



LASTEN INFEKTIOTAUTIEN HOITO KOTONA

Ohjaustuokio isäkahvilassa

Elina Lantela

Katri Lievonen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumis-
vaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LANTELA, ELINA & LIEVONEN, KATRI:
Lasten infektioautien hoito kotona – Ohjaustuokio isäkahvilassa
Opinnäytetyö 80 sivua, josta liitteitä 10 sivua
Lokakuu 2012

Tämän toimintaan painottuvan opinnäytetyön tarkoitus oli pitää toimintatuokio isille ja heidän lapsilleen Mannerheimin lastensuojeluliiton Tampereen osaston Laivapuiston perhetalossa. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten flunssaa tai gastroenteriittiä sairastavaa lasta hoidetaan kotona, millaista isyys on nykypäivänä ja millaista on hyvä ohjaus ryhmälle.

Isyys on muuttunut 1900-luvun alkupuolen perinteisestä auktoriteetti–isyydestä uudempaan 2000-luvun hoivaavaan isyyteen. Nykypäivän isyys on monimuotoista. Voidaan puhua esimerkiksi sosiaalisesta -, juridisesta -, psykologisesta - ja biologisesta isyydestä. Nyky-yhteiskunnassa halutaan tukea isyyttä erilaisin valtion, kunnan ja kolmannen sektorin keinoin. Suomessa infektioaudit aiheuttavat runsaasti sairastuvuutta ja kustannuksia niin perheelle, kuin yhteiskunnalle. Lapsilla yleisimpiä infektioita ovat flunssa eli nuhakuume ja gastroenteriitti eli vatsatauti. Flunssan oireita ovat kuume, kurkkukipu, nuha, tukkoisuus ja yskä. Oireita voidaan helpottaa kuumelääkkeillä, höyryhengityksellä ja nenään laitettavilla keittosuolatipoilla. Gastroenteriitin oireita ovat ripulointi ja oksentelu. Gastroenteriitin hoidossa tärkeintä on lapsen nestetasapainosta huolehtiminen. Ryhmässä tapahtuvassa ohjauksessa on monia oppimista tukevia asioita. Tietojen ja kokemusten vaihtaminen johtaa uuden oppimiseen. Ryhmässä on tärkeää, että jäseniä kuunnellaan ja jokainen saa tuoda omat mielipiteensä esiin.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin yhteistyössä Mannerheimin lastensuojeluliiton kanssa ja siihen osallistui isäkahvilassa käyviä isiä ja heidän lapsiaan. Ohjaus toteutettiin tietovisan avulla ja kysymykset käsitelivät flunssaa ja gastroenteriittiä sekä niiden hoitoa. Tieto tuotiin isille käymällä yhdessä läpi oikeat vastaukset kysymyksiin ja tietoja syvennettiin vuoropuhelun keinoin. Tietoa jaettiin myös isäkahvilaa varten tehdyillä julisteilla, joiden aiheita olivat flunssa ja sen hoito, gastroenteriitti ja sen hoito ja kuumekouristus sekä tartuntojen ehkäisy. Lapset osallistuivat tuokioon ja heidät huomioitiin heitä varten tehdyillä leluilla ja tuokion lopuksi annettavilla palkinnoilla. Ohjauksen tietoperustana käytettiin uusinta 2000-luvun teoretietoa ja tutkimuksia.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä isien tietoja ja taitoja lasten flunssan ja vatsataudin hoidosta kotona sekä kehittää opinnäytetyön tekijöiden ohjaustaitoja. Kehittämishdotuksena on tutkia nuorten isien tuen tarvetta isyyteen kasvussa ja kehittää isille suunnattua toimintaa.

Asiasanat: lapset, infektioaudit, nuhakuume, gastroenteriitti, isyys, ohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

LANTELA, ELINA & LIEVONEN, KATRI
Health education at the father cafeteria

Bachelor's thesis 80 pages, appendices 10 pages
October 2012

The aim of this thesis was to arrange a functional guidance for fathers and their children at Mannerheim League for Child Welfare center at Tampere, Finland family on the subject how to take care of children who have an infection disease. Further objectives of the thesis were to report how to treat children with common cold or gastroenteritis, what fatherhood is like nowadays and how to arrange a good guidance for a group.

Fatherhood has changed from 19th centuries' traditional fatherhood to 20th centuries' modern nurturing fatherhood. Government, local communities and third sectors support the chance of fatherhood with different kinds of methods. Flu and gastroenteritis are the most common infections of children. Infection diseases cause plenty of illness as well as costs for families and communities in Finland. In a group sharing information and experience leads to learning. It is important to be heard and to have a chance to share opinions.

The overall goals of this thesis were to improve fathers' knowledge of children's infection diseases and to improve the author's group-guiding skills. A proposal for further thesis would be to research what sort of support young fathers need during their growth as a father and to develop activities only designed for them.

Key words: children, infection, flu, gastroenteritis, fatherhood, guidance

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3 TEOREETTINEN VIIITEKEHYS	9
4 ISYYS ENNEN JA NYT	10
4.1 Isyys muutoksessa	10
4.2 Isyys 2000-luvulla	13
4.2.1 Isyyden mallit	15
4.2.2 Isyyttä koskeva lainsäädäntö	19
4.2.3 Isyyden tukeminen nyky-yhteiskunnassa	16
5 LASTEN INFEKTIOAUDIT	21
5.1 Yleistä lasten infektioitaudeista	21
5.2 Infektion syntyyn vaikuttavat tekijät	21
5.2.1 Infektioiden leviäminen päivähoitossa	23
5.2.2 Tartuntojen ehkäisy	25
5.3 Flunssa eli nuhakuume	25
5.3.1 Flunssan oireenmukainen hoito	27
5.4 Gastroenteriitti	29
5.4.1 Gastroenteriitin hoito ja nestetasapaino	30
5.4.2 Probiootit gastroenteriitin hoidossa	32
5.5 Kuume ja sen hoito	33
5.5.1 Kuumeen lääkehoito	36
5.6.2 Kuumekouristus	38
6 OHJAUS RYHMÄLLE	41
7 YHTEENVETO TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA	44
8 TOIMINTAAN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	45
9 OHJAUSTUOKIO ISÄKAHVILASSA	47
9.1 Toiminnan suunnittelu ja toteutus	47
9.2 Toiminnan arviointi	50
9.2.1 Itsearviointi	51
10 POHDINTA	54
10.1 Eettisyys ja luotettavuus	54
10.2 Opinnäytetyön prosessi	59
10.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	62
LÄHTEET	67
LIITTEET	71

Liite 1. Tietovisakysymykset	71
Liite 2. Palautelomake	72
Liite 3. MLL:n palaute toimintatuokiosta	73
Liite 4. Aiheeseen liittyvät tutkimukset.....	74

1 JOHDANTO

Viime vuosikymmeninä kiinnostus isyyttä kohtaan on kasvanut huomasti ja 1980-luvulla isyydestä on alettu puhumaan omana käsitteenään. Perheessä tapahtuneet rakennemuutokset ovat seurausta siitä, että isyydelle on kehittynyt erilaisia muotoja, kuten niin sanotut uusperhe-isät ja etä-isät. Muutokset ovat vaikuttaneet miehiin ja isyyteen niin, etteivät he välttämättä tiedä miten isänä tulisi olla. Perinteiset isyyden mallit eivät toimi enää tänä päivänä, eikä uutta selkeää isyyden mallia ole vielä olemassa. (Nummi 2007, 6.) Myös yhteiskunta haluaa tukea isyyttä erilaisin keinoin. Mannerheimin lastensuojeluliitto on ollut jo vuodesta 1920 aktiivisesti mukana järjestämässä erilaisia vanhemmuuteen liittyviä asiantuntijatapahtumia. Se on tehnyt yhteistyötä muun muassa eri poliittikkojen ja järjestöjen kanssa. Mannerheimin lastensuojeluliitossa alettiin painottaa ja tutkia isien osuutta lastenhoidossa 1960-luvulla. (Vuori 2001, 145.)

Isyyslaki vahvistettiin vuonna 1975 ja se otettiin käyttöön vuonna 1976 lailla isyyslain voimaannpanosta (Helin 2011, 9). Isyyteen liittyviä lakeja Suomessa ovat isyyslaki, laki isyyslain voimaannpanosta, laki oikeusgeneettisestä isyystutkimuksesta ja laki pohjoismaisten isyysratkaisujen tunnustamisesta. Lisäksi isyyttä koskee asetus isyyden vahvistamisesta ja kumoamisesta sekä lapsen elatuksesta ja valtioneuvoston asetus oikeusgeneettisestä isyystutkimuksesta. (Finlex 2012.) Tällä hetkellä oikeusministeriössä on menossa isyyslain uudistaminen, jonka tavoitteena on isyyslain ajanmukaistaminen (Helin 2011, 9).

Infektiotaudit ovat erilaisten mikrobien aiheuttamia tulehdustiloja. Lapsilla yleisin infektion aiheuttaja on virus ja yleisimmät infektiot ovat flunssa eli nuhakuume ja gastroenteriitti eli vatsatauti. (Ruuskanen & Peltola 2007, 143; Jalanko 2009.) 1990-luvun alussa Helsingissä on laskettu, että sairastelu aiheuttaa lasta kohti noin 1000 euron kustannukset vuodessa. Tästä voidaan arvioida flunssasta ja sen jälkitaudeista aiheutuvan 50–100 miljoonan euron kulut vuodessa. (Ruuskanen, Peltola & Vesikari 2007, 143.) Alle kouluikäisten lasten sairastelu lisää myös vanhempien poissaoloja työstä. Se vaikeuttaa perheen arkea ja aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia perheelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 10; Ruuskanen ym. 2007, 143.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2005) mukaan infektiotaudit ovat alle kouluikäisten yleisimpiä terveysongelmia ja ai-

heuttavat suurimman osan päivähoidossa olevien lasten poissaoloista (THL, 2005). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2009) tekemässä raportissa tutkittiin eri ikäryhmien terveyskeskuskäyntejä. Kaiken ikäisistä infektiopotilaista alle viisivuotiaat lapset muodostivat viidenneksen terveyskeskusvastaanotolla infektion vuoksi käyneistä asiakkaita. Se on lähes nelinkertainen määrä heidän väestölukuunsa nähden. Hengitystieinfektiot olivat yleisin syy terveyskeskuksessa käyntiin ja käsittivät näin ollen yli 80 prosenttia kaikista alle 15-vuotiaiden lasten infektioista. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 49, 51.)

