuksissa. Hiuksiin päästyään päätät hakeutuvat lähelle päänahkaa, josta ne imevät verta ravinnokseen.

(Armanto & Koistinen 2007.)

Helpoiten löytyvä merkki päätäin tartunnasta on korvan yläpuolisille tai niskan hiuksiin ilmestyvät saivareet. Saivareet ovat päätäin noin 1mm:n mittaisia vaaleita munia, jotka täi kiinnittää liimamaisella aineella lujasti hiuksiin kiinni. Oireena päätäistä on lähinnä kutina, mutta kaikille ei tule välttämättä sitäkään.

(Rajantie ym. 2010.)

Tärkein keino täitä etsittäessä on tiheäpiikkinen täikampa. Täikammalla kammataan hiuksia valkoisen paperin päällä, jotta täit saataisiin tippumaan valkoiselle pohjalle helpommin havaittavaksi. Täiden löytämistä edistää, mikäli hiukset kastellaan ja niihin levitetään runsaasti hoitoainetta ennen täiden etsimistä. Hiukset on hyvä myös selvittää ensin harvalla kammalla tai harjalla, jonka jälkeen täikammalla kammataan hiuksia järjestelmällisesti suortuva kerrallaan kaikki hiukset läpi. Täit ovat usein nopeita liikkeissään ja niitä voi olla vaikeaa havaita. Hoitovaiheeseen on syytä siirtyä, jos hiuksista löydetään yksikin täi.

(Armanto & Koistinen 2007; Rajantie ym. 2010.)

Päätäitä voidaan häätöhoitaa apteekkeista saatavilla täishampoilla. Esimerkiksi permetriini- tai malationishampoilla tai –liuoksilla sekä myrkyttömällä dimetikonivalmisteilla voidaan hoitaa päätätartuntaa. Shampoohoidon jälkeen täikammalla varmistaa hoitojen teho kerran viikossa viikon välein kampaamalla, mieluiten useiden viikkojen ajan. Huolellinen hiusten kampaaminen ja mahdollisten saivareiden poisto tiheällä täikammalla on oleellinen osa hoitoa. Jos täitä edelleen löytyy, on shampoohoito syytä uusida. Myös koko perhe on hyvä hoitaa ainakin kertaalleen, jotta täistä päästäisiin varmasti eroon. (Armanto & Koistinen 2007; Rajantie ym. 2010.)

Päätäitä voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi 2-3 päivän välein toistettavalla täikampauksella, jossa elävät täit tapetaan ja saivareet poistetaan. Kampaushoitoa jatketaan vähintään kaksi viikkoa tai kunnes eläviä täitä ei ole enää kahteen kertaan löytenyt. Viikoittaisia tarkistuksia on syytä jatkaa kuitenkin vielä tämän jälkeenkin. Päätäit eivät viihdy kaljussa päässä, jolloin yksi keino päästä täistä eroon onkin ajella hiukset pois.

(Rajantie ym. 2010.)

Itsehoidon osana kaikki tartunnan lähteet, kuten liinavaatteet, pyyhkeet, pipot ja hiusharjat, on hyvä pestä tavallisella pesuaineella 60 asteessa. Sellaiset tavarat, joita ei voida vesipestä, voidaan pakastaa yön yli tai vaihtoehtoisesti sulkea tiiviiseen muovipussiin pari- kolmeksi päiväksi.

(Armanto & Koistinen 2007.)

Päätätartunnasta on aina syytä ilmoittaa päivähoitoon, jotta päivähoidon henkilökunta pystyy ilmoittamaan asiasta lasten koteihin ja antaa hoito-ohjeet päätäiden häätämiseen.

(Rajantie ym. 2010.)

3.11 Kuume ja kuumekouristukset

3.11.1 Koska viedä kuumeinen lapsi lääkäriin?

Kuume on merkki elimistössä tapahtuvasta tulehdusreaktiosta. Valtaosa tulehdusreaktioista aiheutuu bakteerien ja virusten aiheuttamista infektioista eli tulehduksista. Kuumeelle ei ole suoraan olemassa virallisesti hyväksyttyä raja-arvoa, mutta levossa olevalla lapsella yli 38 asteen lämpöä voidaan pitää jo kuumeena.

