

**LASTEN YLEISIMMÄT TARTUNTATAUDIT
VARHAISKASVATUKSESSA**

Opas huoltajille



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, hoitotyön koulutus

Kevät 2018

Sara Kaunismäki & Julia Keihäs

Hoitotyön koulutus
Visamäki

Tekijät	Sara Kaunismäki & Julia Keihäs	Vuosi 2018
Työn nimi	Lasten yleisimmät tartuntataudit varhaiskasvatuksessa - Opas huoltajille	
Työn ohjaaja/t	Marika Ahonen & Anne Suvitie	

TIIVISTELMÄ

Sairastavuus leikki-ikäisten lasten keskuudessa on suurempaa kuin kouluikäisillä lapsilla. Lapset voivat sairastua erilaisiin infektio-tauteihin jopa 5–6 kertaa vuoden aikana. Tavallisimpia lasten tartuntatauteja ovat hengitystieinfektiot, erilaiset rokkotaudit ja maha-suolikanavan infektiot. Päivähoitomuodon on todettu vaikuttavan tautien leviämiseen ja esimerkiksi päiväkodeissa erilaiset taudit leviävät helposti. Tautien leviämiseen päiväkodissa vaikuttavat esimerkiksi lapsiryhmien koot, käsihygieniat ja tilojen sekä tavaroiden puhtaus.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas ja tavoitteena oli lisätä huoltajien tietoutta varhaiskasvatuksessa lapsilla yleisimmistä tartuntataudeista sekä niiden hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Teoriaosuuteen koottiin tietoa yleisimmistä tartuntataudeista, erilaisista tartuntareiteistä ja infektioiden leviämisen ehkäisystä päivähoitossa. Lähteinä käytettiin lääketieteellisiä artikkeleita, kansainvälisiä tutkimuksia, kirjallisuutta ja muita aiheeseen liittyviä julkaisuja.

Työssä perehdyttiin myös toiminnallisen opinnäytetyön ominaispiirteisiin ja siihen, millainen on toimiva kirjallinen opas. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Työn tietoperustan pohjalta suunniteltiin ja toteutettiin informatiivinen opas lasten huoltajille. Työn tilaajana toimi Hämeenlinnassa sijaitsevat Sairion ja Idänpään päiväkodit, joiden käyttöön jää Powerpoint-muodossa toteutettu kuvallinen opas.

Avainsanat Infektioaudit, lapset, päivähoito, opas

Sivut 38 sivua, joista liitteitä 0 sivua

Degree Program in Nursing
Visamäki

Authors	Sara Kaunismäki & Julia Keihäs	Year 2018
Subject	The Most Common Communicable Diseases among Children in Child Day Care - a Guide for Guardians	
Supervisors	Marika Ahonen & Anne Suvitie	

ABSTRACT

Infections can spread very easily in child day care due to large child groups and the lack of hygiene. Also small children often have a habit of putting objects and their hands in their mouth, which facilitates the dissemination of different diseases. As a result a widely spread infection can break out an epidemic.

The most common communicable diseases are for example respiratory infections, stomach flu, pox diseases, parasitic diseases, eye infections and impetigo. The transmission of these diseases can be prevented by taking care of the sick children correctly and by intensifying the cleaning routines at the child day care centers and homes.

The aim of this practice-based thesis was to raise the children's guardians' awareness of the most common communicable diseases among children in child day care. The purpose of the thesis was to create a visual guide for the guardians based on the gathered information. The guide consisted information about typical symptoms, treatment and prevention. The commissioner of the thesis was a child day care center located in Hämeenlinna.

The theoretical base of the thesis was gathered from different medical articles, international researches, literature and other publications related to the subject. The theoretical part also consisted information about the structure of the practice-based thesis and making of practical visual guides.

Keywords Communicable diseases, children, child day care, guides

Pages 38 pages including appendices 0 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TYÖELÄMÄKUMPPANUUS JA YHTEISTYÖN KUVAUS.....	2
3	INFEKTIOIDEN TARTUTTAVUUS JA LEVIÄMINEN.....	2
3.1	Tartuntareitit.....	3
3.2	Infektiota sairastava lapsi.....	4
4	KUUME.....	5
5	HENGITYSTIEINFEKTIOT	7
5.1	Flunssa.....	7
5.2	Nielutulehdus	8
6	SUOLISTOTULEHDUKSET	10
6.1	Rotavirus.....	10
6.2	Norovirus.....	11
7	LOISTAUDIT.....	12
7.1	Täit.....	12
7.2	Kihomadot	13
7.3	Syyhy	14
8	ROKKOTAUDIT	15
8.1	Vesirokko.....	15
8.2	Enterorokko.....	16
8.3	Vauvarokko.....	17
8.4	Parvorokko	18
9	MUUT INFEKTIOT.....	19
9.1	Märkärupi.....	19
9.2	Silmätulehdus.....	20
10	INFEKTIOIDEN EHKÄISY PÄIVÄHOIDOSSA	21
10.1	Käsihygienia.....	21
10.2	Niistäminen ja yskiminen	22
10.3	WC-käynnit.....	22
10.4	Lelut ja tutit	23
10.5	Muu puhtaanapito	23
11	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	24
12	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	24
12.1	Suunnittelu ja toteutus	24

12.2 Arviointi	27
12.3 Tiedonhaku.....	28
13 POHDINTA.....	30
13.1 Eettisyys ja luotettavuus	31
13.2 Jatkokehittämissuhteet.....	32
LÄHTEET	33

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas päivähoitossa olevien lasten huoltajille yleisimmistä lasten tartuntataudeista. Työn tavoitteena on lisätä huoltajien ja mahdollisesti myös työntekijöiden tietoisuutta tautien hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Työn tilaajana toimii Hämeenlinnan kaupungin varhaiskasvatuksen yksiköt Sairion ja Idänpään päiväkodit ja yhteyshenkilönämme on kyseisten päiväkotien toiminnanjohtaja.

Halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, jonka aihe liittyy lasten terveydenhoitoon. Lopullinen aihe muotoutui tilaajan toiveiden ja tarpeiden mukaan. Aihe oli meille erityisen mieleinen, sillä meillä molemmilla on työelämän tai harjoittelun kautta kokemusta päiväkotityöskentelystä ja havaitsimme tällöin myös itse, kuinka helposti taudit päiväkotilasten keskuudessa leviävät. Lisäksi koimme aiheen sopivaksi meille myös siksi, että tulevana terveydenhoitajina saatamme sijoittua töihin esimerkiksi neuvolaan, jossa käy pieniä lapsia sekä heidän vanhempiaan ja voimme tulevaisuudessa ammentaa opinnäytetyöstämme oppimiamme asioita myös näillä työkentillä.

Sairastavuus lasten keskuudessa on suurempaa alle kouluikäisillä kuin sitä vanhemmilla lapsilla. Päivähoitomuodon on todettu olevan yhteydessä lasten sairastavuuteen ja esimerkiksi isoissa päivähoitoryhmissä infektiot leviävät helpommin. Erityisen yleisiä lapsilla ovat erilaiset infektiosairaudet, joista tavallisimpia ovat hengitystieinfektiot, kuten flunssa sekä maha-suolikanavan infektiot. Infektiosairauksien oireet ovat vaihtelevia, mutta yleisimpiä ovat nuha, kuume, yskä, kurkkukipu, korvakipu, ripuli ja oksentelu. (Liisi, Sepponen & Hämeen-Anttila 2010, 241.)

Opinnäytetyön aihe on merkittävä terveyden edistämisen näkökulmasta, sillä runsaalla sairastavuudella on yhteiskunnallisia vaikutuksia. Päivähoitossa esiintyy ajoittain epidemioita, jotka aiheuttavat koulu- ja työpoissaoloja. Päivähoitossa olevien lasten vanhemmat joutuvat tällöin olemaan poissa omista töistään hoitaessaan kotona sairastuneita lapsiaan. Sairastumiset lisäävät myös terveydenhuollon kuormitusta, mikä taas lisää yhteiskunnallisia kustannuksia. (Liisi ym. 2010, 241, 244; Renko & Uhari, 2001, 1093, 1096; Österback, 2015, 10–11.)

Hygienian yleisellä tehostamisella päiväkodeissa voitaisiin infektioiden leviämistä hillitä. Lelut ja päiväkodin pinnat tulisi puhdistaa usein huolella, sillä niissä elää runsaasti mikrobeja. Henkilökunnan tulee lisäksi huolehtia lasten käsihygienian toteutumisesta sekä neuvoa oikeanlaisissa niistämis- ja yskimistekniikoissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 10–11, 17, 20, 22.)

2 TYÖELÄMÄKUMPPANUUS JA YHTEISTYÖN KUVAUS

Opinnäytetyön työelämäkumppanina toimii Hämeenlinnassa sijaitsevat Sairion ja Idänpään päiväkodit. Idänpään päiväkodissa on yhteensä kuusi lapsiryhmää, joihin yhteen on integroitu erityisryhmä. Päiväkotiryhmistä kaksi on suunnattu 1–3-vuotiaille, toiset kaksi on 3–5-vuotiaille, yksi 4–5-vuotiaille ja yksi 3–6-vuotiaille. Sairion päiväkodissa on kolme lapsiryhmää. Ryhmät ovat suunnattu 0–3-vuotiaille, 3–4-vuotiaille sekä 4–5-vuotiaille lapsille.

Otimme päiväkotien johtajaan yhteyttä sähköpostitse ja tiedustelimme, olisiko heillä tarvetta oppaalle, joka käsittelisi diabetesta sairastavan lapsen hoitoa ja sen erityispiirteitä päivähoidossa. Heiltä kuitenkin jo löytyi tämän tyylinen opas, mutta heillä oli tarve oppaalle yleisimmistä tartuntataudeista. Aloitimme yhteistyön sopimalla oppaaseen tulevat taudit ja myöhemmin tutkimusluvan saatuamme allekirjoitimme tilaajan kanssa yhdessä opinnäytetyösopimukset. Pidimme tilaajaan yhteyttä sähköpostitse ja tarvittaessa hän välitti kysymyksemme eteenpäin päiväkodin työntekijöille. Keräsimme myös palautetta työntekijöiltä prosessin edetessä.

3 INFEKTIOIDEN TARTUTTAVUUS JA LEVIÄMINEN

Ihmiset altistuvat useille erilaisille vieraille mikrobeille päivittäin. Suurin osa näistä mikrobeista ovat perusterveelle ihmiselle harmittomia, vaikka ne olisivatkin päässeet tarttumaan limakalvoille sekä iholle. Nämä bakteerit poistuvat usein elimistöstä päivän aikana esimerkiksi peseytymisen yhteydessä. Osa bakteereista jää elimistöömme pidemmäksi aikaa ihmisen normaaliflooran joukkoon aiheuttamatta sairastumista. Infektiosairauden syntyyn vaikuttaa yksilön vastustuskyky, mikrobin virulenssi sekä tartunnassa saatujen mikrobien määrä. Virulenssilla tarkoitetaan sitä, miten herkästi mikrobin tartunta aiheuttaa yksilön sairastumisen ja samalla, miten vakava sairaus tartunnasta aiheutuu. (Lumio 2017a.)

Mikrobit eroavat toisistaan virulenssin suhteen. Saman lajin mikrobit ovat tyypillisesti virulenssinsa suhteen samanlaisia, mutta geeniaines voi mahdollisesti siirtyä lajin mikrobista toiseen ja aiheuttaa aiemmin harmittoman mikrobikannan muuttumisen harmilliseksi. Taudin vakavuus riippuu pitkälti virulenssitekijöiden määrästä ja luonteesta. (Lumio 2017a.)

Erilaisten tautien leviäminen riippuu pitkälti siitä, miten tartuttamiskykyisestä mikrobikannasta on kyse, ja kuinka paljon ja millä tavalla sairastunut yksilö erittää mikrobia ympäristöön. Keskeistä leviämisen kannalta on myös se, miten kauan mikrobi säilyy hengissä sekä tartuttamiskykyisenä ympäristössä, miten pieni mikrobimäärä käynnistää infektion ja mihin mikrobi ihmisessä päättyy. Taudin yleinen leviämiskyky tarkoittaa sitä, kuinka

monta uutta henkilöä sairastunut yksilö tartuttaa omassa ympäristössään. Leviämiskykyyn vaikuttaa myös ihmisten käyttäytyminen. Esimerkiksi perheen kesken ja lasten päivähoidossa leviää helposti myös heikon leviämiskyvyn omaavat taudit. (Lumio 2017a.)

Tautien leviäminen voi aiheuttaa myös epidemioita ja pahimmassa tapauksessa jopa pandemioita. Epidemia tarkoittaa tavallista suurempaa määrää todettuja infektioita joko tietyssä hoitoyksikössä tai väestöryhmässä tietyllä aikavälillä. Epidemialle ei ole kuitenkaan määritetty tarkkaa infektioiden kynnysmäärää. (Huttunen & Syrjänen, 2017.)

Pandemian uhka on suuri, kun uusia tartuntatapauksia syntyy eri puolilla maailmaa lyhyellä aikavälillä. Lumion (2017b) määritelmän mukaan pandemiolla tarkoitetaan eri maanosien yli ulottuvaa epidemiaa. Esimerkiksi vuonna 2009 laajalti levinnyt influenssa A(H1N1) luokiteltiin pandemiaksi. (Van Kerkhove & Ferguson 2012, 306.)

3.1 Tartuntareitit

Mikrobit leviävät ihmisestä toiseen erilaisten tartuntareittien avulla. Infektioiden torjunnan kannalta on tärkeää tietää, miten mikrobi leviää ihmisestä toiseen. Monet infektiosta voivat kuitenkin levitä usealla eri tavalla. Tärkeimmät tartuntareitit ovat aerosoli-, pisara-, kosketus- ja veritartunta. Lisäksi infektiot voivat levitä esimerkiksi sukupuoliteitse tai suun kautta. (Lumio 2017a.)

Aerosolitartunta tapahtuu ilmateitse. Aerosolit ovat pieniä vain alle 5 mikrometrin kokoisia pisaroita, joita ei yleensä synny esimerkiksi niistettäessä tai puhuttaessa. Aerosolitartunnan voi saada oleskelemalla samassa huoneessa mikrobin erittäjän kanssa, vaikka ei lähikontaktissa kyseisen henkilön kanssa olisikaan. Tartunta on mahdollista saada hetken aikaa myös sen jälkeen, kun erittäjä on poistunut tilasta. Esimerkiksi hinkuyskä ja tuhkarokko leviävät aerosolien välityksellä. (Lumio 2017a.)

Pisaratartunnassa tauti leviää ihmisestä toiseen suurempien roiskeiden ja pisaroiden välityksellä, kuten syljen tai yskösten. Pisaratartunta on tartuntareittinä vähemmän tehokas, sillä se vaatii usein pidempiaikaisen lähikontaktin. Esimerkiksi parvorokon ja flunssan voi saada pisaratartuntana. (Lumio 2017a.)

Kosketustartunnassa mikrobi siirtyy ihmiseen käsien kautta joko suoraan toisesta ihmisestä tai ympäristöstä ja sitten käsistä suuhun tai nenään. Erittäin tärkein flunssan ja influenssan tartuntareitti on kosketustartunta. Myös esimerkiksi norovirus ja MRSA-virus leviävät kosketuksen kautta. (Lumio 2017a.)