Tämän opinnäytetyön avulla halutaan tukea isyyttä ja lisätä isien tietoja lasten yleisimmistä infektioista sekä lisätä heidän keinoja osallistua lapsen hoitoon lapsen sairastaessa. Työssä kerrotaan millaista isyys oli ennen ja millaista se on nykypäivänä. Työ sisältää kattavasti tietoa lasten infektioista ja niiden hoidosta kotona. Työssä kerrotaan myös miten pidetään hyvä ohjaustuokio ryhmälle. Opinnäytetyö on toiminnallinen ja tarkoituksena on pitää toimintatuokio Mannerheimin lastensuojeluliiton Tampereen osaston isäkahvilan isille ja heidän lapsilleen. Yhteistyökumppaniksi valittiin Mannerheimin lastensuojeluliiton Tampereen osasto ja sieltä nousi tarve tämän tyyppiselle opinnäytetyölle. Kohderyhmää mietittiin yhdessä toiminnanjohtajan kanssa ja Laivapuiston perhetalossa oli juuri alkamassa uusi isäkahvila, joten saimme mahdollisuuden tehdä opinnäytetyön siihen liittyen. Itse olemme myös kiinnostuneita nykypäivän isyydestä sekä haluamme oppia ohjaamaan vanhempia ja pitämään hyvän ohjaustuokion ryhmälle.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on pitää toiminnallinen ohjaustuokio lasten flunssan ja gastroenteriitin kotihoidosta Mannerheimin lastensuojeluliiton Tampereen osaston isäkahvilassa käyville isille ja lapsille.

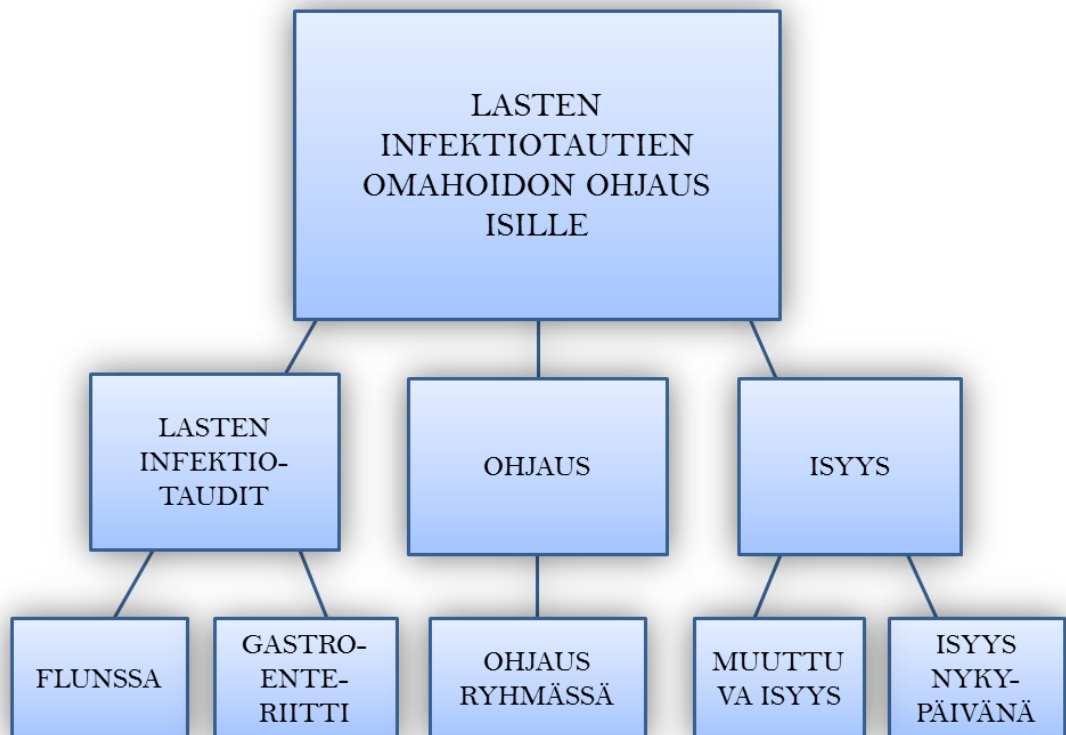
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaista on isyys nykypäivänä?
2. Miten kotona hoidetaan flunssaan ja vatsatautiin sairastunutta lasta?
3. Miten pidetään hyvä ohjaustuokio ryhmälle?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä isien tietoja ja taitoja lasten flunssan ja gastroenteriitin hoidosta ja sitä kautta helpottaa perheiden arkea lapsen sairastaessa. Tavoitteena on myös syventää opinnäytetyön tekijöiden tietämystä flunssasta ja gastroenteritista. Lisäksi haluamme tarkastella syvemmin muuttuvaa isyyttä ja isyyden merkitystä nykypäivänä. Ohjaustuokion kautta halutaan kehittää myös sairaanhoitajan työssä tärkeitä ohjaustaitoja.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettisessa viitekehyksessä (kuvio 1) on esitelty opinnäytetyön keskeiset teoreettiset lähtökohdat. Teoreettisia lähtökohtia ovat isyys, lasten infektioaudit ja ohjaus. Teoreettiset lähtökohdat on jaettu tarkempiin aihealueisiin, jotka ovat muuttuva isyys ja isyys nykypäivänä, flunssa eli nuhakuume, gastroenteriitti eli vatsatauti ja ohjaus ryhmässä. Isyys valittiin teoreettiseksi lähtökohdaksi, koska opinnäytetyön toiminnallinen osuus on suunnattu isille. Ohjaus käsittelee lasten infektioauteja, joten ne ovat yksi keskeinen lähtökohta. Työssä keskitytään flunssaan ja gastroenteriittiin, koska ne ovat lasten yleisimmät infektioaudit, joita hoidetaan kotona. Kolmanneksi lähtökohdaksi valittiin ohjaus, koska se on tärkeä osa opinnäytetyön toteutusta.



KUVIO 1. Lasten infektioautien omahoidon ohjaus isille

4 ISYYS ENNEN JA NYT

4.1 Isyys muutoksessa

Tässä opinnäytetyössä kerrotaan isyyden muutoksesta 1900-luvun alkupuolelta 2010-luvulle saakka. Ennen isyyden muutoksen alkua kohti nykypäivän hoivaavaa isyyttä, isä nähtiin perheessä auktoriteettina. Hänellä oli myös ainoana perheessä oikeus tehdä lapsiin liittyviä päätöksiä. Lainsäädäntökin tuki tällaista kasvatustapaa määrittelemällä isän lapsen viralliseksi holhoojaksi, vaikka käytännössä äiti hoiti lasta. Vasta vuonna 1930 uudistetussa avioliittolaissa äidit saivat laillisen oikeuden lapsiinsa. (Korhonen 1999, 81.)

Korhosen (1999, 231) väitöskirjassa tutkimukseen osallistuneet isät kuvaavat yleensä omia isiään ”etäisiksi auktoriteeteiksi” ja tällaista isyyttä kuvataankin perinteiseksi suomalaiseksi isyydeksi. ”Epävakaa ja arvaamaton isä” nähtiin yleensä kielteisessä valossa, mutta myös myönteisiä kokemuksia isistä oli. ”Pelottavan ankara isä” kuvattiin aina kielteiseksi ja se herätti ahdistusta ja katkeruutta. (Korhonen 1999, 231–232.) Aalto ja Mykkänen (2010, 9) kirjoittavat, että isyys ja isyyden menneisyys on luultua monimuotoisempaa. Jokainen menneisyyden isä ei ole voinut olla perheen pää ja elättäjä. Suomessa miehet ovat olleet heikkoja elättäjiä, eivätkä he ole voineet toimia perheen ainoana elättäjinä. Kaksi 1920-luvulla syntynyttä miestä kuvaavat tuon ajan omia isiään keskenään aivan erilaisiksi. Toisen miehen isä oli auktoriteettia täynnä oleva perheen pää ja toinen perheen kanssa samassa pöydässä syövä ja lapsia auttava isä. Kummatkin kertomukset ovat varmasti tosia ja se kertoo entisajan isyyden moninaisuudesta. Muistikuvia on vaikea todentaa, koska aiheesta on vähän tutkittua tietoa. (Aalto & Mykkänen 2010, 15.) Kuten jo 1920-luvun miehen kertomuksessa oli havaittavissa lempeämpi isämalli myös Korhosen (1999, 231) väitöskirjassa kerrotaan, että ennen on ollut myös ”tasaisia ja hyväluonteisia isiä”. Edellisissä sukupolvissa on siis ollut miehiä, jotka ovat olleet sosiaalisesti lahjakkaita ja vuorovaikutteisia isiä. (Korhonen 1999, 231–232.)

1960-luvun murrokseen asti kaikki lapsiin liittyvät asiat, kuten lasten hoito ja kasvatusta, miellettiin lähes kokonaan äitien tehtäväksi (Vuori 2001, 30–31). Korhosen (1999, 81) mukaan ennen toista maailmansotaa isät työskentelivät kotona ja opettivat pojilleen

ammattinsa. Näin heidän roolinsa kasvattajana oli käytännöllinen. Toisen maailmansodan jälkeen isät lähtivät palkkatöihin pois kotoa, joten tätä seuraavina vuosikymmeninä heidän roolinsa isänä kutistui. (Korhonen 1999, 81.) Isän vaikutus lapseen koettiin vähäisenä ja äitiä pidettiin lapsen hoitajana, jota isä ei voinut korvata. Isän merkitys näkyi lähinnä siinä, että hän piti huolen siitä, että äidit hoitivat lapsia. (Aalto & Mykkänen 2010, 24.) Ensimmäisen polven teollisuustyöläisten lapsuusmuistoissa kuvataan vanhempia, erityisesti äitejä, ahkeriksi työntekijöiksi. Kertomuksissa isät ovat vahvasti läsnä, vaikka he olivatkin paljon poissa kotoa. (Korhonen 1999, 26.)