(Jalanko 2010.)

Kuume yksistään ei ole juuri koskaan vaarallista. Kuumeen kesto vaihtelee riippuen siitä minkä infektion yhteydessä kuume esiintyy eikä kuumeen kestolla ole näin ollen myöskään normaalin kuumeen keston raja-arvoa. Virusperäisessä hengitystieinfektiossa, kuten flunssassa, kuume kestää tavallisesti 3-6 vuorokautta, mutta yhtälailla kolmasosalla kuume jatkuu tätä pidempään. Näin ollen kuumeen keston kautta ei voida arvioida tarvetta lapsen lääkäriin

viemiselle, vaan ensisijaista on huomioida aina lapsen yleisvointi. Kuumeiset infektiot ovat lapsilla kuitenkin tavallisia. Leikki-ikäiselle muutama kuumevaihe hengitystieinfektioiden ja ripulitautien yhteydessä on normaalia. (Jalanko 2010.)

Vanhempien tekemä yleisarvio lapsen voinnista on oleellisin, kun lapsen lääkäriin viemisen tarpeellisuutta arvioidaan. Mikäli lapsi on vanhempien mielestä poikkeuksellisen väsynyt tai sairaanoloinen, voi lapsen tuoda terveydenhuollon ammattilaisen arvioitavaksi jo ensimmäisenä kuumepäivänä. Tavallisesti hyväkuntoisella selkeästi flunssaa sairastavalla lapsella ei ole kuitenkaan kiire lääkäriin, vaan tilannetta voidaan seuralla kotona muutama päivä. Flunssaisella, mutta hyväkuntoisella lapsella viideskään kuumepäivä ei välttämättä edellytä lääkärisäkäyntiä.

(Jalanko 2010.)

Jos lapsella ilmenee kuitenkin korvasärkyä, virtsavaivoja, voimakasta päänsärkyä tai vatsakipua tai kuumeinen lapsi on sekava tai muuten poikkeuksellisen oloinen, on lapsi syytä viedä lääkärin vastaanotolle aikaisemmin. Lisäksi, jos kuumeisella lapsella ilmenee mustelmia tai parin millimetrin läpimittaisia punaisia pisteitä iholla tai, jos kuumeinen lapsi alkaa ontua tai jokin nivel turpoaa, on lapsi hyvä viedä tarkastukseen mahdollisimman pian. Lapsi on hyvä viedä lääkäriin myös silloin, kun kuumeen syy on epäselvä tai lapsella esiintyy 3-4 viikon välein kuumevaiheita ilman muita oireita.

(Jalanko 2010.)

3.11.2 Kuumeouristukset

Kuumeouristukset ovat tavallisin tajuttomuus-kouristuskohtauksen syy lapsilla. Tyypillisesti kuumeouristuksia esiintyy ½ - 4-vuotiailla lapsilla ja ne loppuvat kuudenteen ikävuoteen mennessä siten, että viisivuotiailla kuumeouristukset ovat enää harvinaisia. Taipumus kuumeouristuksiin on periytyvää mikä tarkoittaa, että usein kuumeouristelijan lähisukulaisista myös jollakin toisella on ollut kuumeouristuksia lapsuudessaan.

(Keituri, T. 2010; Huttunen 2002; Koistinen ym. 2009; Jalanko 2010.)

Kuumeouristukset esiintyvät vain kuumeen yhteydessä eivätkä ne liity suoraan muihin sairauksiin, kuten epilepsiaan.