Suun kautta tapahtuvassa tartunnassa mikrobit pääsevät suuhun muun muassa ruuan ja juoman kautta. Tavallisimmat suun kautta tarttuvat taudit

ovat ripulitaudit. Lisäksi käsissä tai leluissa olevat bakteerit voivat kulkeutua suuhun esimerkiksi pienten lasten kohdalla. Infektion kehittymiseen tarvittavat mikrobimäärät vaihtelevat mikrobeittain. (Lumio 2017a.)

Veren välityksellä tarttuvia tauteja ovat esimerkiksi hepatiitit A, B ja C sekä HIV. Tartunta on mahdollinen, kun toisen henkilön verta on päässyt toisen henkilön kudoksiin. Myös syntyvä lapsi voi saada tartunnan äitinsä verenkierrosta. (Lumio 2017a.)

Sukupuoliyhteydessä voi myös tarttua ja levitä useita tauteja. Sukupuoliyhdyntä on esimerkiksi HIV-infektion tärkein tartuntareitti. Sukupuoliyhteyden avulla leviävät myös muun muassa tippuri, klamydia ja kuppa. (Lumio 2017a.)

3.2 Infektiota sairastava lapsi

Leikki-ikäiset lapset ovat alttiita erilaisille taudeille ja voivat sairastaa kuumaisia infektiosairauksia noin 5–6 kertaa vuoden aikana. Tavallisimpia tauteja ovat ylähengitys- ja välikorvainfektiot, vauvarokko sekä viruksen aiheuttamat ripulitaudit. Muita yleisiä infektioita ovat muun muassa erilaiset rokkotaudit, märkärupi ja silmätulehdukset. Lapsilla saattaa olla myös loistauteja, kuten täitä ja kihomatoja. Lapsella voi olla samanaikaisesti myös useita eri infektioita. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2015, 118.)

Päiväkodissa erilaiset taudit pääsevät leviämään helposti. Päiväkotien ryhmäkoot kasvavat jatkuvasti, joka lisää entisestään myös infektioiden esiintyvyyttä ja leviämistä lapsiryhmissä. Päiväkotilapset sairastavatkin enemmän kuin ne lapset, joiden hoito toteutetaan muulla tavalla. Liisi ym. (2010, 240) mukaan esimerkiksi korva- ja kurkkukipu sekä flunssaoireet ovat yleisempiä päiväkotihoidossa olevilla lapsilla, kuin kotihoidossa tai perhepäivähoidossa olevilla lapsilla. Kuitenkin ripulia esiintyy enemmän perhepäivähoidossa olevilla lapsilla. (Ibfelt, Engelund, Permin, Madesen, Schultz & Andersen 2015, 24.)

Päiväkotiolosuhteissa tyypillisesti leviäviä epidemioita ovat hengitystie- ja suolistoinfektiot. Hengitystieinfektioiden osuus on noin 80–90 % lastensaamista infektioista. Edellä mainittujen infektioiden jälkeen seuraavaksi yleisimmät raportoidut epidemiat ovat ulkoloiset ja vesirokko. Taudinaiheuttajat leviävät tyypillisimmin ulosteen tai hengitystie-eritteiden välityksellä tai kosketuksessa. Päiväkodin yhteiset lelut ja esineet aiheuttavat myös helposti tartuntoja. (Renko ym. 2001, 1093–1095.)

Merkittävin yksittäinen infektioiden leviämiseen vaikuttava tekijä on hoitoryhmien suuret koot. Muita tekijöitä ovat muun muassa päiväkodin palveluita käyttävien lapsiperheiden määrä, päiväkodin koko ja ruoan jakamiseen osallistuvan henkilökunnan määrä. (Renko ym. 2001, 1095; Liisi ym. 2010, 244.)

Morrissey (2012, 1175) mukaan altistuminen erityisesti hengitystieinfektioita aiheuttaville viruksille ja muille patogeeneille voi suojata lasta kyseisiltä taudeilta ala-asteaikana. Suojaava vaikutus kuitenkin tyypillisesti hiipuu murrosikään mennessä. Lasten varhainen altistuminen ja runsas sairastaminen voivat haitata kehitystä pitkällä aikavälillä verrattuna niihin lapsiin, jotka ovat lapsena sairastaneet vähemmän. Erityisesti alle 3-vuotiaat lapset ovat tutkitusti herkempiä päivähoidosta aiheutuville terveysvaikeuksille.

Useimmiten tavallisimmat infektioaudit pystytään hoitamaan kotiooloissa perusterveydenhuollolta saatuja hoito-ohjeita ja mahdollisia lääkemääräyksiä noudattamalla. Pienten imeväisikäisten infektiot ja lasten vaikeat infektiosairaudet hoidetaan kuitenkin sairaalan lastenosastolla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 118.)

4 KUUME

Kuume viittaa elimistön tulehdusreaktioon, jonka aiheuttajana on usein bakteeri- tai virusperäinen infektio. Virallista raja-arvoa kuumeelle ei ole, mutta kuumeena voidaan lempävällä lapsella pitää yli 38°C rektaalisesti mitattuna. Raja-arvot ovat erilaiset korvamittauksessa ja tällöin kuumeen rajana voidaan pitää arvoja, jotka ylittävät 37,5°C. Lapsen liikkuminen nostaa arvoja helposti, joten mittaukset ovat syytä tehdä lapsen levätessä. (Jalanko 2017a.)

Kuume ei useinkaan ole vaarallista ja sen kesto vaihtelee tapauskohtaisesti. Virusperäisten infektioiden aiheuttama kuumeilu kestää tyypillisesti noin 3–6 päivää, mutta joissakin virusinfektioissa kuume voi kestää myös reilun viikon verran. Muutamat kuumevaiheet ovat päiväkotikäiselle lapselle normaaleja esimerkiksi ripulitautien tai hengitystieinfektioiden yhteydessä. (Jalanko 2017a.)

Kuumeen vakavuutta ei voida mitata sen keston mukaan, vaan lääkärikäynnin tarpeen määrittelee pitkälti lapsen yleisvointi. Jos lapsen yleisvointi on hyvä ja oireet flunssan kaltaiset, voidaan lapsen vointia seurata kotona muutaman päivän ajan. Aiheita lääkärikäynnille ovat kuitenkin esimerkiksi yli 38°C kuume alle 3 kuukauden ikäisellä lapsella, kuumeisen lapsen sekavuus, korvasäryt, virtsavaivat, vatsakivut, veriripuli, mustelmat tai punaiset pisteet iholla, nivelten turpoaminen, runsas juominen sekä tiheä virtsaisuus. Lisäksi, jos lapsella esiintyy kuukauden sisään useita kuumevaiheita, kuumeen syy on epäselvä tai se on kestänyt yli viikon, on tällöin syytä käydä lääkärissä. (Jalanko 2017a.)

Korkean kuumeen komplikaationa voi lapselle tulla kuumeouristus. Kuumeouristuksen aikana lapsen raajat jäykistelevät ja nykivät symmetri-

sesti. Lapsen ei myöskään saa kontaktia ja silmät usein harhailevat yläviistoon. Kouristus ei ole lapselle hengenvaarallinen ja se kestää tyypillisesti vain muutamia minuutteja. Kuumekouristus onkin useimmiten ohi jo ennen, kuin lapsi edes ehtii lääkäriin. Kouristuksen aikana on tärkeää huolehtia siitä, ettei lapsi vahingoita itseään ja pystyy hengittämään normaalisti. (Jalanko 2016a; Rajantie, Heikinheimo & Renko 2016, 455.)

Ensimmäisen kouristuskerran jälkeen on hyvä olla yhteydessä päivystykseen, josta saa lisätietoa sekä neuvoja kouristuksiin liittyen. Jos lapsi on kouristuksen jälkeen oksenteleva, sekava tai kivulias tai kohtaus on kestänyt yli 15 minuuttia, tulee tällöin ottaa välitön yhteys päivystävään hoitoyksikköön. Jos lapsella on ollut kuumekouristuksia aiemmin ja kotona on lääkettä kouristuksiin, sitä voidaan antaa ohjeen mukaan joko peräsuoleen tai suun limakalvolle, jos kohtaus kestää yli 5 minuuttia. Kuumekouristukset voivat uusia, joten kouristuksiin taipuvaisten lasten kuumetta on syytä alentaa tulehduskipulääkkein. Kuumekouristuksia voi kuitenkin tulehduskipulääkkeiden käytöstä huolimatta esiintyä. Kuumekouristuksen Käypä hoito-suosituksen (2013) mukaan parasetamolista tai tulehduskipulääkkeistä ei ole hyötyä kuumeisen lapsen kouristusten ennaltaehkäisyssä. (Jalanko 2016a.)

Kuumeisen lapsen hoidossa on tärkeää huolehtia kevyestä vaatetuksesta sekä ihon ja ympäristön viilentämisestä esimerkiksi avaamalla ikkuna tai pyyhkimällä ihoa haaleaan veteen kastetuilla pyyhkeillä. Kuume voi laskea jopa puoli astetta viilentämisen avulla. Kuumeilevan lapsen riittävästä nesteytyksestä tulee huolehtia. Terveellä 10-kiloisella lapsella vuorokautinen nestetarve on noin litra ja 20-kiloisella noin puolitoista litraa. Kuumeesta aiheutuvan hikoilun vuoksi nestetarve on lapsen sairastaessa suurempi. Nesteiden tulisi olla sokeripitoisia, jotta turvataan samalla lapsen energiantarve. Lasta tulee muistaa tarkkailla kuivumisen välttämiseksi. Lievän kuivumisen varomerkkejä ovat esimerkiksi kyynelnesteen ja virtsan vähyys. Keskivaikeaan kuivumaan viittaavat ihon kimmoisuuden väheneminen. Kimmoisuutta voi vanhempi testata esimerkiksi ottamalla lapsen ihoa sormien väliin poimuksi ja tarkkailla, jääkö iho poimulle vai palautuuko normaaliksi. Vaikeaan kuivumaan viittaavat kaikki edellä mainitut oireet ja lisäksi kuivuneen lapsen periferia on kylmä, yleisvointi heikko ja hengitys huohottava. (Jalanko 2017a; Ashorn 2016; Renko & Keinänen-Kiukanen 2016.)

Kuumetta voidaan alentaa tulehduskipulääkkein, kun lapsella on kuumetta yli 38,5°C. Läkettä voi antaa myös lievempään kuumeeseen, jos lapsi on kivulias tai ärtyisä. Kuumeen alentamisen lisäksi tulehduskipuläkkeet lievittävät mahdollisia muita oireita, kuten lihassärkyjä ja kurkkukipua. Lääkkeiden annostelussa on syytä noudattaa pakkausselosteen suosituksia. Käytetyimpiä kuumeläkkeitä Suomessa ovat ibuprofeeni, parasetamoli ja naprokseeni. Asetyylisalisyylihappoa ei tule antaa pienille lapsille kuumeen laskemiseksi, sillä siihen liittyy maksavaurion riski. Läkkeitä suositellaan annettavaksi suun kautta, sillä peräpuikkojen vaikutus alkaa hitaammin ja

on usein myös heikompi. Kuumeinen lapsi saa leikkiä ja liikkua vapaasti, mutta urheilua ja kovaa räsitusta tulee välttää. Lapsi saa palata päivähöitoon yhden kuumeettoman päivän jälkeen. (Jalanko 2017a; Jalanko 2009.)

5 HENGITYSTIEINFEKTIOT

Hengitystieinfektiot ovat tautiryhmä, jonka vuoksi perusterveydenhuoltoon tulee muihin sairauksiin verrattuna eniten yhteydenottoja. Hengitystieinfektiot ovat erityisen yleisiä lapsilla muun muassa rakenteeltaan lyhyempien hengitysteiden vuoksi. Tautien esiintyvyys on suurimmillaan talvikaan, kun lapset viettävät keskenään enemmän aikaa sisätiloissa. Alle 12-vuotiaat lapset voivatkin sairastaa vuoden aikana jopa 4–11 hengitystieinfektiota. (Schuster Bruce, Hoare, Mukherjee & Prosad Paul 2017, 602.)

Päivähöito on oivallinen paikka hengitystieinfektioiden leviämislle, sillä lapset leikkivät päivittäin yhdessä samoissa tiloissa yhteisillä leluilla. Useimmat hengitystieinfektiot paranevat ajan kanssa kuitenkin itsestään ja jälkikomplikaatioiden riski on pieni. (Schuster Bruce ym. 2017, 602, 604.)

5.1 Flunssa

Flunssa eli nuhakuume on lasten yleisin sairaus. Flunssa on virusperäinen ylähengitystieinfektio, jonka aiheuttajia ovat muun muassa rino- eli nuhavirukset, adeno-, entero- ja influenssavirukset. Flunssa on aina seuraus virustartunnasta, eikä esimerkiksi kylmettyminen vaikuta sen syntyyn. Flunssaa esiintyy syksyisin ja talvisin virusten kausivaihteluista johtuen. Itämisaika vaihtelee alle vuorokaudesta kahteen päivään. (Jalanko 2016b.)

Ensimmäisinä oireina flunssassa on nenän tukkoisuus, nuha sekä kurkkukipu. Yleisoireita ovat kuume ja vilunväristykset. Yskä ilmenee parin päivän kuluttua muiden oireiden alkamisesta ja jatkuu usein myös muiden oireiden jo hävittyä. Flunssan aikana voi esiintyä myös lievää silmän sidekalvon punoitusta. Flunssa kestää lapsilla keskimäärin 7–12 vuorokautta ja aikuisilla hieman pidempään. (Jalanko 2016b.)

Flunssavirukset tarttuvat kosketustartuntana käsien sekä lelujen ja muiden tavaroitten kautta, jotka ovat tahriintuneet hengitystie-eritteellä. Lisäksi virus voi tarttua ilmateitse pisaratartuntana, kun flunssaa sairastava yskii tai aivastaa. Flunssavirusten leviämistä on siis hankala estää esimerkiksi päiväkodeissa. (Jalanko 2016b.)

Itsehoitona voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä, jotka alentavat tehokkaasti kuumetta ja parantavat vointia. Nuhaan tehoaa parhaiten niistäminen, mikä voi kuitenkin lapsilla olla hankalaa. Tukkoiseen ja karstaiseen ne-

nään voidaan käyttää keittosuolatippoja tai -sumutteita. Verisuonia supistavia lääkeaineita sisältäviä tippoja ja sumutteita saa käyttää vain lyhytaikaisesti. Flunssaa sairastavan lapsen sängynpäätyä voidaan kohottaa olon helpottamiseksi. Lasten yskää ei suositella lääkittävän itsehoitona yskänlääkkeillä, sillä niiden tehosta ei ole riittävästi näyttöä ja niiden on todettu aiheuttavan enemmän haittaa kuin hyötyä. Varsinkin alle 2-vuotiaille yskänlääkkeet voivat aiheuttaa vakaviakin haittavaikutuksia. (Jalanko 2016b; Sipilä, Korppi & Komulainen 2017.)