1960-luvulla miehet alkoivat ottaa osaa lasten hoitoon, kasvatukseen ja elatukseen. Ensimmäisiä merkkejä isyyteen suhtautumisen muutoksesta oli sotien jälkeen tapahtuvat uudistukset, joissa viranomaisten tehtäväksi tuli huolehtia, että jokainen avioton lapsi saisi elatusapua mieheltä, joka oli saattanut naisen raskaaksi. (Vuori 2001, 30–31.) Roo-lijaon muutokseen perheessä ovat vaikuttaneet myös ammatilliset rakennemuutokset sekä naisten halu kouluttautua (Huttunen 2001, 73). 1960- ja 1970-luvuilla naisten osuus työvoimana kasvoi ja jatkui aina 80-luvulle asti vaikkakin hidastuneena (Vuori 2001, 29). Palvelualojen lisääntyminen toi naisille lisää työpaikkoja, joka myös nopeutti ja mahdollisti muuton maalta kaupunkiin (Huttunen 2001, 73).

1950-luvulta lähtien valtio ja kunnat alkoivat tukea perhepoliittista toimintaa, terveydenhuoltoa ja sosiaalityötä (Vuori 2001, 23). 1900-luvun puolivälissä jokaiseen kuntaan perustettiin neuvola. Neuvoloiden toiminta oli aluksi suunnattu ainoastaan äideille, mutta 1970-luvulla alettiin painottaa perhekeskeisyyttä, jolloin perhevalmennus tuli yhdeksi osaksi neuvolatoimintaa. (Vuori 2001, 24.) Perhetyön myötä isien annettiin viimeinkin osallistua synnytyksiin (Nummi 2001, 16). 1970-luvulla voimaan astuivat myös uudet lait isyydestä, kuten laki elatuksesta ja isyyden tunnustamisesta. Laki lapsen huolto- ja tapaamisoikeuksista laadittiin 1980-luvun puolivälissä. (Vuori 2001, 30–31.)

1970-luvulla tutkimukset isyyttä kohden laajenivat (Nummi 2007, 16). Isiä alettiin kuvata tunteellisina, hoivaavina ja herkkinä isinä ja aviomiehinä. Tämä uusi isyyden kuvaus tarvitsi uuden käsitteen ja näin ollen 1980-luvulla kirjallisuuteen ilmestyi ”new father”-käsite. Suomenkielessä tällä tarkoitettiin miestä, joka tietoisesti pyrkii täysimääräiseen isyyteen. Alettiin myös ajatella, että miesten tullessa lempeämmiksi verrattuna aiempaan, he vaikuttaisivat positiivisesti myös lapsiin. Etenkin pehmeä ja empaattinen

isyiden malli tekisi vain hyvää tuleville sukupolville. Tällainen muutos vaikuttaisi myönteisesti myös parisuhteeseen, sillä miehet oppisivat olemaan lempeämpiä omia vaimojaan kohtaan. Jotta uusi isyys täyttää kriteerinsä, isän täytyy olla yhtä sitoutunut lapsiinsa kuin äiti ja kiinnostunut heidän hoidostaan yhtä paljon kuin äitikin. Molempien vanhempien pitäisi olla yhtä päteviä lasten hoidossa ja kotitöissä. (Korhonen 1999, 93.)

1980-luvulla isä ja äiti nähtiin jo melko tasavertaisina vanhempina. Alettiin ajatella, että isälle ja lapselle voisi syntyä äidistä riippumaton suhde. Tutkimuksissa osoitettiin, että lapsen ensimmäinen kiintymyssuhde ei ole vanhemman sukupuolesta riippuvainen. (Korhonen 1999, 94.) Äitiysrahan muuttuessa vuonna 1985 äitiys- isyys- ja vanhempainrahaksi, isät pystyivät halutessaan jäämään isyyslomalle hoitamaan lapsia, äidin äitiysloman jälkeen. (Vuori 2001, 31.)

1990-luvun lopulla moraalien ja sääntöjen opettaminen etäisyyden päästä on vaihtunut toisenlaiseen isyyden malliin. Isästä on tullut huolehtiva isä, joka ottaa osuutta lasten hoitoon. (Korhonen 1999, 83.) 1990- ja 2000-lukujen vaihteessa mies nähtiin epävarmana henkilönä perheessä. Tämän vuoksi miesten vanhemmuutta haluttiin alkaa tukea entistä enemmän erilaisin julkisin ja kolmannen sektorin toimin. Näiden konkreettisten käytäntöjen kautta sosiaali-, terveys- ja kasvatusalojen toimijat halusivat ohjata ja muovata miesten toimintaa ja aktiivisesti tukea heidän isyyttään. Jo 1990-luvulta alkaen järjestettiin perhevalmennusta isäryhmille, mitä kokeiltiin eri puolilla Suomea. Perhevalmennusta pidettiin yhtenä lupaavimmista keinoista tukea isyyttä. Isäryhmässä tarkoituksena oli auttaa ja tukea miehiä toimimaan omalla tavallaan isän roolissa. Ryhmissä pohdittiin millaisia muutoksia ja haasteita lapsen syntymä aiheuttaa perheessä. (Eräranta 2007, 33–36.)

Niin sanotut suurten ikäluokkien miehet ovat olleet jo enemmän mukana perheen arkielämässä. Isät ovat enemmän läsnä ja pitävät huolta lapsista sekä auttavat vaimojaan selvästi enemmän verrattuna heidän omiin isiinsä. Aiemmin sukupuolien välisessä suhteessa naisen oli vain kuunneltava miestä, mutta nyt voidaan puhua jo keskustelu- ja neuvottelusuhhteesta. (Korhonen 1999, 232–233.)

4.2 Isyys 2000-luvulla

Isyys on viime vuosina noussut entistä enemmän esille julkisissa keskusteluissa sekä yhteiskunnallisten tutkimusten aiheena. Isyystutkimus on lisääntynyt viime vuosikymmeninä ja perheasiantuntijoiden- ja tutkijoiden mielenkiinto on suuntautunut äitiyden sijaan entistä enemmän isyyteen. (Aalto & Kolehmainen 2004, 9, 15.) Aallon ja Kolehmaisena (2004, 9, 15) mukaan etenkin julkisessa keskustelussa isyyttä voidaan käsitteellistää joko perinteiseksi tai uudenlaiseksi isyydeksi. Uudenlaista isyyttä on kuvattu kahdella eri kehitysuunnalla. Vahvistuvassa isyydessä isä on entistä enemmän osallistuva ja ohenevassa isyydessä yhä vähemmän osallistuva. (Aalto & Kolehmainen 2004, 9, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008, 9) määrittelee isyyden kahdensuuntaiseksi vuorovaikutussuhteeksi lapsen ja miehen, usein biologisen isän välillä. Tähän vastavuoroiseen suhteeseen kuuluvat sekä antaminen että saaminen. Lapsen näkökulmasta katsottuna lapsella on oikeus molemmilta vanhemmilta saatavaan kasvun tukemiseen sekä siihen, että molemmat vanhemmat ovat osallisena lapsen arjessa. Vanhempien kannalta katsottuna molemmilla vanhemmilla on oikeus olla mukana lapsen kasvussa. Lapsen kasvu ei odota ja sen vuoksi on tärkeää, että mies pystyy ottamaan roolinsa isänä jo ennen lapsen syntymää ja on mukana lapsen kasvussa heti syntymän jälkeen. Isyyttä ei tulisi katsoa kilpailunäkökulmasta vanhemmuuteen, vaan siten, että isyys mahdollistaisi tasa-arvoisuuden ja yhteisen vastuunoton sukupuolten välisessä yhteistyössä perheen ja lapsen hyvinvoinnin edistämiseksi. Kun isyys on toimivaa, se tukee äitiyttä ja mahdollistaa hyvän yhteisen vanhemmuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 9.) Nykyään odotukset isiä kohtaan ovat korkeammalla kuin ennen, eikä hyvän isän tunnusmerkki ole enää ainoastaan taloudellisista asioista huolehtiminen. Jokaisen isän on luotava oma malli isyydelleen ja yleisen käsityksen mukaan pyrittävä olemaan tasavertainen kasvattaja perheessä. (Juvakka & Viljamaa 2002, 9.)

Nykyään isä osallistuu enemmän lapsen hoivaan ja arjen askareisiin omatoimisesti ja joutuu ottamaan enemmän vastuuta lapsesta. Tämä vahvistaa isän ja lapsen välistä vuorovaikutussuhdetta. (Juvakka & Viljamaa 2002, 36, 60.) Tällainen muutos on kuitenkin edellyttänyt asennemuutosta niin perheessä kuin yhteiskunnassakin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Lapsen syntymä on miehelle uusi kokemus, joka voi aiheuttaa ah-

distusta ja pelkoa. Erilaisten tunteiden tunnistaminen ja niiden sanallinen ilmaiseminen auttaa käsittelemään asioita ja samalla myös vähentää negatiivisia tunteita. Oman lapsen kanssa oleminen luo miehille uuden kanavan ilmaista hellyyttä. (Eräranta 2007, 38.) Isyydessä vaikeimpia tehtäviä on rajojen asettaminen. Erityisesti tahtoikäinen lapsi koettelee isää ja isien olisikin tärkeää oppia tulkitsemaan lapsensa reaktioita oikein. (Juvakka & Viljamaa 2002, 60.)

Nina Halmeen (2009, 80) väitöskirjassa tutkittiin leikki-ikäisten lasten ja isien yhdessäoloa. Isät ja lapset viettivät yhdessä aikaa arkipäivinä esimerkiksi leikkien ja pelaten, keskimäärin yhden tunnin. Isä oli lasten käytettävissä ja apuna arkena yhteensä noin neljä tuntia päivässä. Tämä tarkoitti aikaa jolloin isä ei konkreettisesti leikkinyt tai pelannut lapsen kanssa, mutta tarvittaessa vastasi lapsen tarpeisiin. Viikonloppuisin nämä ajat olivat pidempiä. Isillä ja lapsilla oli keskimäärin paljon yhteistä tekemistä, kuten pelailua, leikkimistä ja yhdessä syömistä. Mitä nuorempi ja koulutetumpi isä oli ja mitä enemmän isä työskenteli, sitä vähemmän hän vietti aikaa lapsen kanssa. Lähes kaikki isät, jotka osallistuivat tutkimukseen, pitivät lasten kanssa yhdessäoloa mieluisana. (Halme 2009, 82–83.)