Kuumekouristukset voivat olla lämmön nousun ensimmäinen merkki tai ne voivat ilmentyä, kun kuume on ehtinyt nousta yli 38,5 asteen. Kuumekouristus alkaa tajuttomuudella, mitä seuraa symmetrisinä käsien ja jalkojen rytmisen nyintä ja jäykistely. Kuumekouristuksen aikana lapsen silmät voivat harhailla eikä lapseen saa kontaktia. Kuumekouristukset kestävät alle 10 minuuttia, tavallisesti vain muutaman minuutin. Kuumekouristuksen jälkeen lapsi on tajuissaan ja hänen lihastoimintansa on normaalia.

(Koistinen ym. 2009; Keituri 2010; Huttunen 2002; Jalanko 2010.)

Etenkin ensimmäisen kerran ilmetessään kuumekouristukset ovat usein pelottava kokemus vanhemmille. Vaikka kuumekouristus aiheuttaakin suurta huolta vanhemmille, ei kuumekouristus aiheuta lapselle hengenvaaraa eikä lasta tarvitse elvyttää. Kuumekouristus ei myöskään vahingoita lapsen aivoja tai aiheuta epilepsiaa. Myös lapsen sydämen ja keuhkojen toiminta ovat normaaleja.

(Jalanko 2010; Keituri 2010.)

Ensisijaisena toimintaohjeena vanhemmille on estää lasta vahingoittamasta itseään ja varmistaa, että lapsi hengittää esteettömästi esimerkiksi asettamalla lapsi kylkiasentoon ja taivuttamalla lapsen päätä kevyesti taakse. Kuumekouristelleen lapsen kehon lämpötilaa sekä olinympäristöä olisi hyvä pyrkiä jäähdyttämään samoilla keinoilla kuin normaalin kuumepotilaan, kuten lapsen vaatekäsineitä keventämällä ja huoneen ikkunoita avaamalla sekä tarvittaessa viemällä lapsi hetkeksi ulkoilmaan. Lasta voidaan myös pyyhkiä kosteilla kääreillä.

(Keituri 2010; Jalanko 2010.)

Mikä tahansa infektio, johon liittyy kuumetta, voi laukaista kuumekouristuksen. Ensimmäisen kuumekouristuksen jälkeen on aina viisasta ottaa yhteyttä päivystävään hoitoyksikköön jatko-ohjeiden ja neuvojen saamiseksi. Päivystävään yksikköön on syytä ottaa yhteyttä myös silloin, jos kouristelu kestää yli 10 minuuttia eikä kotona mahdollisesta aiemmasta kuumekouristuksesta oleva kouristuslääke laukaise tilannetta. Mikäli lapsi on kohtauksen jälkeen sekava, oksenteleva, kivulias tai muuten poikkeava, on lapsi hyvä viedä lääkärin tarkistettavaksi.

(Mannerheimin Lastensuojeluliitto; Jalanko 2010; Keituri 2010.)

Lapsi on syytä viedä välittömästi päivystävään hoitoyksikköön, mikäli hänellä ilmenee kuumekouristuksen jälkeen jäykkyyttä niskassa ja selässä, lapsen ihonväri on harmaankalpea ja lapsella on hengitysvaikeuksia eikä lapsen yli 38,5 asteen kuume laske lääkityksestä huolimatta. (Keituri 2010.)

Kuumekouristuksen uusiutumistodennäköisyys samalla lapsella on 30-50 %. Lapsilla, joilla on aikaisemmin ollut kuumekouristuksia, ensisijaisena ennaltaehkäisykeinona on antaa lapselle kuumetta alentavaa lääkettä heti kuumeen noustessa 38 asteeseen sekä tarjota lapselle mahdollisimman paljon viileää juotavaa. Toisaalta tutkimukset ovat osoittaneet, että tehokkaimmallakaan lääkityksellä ei pystytä täysin estämään kuumekouristuksia ja näin ollen kuumelääkkeitä suositellaankin käyttämään normaalien annosteluohjeiden mukaisesti. (Keituri 2010; Jalanko 2010.)