Lapsi toipuu yleensä flunssasta hyvin. Lapsi on kuitenkin syytä viedä lääkärin vastaanotolle, jos hän muuttuu kivuliaaksi, flunssa kestää yli kaksi viikkoa, kuume on korkea tai se kestää yli viisi vuorokautta tai laskee mutta nousee uudelleen. Lisäksi lääkäriin kannattaa hakeutua, jos lapsen hengitys on tiheä, puuskuttava tai vinkuva ja silmät rähmivät. Tärkeintä on kuitenkin arvioida lapsen yleisvointia. Väsähtänyt lapsi voidaan aina tuoda lääkärin luokse. Lapsi saa palata päivähoidon yhden kuumeettoman päivän jälkeen yleisvoinnin ollessa hyvä. Flunssan tärkein ehkäisykeino on käsien peseminen. Myös leluja kannattaa päivähoidossa pestä flunssakauden aikana. Nenäliinaan tai hihaan yskiminen vähentää virusten leviämistä. (Jalanko 2016b; Jalanko 2009b.)

Lapselle voi hengitysteiden yhteydessä ilmaantua myös akuutti urtikaria eli nokkosihottuma, joka on lapsilla yksi yleisimpiä päivystyskäyntien syitä. Nokkosihottuma on nopeasti paikkaa vaihtava kutiava, koholla oleva ja punoittava ihottuma. Urtikariaan voi ihottumaoireiden lisäksi liittyä limakalvojen turvotusta eli angioedeemaa esimerkiksi kasvojen alueella huulissa, kielessä tai silmäluomissa. Akuutin nokkosihottuman hoidon päätavoitteena on oireiden lievitys esimerkiksi antihistamiineilla tai joissakin tapauksissa lyhytkestoisella kortisonikuurilla. Jos lapsen oireet ovat erityisen rajut, on hyvä käydä päivystyksellisesti lastenlääkärin arvioitavana. Urtikaria voi joskus kroonistua, mutta tämä on harvinaisempaa. (Halt, Tossavainen & Dunder 2017.)

5.2 Nielutulehdus

Nielutulehdukset ovat yksi ihmisten yleisimmistä infektioita, jotka saavat usein alkunsa tavallisen nuhakuumeen yhteydessä. Nielutulehdus ei ole ainut kurkkukipua aiheuttava tauti, vaan nieltäessä tuntuva kipua voivat aiheuttaa myös esimerkiksi korva- ja poskiontelotulehdus. Nielutulehdistusta epäiltäessä on tärkeää selvittää, onko aiheuttajana esimerkiksi A-streptokokin aiheuttama bakteeritauti vai virustauti, jonka aiheuttajana on usein tavallisimmat flunssavirukset. (Lumio & Jalanko 2017.)

Lasten nielutulehdusten aiheuttajat riippuvat usein lapsen iästä. Alle 3-vuotiailla suurin osa nielutulehdusten aiheuttajista ovat viruksia eikä bakteereja. Tämän ikäisillä lapsilla oirekuva saattaa kuitenkin viitata streptokokin aiheuttamaan bakteeritulehdukseen esimerkiksi korkean kuumeen

vuoksi. Streptokokkibakteerin aiheuttamat nielutulehdukset ovat yleisimpiä leikki- ja kouluikäisillä lapsilla. Nielusta voidaan löytää A-streptokokkia, vaikka lapsi olisikin täysin oireeton. (Lumio ym. 2017.)

Nuhakuumeen yhteydessä esiintyvät virusperäiset nielutulehdukset voivat olla oirekuvaltaan vaihtelevia. Joskus ainoana oireena voi olla vain hieman aristava kurkku. Lisäksi oireena saattaa olla nuhaa ja yskää, jotka ilmaantuvat pari päivää nielukivun alkamisen jälkeen. Pienillä lapsilla saattaa esiintyä korkea kuumetta, ruokahaluttomuutta sekä kuolaamista. Leikki- ja kouluikäiset osaavat itse tuoda kurkkukipunsa ilmi. Tulehtuneet nielurisat ovat usein punaiset ja niissä voidaan huomata vaaleita pilkkuja tai peitteitä. (Lumio ym. 2017.)

Bakteeriperäisen nielutulehduksen yleisin aiheuttaja on A-streptokokki. Bakteeritulehduksen oireet ovat virustulehduksista rajummat. Oireina ovat tyypillisesti äkisti nouseva korkea kuume, kaulan imusolmukkeiden turvotus, voimakkaasti aristava nielu sekä laajat peitteet nielurisoissa. Oireena voi myös olla päänsärkyä ja pahoinvointia, mutta nuhaa tai yskää ei yleensä esiinny. (Lumio ym. 2017.)

Sekä virus- että bakteeriperäisessä tulehduksessa voi nielussa olla peitteitä tai ne voivat myös puuttua kokonaan, joten luotettava keino bakteeritulehduksen toteamiseen on nieluviljely tai streptokokkipikatesti. Pikatesti ei anna kuitenkaan täysin varmaa tulosta, sillä se toteaa vain kaksi kolmesta A-streptokokin aiheuttamasta tulehduksesta. Tämän vuoksi osa terveyskeskuksista toteaa taudin vain nieluviljelyllä, joten alustava hoito on mahdollisesti aloitettava jo oireiden perusteella. Nielun bakteeriviljelyn alustava vastaus saadaan noin 1–2 päivän kuluessa, mutta lopullinen tulos varmistuu kolmen päivän päästä. Lieväoireiselle potilaalle ei tule haittaa siitä, vaikka hoito aloitettaisiin vasta bakteeriviljelyvastauksen saamisen jälkeen. (Lumio ym. 2017.)

Nielutulehdus on yksi flunssan liitännäisoireista ja kotiseuranta on usein riittävää. Lääkäriin on syytä hakeutua, jos kuume nousee korkeaksi äkillisesti, nieleminen on vaikeaa, kipu nieltäessä on voimakasta ja nielurisoissa on laajalti peitteitä. A-streptokokin aiheuttamat nielutulehdukset hoidetaan usein 10 päivän antibioottikuurilla, joka on yleisimmin penisilliini. Penisilliinille allergiset hoidetaan tyypillisesti ensimmäisen polven kefalosporiinilla. Nielutulehdukset paranevat usein myös itsestään, mutta antibioottikuurilla paranemista voidaan nopeuttaa ja se saattaa myös pienentää nielupaiseen kehittymisen mahdollisuutta. Komplikaationa nieluun voi kuitenkin kehittyä paise antibioottikuurista huolimatta. Jos perheessä esiintyy toistuvia tulehduksia, tulee koko perhe tutkia, sillä joku perheenjäsenistä saattaa olla oireeton A-streptokokin kantaja. Nielurisojen poistoa tulee harkita, jos tulehdukset toistuvat useita kertoja vuodessa tai tulehduksen jälkeen on kehittynyt paise. (Lumio ym. 2017; Nielutulehdus Käypä hoito 2013.)

Lapsella saattaa nielukipujen vuoksi olla syömisvaikeuksia. Tällöin onkin tärkeää muistaa huolehtia lapsen riittävästä nesteytyksestä. Nielutulehduksen Käypä hoito-suosituksen (2013) mukaan kipulääkkeen ottaminen noin puoli tuntia ennen ateriaa lievittää nielemisestä aiheutuvaa kipua ja siten helpottaa ruokailua. Lisäksi hammasharjat ovat syytä vaihtaa uusiin 2–3 vuorokautta mahdollisen antibioottihoidon aloittamisen jälkeen. (Sairas lapsi, nielutulehdus 2016; Potilasohje: Streptokokki A n.d.)

A-streptokokki-infektio ei tartuta muita enää 1–2 päivän kuluttua antibioottikuurin aloittamisen jälkeen, joten lapsi voi voinnin salliessa palata päivähoitoon kolmantena päivänä hoidon aloituksesta. Virusflunssien ja sen liittännäistautien paras ennaltaehkäisy on hyvä käsihygienia. (Lumio ym. 2017.)

6 SUOLISTOTULEHDUKSET

Äkilliset suolistotulehdukset kuuluvat lasten tavallisimpiin sairauksiin. Taudinaiheuttajina ovat yleensä virukset, jotka tarttuvat ja leviävät helposti. Suolistotulehduksen aiheuttajia ovat esimerkiksi astro-, adeno-, sapo-, rota- ja norovirukset. Rotavirus aiheuttaa usein rajumman oirekuvan kuin muut edellä mainitut ja se joissakin tapauksissa saattaa vaatia sairaalahoitoa. Sairaalahoitoon tarve on kuitenkin vähentynyt rotavirus rokotteen myötä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 152.)

Päivähoidossa ripulitaudit tarttuvat lapsesta toiseen kosketustartuntana. Ripuliulosteet sisältävät runsaasti viruksia, joten ripuloivan lapsen käsien kautta viruksia siirtyy helposti myös päiväkodin leluihin. Lelut saattavat tartuttaa lapsia, sillä esimerkiksi rotavirus säilyy muovitavaroissa jonkin aikaa. Käsihygieniasta huolehtimalla voidaan hieman ehkäistä tautien leviämistä. (Jalanko 2009a.)

6.1 Rotavirus

Rotavirukset ovat yleisiä oksennus- ja ripulitautien aiheuttajia. Se tarttuu helposti kosketustartuntana, mutta myös erilaisten pintojen kautta, kuten lelujen ja ovenkahvojen. Virus voi kulkeutua kehoon myös hengitysteiden sekä saastuneen ruuan tai juoman kautta. Virus lisääntyy ohutsuolessa. Tällöin ohutsuolen infektoituneet solut rikkoutuvat, eikä ravinnosta saatava sokeri pysty hajoamaan ja imeytymään normaalisti, joka johtaa nesteen kertymiseen ja ulosteen muuttumisen vetiseksi. Rokotusten myötä rotaviruksen esiintyvyys on kuitenkin laskenut. (THL, rotavirus n.d.a.)

Rotaviruksen aiheuttama tauti alkaa usein vesiripulilla ja äkillisellä oksentelulla. Lisäoireena voi olla myös korkea kuume. Yli kaksivuotiaalla lapsella tauti alkaa yleensä rajulla oksentelulla. Taudinkuva vaihtelee iän mukaan.

Oksentelu kestää yhdestä kahteen päivää ja sen lisäksi alkaa ripulointi, joka kestää kahdesta kolmeen päivään. Oksentelu ja ripulointi voivat olla niin voimakkaita, että nesteet tai ravinto eivät pysy sisällä. Kokonaisuudessa tauti kestää noin viisi päivää. Oksentelun ja ripulin seurauksena voi herkästi syntyä nestevajaus. (Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 152.)

Viruksen aiheuttamaan oksennus- ja ripulitautiin ei ole lääkitystä. Tärkeintä on huolehtia lapsen riittävästä nesteytyksestä. Ripuloidessa ja oksentaessa lapsi menettää myös suofoja, joiden korvaamiseksi voidaan käyttää ripulijuomaa. Ripulijuoman tarkoitus on korvata nestemenetykset, mutta sitä ei saa käyttää normaalin juoman ruuan sijasta. Lapset voivat kieltäytyä juomasta ripulijuomia suofojen aiheuttaman oudon maun vuoksi. (Jalanko 2009a.)

6.2 Norovirus

Kaliviruksiin kuuluva norovirus aiheuttaa taudin, jonka oireisiin kuuluu vatsakipu, oksentelu, ripuli sekä kuume. Suomessa norovirus on yleisin äkillisen suolistoinfektion aiheuttaja. Se voi aiheuttaa myös vatsatautiepidemioita esimerkiksi kouluissa ja sairaaloissa. (Lumio, 2017c; THL, norovirus n.d.)

Viruksen tavallisin leviämistapa on ihmisestä toiseen tapahtuva kosketus- tai pisaratartunta. Norovirus voi tarttua saastuneen juomaveden ja elintarvikkeiden välityksellä. Kypsentämättömänä syötävät kasvikset lisäävät tartuntariskiä, esimerkiksi ulkomaalaiset pakastemarjat. Tartunnan saamiseen riittää pienikin määrä viruksia, joiden itämisaika on 10–48 tuntia, mutta kuitenkin tavallisimmin vuorokausi. (Evira n.d.)

Noroviruksen ja rotaviruksen taudinkuvat ovat hyvin samanlaiset. Sairaudet eroavat bakteeriripuleista hyvin nopeasti alkavilla oireilla. Ripulin lisäksi oireita ovat pahoinvointi, oksentaminen sekä kuume ja särky. Oireet kestävät yhdestä kolmeen vuorokautta. Vaikka oireet loppuvat, voi potilas silti erittää virusta vielä useiden päivien ajan. Tarttuvuus päättyy, kun suo- len toiminta rauhoittuu ja ripuli loppuu. Lasten on suositeltavaa olla poissa päivähoidosta ja koulusta kahden vuorokauden ajan oksentamisen ja ripuloinnin päättymisen jälkeen. (Lumio, 2017c.)

Tauti määritellään yleensä oireiden ja sairauden käyttäytymisen perusteella, koska siihen ei ole lääkehoitoa ja se on oireistaan huolimatta viaton tauti. Mahdollisten epidemioiden yhteydessä tauti voidaan tunnistaa potilasnäytteestä, vedestä tai ruuasta elektronimikroskoopilla tai geenimonistustekniikalla. (Lumio, 2017c.)

Norovirus saattaa aiheuttaa elimistön kuivumista ripuloinnin ja oksentamisen vuoksi. Lasten kohdalla kuivumiseen voidaan joutua hakemaan apua, jolloin voidaan joutua turvautumaan suonensisäiseen nesteytykseen. Kuivumisen varomerkit on kerrottu tarkemmin luvussa 4. (Lumio, 2017c.)

Noroviruksen tarttumista voidaan ehkäistä hyvällä käsihygienialla. Vihanneksien ja hedelmien huolellinen peseminen, sekä nilviäisten ja ulkomaalaisten marjojen huolellisella kypsennyksellä ennen syömistä. Kotona on tärkeää desinfioida ja puhdistaa mahdolliset likaantuneet pinnat ja vaihtaa vaatteet sekä petivaatteet välittömästi. (THL, norovirus n.d.)

7 LOISTAUDIT

Parasiitit eli loiset ovat eliöitä, jotka käyttävät hyväkseen isäntänsä, kuten ihmisen elimistöä ja ovat riippuvaisia siitä. Loisiin luetaan kuuluvaksi muun muassa madot, niveljalkaiset ja syyhy. Loiset ovat yksi yleisimpiä infektioiden aiheuttajia ihmisellä. (Lumio 2017d.)

Täit, kihomadot ja syyhypunkit ovat loisia, joita esiintyy lapsilla jatkuvasti. Niiden esiintyvyys vaihtelee joka vuosi. Joitakin loisia esiintyy jopa enemmän kuin ennen, esimerkiksi kihomatoja. (Rostila & Salo 2000, 289.)

7.1 Täit

Päätäi on vaikeasti silmällä havaittava 2–3 millimetriä pitkä ihmisen loinen, joka käyttää ravinnokseen päänahasta imettyä verta. Täi viihtyy hiuksissa enimmäkseen korvien takana ja niskassa. Joskus päätäin munia eli saivareita voi esiintyä myös kulmakarvoissa ja silmäripsissä. Naarastäi elää noin kuukauden ja munii sinä aikana satakunta munaa. Munat kiinnittyvät tiukasti hiusten tyveen. Munat ovat yhden millimetrin pituisia, rusehtavia ja mannarynimäisiä saivareita, jotka kuoriutuvat kymmenen päivän kuluessa. Valkea munankuori saattaa jäädä kuoriutumisen jälkeen paikalleen jopa kuukausiksi. Kaikki täit eivät välttämättä kuoriudu. (THL, päätäi n.d.; Hannuksela-Svahn 2017)

Päätäiepidemioita esiintyy kouluissa ja päiväkodeissa. Täit siirtyvät ihmisestä toiseen suorassa kosketuksessa sekä hiusharjojen ja päänahaneiden välityksellä. Päätäit eivät tartu kotieläimistä ihmisiin. Täiden oireena on päänahan kutina, joka aiheutuu päätäin purressa päänahkaa. Puremajälki on pistemäinen ja selvästi punoittava. (THL, päätäi n.d.; Hannuksela-Svahn, 2017.)