Nykypäivän isyydessä on myös toisenlainen puoli, sillä Erärannan (2007, 36) artikkelin mukaan ensimmäisen lapsen syntymä voi aiheuttaa perheessä ristiriitoja. Isä voi tuntea itsensä ulkopuoliseksi, kun äiti keskittyy vauvaan. Usein ensimmäisen lapsen syntymän jälkeen parisuhde voi ajautua kriisiin ja jopa avioeroon. Tilastot osoittavat, että noin viidesosa perheistä on yksinhuoltajaperheitä, jotka useimmiten ovat naisten huoltamia. Niin kuin aiemmin mainittiin, miehen olisi hyvä ottaa alusta alkaen aktiivinen rooli vanhemmuuteen ja rakentaa läheinen suhde vauvaan. (Eräranta 2007, 36–37.) Hoivaava ja osallistuva isyys ei välttämättä ole helppoa nykypäivän miehille, koska he eivät ole saaneet siihen mallia omassa lapsuudessaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 14).

Nykyään miehet saattavat olla elämänsä aikana useammassa kuin yhdessä parisuhteessa tai avo- tai avioliitossa. On tavallista, että perheen lapset eivät ole molempien vanhempien biologisia lapsia. Myös miesten elämäntilanteet tai elämänratkaisut saattavat olla sellaisia, ettei mahdollisuutta omiin biologisiin lapsiin ole. Tästä huolimatta mies voi olla elämässään isän roolissa esimerkiksi puolisonsa lapsille. Näin ollen nykypäivän isyyttä tulisikin pohtia ja käsitellä monimuotoisista näkökulmista. (Halme 2009, 25.)

4.2.1 Isyyden mallit

Nykypäivän isyyttä pidetään monimuotoisena. Isyystutkija Jouko Huttunen (2001, 58–64) on kehittänyt neljä erilaista isyyden käsitettä, jotka kuvaavat isyyttä nykypäivänä. Käsitteet ovat *biologinen -*, *juridinen -*, *sosiaalinen - ja psykologinen isyys*. Ne voivat esiintyä joko yksin tai yhdessä. (Huttunen 2001, 58–64.)

Biologisella isyydellä tarkoitetaan isän ja lapsen perinnöllistä suhdetta. Biologisella isällä tarkoitetaan siis mieshenkilöä, joka on siittänyt lapsen tai antanut sukusolujaan keinohedelmöitystä varten. Vaikka isän ja lapsen suhde ei koskaan kehittyisi kunnolla, eivätkä he koskaan tapaisi, mies on aina lapsen isä ja puolet lapsen geneistä on häneltä. Pelkkä tieto lapsen olemassaolosta on miehelle ja hänen identiteetilleen merkityksellinen asia. On myös olemassa miehiä, joille tämä tieto ei merkitse mitään. Isältä saadulla perimällä on lapsen myöhemmän elämän kannalta valtavasti merkitystä. Biologinen isä on hänen elämässään loppuelämän geeniperimän kautta, riippumatta siitä onko isä tiedossa vai ei. (Huttunen 2001, 59.)

Juridinen isyys tarkoittaa laillista isyyttä. Juridiseksi isäksi voi tulla joko avioliiton myötä, isyyden tunnustamalla tai adoption kautta. Lapsen syntyessä aviottomaan liittoon, isän täytyy tunnustaa tai vahvistaa isyys saadakseen juridisen isyyden. Vanhemmat voivat täyttää lastenvalvojan vastaanotolla isyidentunnustusasiakirjat, jonka jälkeen ne lähetetään käräjäoikeuteen tuomarin vahvistettavaksi. Jos mies ei halua vapaaehtoisesti tunnustaa isyyttään, todisteiden ollessa varmoja, isyyden vahvistaminen tapahtuu oikeusteitse. Nykyään syntyy runsaasti lapsia avioliittojen ulkopuolella, joten tunnustamismenetelmä on varsin yleinen. Adoptio on kolmas mahdollisuus saada juridinen isyys. Mies voi adoptoida lapsen joko yhdessä puolisonsa kanssa, tai uusperheen kautta adoptoimalla kumppaninsa aiemmat lapset. Isän adoptoitua uusperheen lapsen perhe muuttuu ydinperheeksi, eikä lasta lueta ottolapseksi. (Huttunen 2001, 60–61.)

Lapsen kanssa asuvaa, arjen jakavaa ja huolenpitoa antavaa miestä sanotaan *sosiaalisesti isäksi*. Sosiaaliseen isyyteen kuuluu esiintyminen lapsen kanssa erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Ulkopuoliset ihmiset tottuvat pitämään miestä lapsen oikeana isänä, vaikka biologisesti näin ei olisikaan. Sosiaalinen isä on usein myös laillinen isä ja siksi näitä kahta isyyttä ei ole aina eroteltu käsitteellisesti toisistaan. Sosiaalinen isä-käsite on

kuitenkin tarpeen, sillä moni isä on nykyään selkeästi vain sosiaalinen isä. (Huttunen 2001, 62–63.) On tavallista, että miehet ovat elämänsä aikana useammassa parisuhteessa. Tällöin lapset elävät perheissä, joissa vain toinen vanhemmista on biologinen. (Halme 2009, 25.)

Neljäs isyyden käsite on *psykologinen isyys*. Sillä tarkoitetaan tunnepohjaista ja kiintymykseen perustuvaa isyyttä ja isä-lapsi suhdetta. Ensisijaisesti psykologinen isyys määrittyy lapsen kautta. Lapsi päättää ketä hän pitää isänään, keneen hän on kiintynyt ja keneltä hän saa turvaa. Miehen kannalta isyyden voi tunnistaa, kun hän tuntee lasta kohtaan voimakasta tunnetta ja halua esimerkiksi hoivata, suojella ja auttaa lasta. Lapsen ja aikuisen välillä on näin ollen kiintymyssuhde, joka on verrattavissa äidin ja lapsen kiintymyssuhteeseen. (Huttunen 2001, 64–65.)

Nykypäivän isyyttä voidaan kuvata myös hoivaavan isyyden käsitteellä. Jouko Huttusen mukaan hoivaavassa isyydessä lapsi hakee isästä tukea ja turvaa ja isän henkinen läsnäolo on koko ajan lapsen käytettävissä. Hoivaavan isän tulisi myös voida ottaa vastuulleen puolet lapsen hoivasta sekä tarvittaessa hänen tulisi pystyä täysin huolehtimaan lapsesta. Hoivaava isä huolehtisi siis vaipanvaihdot, ruokailut ja nukuttamiset esimerkiksi äidin ollessa poissa kotoa. Jouko Huttusen mielestä ei riitä, että nuoria isiä ohjataan ja tuetaan kasvussa hoivaaviksi isiksi, vaan hänen mielestään hoivaavan isyyden toteutuminen vaatii myös kaiken hoivaavan äitiyden romuttamista. Vielä nykyään valalla on ajatus siitä, että äidin tulee pystyä huolehtimaan kaikesta lapsen hoivasta yksin. Tällainen rooli on myös äidille raskas. Jotta päästäisiin hoivaavaan isyyteen, äitien tulisi antaa isille tilaa ottaa vastuuta lapsesta. Hoivaavasta isyydestä puhuttaessa liikutaan myös kiintymyssuhdekysymysten äärellä. Voidaankin miettiä, kuinka varhaisessa vaiheessa isän täytyy tulla mukaan isän ja lapsen väliseen kahdenkeskeiseen vuorovaikutukseen, jotta kiintymyssuhdetta voitaisiin edes verrata äidin ja lapsen väliseen kiintymyssuhteeseen. (Huttunen, Yle.fi – oppiminen.)

4.2.3 Isyyden tukeminen nyky-yhteiskunnassa

Isänä olemiseen ja isyyteen vaikuttavat erilaiset yhteiskuntaan liittyvät tekijät. Näitä yhteiskunnallisia tekijöitä ovat esimerkiksi työelämän muutos ja vanhempainvapaiden uudistukset. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008, 9.) Yhteiskunnassa mieheltä odotetaan

identiteetin rakentamista työelämän kautta. Miehillä työ on tärkeää oman maskuliinisuuden säilyttämisen kannalta. Miehet itse kuitenkin pitävät isyyttä tärkeänä osana omaa identiteettiään. Nykyään isillä on mahdollisuus pitää lapsen syntymän jälkeen valtion tukemia vapaita, jolloin hänellä on mahdollisuus osallistua lapsen hoitoon ja jäädä kotiin hoitamaan lasta. Koska miehet ovat tiukasti kiinni työelämässä, ei kotiin jääminenkaan vaaranna heidän maskuliinisuuttaan. (Aalto & Kolehmainen 2004, 308.)

Kansaneläkelaitos (2012) myöntää erilaisia tukia (taulukko 1), jotta isien olisi mahdollista hoitaa lasta kotona. Lapsen syntymän jälkeen isä voi pitää *isyysvapaan*, jonka kesto on enintään kolme viikkoa. Silloin äiti ja isä voivat yhdessä hoitaa lasta. Kela maksaa tältä ajalta isyysrahaa. Isyysvapaan voi pitää silloin kun haluaa, mutta käytännössä se täytyy pitää ennen kuin lapsi tulee yhdeksän kuukauden ikään. Äidin äitiysloma kestää noin neljä kuukautta ja sen loputtua alkaa *vanhempainvapaa*, jota voi pitää joko äiti tai isä tai molemmat vuorotellen. Kela maksaa vanhempainrahaa 158 arkipäivältä, eli reilun puolen vuoden ajalta. Jos isä käyttää vanhempainvapaan lopusta vähintään 12 arkipäivää, hän saa lisäksi pitää *isäkuukauden*. Se tarkoittaa, että hänelle maksetaan isyysrahaa 1–24 arkipäivän ajalta. Isäkuukausi on pidettävä yhtäjaksoisesti. Vanhempainvapaan ja isäkuukauden jälkeen isällä on mahdollisuus jäädä *hoitovapaalle*, joka tarkoittaa kotihoidon tukea. Sitä voi hakea jompikumpi alle 3-vuotiaan kotona hoidettavan lapsen vanhemmista. Kotihoidon tukeen kuuluu hoitoraha ja hoitolisä. Hoitolisään vaikuttaa perheen tulot. Hoitovapaan voi pitää myös osittaisena, jos isä haluaa tehdä töitä osittain. (Kela 2012.)