Nykyisin ei myöskään käytetä uusien kohtausten estämiseksi epilepsialääkkeitä samaan tapaan, kuten aikaisemmin. Jos lapselle on kuitenkin määrätty kouristuslääkettä estämään mahdollisia uusia kuumekouristuksia, säilytetään lääke ohjeiden mukaisesti ja pidetään lääke aina lähettävillä, myös matkojen aikana. Kouristuslääke annetaan tavallisesti peräsuoleen peräruiskeena hitaasti noin 2-3 minuutin ajan, mikäli kohtaus ei viidessä minuutissa laukea. (Jalanko 2010; Keituri 2010.)

4. Hyödylliset linkit ja puhelinnumerot

Janakkalan kunnan terveydenhuollon internet – sivut

http://www.janakkala.fi/fi/asuminen_ja_arki/terveys/?id=132

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän internet – sivut

<http://www.khshp.fi/index.asp>

Turengin terveysasema, Tapailankuja 8, 14200 Turenki

Puh. (03) 680 1451

Tervakosken terveysasema, Kivimiehentie 2, 12400 Tervakoski

Puh. (019) 758 0704

Parolan terveysasema, Parolantie 42, 13720 Parola
Puh. (03) 673 1278, (03) 673 1279

Päivystys ma-pe klo 8 - 15:30 välisenä aikana:

Turengin terveysaseman päivystys
Vain kiireellistä hoitoa tarvitsevat ma-pe klo 8-15:30
Puh. (03) 680 1430

Tervakosken terveysaseman päivystys
Vain kiireellistä hoitoa tarvitsevat ma-pe klo 8-15:30
Puh. (019) 758 0707

Ma-pe klo 16 - 8 sekä viikonloppuisin ja arkipyhinä:

Kanta-Hämeen keskussairaalan yhteispäivystys

Kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan ilman ajanvarausta
Kanta-Hämeen keskussairaalan yhteispäivystyksessä
Hämeenlinnassa.

Tiedustelut tarvittaessa puh: (03) 629 4500

Myrkytystietokeskus

Avoinna 24 t/vrk
puh. (09) 471 977 (suora) tai (09) 4711 (vaihde)

5. Lähteet

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

HUS. 2010. Kivunhoitoon liittyvää sanastoa. Viitattu 3.12.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29224>

Huttunen, N-P. 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. 1.painos. Porvoo: WSOY.

Jalanko, H. 2010. Tietoa potilaalle: Kuume lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 14.12.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=lasten%20kuumekouristuksen%20hoito

Jalanko, H. 2010. Tietoa potilaalle: Kuumekouristus. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 14.12.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=lasten%20kuumekouristuksen%20hoito

Jalanko, H. 2003. 100 kysymystä lastenlääkärille. Helsinki: Duodecim.

Kansaneläkelaitos. Viitattu 15.1.2012.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf?Open>

Keituri, T. 2010. Lapsen kuumekouristuksen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 14.12.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03116&p_haku=Lapsen%20kuumekouristuksen%20hoito

Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2009. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. 1. - 3. painos. Hämeenlinna: Tammi.

Korppi, M., Kröger, L & Rantala, H. 2009. Lastentautien päivystyskirja. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy. Duodecim.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL). Leikki-ikäisen hoito-opas. 17.painos. Hämeen piiri.

Meriläinen, P. Opinnäytetyöhön liittyvää keskustelua. Vastaanottaja Tonteri T. Lähetetty 15.2.2012. (Viitattu 15.2.2012). Yksityinen sähköpostiviesti.

Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Kaikkonen, R., Koponen, P., Ovaskainen, M-L., Sippola, R., Virtanen, S. & Laatikainen, T. 2010.

Poikonen, N. 2011. Lapsen silmätulehdus (sidekalvotulehdus). Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Terveysportti. Viitattu 20.12.2011.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>

Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. 2010. Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rantala, H. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2011. Lääkärin käsikirja: Kuumeinen lapsi. Terveysportti. Viitattu 14.12.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00720&p_haku=kuumeinen%20lapsi

Renko, M. 2010. Infektioita sairastavan lapsen eristäminen päivähoidosta. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 13.1.2012.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00720&p_haku=kuumeinen%20lapsi