Täidiagnoosiin riittää saivareiden toteaminen lähellä päänahkaa. Tyhjä munankuori hiusten latvoissa ei kuitenkaan välttämättä tarkoita täitä. Päätäiden ja munien etsinnässä käytetään apuna täikampaa, jossa on tiheet piikit. (Hannuksela-Svahn 2017.)

Diagnoosin jälkeen hoito on aloitettava välittömästi päätäin nopean lisääntymisen vuoksi. Tärkein hoitomuoto on hiusten kampaaminen täikamalla. Kampaaminen tulee tehdä alue kerrallaan hiuksen tyvestä lähtien

päivittäin tai joka toinen päivä noin viikon ajan. Jokaisella kampauskerralla hiukset tulle kammata kahdesti, jotta munat irtoaisivat päänahasta. Jotta täit eivät kampaamisen yhteydessä pääsee takaisin hiuksiin, tulee kampa kuivata paperiin jokaisen kammanvedon jälkeen. (THL, päättäi n.d.; Hannuksela-Svahn 2017; Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 126.)

Päätäiden torjunnassa on ollut jo pitkään käytössä shampoo, joka sisältää hyönteisten torjunta-ainetta permetriiniä. Shampooon annetaan vaikuttava kymmenen minuuttia, jonka jälkeen hiukset huuhdellaan ja kammataan täikammalla. Permetriini sopii käytettäväksi yli puolivuotiaiden lasten hoitoon. Lisäksi hoitovaihtoehtona on myös liuos, jossa on käytetty silikoniyhdiste dimetikoniamia. Hiukset kammataan myös dimetikonikäsittelyn jälkeen täikammalla. Hoitokäsittely tulee uusia viikon kuluttua. (THL, päättäi n.d.; Hannuksela-Svahn 2017; Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 126.)

Kampaus ja shampoohoidon ohella on tärkeää myös pestä liinavaatteet ja muut tekstiilit 60 asteessa. Hiusharjat, vaatteet ja muut esineet tulee joko pestä kuumalla vedellä, sulkea muovipusseihin kahdeksi viikoksi tai laittaa muovipussiin pakattuna kahdeksi päiväksi pakastimeen. Pehmolelut on hyvä laittaa muutamaksi tunniksi 80 asteiseen saunaan tai talvella pakka-silmalla ulos. (Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 126.)

Kaikkia perheessä olevia ei hoideta automaattisesti, vaan ainoastaan tartunnan saaneet. Kuitenkin kaikkien perheenjäsenten hiukset on tarkistettava päätäiden varalta. Tartunnasta tulee ilmoittaa päiväkotiin tai kouluun sekä ystävien vanhemmille. Lapsen ei tarvitse olla poissa päiväkodista tai koulusta, jos hoito on jo aloitettu. Päättäitartunta uusiutuu helposti ja lääkäriin tulee hakeutua, jos ohjeiden mukaisesti toteutetusta itsehoidosta ei ole ollut apua. Lääkärin määräämä hoitokeino voi olla muun muassa suun kautta annosteltava ivermektiini. (Hannuksela-Svahn, 2017.)

7.2 Kihomadot

Kihomato on ihmisen suolistossa elävä noin 3–13 millimetriä pitkä loinen, joka helposti aiheuttaa tartuntoja päiväkodissa. Tartunta vaatii kihomadon munien nielemistä. Kihomadot munivat peräaukon seudulla, josta aiheutuvan kutinan vuoksi lapsi raapii alapäättään. Tartunta saa alkunsa, kun lapsen sormiin ja kynsien alle joutuneet munat päätyvät suun kautta lapsen suolistoon. Päiväkodissa munat leviävät helposti vuodevaatteiden, ovenkahvojen ja käsien välityksellä. Kutinaoireet ilmenevät tyypillisesti noin kuukauden kuluttua tartunnasta. Kutina esiintyy pääasiallisesti yöaikaan, joka johtuu eritteestä munien pinnalla. Oireiden voimakkuudessa esiintyy vaihtelua, ja perheen aikuisilla tartunta voi olla myös oireeton. (THL, kihomato n.d.)

Kihomatotartunta hoidetaan Pyrvin-tablettilääkityksellä. Koko perhe on syytä hoitaa samanaikaisesti, vaikka kaikilla perheenjäsenillä ei oireita olisiakaan. Lääkkeenoton jälkeisenä päivänä vuodevaatteet tulee vaihtaa, sekä

koti siivota perusteellisesti. Imuroinnin lisäksi erilaiset kosketuspinnat, kuten ovenkahvat tulee pyyhkiä huolellisesti. Lasten lelujen pesu sekä peittojen, tyynejen ja patjojen imurointi on suositeltavaa. Sormen kynnet tulee leikata lyhyeksi sekä käsihygieniasta huolehdittava erityisen hyvin, jotta tartunnan leviämistä tai tartunnan välittömältä toistumiselta välttyttäisiin. (THL, kihomato n.d.)

7.3 Syyhy

Syyhyypunkki on noin puolen millimetrin pituinen loinen, joka käyttää ravinnokseen ihmisen ihoa. Ihmiseen päästyään syyhyypunkkinaaras muodostaa ihoon noin 5–15 millimetrin pituisia käytäviä, joihin punkki ulostaa ja munii. Munista kuoriutuneet toukat siirtyvät ihon pinnalle. Syyhyypunkki tarttuu ihokosketuksessa ja vain yksi punkki riittää tartuntaan. Ihokosketuksen on kuitenkin oltava esimerkiksi normaalia kättelyä pidempi. Tartunnan voi myös saada vuodevaatteiden välityksellä. Punkit selviävät ilman ihmiselimistöä noin pari vuorokautta. Syyhykutina alkaa yleensä noin 3–6 viikkoa tartunnasta. Uusintatartunnan oireet alkavat jo huomattavasti nopeammin, noin 1–3 vuorokauden kuluessa. (von Schantz & Matilainen 2009, 125; Hannuksela-Svahn 2014.)

Syyhyn merkittävin oire on syyhyypunkin eritteistä johtuva voimakas kutina, jota esiintyy etenkin iltaisin. Kutinan alkaessa ihossa ei aluksi juuri näy muutoksia, mutta raapimisen jatkuessa punkkinaaraan kaivamia käytäviä ilmaantuu etenkin ranteisiin, kämmeniin, sormiväleihin ja pienillä lapsilla myös jalkapohjiin. Iho voi raapimisen seurauksena joskus tulehtua, mikä voi vaikeuttaa diagnoosin tekemistä. Lääkäri toteaa syyhyn käytävämäisten muodostelmien tai punkkilöydöksen perusteella. (von Schatz ym. 2009; Hannuksela-Svahn 2014; Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 126.)

Syyhyn hoito voidaan aloittaa ilman lääkärissäkäyntiä, jos esimerkiksi lähipiirissä tai päiväkodissa on lääkärin toteamaa syyhyä. Hoitoon käytetään apteekista saatavaa perimetriiniä sisältävää voidetta, jota tulee levittää kaulasta alaspäin koko keholle unohtamatta varvas- tai sormivälejä sekä sukuelimiä. Voiteen tulee antaa vaikuttaa 8–15 tuntia. Voidetta ei kuitenkaan saa levittää limakalvoille. Koko perhe on syytä hoitaa samaan aikaan. Kutinasta kärsivät perheenjäsenet tulee hoitaa uudelleen viikon kuluttua, mutta oireettomille jäsenille riittää kertakäsittely. (von Schatz ym. 2009; Hannuksela-Svahn 2014.)

Syyhyypunkin häätöön kotiloista ei tarvita erityisiä desinfiointi- tai siivoustoimenpiteitä vaan riittää, että tavallisimmin käytettyjä vaatteita ei muutama päivään käytetä. Lisäksi tartuntaa välittävät tekstiilit, kuten vuodevaatteet, pyyhkeet ja patjat tulee joko pestä 60 asteessa tai laittaa pariiksi tunniksi 80 asteeseen saunaan. Punkit kuolevat myös kylmässä, joten tekstiilejä voi myös laittaa muovipussissa pakkaseen. Lapsi saa palata päivähoitoon, kun hoito on toteutettu. (von Schatz ym. 2009; Hannuksela-Svahn 2014; Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 127.)

8 ROKKOTAUDIT

Rokkotauteja esiintyy tyypillisimmin lapsilla, mutta rokotusohjelman ansiosta näitä tauteja on esiintynyt Suomessa suhteellisen vähän ja esimerkiksi sikotauti, tuhkarokko ja vihuriokko ovat käytännössä hävitetty. Osa rokoista ovat kuitenkin tekemässä paluuta rokotevastaisuuden ja maahanmuuttovirtauksen seurauksena. (Jalanko 2017b; Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 127.)

Rokkotaudeissa lapsen taudinkuvaan liittyy usein korkea kuume ja erilaiset iho-oireet. Rokkotaudit paranevat itsestään lähes poikkeuksetta ja vain harvat rokkotaudit aiheuttavat vaarallisia jälkitauteja. (Jalanko 2017b; Storvik- Sydänmaa ym. 2015, 127.)

8.1 Vesirokko

Vesirokko on erittäin herkästi tarttuva herpesviruksiin kuuluva kuume-tauti. Valtaosa suomalaisista sairastaa vesirokon elämänsä aikana, sillä aikuisväestössä sairastamattomia on vain noin 1–3 %. Vesirokko on yleinen lastentauti, ja valtaosa tartunnoista saadaankin ennen kouluikää. Lapsena sairastettuna oireet ovat yleensä lievempiä, kun taas aikuisella infektio voi olla vakava. Pitkäaikaisista iho- tai keuhkosairauksista kärsiville lapsille vesirokko voi kuitenkin aiheuttaa vaikean taudinkuvan. (THL, vesirokko n.d.; Jalanko 2017c.)

Tartunnan voi saada pisara-, ilma- tai kosketustartuntana sairastuneen lapsen rakkuloiden tai hengitysteiden välityksellä. Vesirokon itämisaika vaihtelee 10–21 päivän välillä. Tartunnan leviäminen on mahdollista kuitenkin jo 1–2 päivää ennen varsinaisia oireita ja tartuttavuus jatkuu rakkuloiden kuivumiseen asti. (THL, vesirokko n.d.; Jalanko 2017c.)

Ennen varsinaisten rakkuloiden puhkeamista saattaa ensioireina olla ruokahaluttomuutta, päänsärkyä, kuumetta sekä väsymystä. Tyypillisin oire vesirokolle on kuitenkin voimakkaasti kutiseva vesirakkulainen ihottuma. Rakkulat arpeutuvat usein parin päivän kuluessa ja uusien rakkuloiden muodostus kestää noin 3–4 päivää. Rakkuloita esiintyy pääasiassa vartalolla, mutta niitä voi olla myös suun limakalvoilla ja hiuspohjassa. Oireet saattavat olla niinkin lieviä, että lapselle ilmaantuu vain muutama rakkula. Kerran sairastettu vesirokko ei yleensä uusiudu. Herpesviruksilla on tapana jäädä ihmisen elimistöön asumaan, eikä vesirokkovirus ole poikkeus. Vesirokkovirus jää piilevänä herpesolmukkeisiin ja voi immuunipuolustuksen heiketessä aktivoituessaan aiheuttaa vyöruusuihottumaa. Vyöruusuihottumat ovat lapsilla harvinaisia. (THL, vesirokko n.d.; Jalanko 2017c.)

Vesirokko paranee usein itsestään noin viikossa, ja perusterveille vesirokkoon sairastuneille lapsille riittää usein oireenmukainen hoito. Rakkuloiden aiheuttamaan kutinaan saattaa olla apua antihistamiinivalmisteista.

Aptekeissa myydään lisäksi esimerkiksi kutinaa lievittäviä voiteita, joita saa ilman reseptiä. Vesirokosta ei yleensä aiheudu jälkitauteja, mutta joskus ihon bakteeri-infektio on mahdollinen. Ihon bakteeri-infektio hoidetaan antibioottikuurilla. Asikloviiri on tehokas lääke vesirokkoon, jota käytetään niillä lapsilla, joiden immuunipuolustus on jonkin muun sairauden tai lääkityksen takia heikentynyt. Lääkitys on aiheellinen myös vakavamman taudinkuvan riskihenkilöille, kuten yli 12-vuotiaille ja aikuisille. Lapsen tulee olla päivähoidosta poissa rakkuloiden kuivumiseen asti, eli noin 5 vuorokautta. (THL, vesirokko n.d.; Jalanko 2017c; Sairas lapsi, vesirokko 2016.)

Vesirokkoa voidaan nykyään ennaltaehkäistä rokotuksin, sillä vesirokkorokotteesta tuli osa kansallista rokotusohjelmaa 1.9.2017 alkaen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että rokotusta tarjotaan veloituksetta 1.1.2006 tai sen jälkeen syntyneille lapsille, joilla ei ole vielä ollut vesirokkoa. Rokotusta suositellaan myös kaikille yli 12-vuotiaille sairastumattomille, mutta tällöin rokote on omakustanteinen. Rokotus on mahdollista antaa myös 3 vuorokauden sisällä varsinaisesta vesirokkotartunnasta, joka saattaa ehkäistä vaikeaoireisen vesirokon kehittymistä. (THL, vesirokko n.d.; Jalanko 2017c.)

8.2 Enterorokko

Enterovirukset ovat yleinen maailmanlaajuisesti esiintyvä taudinaiheuttajaryhmä, jotka tavallisesti sairastuttavat lapsia. Enterovirukset voivat aiheuttaa useita erilaisia tauteja, kuten keskushermostoinfektioita, enterorokkoa sekä myokardiittia. Enterovirusten esiintyvyys on suurinta kausittain ja eniten tartuntoja esiintyy alkukesän ja syksyn välillä. Enterovirusten leviämisestä aiheutuu ajoittain laajoja epidemioita, jotka ovat yksi yleisimmistä syistä koulu- ja työpoissaoloihin. Sairastumiset aiheuttavat siten myös paljon terveydenhuollon kuormitusta, sekä yhteiskunnallisia kustannuksia. (Österback 2015, 10–11.)

Enterorokko on yleensä alle 10-vuotiaille lapsilla esiintyvä helposti tarttuva rokkotauti, jonka aiheuttajana on jokin enteroviruksista. Tauti tarttuu yleensä ulosteen tai käsien välityksellä sekä hengitysteitse. Taudin tyypillinen itämisaika on noin 3–7 vuorokautta. Taudin esiintyvyys on suurimmillaan loppukesästä ja alkusyksystä. (THL, enterovirus n.d.; Jalanko 2016c; Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 129.)