Yhteiskunnassa isyyttä voi vahvistaa tai heikentää myös lapsiperheiden palvelujärjestelmä. Palvelujärjestelmän tulisi tehdä isyyttä näkyväksi, ottaa isät huomioon tasavertaisina vanhempina ja rohkaista miehiä isän roolin ottamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 9.) Kuten jo aiemmin tuli ilmi, 1990-luvulla isyyteen on alettu kiinnittää huomiota lastenneuvoloissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2008 tehnyt selvityksen isien ja isyyden tukemisesta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Sen mukaan isien tukemiseen neuvolassa on kiinnitetty enenevästi huomiota. Myös isien osallistuminen neuvolakäynteihin on lisääntynyt 2000-luvun alkupuolella. Se taas osoittaa, että miesten sitoutuminen lapseensa ja isyyteen on lisääntynyt. Isyyden tukemiseksi järjestetään perhevalmennusta, jossa isyyteen liittyviä teemoja ovat isän merkitys, isän rooli vauvan hoidossa ja imetyksessä ja muutokset parisuhteessa sekä seksuaalisuudessa vanhemmaksi

tullessa. Kansallisessa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa on todettu, että isille tulisi antaa enemmän tietoa ja tukea raskauteen ja synnytykseen liittyen. Myös terveyden edistämisen laatusuunnitelmassa korostetaan isien aktiivista tukemista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 3, 14–15.) Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa on perustettu isyystoimikunta, joka tekee asetuksia ja ehdotuksia isien aseman tukemiseksi. Isien asemaa arvioidaan sekä lainsäädännöllisesti että käytännön näkökulmista, esimerkiksi vahvistamalla isien osallistumista päivähoidon ja koulun toiminnassa. (Halme 2009, 25.) Suomalaisessa perhepolitiikassa tärkeänä tavoitteena pidetään tasa-arvoisen vanhemmuuden toteutumista. Tasa-arvoisessa vanhemmuudessa äiti ja isä hoivaavat lasta tasavertaisesti. Isien lisääntyvä vastuunotto lasten hoidosta lisää myös sukupuolten välistä tasa-arvoa. Sen toteutumiseksi isyyden arvostuksen yhteiskunnassa tulisi lisääntyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 15.)

VAPAAN NIMI	KESTO/ AJANKOHTA	MAKSETTAVA TUKI
Isyysvapaa	<ul style="list-style-type: none"> - Enintään kolme viikkoa - Ennen kuin lapsi 9 kk ikäinen 	Isyysraha
Vanhempainvapaa	<ul style="list-style-type: none"> - Äitiysloman jälkeen - 158 arkipäivää eli noin puoli vuotta - Äiti tai isä tai molemmat voivat pitää vuorotellen 	Vanhempainraha
Isäkuukausi	<ul style="list-style-type: none"> - 1- 24 arkipäivää - Edellytyksenä 12 arkipäivän käyttö vanhempainvapaa n lopusta 	Isyysraha
Hoitovapaa	<ul style="list-style-type: none"> - Lapsen ollessa alle 3-vuotias - Kun muut vapaat käytetty 	Kotihoidon tuki <ul style="list-style-type: none"> - Hoitoraha - Hoitolisä - tulojen mukaan

TAULUKKO 1. Kelan myöntämät tuet isille

4.2.2 Isyyttä koskeva lainsäädäntö

Isyyteen liittyviä lakeja Suomessa ovat isyyslaki, laki isyyslain voimaannpanosta, laki oikeusgeneettisestä isyystutkimuksesta ja laki pohjoismaisten isyysratkaisujen tunnustamisesta. Lisäksi isyyttä koskee asetus isyyden vahvistamisesta ja kumoamisesta sekä lapsen elatuksesta ja valtioneuvoston asetus oikeusgeneettisestä isyystutkimuksesta. (Finlex 2012.)

Näistä laeista isyyslaki on keskeinen laki. Siinä säädetään lapsen ja isän välisen sukulaissuhteen toteamisesta ja vahvistamisesta sekä kumoamisesta. Lain mukaan aviomies on lapsen isä, jos lapsi on syntynyt avioliiton aikana. Avioliiton ulkopuolella syntyneen lapsen isyys voidaan vahvistaa isän tunnustuksella ja tuomioistuimen päätöksellä. Jos lapsi on syntynyt keinohedelmöityksen tuloksena, pidetään lapsen isänä miestä, joka on yhteisymmärryksessä äidin kanssa suostunut hoitoon. Jos nainen saa hoitoa yksin, isäksi vahvistetaan siittiötä luovuttanut mies, mikäli hän on antanut siihen suostumuksensa. (Isyyslaki 1975/700.)

Tarvittaessa isyyden selvittämisen hoitaa kunnan lastenvalvoja, joka kerää isyyteen liittyviä tietoja esimerkiksi lapsen äidiltä ja mieheltä, joka haluaa tunnustaa isyytensä. Lastenvalvoja tilaa myös lääketieteellisen selvityksen, johon kuuluu tiedot lapsen siittämisajankohdasta ja geneettinen isyystutkimus. Isyyden selvittämistä ei saa tehdä, jos äiti ilmoittaa kirjallisesti vastustavansa sitä. Poikkeuksena on tilanne, jossa mies on jo tunnustanut isyytensä. Isyyden voi tunnustaa ilmoittamalla siitä henkilökohtaisesti lastenvalvojalle tai henkikirjoittajalle. Jos lapsi on täysivaltainen eli voi jo itse tehdä päätöksiä, hänen mielipiteensä asiasta tulee kuulla. Jos lapsi on vajaavaltainen, holhoojalle järjestetään tilaisuus tulla kuulluksi. Aviomiehen isyys voidaan kumota silloin kun pysytään todistamaan, että äiti on ollut sukupuoliyhteydessä toisen miehen kanssa tai lapsen hedelmöittämiseen on käytetty toisen miehen siittiötä. Isyys voidaan kumota myös jos periytyvien ominaisuuksien tai muiden seikkojen perusteella voidaan todistaa, ettei aviomies ole lapsen isä. (Isyyslaki 1975/700.)

Isyyslaki vahvistettiin vuonna 1975 ja se otettiin käyttöön vuonna 1976 lailla isyyslain voimaannpanosta. Sen voimassaoloaikana siihen on tehty joitakin merkittäviä muutoksia, kuten se, että avioeron jälkeen parille syntyneen lapsen isää ei automaattisesti pidetä

lapsen laillisena isänä. Myös siihen on tullut muutos, että avioliiton sisällä syntyneen lapsen isyys voidaan kumota aviomieheltä jos toinen mies tunnustaa isyyden avioparin suostumuksella. Lakiin on tullut myös lisäys tilanteista, joissa lapsen äidille on annettu hedelmöityshoitoa. Tällä hetkellä oikeusministeriössä on menossa isyyslain uudistaminen, jonka tavoitteena on isyyslain ajanmukaistaminen. Lain ajanmukaisuuden arviointi on tarpeellista, koska moni lain soveltamiseen liittyvä asia on muuttunut. Avoliitot ovat yleistyneet, avioliittojen ulkopuolella syntyy enemmän lapsia ja isyystutkimusmenetelmät ovat kehittyneet. Isyyslain tullessa voimaan vuonna 1975 noin 10 prosenttia lapsista syntyi avioliiton ulkopuolella. Nykyään noin 40 prosenttia lapsista syntyy avioliiton ulkopuolella. (Helin 2011, 9.)

5 LASTEN INFEKTIOAUDIT

5.1 Yleistä lasten infektioitaudeista

Infektioaudit ovat mikrobien eli bakteerien, sienten, loisten tai virusten aiheuttamia tulehdustiloja. Lapsilla yleisin infektion aiheuttaja on virus ja yleisin infektio flunssa eli nuhakuume. (Ruuskanen ym. 2007, 143; Jalanko 2009.) Muita yleisiä infektioitauteja ovat muut hengitysteiden infektiot, välikorvatulehdus, gastroenteriitit eli vatsataudit, ihoinfektiot ja rokkotaudit (Jalanko, 2009). Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (2005) mukaan infektioaudit ovat alle kouluikäisten yleisimpiä terveysongelmia ja aiheuttavat suurimman osan päivähoidossa olevien lasten poissaoloista (THL, 2005). Maailmassa kuolee arviolta 14 miljoonaa alle 5-vuotiasta lasta vuosittain infektioitauteihin. Suomessa infektioaudit ovat harvinaisen lasten kuolinsyy, mutta ne aiheuttavat runsaasti sairastuvuutta ja kustannuksia niin perheelle, kuin yhteiskunnallekin. (Huttunen, 2002.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään flunssaan ja gastroenteriittiin. Flunssan lisäksi muita lapsilla esiintyviä ylähengitysteiden infektiotauteja ovat esimerkiksi nielutulehdus, influenssat a ja b, nielurisatulehdus, kurkunpääntulehdus ja kurkunkannentulehdus (Rajantie, Mertsola, Heikinheimo 2010, 182–198), mutta ne rajataan tämän opinnäytetyön ulkopuolelle, koska ne ovat flunssaa harvinaisempia ja vaativat usein lääkärikäyntiä tai terveydenhuollon ammattilaisen arviointia tai hoitoa. Lasten infektioitauteihin liittyy usein oireena kuume, joten työssä kerrotaan myös kuumeen hoidosta. Gastroenteriittien kohdalla keskitytään viruksen aiheuttamiin infektiioihin, koska bakteerien aiheuttamat infektiot ovat huomattavasti harvinaisempia (Ruuskanen ym. 2007, 301).

5.2 Infektion syntyyn vaikuttavat tekijät

Infektion syntymiseen vaikuttaa moni eri tekijä, kuten tartunnan aiheuttajamikrobi, tartuntatapa, tartuntatie sekä kohde eli henkilö, joka altistuu mikrobille. *Tartunnalla* tarkoitetaan mikrobin siirtymistä henkilöstä toiseen, mutta mikrobien siirtyminen ei kuitenkaan kaikissa tapauksissa johda infektion syntymiseen. *Kontaminaatiolla* tarkoitetaan sitä, että mikrobeja on väliaikaisesti esimerkiksi ihmisen käsissä, eivätkä ne lisään-

ny tai aiheuta haittaa. *Kolonisaatio* taas tarkoittaa sitä, että mikrobit lisääntyvät isäntä-elimistössä, mutta eivät kuitenkaan aiheuta infektiota. Kolonisaatiosta voi seurata infektio. (Vuento 2005, 56.)

Kun puhutaan tartunnan aiheuttajamikrobeista, kyseessä on joko bakteeri, virus, sieni, loinen tai prioni eli tarttuvia tauteja aiheuttava molekyyli. *Tartunnan aiheuttajamikrobin* kannalta infektion syntyyn vaikuttaa mikrobin patogeenisuus eli mikrobin kyky aiheuttaa tautia. Mikrobin patogeenisuus taas riippuu mikrobin *adherenssista* eli mikrobin kyvystä tarttua ihmisen limakalvoille sekä *invasiivisuudesta* eli mikrobin kyvystä tunkeutua ihmisen elimistöön. Läheisenä käsitteenä patogeensuudelle on myös *virulenssi*, joka kuvaa sitä, kuinka vaikea-asteisen taudin mikrobi kykenee aiheuttamaan. (Vuento 2005, 55–56.) Tartuntatapa voi olla joko suora tai välillinen. *Suorassa tartuntatavassa* mikrobit siirtyvät suoraan esimerkiksi tartunnan lähteen käsistä tartunnan kohteeseen. *Välillisessä tartuntatavassa* mikrobit siirtyvät tartunnan lähteen käsistä esimerkiksi oven kahvaan, mitä kutsutaan *kontaminaatioksi* ja mikrobit siirtyvät siitä edelleen käsiin välityksellä tartunnan kohteen limakalvoille. (Vuento 2005, 60.)

Tartuntateillä tarkoitetaan kosketus-, pisara-, ilma-, ja vektoritartuntaa. Tartuntatienä voi olla myös niin sanottu *yhteinen välittäjä*, esimerkiksi kontaminoitunut eli mikrobien kanssa kosketuksiin joutunut ruoka salmonellaepidemian yhteydessä. *Kosketustartunnassa* mikrobit siirtyvät suoraan käsien välityksellä henkilöstä toiseen. Kosketustartunta on yleinen tartuntatie ja tartunta voidaan ehkäistä hyvän käsihygienian avulla. *Pisaratartunnassa* lähteen puhuessa, yskiessä tai aivastaessa suuret pisarat lentävät tartunnan lähteen limakalvoilta tartunnan kohteen limakalvoille. Pisaratartunta on mahdollinen, kun tartunnan lähteen ja sen kohteen välillä on matkaa alle yksi metri. *Ilmatartunnassa* tautia aiheuttavat mikrobit leijuvat ilmassa pienen pienissä pisaroissa, pölyhiukkasissa tai ihohilseessä ja voivat näin pitkänkin ajan kuluttua ajautua kohteen limakalvoille aiheuttaen tartunnan. *Vektoritartunnassa* mikrobeja levittää jokin eläin tai hyönteinen, esimerkiksi hyttynen. (Vuento 2005, 60–61.)

Infektion syntyyn vaikuttaa tartunnan kohde. Ihmisen alttius saada tartuntoja vaihtelee ja siihen vaikuttaa muun muassa ikä, ravitsemustila, sukupuoli, perussairaudet ja niihin saatu hoito. (Vuento 2005, 62.) Erityisesti pikkulapset ovat herkkiä saamaan infektioita. Lapsi elää ennen syntymäänsä steriilissä ympäristössä ja syntymän jälkeen hän kohtaa

lukemattoman määrän ympäristön mikrobeja. Vastasyntyneellä lapsella on luonnostaan puutteellinen immunitaetti eli vastustuskyky, mikä altistaa hänet infektioille. Äidiltä saadut vasta-aineet suojaavat lasta ensimmäisen puolen ikävuoden ajan ja tämän ajan jälkeen lapsen elimistön täytyy muodostaa kaikki vasta-aine- ja soluvälitteinen suoja itse. (Peltola 2010, 173.) Lapsen elimistöllä ei ole samanlaista suojaa infektioita vastaan kuin aikuisen elimistöllä. Lapsen keuhkot ovat fysiologisesti alttiit infektioille, sillä lapsen keuhkokuusto tukkiutuu limalla herkästi ja kun tarjolla on infektiota aiheuttavia mikrobeja, infektio syntyy helposti hengityksen vähänkään häiriintyessä. Pienellä imeväisellä näin saattaa käydä pelkästään hänen nukkuessaan, kun ilman virtaus ja hengityslihasten käyttö vähenee ja keuhkoihin syntyy atelektaseja, eli ilmattomia alueita, jotka aukeavat vasta tuntien kuluttua heräämisestä. Lapsella jo vähäinen inflammaatio eli tulehdusreaktio lisää infektion riskiä, sillä se heikentää hengitystä ja värekarvojen toimintaa sekä lisää liman eritystä. Myös lapsen suolisto hakee ensimmäisten päivien ja viikkojen aikana tasapainoa, kun se kolonisoituu erilaisilla ympäristön bakteereilla. Osa lapsen suolistoon ja suuhun joutuvista bakteereista voi aiheuttaa myös infektion. Lapsen iho on ohut ja infektion riskiä lisäävät jatkuvat pesut, vaipan käyttö ja eritteet iholla. (Peltola 2012, 173–174.)

5.2.1 Infektioiden leviäminen päivähoidossa

Päiväkodeissa lapset sairastuvat virusinfektioihin herkästi ja usein ryhmästä jopa puolet voi sairastaa flunssaa yhtä aikaa (Muurinen & Surakka 2001, 141). Lapsen hoitopaikka vaikuttaa siihen, kuinka paljon infektioita lapsi sairastaa (Tampereen kaupunki 2007, 2). Erityisesti päiväkodin aloittavat lapset ovat herkkiä infektioille ja saattavat sairastaa yhden ja kahden ikävuoden välillä jopa kahdeksasta kymmeneen flunssaa. (Muurinen & Surakka 2001, 141.) Tartuntoja lisää erityisesti se, että pienet lapset vievät käsiä ja tavaroita suuhun (Hedman ym. 2011, 306). Kotona hoidettavat lapset sairastavat infektioita kaikista vähiten. Toiseksi eniten infektioita on perhepäivähoidossa olevilla lapsilla ja kaikista eniten päiväkodissa hoidettavilla lapsilla. (Tampereen kaupunki 2007, 2.) Päiväkodissa käyvät lapset sairastavat noin kaksi kertaa niin paljon kuin kotona hoidettavat lapset (Ruuskanen & Peltola 2007, 143). Päiväkodissa ryhmä koko on merkittävä tekijä infektioiden esiintyvyydessä. Mitä suurempi ryhmä koko on, sitä suurempi on myös riski infektioiden leviämiseksi. Tartuntojen esiintymiseen vaikuttaa myös se, kuinka monesta eri perheestä päiväkotiryhmän lapset ovat. (Hedman ym. 2011, 205.)

Lapsi voi levittää infektiota jo silloin, kun hänellä itsellään ei ole vielä oireita. Päivähoidossa voi olla yhtä aikaa lapsia joilla on eri vaiheissa oleva infektio tauti. Tauti voi olla itämisvaiheessa, oireisena tai toipilasvaiheessa. (Tampereen kaupunki 2007, 2.) Tauti tarttuu helpoiten sen alkuvaiheessa. Jos lapsi on kuumeinen tai ei jaksa osallistua päiväkodin puuhiin, on hyvä jäädä kotiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 46.) Lapsen sairastuessa päiväkodissa vanhemmille voidaan soittaa ja pyytää hakemaan lapsi kotiin kesken päivän. Tällaisissa tilanteissa vanhemmat voivat pyytää työntajaa varten todistuksen lapsen sairastumisesta. (Tampereen kaupunki 2007, 2.) Infektio taudista toipumiseen kannattaa käyttää riittävästi aikaa ennen päiväkotiin paluuta, tautien leviämisen ehkäisemiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 46).

Sekä vanhempien että päiväkodin henkilökunnan on tärkeää tietää oikeanlaiset toimintatavat tartuntojen ehkäisemiseksi. Toimintaohjeiden noudattamisesta hyötyy niin lapset, vanhemmat kuin yhteiskunta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 16–24, 46.) Tärkein tekijä tartuntojen ehkäisyssä on tehostettu käsihygienia. Se vähentää huomattavasti hengitystieinfektioiden ja gastroenteriitin leviämistä. (Hedman ym. 2011, 306.) Keskeisiä asioita, joita lapsi ja perhe voivat tehdä tartuntojen ehkäisemiseksi ovat lapsen henkilökohtaisesta hygieniasta ja lelujen puhtaudesta huolehtiminen. Kätet pestään päiväkotiin tullessa, kotiin mennessä, WC-käynnin jälkeen ja ennen ruokailua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 16–24, 46.) Myös käsihuuhdetta voidaan käyttää pienilläkin lapsilla turvallisesti (Hedman ym. 2011, 306). Lapsen kynnet on hyvä pitää lyhyinä. Lelut säilytetään omissa lokeroissa ja niiden likaantuessa ne viedään kotiin pestäväksi. Lelut on hyvä puhdistaa ennen niiden tuomista päiväkotiin. Tutkia on suositeltavaa käyttää vain päiväunilla. Hampaat pestään kotona aamuin ja illoin. Päiväkodin henkilökunta voi ehkäistä tartuntojen leviämistä kiinnittämällä huomiota ruoanjakotilanteisiin, vaipanvaihtoon, lapsen WC-käynteihin, tilojen puhtauteen ja siisteyteen sekä yleiseen käsihygieniaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 16–24, 46.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2005, 3, 6) oppaassa infektioiden vähentämisestä päivähoidossa korostetaan päiväkotien infektioriskin vähentämisen tärkeyttä. Siinä ehdotetaan myös, että kunnan, kaupunginosan tai päiväkodin tasolla voitaisiin käynnistää projekteja, joissa tähdättäisiin hygienian parantamiseen ja sairastuvuuden vähentämiseen osana lapsipalveluiden laadun parantamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 3, 6.)

5.2.2 Tartuntojen ehkäisy

Hyvän käsihygienian noudattaminen on tartuntojen ehkäisyssä ehdottomasti tärkein tekijä, sillä infektioita sairastavia ihmisiä on hankala arkielämässä välttää (Lumio 2009). Jo edellä (kappale 5.2.1) kerrotaan milloin kädet tulee pestä. On tärkeää, että kädet pestään oikeaoppisesti. Syrjälän, Teirilän, Kujalan ja Ojajärven (2005, 614) mukaan kädet pestään siten, että ensin kädet kostutetaan haalealla vedellä, jonka jälkeen niihin otetaan käsienspesunestettä. Käsienspesunestettä hierotaan huolellisesti joka puolel-le käsiä. Kun pesunestettä on hierottu huolellisesti käsiin, ne huuhdellaan juoksevan veden alla. Kädet kuivataan kertakäyttöpyyhkeeseen, jos mahdollista. Myös hana suljetaan kertakäyttöpyyhkeellä tai muuten niin, ettei käsiä enää liata hanaa suljettaessa. Käsiä pestäessä huomioidaan sormien välit, sormen päät, peukalot ja kämmenet. Pesunesteen hieromiseen tulee käyttää tarpeeksi aikaa, sillä jopa 10 sekuntia kestävä hieronta vähentää mikrobien määrää korkeintaan puoleen. (Syrjälä ym. 2005, 614, 618.)