Taudin ensioireita ovat yleinen voimattomuus, nielukipu, kuume päänsärky ja vatsaoireet. Noin kahden vuorokauden kuluttua ensioireista alkaa kämmeniin, jalkapohjiin ja suun limakalvoille ilmestyä punaisia alueita, jotka voivat kehittyä haavaumiksi sekä rakkuloiksi. Rakkuloiden esiintymisalueet sekä kutiamattomuus auttavat erottamaan enterorokon vesirokosta. Suun rakkulat voivat kivuliaisuutensa takia vaikeuttaa syömistä, jolloin lapselle on hyvä tarjota helposti nieltävää ruokaa, kuten vellejä, mehua ja jäätelöä. Oireet ovat lapsilla usein lieviä, ja tauti paranee itsestään

7–10 päivässä. Tauti vaatii siis vain oireenmukaista hoitoa, ja lapsen päivähoitokelpoisuus riippuukin pitkälti lapsen yleiskunnosta. Käsihygieniasta huolehtiminen on tärkeä osa taudin leviämisen ehkäisyä. (THL, enterovirus n.d.; Jalanko 2016c.)

8.3 Vauvarokko

Vauvarokko on yleinen ½–2-vuotiaiden kuumetauti, jonka aiheuttajana on tyypillisesti herpesvirus 6 ja joissakin tapauksissa herpesvirus 7. Vauvarokkoa esiintyy varsin vähän alle kolmen kuukauden ikäisillä vauvoilla ja yli 3-vuotiailla lapsilla. (Jalanko 2017d.)

Vauvarokolle on tyypillistä noin 3–4 päivää kestävä korkea kuume ja muut paikallisoireet, kuten löysät ulosteet, ärtyisyys, silmien punoitus, etuaukileen pullistuminen, suun limakalvon pistemäiset kohoumat suun limakalvolla sekä imusolmukesuurentumat erityisesti korvien takana ja taka-raitavolla. Paikallisoireet ovat useimmiten kuitenkin varsin lieviä. Lapselle ilmaantuu kuumeen laskiessa näppyläistä tai punaläiskäistä ihottumaa, joka yleensä aloittaa leviämisensä korvien seudusta vartalolle, niskaan ja kasvoihin. Ihottuman voimakkuus ja kesto vaihtelevat tapauskohtaisesti muutamien tunnin ja parin päivän välillä. Tauti voi ilmetä myös tavallisena kuumetautina ilman iho-oireita tai kuume on vähäistä ja lisäoireina hengitystieinfektio sekä ohimenevää ihottumaa. Erittäin harvoin herpesvirus 6 voi aiheuttaa myös aivokuumeen. (Jalanko 2017d.)

Korkea kuume voi laukaista noin 10–15 % lapsista kuumekouristuksen, jonka aikana lapseen ei saa kontaktia, lapsen raajat nykivät ja silmät katsovat sivulle. Kuumekouristukset eivät ole vaarallisia ja ne laukeavat usein itsestään, mutta lapsen kouristaessa kuumeen takia ensimmäistä kertaa, on hyvä kuitenkin ottaa yhteyttä terveydenhuollon yksikköön. (Jalanko 2017d.)

Vauvarokkoon ei ole kehitetty rokotetta. Herpesvirus tarttuu varsin herkästi ihmisestä toiseen syljen välityksellä. Viruksen itämisaika on noin 5–15 päivää ennen oireiden alkua. (Jalanko 2017d.)

Vauvarokko ei vaadi erityistä hoitoa, sillä tauti paranee itsestään. Kuumetta ja ärtyisyyttä voidaan kuitenkin lievittää tulehduskipulääkkeellä. Vauvarokko voi olla kuumeen aikana hankalaa erottaa muista infektioista ja diagnostiikassa onkin tärkeää sulkea vakavammat kuumetta aiheuttavat infektiot pois. Lääkärikäynnin yhteydessä lapsesta voidaan ottaa muun muassa virtsa- ja verinäytteet muiden syiden, esimerkiksi virtsatieinfektion poissulkemiseksi. (Jalanko 2017c; Rajantie ym. 2016, 219.)

8.4 Parvorokko

Parvorokko on rokkotauti, jonka aiheuttaja on parvovirus B19. Se esiintyy terveellä lapsella useimmiten lievänä ja sen epidemiologia muistuttaa läheisesti muita rokkotauteja. Parvorokko on yleisin 5–15-vuotiailla lapsilla. Yleensä keväisin tauti aiheuttaa pieniä epidemioita. (Rajantie ym. 2016, 220.)

Parvorokon itämisaika on noin 4–28 vuorokautta tartunnasta ja se tarttuu ihmisestä toiseen pisaratartuntana. Tauti alkaa flunssaoireilla, matalalla kuumeella sekä päänsäryllä. Ihottumavaihe alkaa noin viikon kuluessa ensioireista. Ihottuma ilmenee symmetrisenä ja tasaisena punoituksena poskilla. Lisäksi poskia kuumottaa, mutta ne eivät arista kosketusta. Poskissa ilmenevää ihottumaa seuraa ihottuma vartalossa ja raajoissa 1–4 vuorokauden kuluessa. Ihottuma vartalossa alkaa yleensä yläraajojen ojentajapuolelta ja se muuttuu verkkomaiseksi ihottumaksi vähitellen. Ihottuma katoaa kasvoista muutaman päivän kuluessa, mutta häviää vartalolta vasta parin viikon sisällä. Murrosiässä tai vanhempana sairastaessa parvorokon, voi oireina esiintyä lisäksi nivelkipuja ja jopa niveltulehdus. (Rajantie ym. 2016, 220; Sairas lapsi, parvorokko 2016.)

Raskaana oleville naisilla ensitartunta voi siirtyä äidistä sikiöön ja alkuraskaudessa aiheuttaa keskenmenon. Jos äidin perheessä esiintyy muilla parvorokkoa, tulee äidin tartunta varmistaa veren vasta-ainemäärityksellä. Jos tartunnan saa raskausviikon 24 jälkeen, ei siitä todennäköisesti koidu mitään haittaa sikiölle. (Jalanko 2016d.)

Terveillä lapsilla parvorokko esiintyy yleensä lievänä ja sen vuoksi harvoin hakeudutaan lääkäriin. Diagnoosina terveillä lapsilla on kliininen tutkimus, johon ei tarvita laboratoriotutkimuksia. Eriyistilanteissa parvovirusinfektio voidaan diagnosoida vasta-ainetutkimuksella. Tauti paranee usein itsestään, eikä se aiheuta jälkitauteja. Lääkitystäkään harvoin tarvitaan, sillä tauti esiintyy yleensä lieväoireisena. (Rajantie ym. 2016, 220; Jalanko 2016d.)

Virus tarttuu herkästi ennen ihottuman ilmaantumista ihmisestä toiseen, mutta se ei tartu enää ihottumavaiheessa. Tämän vuoksi tartunnan ehkäiseminen päiväkodeissa on lähes mahdotonta. Lapsen ei tarvitse olla poissa päiväkodista tai koulusta ihottuman vuoksi. Parvovirusta vastaan ei ole rokotetta. (Jalanko 2016d.)

9 MUUT INFEKTIOT

Muita päiväkodissa helposti leviäviä infektioita ovat esimerkiksi märkärupi ja silmätulehdus. Silmätulehduksen voi aiheuttaa virus tai bakteeri ja se voi esiintyä vain toisessa tai molemmissa silmissä. Silmätulehdukset on helppo hoitaa antibioottein, mutta osa tulehduksista paranee myös itsestään. (Terve.fi 2010.)

Märkärupi on bakteerin aiheuttama yleinen ihotulehdus, jota esiintyy usein epidemioina esimerkiksi päiväkodissa. Märkärupia aiheuttavat bakteerit ovat tavallisesti vaarattomia, ja niitä esiintyykin iholla sekä nenän ja suun alueella. Tulehdus syntyy, kun bakteerit pääsevät elimistöön esimerkiksi haavaumien kautta. (Terve.fi n.d.)

9.1 Märkärupi

Märkärupi on stafylo- tai streptokokin aiheuttama helposti tarttuva pinnallinen ihoinfektio. Taudin leviäminen tapahtuu lapsesta toiseen ihokosketuksen välityksellä. Märkärupiepidemioita esiintyy erityisesti loppukesästä. (THL, märkärupi n.d.)

Alkuoireena on sierainaukkoon tai suupieleen kehittyvä kudosnestettä erittävä rakkula. Rakkulat voivat parin päivän aikana levitä laajalti muuallekin vartaloon. Rikkoutuessaan rakkulat erittävät märkää, jonka seurauksena iholle muodostuu kovaa karstaista rupea. Tulehduksen aiheuttaman kutinan vuoksi lapsi alkaa herkästi raapia rupia, jolloin infektio leviää muillekin ihoalueille. Laaja-alaisessa märkärupessa saattaa lapsella olla myös kuumetta, mutta yleensä märkärupen ei liity muita yleisoreita. Taudin itämisaika on noin 2–5 vuorokautta. (THL, märkärupi n.d.; Hannuksela-Svahn 2015; Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 124; Rajantie ym. 2016, 227.)

Pienelle alle kuuden neliösenttimetrin infektioalueelle riittää usein paikallishoitona ilman reseptiä saatava neomysiinin ja basitrasiiinin yhdistelmäantibioottivoide, jota levitetään ihoalueille noin viikon ajan kahdesti päivässä aina saippuapesujen jälkeen. Laajalle levinneeseen märkärupen lääkäri voi määrätä voiteen lisäksi noin 7–10 vuorokautta kestävästä suun kautta otettavan antibioottikuurin. Ihon bakteeri-infektioista laaditun Käypähoito-suosituksen (2010) mukaan antibioottina käytetään ensisijaisesti ensimmäisen polven kefalosporiineja ja kefalosporiineille allergisia hoidetaan klindamysiinillä. Jos tulehdus sijaitsee päänahan tai parran alueella hoidetaan se aina systeemisin lääkkein. Bakteeri voi sijaita myös lapsen tai perheenjäsenen nenässä tai joissakin tapauksissa lemmikkieläimessä, jolloin infektio voi uusiutua nopeastikin. (Hannuksela-Svahn 2015; Rajantie ym. 2016, 227.)

Lääkevoidetta levitettäessä on hyvä suojata kädet rasvauksen ajaksi esimerkiksi kertakäyttöhansikkain. Lisäksi on muistettava, ettei infektioaluetta koskettaneella esineellä saa enää koskea rasvatuubiin, jotta välttyään bakteerien siirtymiseltä lääkevoiteeseen. Rasvatut ihoalueet on hyvä suojata esimerkiksi siteellä tai taitoksella, jotta rasva pysyisi ihoalueilla mahdollisimman pitkään. (Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 124.)

Lapsen kynnet on syytä leikata lyhyiksi ja käsiä tulisi pestä huolellisesti useita kertoja päivässä infektion leviämisen vähentämiseksi. Petivaatteet ja vaatteet tulisi pestä ja niitä on vaihdettava riittävän usein. Lapsi saa palata päivähoitoon 48 tuntia paikallishoidon aloituksen jälkeen tai 24 tunnin kuluttua suun kautta otettavan lääkityksen aloituksesta. (Jalanko 2009b; Sairas lapsi, märkärupi 2016.)

9.2 Silmätulehdus

Sidekalvotulehduksen aiheuttajia voivat olla virukset, bakteerit tai sienet. Muita taustalla olevia tekijöitä voivat olla myös allerginen reaktio, mekaaninen ärsytys, kuten roska silmässä tai liiallinen hankaaminen sekä kuiva-silmäisyys. Muut sairaudet alentavat vastustuskykyä jolloin sidekalvotulehdukselle altistuminen kasvaa. Yleisiä sairauksia ovat muun muassa ylähengitystieinfektiot, atopia, allergiataipumus ja samanaikainen virustauti esimerkiksi lapsilla tuhkarokko, sikotauti ja influenssa. Myös silmäluomen tulehdus ja sarveiskalvon tulehdus voivat johtaa sidekalvotulehdukseen. (Seppänen 2016.)

Oireina silmän sidekalvotulehduksessa on silmän punoitus ja kirvely. Bakteerin aiheuttamaan sidekalvon tulehdukseen viittaa sitkeä ja märkäinen erite silmässä. Silmäluomet voivat olla aamuisin liimautuneina yhteen rähmän vuoksi. Silmän vetistys ja valonarkuus viittaavat virusinfektioon. Sidekalvon tulehdus on helposti todettavissa terveystieteiden lääkärin toimesta. Silmää tutkittaessa tarkastetaan näön tarkkuus, tehdään silmän pinnan fluoreseiinivärjäys ja silmänpaineen mittaaminen. Alkuvaiheessa diagnoosi tehdään oireiden ja löydösten perusteella. Vasta tulehduksen pitkittyessä voidaan ottaa virus- ja bakteerinäytteet. (Seppänen 2016.)

Ylähengitystieinfektioiden yhteydessä esiintyvä silmän sidekalvon tulehdus paranee usein ilman antibioottihoitoa muutamassa päivässä. Lieväoireista silmätulehduksesta voidaan hoitaa kotona huuhtomalla silmiä juoksevalla vedellä, sekä pyyhkimällä silmiä veteen kostutetulla taitoksella ulkonurkasta sisänurkkaan päin. Jokaisella perheenjäsenellä tulisi olla kotona käytössä omat kasvo- ja käsipyyhkeet, jotta taudin leviämiseltä perheenjäsenestä toiseen välttyttäisiin. Jos tauti pitkittyy, voi lääkäri määrätä lääkityksen, joka toteutetaan silmätippoina tai -voiteena. Molempia silmiä lääkittää, vaikka tulehdus esiintyisi vain toisessa silmässä. Silmätulehduksen aiheuttajat ovat samoja bakteereja ja viruksia, jotka aiheuttavat myös

hengitystieinfektioita. Tästä syystä lasta ei tarvitse poistaa hoidosta rähmivän silmän vuoksi. (Seppänen 2016; Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 123; Jalanko 2009b; Silmän sidekalvotulehdus (konjunktiviitti) n.d.)

Ennen lääkkeen antoa vanhempien tulisi pestä kätensä. Silmätippojen antamisen kanssa on oltava tarkka, sillä pullon kärki ei saa osua silmäripsiin ja kontaminoitua. Silmätippojen laittaminen lapselle saattaa olla hankalaa, jos lapsi pitää silmiä tiukasti kiinni. Lapsi kannattaa laittaa makaamaan selälleen ja raottaa alaluomea, jonne tipat saa tipautettua. Myös voide laiteetaan alaluomen sisään. Silmätipan voi tiputtaa myös silmänurkkaan lapsen maatessa, jolloin lääke pääsee silmään sen auetessa. Yliannostuksen vaaraa ei ole, sillä alaluomelle mahtuu vain yksi tippa nestettä. (Seppänen 2016.; Storvik-Sydänmaa ym. 2015, 123)

10 INFEKTIOIDEN EHKÄISY PÄIVÄHOIDOSSA

Infektioiden leviämisen ehkäisyyn tähtäävillä yksinkertaisilla toimenpiteillä voidaan saada päiväkodeissa hyviä tuloksia, jos ohjeita noudatetaan jatkuvasti. Ongelmana päiväkodeissa ovat ajoittaiset yksittäisten bakteerien tai virusten aiheuttamat epidemiat. Nämä tapaukset saavatkin eniten huomiota infektioiden torjunnassa. Tavallisimmin päiväkodeissa leviävät yleisiä hengitys- ja suolistoinfektioita aiheuttavat virukset. (Renko & Uhari 2001, 1093.)