Toinen tärkeä asia tartuntojen ehkäisyssä on se, että estetään mikrobien leviäminen hengitysteistä ympäristöön. Leviämistä voidaan estää yskimällä ja aivastamalla oikein. Kun lapsi aivastaa tai yskii, tulisi suun ja nenän eteen laittaa paperinenäliina. Käytetty nenäliina heitetään välittömästi roskiin. Jos nenäliinaa ei ole, lasta voi neuvoa aivastamaan tai yskäisemään paidan hihaan. Oleellista on, ettei aivastella tai yskitä käsiin, koska niiden välityksellä mikrobit leviävät helposti. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2009.)

5.3 Flunssa

Flunssa on ylähengitysteiden virusinfektio, joka on yleisin lasten ja aikuisten tarttuva akuutti sairaus. Vuodessa lapset sairastavat noin 5–8 flunssaa. Flunssan oireet alkavat usein nopeasti ja yleisimpiä oireita lapsilla ovat kurkkukipu ja kuume. Toisena tai kolmantena päivänä alkavat nuha ja tukkoisuus, ja ne hallitsevat taudinkuvaa. Jokaisella viruksella on kuitenkin sille tyypillinen taudinkuva. Tavallisimpiin flunssan aiheuttajiin tai flunssan oireisiin ei ole pystytty kehittämään tehokasta lääkettä tai hoitoa. (Ruuskanen ym. 2007, 143–145.) Flunssaan liittyy myös yskää ja joskus silmätulehdus (Huttunen 2002, 120). Lapsilla flunssa kestää tavallisimmin 7–10 vuorokautta, neljäsosalla lapsista oireet jatkuvat yli kaksi viikkoa (Ruuskanen ym. 2007, 14).

Flunssaa aiheuttavia viruksia on yhteensä noin 200. Rinovirukset ovat yleisimpiä flunssan aiheuttajia, ja niitä on noin 100 erilaista. Noin puolet kaikista flunssatapauksista onkin rinoviruksen aiheuttamia. Rinovirusinfektiot alkavat jo imeväisiässä ja alle puolen vuoden ikäisistä lapsista noin 20 prosenttia on sairastanut rinovirusinfektion. Kaksivuotiaista lapsista jopa 79–91 prosenttia on sairastanut ainakin yhden rinovirusinfektion. Yleisimmin rinoviruksia esiintyy loppukeväästä ja alkusyksystä, jolloin noin 90 prosenttia kaikista flunssista on rinoviruksen aiheuttamia. Muita flunssaa aiheuttavia viruksia on noin 100 erilaista. Yleisimpiä niistä ovat esimerkiksi koronavirukset, enterovirukset, RS-virukset ja adenovirukset. Suuren osan infektiosta aiheuttaa koronavirus ja loput infektiot jakautuvat enterovirusten, RS-virusten ja adenovirusten kesken. Virusten eri tyypeillä ei ole niiden hoitamisessa juurikaan käytännön merkitystä. (Ruuskanen ym. 2007, 143–144.)

Suurimpana ongelmana flunssassa on sen aiheuttamat komplikaatiot. Yleisin flunssan aiheuttama komplikaatio on *otiitti* eli *välikorvatulehdus*, joka kehittyy lapsille arviolta noin 20 – 50 prosentissa flunssatapauksista. (Ruuskanen ym. 2007, 148.) Korvatulehduksia joudutaan usein hoitamaan antibiooteilla. Kaikki flunssaa vähentävät keinot todennäköisesti vähentävät myös korvatulehduksia. Säännöllinen ja päivittäinen ksylitolituotteiden käyttö vähentää korvatulehdusten ilmaantumista. Vain flunssan aikana käytetty ksylitoli ei kuitenkaan auta ehkäisemään korvatulehdusta. (Hedman ym. 2011, 428, 432.) Toinen, mutta harvinaisempi komplikaatio on *sinuiitti* eli *nenän sivuontelotulehdus*, joka kehittyy arviolta 5–10 prosentissa flunssatapauksista (Ruuskanen ym. 2007, 148).

Influenssa aiheuttaa samankaltaisia oireita kuin flunssa, joten nämä kaksi asiaa sekoitetaan arkielämässä helposti keskenään. Kyseessä on kuitenkin kaksi eri tautia. Influenssaviruksen (tyyppi a tai b) aiheuttamaa äkillistä ylähengitystieinfektiota kutsutaan *influenssaksi*. Influenssan aiheuttamat oireet ovat samankaltaisia kuin tavallisessa flunssassa, mutta ne esiintyvät rajumpina ja kestävät pidempään. Influenssassa kuume nousee nopeasti korkeaksi ja lisäksi esiintyy nuhaa, kurkkukipua, voimakasta yskää, väsymystä, päänsärkyä sekä voimakkaita lihaskipuja eri puolilla kehoa. (Muurinen & Surakka 2001, 141.)

Kaikki puolesta vuodesta kolmeen vuoteen ikäiset pikkulapset ovat oikeutettuja ilmaiseen influenssarokotteeseen. Influenssarokotteen antama suoja riippuu liikkeellä olevan influenssaviruksen ja rokotteen sisältämän viruksen vastaavuudesta sekä rokotetun henkilön omasta immunitetista ja viruksille altistumisen voimakkuudesta. Rokotettukin henkilö voi joissain tapauksissa sairastua influenssaan, mutta oireet ovat silloin lievemmät. Lasten kohdalla influenssarokote ehkäisee noin kuudesta yhdeksään kymmenestä influenssatapauksesta. Lisäksi se vähentää jälkitautina saatavia korvatulehduksia ja keuhkokuumeita, jotka ovat lapsilla yleisiä. Rokotetut lapset sairastavat influenssakautena jopa kolmasosan vähemmän korvatulehduksia, kuin rokottamattomat lapset. Rokotuksen avulla lasta voidaan säästää lääkärissä käynneiltä, sairaalassaoloilta ja antibiootikuureilta. Influenssarokote ei suojaa lasta tavalliselta flunssalta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2011.)

5.3.1 Flunssan oireenmukainen hoito

Flunssan lääkkeellinen hoito on osoittautunut vaikeaksi (Ruuskanen ym. 2007, 145). On todettu, että millään antibioottihoidoilla ei ole selvää vaikutusta flunssan oireiden kestoon tai jälkitautien ilmenemiseen. Silti jopa 60 prosentille flunssan vuoksi lääkäriin hakeutuvista määrätään antibioottihoito, jolle ei siis ole mitään lääketieteellistä perustetta. Tärkeintä flunssan hoidossa onkin oireenmukainen hoito. (Hedman ym. 2011, 421.)

Pienillä, alle 1-vuotiailla, lapsilla nuha on ongelmallinen oire, koska he eivät osaa vielä hengittää suun kautta (Rajantie & Mertsola 2010, 184). Pienet lapset eivät osaa myöskään niistää, joten limaa valuu nieluun, mikä aiheuttaa lapselle yskää etenkin öisin (Jalanko 2012). Nenän ollessa tukkoinen, lapsen oloa voidaan helpottaa sieraimiin laitettavilla keittosuolatipoilla tai lääkeainetta sisältävillä nuhatipoilla (Jalanko 2012; Ruuskanen ym. 2007, 145). Vanhempien on hyvä tietää, että keittosuolatipat eivät kirvele tai ärsytä lapsen limakalvoja. Ruuskasen ym. (2007, 149) mukaan lapsen nenää voidaan niistää niin sanotulla nuhapumpulla, joita saa apteekista (Ruuskanen ym. 2007, 149). On todettu, että suun kautta otettavilla tai nenän limakalvoille paikallisesti käytettävillä sympatomimeeteillä (esimerkiksi Duact® kapselit, Nezeril® nenätipat) voidaan tehokkaasti vähentää nenän tukkoisuutta, vuotamista ja aivastelua (Duodecim–Lääkkeet ja hinnat; Hedman ym. 2011, 421). Jalangon (2010) mukaan kuitenkin lääkeaineita sisältävillä nenätipoilla ei ole merkittävää vaikutusta nenän vuotamiseen (Jalanko 2010). Yli

viikon kestäväällä sympatomimeettien käytöllä voi kuitenkin olla nuhaa pahentava vaikutus, sekä siihen voi liittyä keskushermosto-oireita, kuten ärtyisyyttä. Valmisteita kannattaa pienillä lapsilla käyttää harkiten, eikä suun kautta otettavien valmisteiden tehoa ja turvallisuutta ole lapsilla todistettu. (Duodecim – Lääkkeet ja hinnat; Hedman ym. 2011, 421; Ruuskanen ym. 2007, 149.)

Flunssaan liittyy usein yskä ja se on hankala oire lapsella. Yskä johtuu yskänreseptoreiden herkistymisestä, liman lisääntyneestä erityksestä hengitysteissä ja keuhkoputkien supistumisesta. (Hedman ym. 2011, 421; Ruuskanen ym. 2007, 150.) Yskää ja lapsen hengitystä voidaan helpottaa esimerkiksi höyryhengityksellä. Höyryhengityksen tehokkuudesta ei ole tutkittua tietoa, mutta kliininen kokemus osoittaa, että osa lapsista hyötyy siitä. Höyryhengitystä voidaan antaa niin, että kylpyhuoneessa lasketaan kuumaa vettä, jolloin huoneeseen muodostuu höyryä. Lapsen on hyvä olla höyryssä ainakin 15 minuuttia kerrallaan. Vanhemman on hyvä olla lapsen seurana. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2012, 130–131.). Muitakin tapoja höyryhengityksen antamiseen käytetään, mutta vanhempien on tärkeää huomioida, että höyryhengitys tapahtuisi turvallisesti eikä palovammojen riskiä aiheudu. Ruuskanen ym. (2007, 149) mukaan höyryhengitys voi kuitenkin lisätä lapsen tukkoisuutta, koska lämmin höyry saattaa turvottaa limakalvoja. Lapsen sängynpäätä voidaan kohottaa yskän oireiden helpottamiseksi. Lapsi voidaan tukea tyynyillä kohoasentoon. Storvik-Sydänmaan ym. (2012, 131) mukaan viileä ilma voi helpottaa lapsen oloa, koska se helpottaa hengitysteiden ahtautta ja vähentää näin hengenahdistusta (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131).