Ibfelt ym. (2015, 26–27.) toteuttivat Tanskan päiväkodeissa tutkimuksen, jossa selvitettiin virusten ja bakteerien esiintyvyyttä päiväkodin sisätiloissa. Hengitystieinfektioita aiheuttavia viruksia löytyi merkittävän paljon ympäri päiväkodin tiloja, mutta erityisesti niitä löytyi leluista, lasten tyynyistä ja pöydistä. Suolistotulehduksia aiheuttavia ulosteperäisiä viruksia löytyi merkittävästi vähemmän ja niiden esiintyvyys oli suurinta leikkitilojen tyynyissä sekä wc-istuimissa. Suurin osa päiväkodeista löytyneistä bakteereista eivät olleet patogeenisiä. Bakteeriesiintymiä oli muun muassa leluissa ja muissa leikkitiloissa, mutta eniten niitä löydettiin kuitenkin keittiötiloista, kuten lavuaarista.

Infektioiden leviämistä päiväkodeissa voidaan ehkäistä tehostamalla aseptiikkaa. Hygienian tehostamisen vaikutus näkyy kaikkien infektioiden vähentymisenä erityisesti alle kolmevuotiaiden päiväkotiryhmissä. (Renko ym. 2001, 1095.)

10.1 Käsihygienia

Käsihygienia on avainasemassa tautien leviämisen ehkäisyssä. Työntekijöiden on huolehdittava omasta käsihygieniastaan, sekä lasten käsihygienian

toteutumisesta. Kädet tulisi puhdistaa joko käsihuuhteella tai saippuapesulla huolellisesti erityisesti ennen ruokailutilanteita, sekä vessassa käynnin ja ulkoilun jälkeen. Eritteisiin koskemisen jälkeen tai käsien ollessa näkyvästi likaiset, ei käsihuuhteen käyttö ole enää riittävää, vaan kädet tulee pestä saippualla. (Zomer, Erasmus, Vlaar, van Beeck, Tjon-A-Tsien, Richardus & Voeten 2013.)

Päiväkotien työntekijöiden tulisi aloittaa käsihygienian tärkeyden korostamista lasten keskuudessa jo nuoresta iästä alkaen. Käsienpesusta ja sen hyötyjen opettamisesta tulisi tehdä lapsille sopivan leikkisää ja hauskaa, jotta lapset alkaisivat mahdollisesti itsekin aktiivisemmin huolehtimaan käsihygienian toteutumisesta. Pienimpien lasten käsienpesu ei välttämättä onnistu tai on puutteellista, joten siitä huolehtivat ensisijaisesti työntekijät. (Van Beeck, Zomer, van Beeck, Richardus, Voeten & Erasmus 2015, 299.)

10.2 Niistäminen ja yskiminen

Yskiminen ja aivastelu levittävät mikrobeja tehokkaasti ympäristöön. Lapsia on syytä opastaa yskimään ja aivastamaan oikealla tekniikalla. Yskiminen tai aivastaminen kyynärtaipeeseen vähentää mikrobien leviämistä. (Ohjeita päivähoitossa olevien lasten infektioiden vähentämiseksi 2011-2012 n.d.)

Niistämässä tulee huomioida, että käsi suojataan paperilla ja paperi laitetaan niistämisen jälkeen suoraan roskakoriin, eikä sitä säilytetä uudelleen käytettäväksi. Pienten lasten kohdalla nenän niistaa hoitaja tai vanhempi. Niistämisen jälkeen kädet tulee pestä saippualla tai desinfioida. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 20.)

10.3 WC-käynnit

Hoitajien tulisi käyttää suojakäsineitä siivotessaan eritetahroja. Suojakäsineiden käyttö on suositeltavaa myös lapsen takapuolen pesemisen yhteydessä, varsinkin jos epäillään suolistoinfektiota. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 18.)

Lapsen vaipan vaihdon tai wc-käyntien yhteydessä on hyvä kiinnittää huomiota hygieniaan. Vaippaa vaihdettaessa hoitajan kannattaa suojata omat vaatteet. Vaipan vaihtamiselle tulisi olla oma erillinen taso, jonka lähellä on vesipiste ja kannellinen roskakori. Tila puhdistetaan käyttökertojen jälkeen, esimerkiksi alusta puhdistetaan tai suojapaperi vaihdetaan uuteen. Potat tyhjennetään pyttyyn ja huuhdellaan näkyvästä eritteestä jokaisen käyttökerran jälkeen. WC-istuimet on hyvä pyyhkiä päivittäin tai tarvittaessa useammin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 18-20.)

10.4 Lelut ja tutit

Jos lapsella on käytössä tutti päiväkodissa, tulisi sen käyttö rajoittaa vain päiväuniaikaan. Tutin tulee olla merkitty selvästi, jotta vaihtumista toisiin tutteihin ei tapahtuisi. Tuttien puhdistus on kodin vastuulla. Ne tulisi keittää kerran tai kahdesti viikossa ja tuoda päiväkotiin suljetussa rasiassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 21.)

Päiväkodin yhteiskäytössä olevat lelut mahdollistavat myös tartuntojen leviämisen, sillä esimerkiksi pienet lapset usein laittavat leluja suuhunsa. Vesipesun kestäviä leluja tulisikin pestä mahdollisimman usein tai mieluiten päivittäin miedolla puhdistusaineella. Ennen uusia leluinvestointeja tulisikin miettiä lelujen käytännöllisyyttä puhdistamisen kannalta. Jos lelut eivät kestä pesua, tulisi ne säännöllisesti poistaa leikeistä parin päivän ajaksi, jotta ne ehtivät kunnolla kuivua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 22.)

Lasten kotoa tuomien lelujen puhtaus on kuitenkin kodin vastuulla. Päiväkotiin saa tuoda puhtaan unilelun, jota käytetään vain uniaikana. Muuna aikana lelua säilytetään joko päiväkodin sängyssä tai lapsen omassa lokerossa. Likainen unilelu lähetetään kotiin pesua varten. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 23.)

10.5 Muu puhtaanapito

Päiväkodin erilaisten pintojen, kuten, ovenkahvojen, WC- ja ruokailutilojen kosketuspintojen päivittäinen puhdistaminen miedolla emäksisellä liuoksella on tärkeää. Lisäksi on muistettava puhdistaa myös matalalla olevat pinnat, kuten hyllyt sekä huonekalut, joita esimerkiksi vaippaikäiset pääsevät helposti koskettelemaan. Erityistilat, kuten pikkukeittiöt tulisi puhdistaa jokaisen käyttökerran jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 22–23.)

Sänkyjen petivaatteet sekä vaipanvaihdon yhteydessä käytettävät pyyhkeet tulisi vaihtaa säännöllisesti noin kahden viikon välein. Tyynyliinat olisi hyvä vaihtaa viikoittain. Ne tulisi pestä vähintään 60 asteen lämpötilassa. Pesuaineiden tulisi olla hajuttomia ja hellävaraisia iholle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 23.)

11 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä päiväkodin työntekijöiden ja eritoten lasten huoltajien tietoisuutta lasten keskuudessa helposti leviävistä yleisistä taudeista. Tavoitteena on antaa tietoa tautien hoidosta sekä painottaa ennaltaehkäisyn tärkeyttä, jotta suurilta epidemioilta vältyttäisiin. Tällä tavoin hoitajat pystyvät oppaasta saamiensa tietojensa pohjalta suullisesti ohjaamaan vanhempia, sekä tulostamaan vanhemmille oppaasta hoito-ohjeet kotiin vietäväksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Hämeenlinnan varhaiskasvatukselle informatiivinen opas lasten yleisistä tartuntataudeista sekä niiden hoidosta. Opas on sähköisessä muodossa ja tarkoituksena on, että siitä on mahdollista tulostaa kerralla vain tarvittava tautiosio, esimerkiksi täiepidemian aikaan vain täiosio.

12 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Yhtenä vaihtoehtona ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisen toiminnan opastaminen, ohjeistaminen, toiminnan järjeistäminen tai järjestäminen. Alasta riippuen voi se olla esimerkiksi käytännön työssä hyödynnettävä opastus, ohje tai ohjeistus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 16.)

Toteutustapoja on monenlaisia ja lopullisena tuotoksena onkin aina jokinlainen konkreettinen teos, kuten kansio, vihko, kirja, portfolio, CD-levy tai kotisivut. Se voi lisäksi olla esimerkiksi jonkin tapahtuman järjestäminen, kuten konferenssi, näyttely tai kansainvälinen kokous. Toiminnallisen opinnäytetyön ominaispiirre on käytännön toteutuksen ja sen tutkimusviestinnällinen raportointi. Toiminnalliselle opinnäytetyölle olisi myös suotavaa löytää tilaaja työelämästä. (Vilkkä ym. 2003, 9, 16, 51.)

12.1 Suunnittelu ja toteutus

Oppaaseen oli tarkoitus kerätä tiivistettyä tietoa päiväkodissa yleisimmin esiintyvistä tartuntataudeista, jota voitaisiin epidemioiden ilmaantuessa jakaa lasten huoltajille. Tarkoituksena oli myös lisätä myös päiväkodin henkilökunnan tietoisuutta näistä taudeista, jotta he voisivat itse myös vaikuttaa infektioautien leviämisen ehkäisyyn, sekä tarvittaessa antaa suullista ohjausta vanhemmille oppaan tueksi.

Työskentelyn alussa olimme tilaajan kanssa useasti sähköpostitse yhteydessä miettiessämme sopivia tauteja oppaaseen. Tilaaja kartoitti päiväkodin tietotarvetta työntekijöiltä, ja he halusivat oppaaseen osiot flunssasta,

nielurisatulehduksesta, rota- ja noroviruksesta, täistä, kihomadoista, syyhystä, vesirokosta, enterorokosta, märkäruvesta sekä silmätulehduksesta. Aloitimme työskentelyn hakemalla tietoa tilaajan toivomista taudeista, joiden pohjalta koostimme raportin teoriaosuuden. Teoriapohjan ollessa valmis, aloimme kirjoittamamme tekstin pohjalta hahmottelemaan oppaan ensimmäistä versiota.

Potilasohjeiden tarkoituksena on antaa ohjausta ja neuvontaa. Hyvä potilasohje palvelee yksikön henkilökuntaa ja sen asiakkaita. Se puhuttelee asiakasta ja hänen on ymmärrettävä ensi näkemältä tekstin olevan hänelle tarkoitettu. Lähtökohdat ohjeiden kirjoittamiselle ovat käytännön hoitotyön tarpeet ja pulmat. Kirjallisia potilasohjeita voi toteuttaa useilla eri tavoilla ja ne ovat osa tiedottavien ja opastavien tekstien joukkoa. Kirjalliset ohjeet ovat esimerkiksi tietopaketteja, hoito-ohjeita, toimintaohjeita, käyttöohjeita tai selosteita. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–36; Nissi 2005a.)

Kirjallisen ohjeen sisältö ja rakenne muotoutuvat aina kohderyhmän tarpeiden mukaan. Hyvä ohje sisältää asiantietoa, luo lukijassa luottamuksen ja turvallisuuden tunteen, on sävyltään asiallinen ja ystävällinen, vakuuttaa lukijan ohjeiden tärkeydestä sekä tukee lukijaa hoitoon sitoutumisessa. Lukija luo oppaasta mielikuvan myös siinä käytettyjen ilmaisujen, kielen, ulkoasun, esittämisen näkökulman ja esittämisjärjestyksen perusteella. Kirjallinen ohje tukee suullista ohjaamista. (Nissi 2005b.)

Lukija muodostaa alustavan mielipiteensä oppaasta jo ensisilmäyksellä, jonka perusteella lukija usein myös päättää, lukeeko koko tekstin vai ei. Ohjeteksti on sitä miellyttävämpi lukukokemus, mitä nopeammin lukija pystyy tekstin kokonaisrakenteen hahmottamaan. Ensisilmäys luo lukijalle mielikuvan siitä, onko teksti sisällöllisesti helppo vai vaikea ymmärtää. Torkkolan ym. (2002, 39–40) mukaan oppaan selkeät otsikot ja väliotsikot ovat merkittäviä oppaan luettavuuden kannalta. Otsikon tehtävänä on herättää lukijan mielenkiinto ja siitä on tultava selkeästi ilmi, mitä aihetta käsitellään. Väliotsikot puolestaan jakavat tekstin pienempiin osiin, mikä on usein miellyttävämpää lukemisen kannalta ja ohjaavat lukijaa tekstissä eteenpäin. Silmäiltävyyden parantamiseen vaikuttaa myös oikeanlainen värien käyttö ja kirjasinkoko. Myös selkeä sisällysluettelo on tärkeä, sillä se auttaa lukijaa löytämään tekstistä haluamiaan asioita. Pyrimme tekemään oppaasta johdonmukaisen ja helppolukuisen. Tavoitteenamme oli ilmaista oppaasta löytyvät asiat mahdollisimman lyhyesti ja yksinkertaisesti, joten pyrimme jokaisesta tautiryhmästä kertomaan vain pääasiat, kuten tartuntatavat, oireet sekä hoitomuodot. (Nissi 2005c; Nissi 2005e.)

Opasta laatiessa tulee ottaa huomioon myös tekstin koko ja sen soveltuvuus asiakasryhmälle. Oppaan julkaisumuoto saattaa esimerkiksi vaikuttaa kirjasinkokoon ja tekstin asetteluun. Sähköisessä julkaisussa tulee ottaa huomioon ruudulta luettavuus. (Eloranta & Virkki 2011, 76.) Päätimme tehdä oppaan Powerpoint-ohjelmalla, sillä sen käyttö oli meille tuttua, ja

tilaaja halusi oppaan olevan sellaisessa muodossa, että siitä on helppo tulostaa vain yksi tautiosio kerrallaan.

Rello & Baeza-Yates (2013) toteuttivat tutkimuksen siitä, mikä kirjasintyyppi sopii lukivaikeuksista kärsiville ihmisille parhaiten. Tulosten mukaan sopivimmat kirjasintyypit ovat *Helvetica*, *Arial*, *Courier*, *Computer Modern Unicode* ja *Verdana*. Halusimme, että oppaan tieto on mahdollisimman monen luettavissa ja saavutettavissa, joten päädyimme valitsemaan kirjasintyyppiä *Arial*-fontin, sillä se on selkeä ja paljon käytetty. Osioiden kirjainkoot vaihtelevat hieman keskenään, sillä tekstin suuruus määräytyi osiokohtaisesti tietomäärän ja kuvien perusteella. Pyrimme pitämään tekstin jokaisessa osiossa kuitenkin suurena, jolloin kirjainten hahmottaminen on helpompaa. Oppaan tautiosiot ovat kaksipalstaisia, koska mielestämme se oli ulkonäöllisesti toimivampi ratkaisu ja lukukokemuksena myös miellyttävämpi. Vasemman puolen palstoissa kerromme taudin tartuttavuudesta, itämisajasta sekä oireista ja oikealla puolella käsittelemme tautien hoitoa. Kysyimme mielipidettä oppaan rakenteesta ja ulkoasusta myös viestinnän opettajalta, ja hän oli samaa mieltä kanssamme, että selkeyden kannalta oppaan taustan on hyvä olla valkoinen ja tekstin musta. (Eloranta & Virkki 2011, 76.)

Ennen julkaisua on hyvä antaa ohje jollekin ulkopuoliselle taholle luettavaksi. Siten varmistetaan, että opas on sanastoltaan selkeää yleiskieltä ja ammattisanasto on karsittu pois. Lukijalle tutut sanat ja helpot virkerakenteet lisäävät tekstin luettavuutta ja kielen ymmärrettävyyttä. Asioiden havainnollistamisella tuetaan asioiden ymmärtämistä, minkä vuoksi asiat tulee esittää konkreettisesti ja käyttää esimerkkejä apuna. Pyrimme karsimaan oppaasta kaiken ammattisanaston ja ilmaisemaan asiat arkikielellä, jotta huoltajien olisi mahdollista ymmärtää oppaan ohjeet siitakin huolimatta, etteivät itse ole hoitoalan ammattilaisia. Opas olikin luettavana sekä päiväkodin henkilökunnalla, että muutamalla muulla valitsemallemme lukijalla. (Eloranta ym. 2011, 76; Nissi 2005d.)

Oppaan tukena suositellaan käytettävien kuvia ja taulukoita. Visuaalisuus herättää lukijan mielenkiinnon, ja havainnollistavat kuvat auttavat ymmärtämään tekstissä käsiteltävää asiaa paremmin. Parhaimmillaan osuvat kuvat täydentävät tekstiä ja lisäävät oppaan kiinnostavuutta ja luotettavuutta. Kuvia valittaessa on kuitenkin aina muistettava huomioida tekijänoikeudet. Haimme oppaan sisältöä tukevia havainnollistavia kuvia Papunet-kuvapankista, josta kuvia saa ilmaiseksi ottaa omaan käyttöön. Papunet-sivuston kuvilla oli myös muokauslupa, jota hyödynsimme muokkamalla muutaman kuvan oppaaseemme sopivammaksi. Jokaisessa osiossa on värillinen kuva, jonka vuoksi jätimme taustan valkoiseksi. Alla olevassa kuvassa (kuva 1) näkyy, millaisia oppaan tautiosiot ovat ulkoasultaan. Kaikki oppaan osiot ovat rakenteeltaan ja ulkoasultaan pitkälti samanlaisia. (Torkkola ym. 2002, 40–41; Nissi 2005d.)

LOISTAUDIT - TÄIT

- Täi on pieni hiuksissa, erityisesti korvien takana ja niskassa viihtyvä loinen.
- Täin munat ovat mannaryymimäisiä ja ne kiinnittyvät tavallisesti hiusten tyveen.
- Tartunta tapahtuu hiusten, hiustarvikkeiden ja päähineiden välityksellä.
- Oireena on päänahan kova kutina.
- Ennen hoitoa kaikkien perheenjäsenten hiukset on tarkastettava, ja vain tartunnan saaneet hoidetaan. Hoitona hiusten pesu täishampoolla ja kampaus täikammalla. Hoito uusitaan viikon kuluttua.
- Kotona liinavaatteet, vaatteet ja muut tekstiilit on pestävä 60 asteessa. Hiustarvikkeet ja pehmolelut on laitettava esimerkiksi 80 asteiseen saunaan muutamaksi tunniksi tai suljetuissa pusseissa pariksi päiväksi pakastimeen.
- Tartunnasta on ilmoitettava päivähoitoon. Lapsi saa palata päivähoitoon, kun hoito on toteutettu.
- (THL, päätäi n.d.; Hannuksela-Svahn 2017; Storvik-Sydänmaa ym. 2017, 126; kuvat: Elina Vanninen, Papunet.net.)



7

Kuva 1. Kuvakaappaus oppaasta.

12.2 Arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamisen tueksi on teko- vaiheessa hyödyllistä kerätä palautetta kohderyhmältä opinnäytetyötuo- toksesta (Vilka ym. 2003, 157). Oppaan ensimmäisen version ollessa val- mis päätimme kerätä siitä palautetta tilaavan päiväkodin työntekijöiltä sekä opinnäytetyömme ohjaajilta ja opposentilta. Oppaan saivat luetta- vaksi myös sellaiset tuttavamme, jotka olivat juuri saaneet perheenli- säystä.

Palautetta oppaasta tuli runsaasti ja muutamien saatujen korjausehdotus- ten pohjalta muokkasimme opasta. Tilaavalta päiväkodilta tuli myös toive, että lisäisimme oppaaseen vielä parvo- sekä vauvarokon, sekä tekisimme hieman tarkennuksia joihinkin jo olemassa oleviin tekstiosuuksiin. Tilaaja toivoi tarkennusta muun muassa oppaan nimeen ja toivoi, että oppaassa puhutaan yleisimmistä tartuntataudeista varhaiskasvatuksessa, eikä päivä- kodissa ja opas kohdennetaan vanhempien sijaan huoltajille. Lisäksi ehdo- tettiin, että muutamat taudit ilmaistaisiin oppaassa arkikielellä, esimerkiksi suolistotulehdukset vaihdettiin vatsataudeiksi.

Ohjaavan opettajamme ehdotuksesta teimme erillisen osion oppaaseen myös kuumeesta, sillä sitä esiintyy lapsilla lähes kaikkien käsittelemiemme tautien yhteydessä. Tästä syystä koimme, että on tärkeää käsitellä kuu- meen hoito omana kokonaisuutenaan heti oppaan alussa, ettei muista tauti- osioista tulisi liian informatiivisia.

Päätimme, että emme kerää oppaasta palautetta enää toistamiseen tekemiemme korjausten jälkeen, sillä koimme, että oppaan ensimmäinen versio oli jo ulkoasultaan ja sisällöltään oman visiomme kaltainen. Myöskään korjausehdotuksia ei palautteen keräämisen jälkeen ollut niin paljon, että rakenne olisi merkittävästi korjausten jälkeen muuttunut. Tilaajakin oli jo palautteenantovaiheessa sisältöön ja ulkoasuun varsin tyytyväinen muutama korjausta ja lisäystä lukuun ottamatta.

12.3 Tiedonhaku

Käytimme tietoa hakiessamme pääosin apuna Cinahl-, Medic- ja Duodecim-tietokantoja. Taulukossa 1 on kuvattu työssä käytettyjen tietokantojen tiedonhaun prosessi. Hakutuloksia löytyi tietokannoista runsaasti, kuten taulukossa on nähtävissä. Valitsimme luettavat tekstit pitkälti otsikoiden perusteella, sillä niistä usein näki jo selvästi, liittyvätkö ne työmme aiheeseen millään tavalla.

Osan työmme tiedoista etsimme manuaalihakuna sekä kirjallisista teoksista. Hakusanoina käytimme tautien nimiä ja lisäksi haimme tietoa toiminnallisen opinnäytetyön ja oppaan toteutuksesta. Haimme myös tietoa tautien ehkäisystä hakusanalla ”infektioiden ehkäisy päivähoidossa”. Opinnäytetyön ja oppaan rakenteeseen liittyvä teoria koostuu suurimmaksi osaksi kirjallisten teosten tiedosta. Viestinnän opettajamme suosituksesta haimme lisäksi tietoa potilasohjeen rakenteesta myös virtuaaliAMK-nettisivuilta. Etsimme manuaalihakuna myös kansainvälistä tutkimustietoa siitä, millainen kirjasintyyppi olisi oppaaseen sopiva ottaen huomioon lukivaikeuksista kärsivät. Hakusanana oli ”dyslexia” ja ”font types”.

Taulukko 1. Tietokantojen tiedonhaun prosessi.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Käytetyt
Cinahl	Respiratory infections in children AND contagious	2007–2017 Age 2–5 Full text	107	1
	Communicable diseases, AND child day care	2007–2017 Age 2–5, 1–23 months	117	3
	Pandemic outbreak	2008–2018 Full text	47	1
Medic	Communicable diseases AND	2008–2018	167	3

	child day care centers			
	Infection AND urticarial	2008–2018	1	1
Duodecim Terveysportti	Enterorokko		21	1
	Flunssa		117	2
	Infektiot päivähoitossa		17	1
	Kuivuminen		356	1
	Kuumekouristus		47	2
	Kuume lapsella		20	2
	Loiset		40	2
	Märkärupi		68	2
	Nielurisatulehdus		102	2
	Norovirus		45	1
	Pandemia		211	1
	Parvorokko		26	1
	Päätäi		16	1
	Silmätulehdus		161	2
	Syyhy		55	1
	Vauvarokko		21	1
Vesirokko		140	1	
Duodecim Terveyskirjasto	Infektiot ja päivähoito		3	1
	Rokkotaudit		12	1

	Suolistotu- lehdus		20	1
Duodecim Aikakauskirja	Loiset		40	2

13 POHDINTA

Opinnäytetyömme päätavoitteena oli tuottaa opas, jolla lisätä huoltajien tietoutta lasten yleisistä tartuntataudeista ja niiden hoidosta. Tilaaajan toiveena oli lyhyt ja ytimekäs opas. Saavutimme tavoitteemme siltä osin, että oppaan asiat on pyritty ilmaisemaan lyhyesti ja arkisesti, jotta sen sisällön ymmärtäisi mahdollisimman moni työmme kohderyhmästä eli lasten huoltajista. Huomasimme kuitenkin, että oli ajoittain haastavaa kirjoittaa oppaat arkisella kielellä ilman hoitotyön ammattisanastoa. Oppamme ei ole vielä tilaajalla käytössä, joten oppaan lopullisen toimivuuden arviointi on tässä vaiheessa hieman haastavaa. Uskomme kuitenkin, että oppaasta on tulevaisuudessa hyötyä työstä jo saamamme palautteen perusteella. Tilajamme lisäksi myös Hattulan kunta ja yksittäinen päiväkotit Turusta ovat kiinnostuneita oppaastamme, joten tällaiselle oppaalle on selkeästi tarvetta useassa eri yksikössä.

Olemme opinnäytetyössämme noudattaneet Hämeen ammattikorkeakoulun toiminnallisen opinnäytetyön rakenne- sekä raportointiohjeita. Kieli-asultaan raportti on siisti ja rakenteeltaan johdonmukainen. Raportti on rakenteeltaan sellainen, että jokainen tautiryhmä on jaoteltu omiin päälukuihin, joissa käsitellään tautiryhmään kuuluvia yleisimpiä tartuntatauteja omina alalukuinaan. Raportti sisältää yleiskielen lisäksi myös hoitotyön ammattisanastoa toisin kuin oppamme, jossa kieli on kohderyhmän vuoksi arkisempaa.

Oppamme tausta oli tietoisesti asetettu valkoiseksi, jonka vuoksi tahdoimme elävöittää ulkoasua värikuvilla. Koimme kuvien piirtämisen itse haastavana, joten päädyimme käyttämään Papunet-kuvapankin ilmaiskuvia. Kuvapankissa oli laaja valikoima kuvia, josta löytyi runsaasti aiheeseemme sopivia.

Jos aloittaisimme opinnäytetyöprosessin nyt uudelleen ja saisimme täysin vapaat kädet oppaan toteutuksen suhteen, tekisimme sen luultavasti hieman eri tavalla. Opas tehtiin Powerpoint-ohjelmalla, jotta siitä voisi tulostaa tiettyjä sivuja aina sen hetken tarpeen mukaan. Emme kuitenkaan ole lopullisen tuotoksen ulkoasuun täysin tyytyväisiä, sillä se on mielestämme valkoisine taustoineen hieman mitänsanomaton. Toisaalta yksinkertaiset

taustat ja tekstisivut helpottavat lukijaa kohdentamaan huomionsa olennaisiin tekstiosioihin. Olisimme kuitenkin tehneet oppaan vihkomuotoon, sillä sellaisista tuotoksista tulee mielestämme usein tekijöiden panostus ja vaivannäkö konkreettisemmin lukijoille ilmi.

Opinnäytetyömme tietoperustaa kerätessämme tietomme työmme infektio-taudeista ja niiden hoidosta karttuivat. Opimme myös, millainen on rakenteeltaan, sisällöltään ja ulkoasultaan tietyn kohderyhmän tarpeita palveleva opas. Koimme tietokantojen käytön aluksi vaikeaksi, mutta opinnäytetyöprosessi on opettanut hyödyntämään erilaisia tietokantoja ja oikeanlaisia hakutermejä. Tietokantojen käytössä harjaantuminen on auttanut meitä jo nyt esimerkiksi muiden tehtävien tekemisessä ja siitä on varmasti hyötyä myös työelämässä tulevaisuudessa. Lähdekriittisyytemme on myös kehittynyt, sillä työtä tehdessämme olemme tutustuneet useisiin eri tahojen julkaisemiin tuotoksiin ja joutuneet pohtimaan, ovatko niistä löytyneet tiedot riittävän ajankohtaisia ja luotettavia työhömmme. Kehityimme myös ajankäytön hallinnassa ja sen suunnittelussa. Asetimme opinnäytetyöprosessin alussa tavoitteen työn valmistumiselle toukokuuksi ja suunnittelimme oman arkemme ajankäytön siten, että pysyimme sovituissa aikatauluissa. Koemme, että nämä edellä mainitut taidot ovat eduksi sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työssä.

13.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyydessä käsitellään sitä, mikä on oikein ja väärin. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisten menettelytapaohjeiden (2012, 6) mukaan opinnäytetyötä voidaan pitää luotettavana, kun tekijät ovat noudattaneet tieteellisesti hyväksytyjä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimusprosessin eri vaiheissa. Eettiset ohjeet harvoin kuitenkaan tarjoavat kirjoittajalle aukottomia vastauksia, joten kirjoittajan täytyy loppujen lopuksi tehdä omalla vastuullaan työtään koskevat päätökset. (Viskari 2009, 108–109.)

Opinnäytetyön tekijöillä tulee olla taitoa valita työssä käytettävät lähteet harkitusti sekä tarkastella niitä kriittisesti. Tietolähteet tulee valita sen pohjalta, mihin kysymykseen halutaan vastaus. Lähteiden valinta vaikuttaa työn yleiseen ja eettiseen luotettavuuteen. Opinnäytetyömme tietoperusta koostuu artikkeleista, tutkimuksista sekä oppikirjoista. Päälähteenämme opinnäytetyössämme oli Lääkärikirja Duodecim, sillä sieltä löytyi jokaiseen tautiin erikoislääkärin kirjoittama artikkeli. Vilkan ym. (2003, 72) mukaan tunnettujen asiantuntijoiden tuottamat ajankohtaiset lähteet ovat varma sekä luotettava valinta. Myös saman kirjoittajan toistuminen useassa lähteessä viittaa siihen, että hänellä on omalla alallaan mainetta ja auktoriteettia. Tästä syystä pitäydyimme pitkälti samojen erikoislääkärin artikkeleissa, sillä pidimme niitä luotettavina. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 367.)

Mielestämme työmme muitakin lähteitä voidaan pitää luotettavina, sillä ne on haettu kansallisista sekä kansainvälisistä tietokannoista. Kävimme opinnäytetyöprosessin alussa kampuksemme informaation pitämässä työpajassa, jossa hän opasti meitä tietokantojen oikeaoppiseen käyttöön. Pajassa saimme myös neuvoja, millaisia hakusanoja kannattaa kussakin tietokannassa käyttää, jotta löytäisimme helpommin opinnäytetyömme aiheita käsitteleviä julkaisuja. Pyrimme hakemaan tietoa alle 10-vuotta vanhoista lähteistä, mutta työstämme löytyy muutama hieman vanhempi. Valitsimme nämä vanhemmat lähteet tietoisesti, sillä niiden tieto on ajankohdasta mielestämme vielä tänä päivänä.

Koemme, että työn luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että työskentelimme kaksin. Meille molemmille oli tietoinen valinta, että emme tee opinnäytetyötä yksin vaan yhdessä jonkun kanssa. Kriittisyys lähteiden suhteen oli tarkempaa työskennellessämme yhdessä, ja samalla pystyimme pohtimaan lähteiden luotettavuutta. Lisäksi saimme työtaakkaa jaettua, sekä tuotua tekstiin enemmän erilaisia näkökulmia.

13.2 Jatkokehittämisehdotukset

Mietimme omalle opinnäytetyöllemme jatkokehittämisehdotuksia, joita joku muu voisi hyödyntää valitessaan samantapaisen aiheen. Omat ehdotuksemme liittyvät kohderyhmän informointiin sekä päiväkotien hygieniakäytäntöjen tehostamiseen.

Ehdotuksemme on, että opas esiteltäisiin lasten huoltajille esimerkiksi vanhempainillassa. Näin oppaan sisältämät tiedot saavuttaisivat juuri opinnäytetyön kyseisen käyttäjäryhmän. Tällaisessa vanhempainillassa huoltajat saisivat suoraan kommentoida oppaan sisältöä, antaa palautetta ja kysyä, jos oppaassa on jotain epäselvää. Toinen vaihtoehto olisi palautteen kerääminen huoltajilta esimerkiksi puoli vuotta oppaan käyttöönoton jälkeen, jolloin käyttäjäkokemusten perusteella opasta voisi vielä mahdollisesti kehittää.

Monet työssämme käsittelemät infektioaudit pääsevät helpommin leviämään päivähoidossa puutteellisen hygienian vuoksi. Hygieniaikäytäntöjen tulisi olla yhtenäiset ja tehokkaammat kaikissa päiväkodeissa, joten esimerkiksi hygieniaoppaan laatiminen päiväkotien henkilökunnan käyttöön voisi olla hyödyllistä.

LÄHTEET

Ashorn, M. (2016). Lapsen ripuli ja oksentelu. Lääkäriin tietokannat. Terveysportti. Haettu 19.4.2018 Duodecim-tietokanta.

Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Epilepsiat ja kuumekouristukset (lapset) (2013). Käypä hoito. Lääkäriin tietokannat. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 26.4.2018 Duodecim-tietokanta.

Evira (n.d.). Norovirus. Päivitetty 31.3.2016. Haettu 20.11.2017 osoitteesta <https://www.evira.fi/elintarvikkeet/tietoa-elintarvikkeista/elintarvikevaarat/ruokamyrkytykset/ruokamyrkytyksia-aiheuttavia-virusia/norovirus/>

Halt, K., Tossavainen, P. & Dunder, T. (2017). Urtikaria – tavallinen syy lasten päivystyskäynteihin. Tieteessä – katsausartikkeli 10/2017 vsk 72 s. 651–656. Haettu 26.3.2018 Medic-tietokanta.

Hannuksela-Svahn, A. (2015). Märkärupi (Impetigo contagiosa). Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 20.11.2017 Duodecim-tietokanta.

Hannuksela-Svahn, A. (2017). Päätät. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 20.11.2017 Duodecim-tietokanta.

Hannuksela-Svahn, A. (2014). Tietoa potilaalle: Syyhy (scabies). Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 22.11.2017 Duodecim-tietokanta.

Huttunen, R. & Syrjänen, J. (2017). Epidemia on yhteinen haaste. *Lääkärilehti 1-2/2017 vsk 72*. Haettu 12.1.2018 osoitteesta Medic-tietokanta.

Ibfelt, T., Engelund, E., Permin, A., Madsen, J., Schultz, A. & Andersen, L. (2015). Presence of Pathogenic Bacteria and Viruses in the Daycare Environment. *Journal of Environmental Health Vol. 78, No. 3, 24–29.* Haettu 12.1.2018 Cinahl-tietokanta.

Ihon bakteeri-infektiot (2010). Käypä hoito. Lääkäriin tietokannat. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 26.4.2018 Duodecim-tietokanta.

Jalanko, H. (2009a). Suolistotulehdus. 100 kysymystä lastenlääkärille. Terveyskirjasto. Haettu 22.11.2017 Duodecim-tietokanta.

Jalanko, H. (2009b). Infektiot ja päivähoito. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Haettu 21.11.2017 Duodecim-tietokanta.

Jalanko, H. (2016a). Kuumekouristus. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 16.2.2018 Duodecim-tietokanta.

- Jalanko, H. (2016b). Flunssa lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 9.1.2018 Duodecim-tietokanta.
- Jalanko, H. (2016c). Enterorokko. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 20.11.2017 Duodecim-tietokanta.
- Jalanko, H. (2016d). Parvorokko (pikkurokko). Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 1.2.2018 Duodecim-tietokanta.
- Jalanko, H. (2017a.) Tietoa potilaalle: Kuume lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 16.2.2018 Duodecim-tietokanta.
- Jalanko, H. (2017b). Rokkotaudit. 100 kysymystä lastenlääkärille. Terveyskirjasto. Haettu 22.11.2017 Duodecim-tietokanta.
- Jalanko, H. (2017c). Vesirokko. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 20.11.2017 Duodecim-tietokanta.
- Jalanko, H. (2017d.). Vauvarokko ("kolmen päivän kuume"). Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 1.2.2018 Duodecim-tietokanta.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2014). Etiikka hoitotyössä. Sanomapro: Helsinki.
- Lumio, J. (2017a). Tietoa potilaalle: Infektioiden tartunta, taudin synty ja leviäminen. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 18.1.2017 Duodecim-tietokanta.
- Lumio, J. (2017b). Tietoa potilaalle: Sikainfluenssa -pandemia 2009–2010. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Haettu 18.1.2018 Duodecim-tietokanta.
- Lumio, J. (2017c). Tietoa potilaalle: Norovirus. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 20.11.2017 Duodecim-tietokanta.
- Lumio, J. (2017d). Tietoa potilaalle: Infektioiden aiheuttajat: loiset, bakteerit, sienet, alkueläimet, virukset ja prionit. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 22.11.2017 Duodecim-tietokanta.
- Lumio, J. & Jalanko, H. (2017). Nielurisatulehdus ("angiina"). Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Haettu 9.1.2018 Duodecim-tietokanta.
- Morrissey, T. (2013). Multiple Child Care Arrangements and Common Communicable Illnesses in Children Aged 3 to 54 months. *Matern Child Health J (2013) 17:1175–1184*. Haettu 12.1.2018 Cinahl-tietokanta.

Nielutulehdus (2013). Käypä hoito. Lääkärin tietokannat. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 26.4.2018 Duodecim-tietokanta.

Nissi, U. (2005a). Vastauksia. Kirjalliset potilasohjeet: ohjeiden lajeja luettuna. VirtuaaliAMK. Päivitetty 16.10.2009. Haettu 10.4.2018 osoitteesta <http://www2.amk.fi/digma.fi/eetu/www.amk.fi/opintojak-sot/030905/1116425173436/1117079828301/1117080167158/1117080609141.html>

Nissi, U. (2005b). Ohjeen tehtävät: vastauksia. Kirjallisen potilasohjeen tehtävät asiakkaan kannalta: mitä asioita ja tietoja potilas tarvitsee. VirtuaaliAMK. Päivitetty 16.10.2009. Haettu 10.4.2018 osoitteesta <http://www2.amk.fi/digma.fi/eetu/www.amk.fi/opintojak-sot/030905/1116425173436/1117079828301/1117080212586/1117081256255.html>

Nissi, U. (2005c). Mistä silmäiltävyys muodostuu? Ohjetekstin silmäiltävyyteen vaikuttavia seikkoja: otsikointi, kappalejako, luettelot, rivivälit, marginaalit. VirtuaaliAMK. Päivitetty 26.11.2009. Haettu 10.4.2018 osoitteesta <http://www2.amk.fi/digma.fi/eetu/www.amk.fi/opintojak-sot/030905/1116425173436/1117079889682/1117096379185/1117097167387.html>

Nissi, U. (2005d). Millaista kieltä potilasohjeisiin? Tekstin ymmärrettävyys ja luettavuus. Ohjeita kirjoittajalle helpon ja selkeän kielen tekemisestä. VirtuaaliAMK. Päivitetty 16.10.2009. Haettu 10.4.2018 osoitteesta <http://www2.amk.fi/digma.fi/eetu/www.amk.fi/opintojak-sot/030905/1116425173436/1117079889682/1117096421323/1117097601734.html>

Nissi, U. (2005e). Milloin ohje on lukijan kannalta helppokäyttöinen? Potilasohjeen käytettävyyden, helppokäyttöisyyden kriteerejä. Ohjeita kirjoittajalle. Päivitetty 16.10.2018. Haettu 10.4.2018 osoitteesta <http://www2.amk.fi/digma.fi/eetu/www.amk.fi/opintojak-sot/030905/1116425173436/1117079889682/1117096445579/1117097997493.html>

Ohjeita päivähoidossa olevien lasten infektioiden vähentämiseksi 2011–2012 (n.d.). Hygieniaohe päiväkodeille. Päivitetty 12.10.2011. Haettu osoitteesta https://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=b0656207-5cdf-4dff-9372-dc1fd5252929&groupId=112792

Potilasohje: Streptokokki A (n.d.). Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Tarkistettu 11.12.2015. Haettu 13.2.2018 osoitteesta <http://www.kitee.fi/documents/42125/276479/Streptokokki+A+potilasohje/5ba2c8a6-5cae-462d-8d73-edb98f1b486e>

Rajala, L., Sepponen, K. & Hämeen-Anttila, K. (2010). Lasten infektio-oireiden esiintyvyys – onko päivähoidonmuodolla merkitystä? *Dosis vol. 26 n:o 4/2010*.

Rajantie, J. Heikinheimo, M. & Renko, M. (2016). Lastentaudit. Duodecim. Printon Trükikoda: Tallinna

Rello, L. & Baeza-Yates, R. (2013). Good Fonts for Dyslexia. ASSETS 2013 Bellevue, Washington, USA. Haettu 26.4.2018 osoitteesta http://dyslexia-help.umich.edu/sites/default/files/good_fonts_for_dyslexia_study.pdf

Renko, M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2016). Kuumeinen lapsi. Lääkärin käsikirja. Terveystietä. Haettu 26.4.2018 Duodecim-tietokanta.

Renko, M. & Uhari, M. (2001). Infektioiden ehkäisy päiväkodissa. Mitä lapselle kuuluu? *Duodecim 2001; 117:1093–8*. Aikakauskirja Duodecim. Haettu 13.12.2017 Duodecim-tietokanta.

Rostila, T. & Salo, E. (2000). Loiset-pienet mutta epämiellyttävät seuralaiset kotona ja päiväkodissa. *Duodecim 2000; 116: 289–96*. Aikakauskirja Duodecim. Haettu 22.11.2017 Duodecim-tietokanta.

Sairas lapsi, nielutulehdus (2016). Sairaudet. Haettu 13.2.2018 osoitteesta <http://www.sairaslapsi.com/sairaudet/nielutulehdus>

Sairas lapsi, vesirokko (2016). Sairaudet. Haettu 13.2.2018 osoitteesta <http://www.sairaslapsi.com/sairaudet/vesirokko>

Sairas lapsi, parvorokko (2016). Sairaudet. Haettu 9.3.2018 osoitteesta <http://www.sairaslapsi.com/sairaudet/parvorokko>

Sairas lapsi, märkärupi (2016). Sairaudet. Haettu 1.2.2018 osoitteesta <http://www.sairaslapsi.com/sairaudet/markarupi>

Schuster Bruce, C., Hoare, C., Mukherjee, A. & Prosad Paul, S. (2017). Managing acute respiratory tract infections in children. *British Journal of Nursing 602–609; vol 26; no 11*. Haettu 13.12.2017 Cinahl-tietokanta.

Seppänen, M. (2016). Silmän sidekalvotulehdus (konjunktiviitti). Lääkärikirja Duodecim. Terveystietä. Haettu 21.11.2017 Duodecim-tietokanta.

Seppänen, M. (2013). Silmätulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Terveystietä. Haettu 21.11.2017 Duodecim-tietokanta.

Silmän sidekalvontulehdus (konjunktiviitti) (n.d.). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Haettu 13.2.2018 osoitteesta [https://hoito-ohjeet.fi/Ohje-pankkiVSSH/Silm%C3%A4n%20sidekalvontulehdus%20\(konjunktiviitti\).pdf](https://hoito-ohjeet.fi/Ohje-pankkiVSSH/Silm%C3%A4n%20sidekalvontulehdus%20(konjunktiviitti).pdf)

Sipilä, R., Korppi, M. & Komulainen, J. (2017). Yskänlääkkeet lasten yskän hoidossa. Vältä viisaasti. Haettu 26.4.2018 Duodecim-tietokanta.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005). *Infektioriskin vähentäminen päivähoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 28.* Helsinki. Haettu 27.11.2017 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1903-0>

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuori, T. & Uotila, N. (2015). Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanomapro.

Terve.fi (2010). Sidekalvon tulehdus. Haettu 22.11.2017 osoitteesta <http://www.terve.fi/sidekalvon-tulehdus/sidekalvon-tulehdus>

Terve.fi (n.d.). Lasten märkärupi. Haettu 22.11.2017 osoitteesta <http://www.terve.fi/73284-mita-markarupi-on>

THL, rotavirus (n.d.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 18.9.2015. Haettu 22.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/rotavirus>

THL, norovirus (n.d.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 10.2.2016. Haettu 20.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/norovirus>

THL, päätäi (n.d.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 20.5.2016. Haettu 20.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/muut-taudinaiheuttajat/paatai>

THL, kihomato (n.d.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (n.d.d.). Päivitetty 20.5.2016. Haettu 20.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/muut-taudinaiheuttajat/kihomato>

THL, vesirokko (n.d.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (n.d.e.). Päivitetty 5.9.2017. Haettu 20.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/vesirokko>

THL, enterovirus (n.d.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 26.11.2015. Haettu 20.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/enterovirus>

THL, märkärupi (n.d.). Infektiot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 7.12.2015. Haettu 20.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveysneuvonta/infektiot#markarupi>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. (2002). Potilasohjeet ymmärrettäväksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Haettu 21.3.2018 osoitteesta http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Van Beeck, A.H, Zomer,T., van Beeck, E., Richardus, J., Voeten, H. & Erasmus, V. (2015). Children's hand hygiene behaviour and available facilities: an observational study in Dutch day care centers. *European Journal of Public Health Vol. 26, No. 2, 297–300*. Haettu 12.1.2018 Cinahl-tietokanta.

Van Kerkhove, M. & Ferguson, N. (2012). Epidemic and intervention modelling – a scientific rationale for policy decisions? Lessons from the 2009 influenza pandemic. *Bull World Health Organ 2012; 90: 306–310*. Haettu 26.4.2018 Cinahl-tietokanta.

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Viskari, S. (2009). Tieteellisen kirjoittamisen perusteet. Opas kirjoittamiseen ja seminaarityöskentelyyn. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print: Tampere.

Von Schatz, M. & Matilainen, H. (2009). Tarttuuko se? Ehkäise, estä ja hoida. Helsinki: Kirjapaja.

Zomer, T., Erasmus, V., van Beeck, E., Tjon-A-Tsien, A., Richardus, J. & Voeten, H. (2003). A hand hygiene intervention to decrease infections among children attending day care centers: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC infectious diseases*. Haettu 27.11.2017 Medic-tietokanta.

Österback, R. (2015). *Detection, identification and molecular variation of human enteroviruses*. Pro gradu –tutkielma. Molekyylilääketieteen tohtorihjelma. Turun yliopisto. Haettu 12.1.2018 Medic-tietokanta.