Yskänlääkkeitä on totuttu käyttämään yskän hoidossa. On kuitenkin todettu, ettei niillä ole suurtakaan tehoa flunssaan liittyvän yskän hoidossa. Yskänlääkkeet voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään: limaa irrottaviin, yskänärsytystä hillitseviin ja näiden yhdistelmiin. Limaa irrottavat yskänlääkkeet muuttavat hengitysteissä olevan liman koostumusta helpottaen sen irtoamista, mutta eivät vähennä yskimistä. Yskänärsytystä vähentävillä lääkkeillä on todettu olevan jonkin verran tehoa ainoastaan yöllisen yskän hoidossa. (Hedman ym. 2011, 421; Ruuskanen ym. 2007, 150.) Yskänlääkkeillä ei siis ole tutkivasti lumelääkettä parempaa vaikutusta yskän hoidossa ja siksi niiden käyttöä ei suositella (Ruuskanen ym. 2007, 150).

Flunssaista lasta voidaan yleensä hoitaa kotona ja lapsi toipuu flunssasta nopeasti. Lapsi kannattaa viedä lääkärin tai hoitajan arvioitavaksi, jos oireet pitkittyvät yli kahden viikon kestoiseksi, jos lapsi tulee hyvin kivuliaaksi eikä saa nukuttua öisin tai jos hengitys muuttuu vaikeaksi, puuskuttavaksi tai vinkuvaksi. Lapsi on hyvä viedä lääkäriin myös silloin jos kuume kestää yli viisi vuorokautta tai laskee ja nousee sitten uudelleen. (Jalanko 2012.) Jos imeväisikäisen lapsen nuha pitkittyy niin, että nenä tuhisee jatkuvasti, on lapsen korvat syytä tarkistuttaa lääkärissä, sillä se voi olla merkki korvatulehduksesta (Jalanko 2010).

5.4 Gastroenteriitti

Teollisuusmaissa rotavirus on yleisin lasten gastroenteriitin aiheuttaja. Kehitysmaissa siihen kuolee vuosittain noin 600 000 lasta. Talviaikaan sairaalassa gastroenteriitin vuoksi hoidossa olevilla lapsilla 70–80 prosenttia tapauksista on rotaviruksen aiheuttamia (Ruuskanen ym. 2007, 301). Suomessa rokote rotavirusta vastaan kuuluu yleiseen rokotusohjelmaan, johon se on tullut vuonna 2009 (THL 2005; Rajantie & Mertsola 2010). Gastroenteriittejä voivat aiheuttaa myös muut virukset tai bakteerit, mutta ne ovat huomattavasti harvinaisempia (Ruuskanen ym. 2007, 301).

Rotaviruksen tarttuvuus on erittäin suuri ja se aiheuttaa suuria epidemioita talvi- ja kevätkuukausina (Aho 2002, 53; Hedman ym. 475). Rotaviruksen itämisaika on noin kolme vuorokautta ja sille ominaista on oireiden nopea alkaminen. Lapsi oksentaa yllättäen ja kuume nousee yli 39 asteen. Noin vuorokausi ensimmäisten oireiden alkamisen jälkeen alkaa voimakas vesiripuli, joka voi kestää kolmesta neljään vuorokauteen. (Aho 2002, 53.) Gastroenteriitistä kärsivän lapsen hoidossa on tärkeää riittävästä nesteensaannista huolehtiminen, sillä voimakas ripulointi voi johtaa nestevajaukseen. Kun lapsi on hyvin nesteytetty, yleensä myös ruokahalu palautuu, jolloin voidaan antaa normaalia iänmukaista ruokaa. Ripulin hoitoon ei ole lapsille suositeltavia lääkkeitä, mutta joillakin maitohappobakteereilla (kts. kappale 5.4.2) voidaan lyhentää taudin kestoa. (Ruuskanen ym. 2007, 304.)

Rotavirus tarttuu joko ulosteesta käsiin tai ilmassa leviävien hiukkasten välityksellä. Suolivilluksen epiteelisolu on rotaviruksen varsinainen kohdesolu. Jotta virus pääsee

kohdesoluun, sen on läpäistävä mahalaukun muodostama happoste. Mahassa oleva ruoka sekä hengitysteissä oleva lima siis suojaavat virusta happohyökkäykseltä. Kun virus pääsee kohdesoluun mahassa olevat villukset infektoituvat ja tuhoutuvat jolloin niiden määrä vähenee. Solujen tuhoutuminen johtaa hiilihydraattien imeytymishäiriöön. Tällä oletetaan olevan merkitystä rotavirusripulin synnyssä, mutta se ei ole ainoa sairautta aiheuttava mekanismi. Oksennusta aiheuttavaa mekanismia ei tunneta. (Ruuskanen ym. 2007, 302.)

Suomalaislapsista suurin osa on sairastanut rotavirusinfektion kolmeen ikävuoteen mennessä. Valtaosa näistä on kuitenkin oireettomia, vain 20–30 prosenttia lapsista saa hoitoa vaativia oireita. Puolen vuoden ikäisillä lapsilla taudin esiintyvyys on suurimmillaan lapsen eliniän ensimmäisinä epidemiakausina. Alle puolivuotiailla rotavirusinfektio on harvinainen, sillä äidin vasta-aineet suojaavat lasta ensimmäisten elinkuukausien aikana. Lapsen sairastaessa vähäoireisen rotavirusinfektion alle puolivuotiaana, hän saa eräänlaisen luonnollisen rokotteen tautia vastaan. Lapsi saa osittaisen suojan niin, että seuraavat tartunnat ovat vähäoireisempia. Lapsi sairastaa vain harvoin useamman kuin yhden merkittävän rotavirusripulin. (Ruuskanen ym. 2001, 303.)

5.4.1 Gastroenteriitin hoito ja nestetasapaino

Viruksen aiheuttamaan gastroenteriitin hoitoon ei ole olemassa lääkettä (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152) ja se paranee yleensä itsestään (Muurinen & Surakka 2001, 149). Gastroenteriitin hoidossa tärkeintä on lapsen nestetasapainosta huolehtiminen ja lapsen mahdollisimman hyvän yleisvoinnin turvaaminen (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152). Gastroenteriittiin liittyy usein oireena kuume, jota voidaan hoitaa kappaleen 5.5 ohjeiden mukaisesti. Lieväoireisesta gastroenteriitista kärsivää lasta voidaan hoitaa kotona. (Muurinen & Surakka 2001, 149.) On otettava huomioon, että oksentava ja ripuloiva lapsi kuivuu nopeasti. Rajusti oksentava lapsi kuivuu huomattavasti herkemmin kuin ainoastaan ripuloiva lapsi. (Korpi, Kröger & Rantala 2009, 201.) On myös huomioitava lapsen ikä ja koko. Mitä pienempi lapsi on, sitä nopeammin hänelle voi syntyä nestevajaus (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152). Lapsella kuivumisen merkkejä, joita vanhemmat voivat helposti havainnoida, ovat kyynelten ja virtsan vähäisyys, silmien kuopalle meneminen, painon menetys, kuivat limakalvot sekä väsähtänyt yleisvointi. Pienellä vauvalla on hyvä seurata kuolan erittymistä sekä päälakiaukileen kuopalle me-

nemistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152–153; Kokki ym. 2012, 12.) Jos lapsen raajat ovat kylmät, se kertoo kiertävän nestemäärän vähäisyydestä eli se on merkki vaikeasta kuivumasta. Tällöin lapsi on vietävä välittömästi sairaalaan. (Korppi ym. 2009, 263.)

Lapsen kuivumisen ehkäisemiseksi on tärkeää tarjota lapselle riittävästi juotavaa. Koska lapsi menettää eritteiden mukana kehon elektrolyyttejä eli suoloja ja ruoka maistuu huonosti, pelkän veden nauttiminen ei riitä. Lapselle voidaan antaa viileitä laimennettuja ja makeutettuja mehuja pieninä määrinä ja tiheästi. (Muurinen & Surakka 2001, 149.) Jos lapsi ei pysty syömään oksentelun vuoksi, eikä saa riittävästi energiaa ja suoloja, isommalle lapselle voidaan tarjota mieleistä suolaista syötävää, esimerkiksi perunalastuja. (Muurinen & Surakka 2001, 149.)

Pelkkä summittainen nesteen juottaminen lapselle ei ole tarpeeksi tehokasta kuivuman ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi, vaan vanhempien on tiedettävä, kuinka paljon nestettä lapsi tarvitsee vuorokaudessa. Vuorokautisen nesteentarpeen voi laskea Holliday-Segarin kaavan avulla (taulukko 2). Vanhempien kannattaa myös huomioida lapsen oksentamalla ja ripuloimalla menettämät nestemäärät ja antaa lapselle ylimääräisiä nesteitä normaalin vuorokautisen tarpeen lisäksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 153.)

Paino < 10 kg	Paino 10–20 kg	Paino > 20 kg
100 ml / kg	1000 ml + 50 ml jokaista kymmenen painokilon yli menevää kiloa kohti	1500 ml + 20 ml jokaista kahdenkymmenen painokilon yli menevää kiloa kohti

TAULUKKO 2. Lapsen vuorokautisen nesteentarpeen laskeminen

Vanhemmat voivat hakea apteekista ilman reseptiä saatavaa niin sanottua ripulijuomaa, eli ORS–jauhetta (Oral Dehydration Solution), josta tulee vettä lisäämällä juotavaa liuosta (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 153). ORS–liuosta voidaan käyttää kuivuman ehkäisyyn ja kuivumatilan korjaamiseen. Se sisältää suoloja ja sokeria sopivassa suhteessa ja

estää tehokkaasti nesteen ja suolojen menetystä. (Duodecim – Lääkkeet ja hinnat 2012.) Jauhepussissa on tarkat ohjeet siitä, miten liuos valmistetaan ja ohjeita tulee noudattaa tarkasti (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 153). Erityisen tärkeää on tietää, että ORS-liuosta ei saa laimentaa mehuun, sillä näin juomasta tulee hypertonista liuosta, josta voi kehittyä osmoottinen ripuli. Tämän vuoksi ORS-liuos on myös annettava erillään muista nesteistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 153; Ruuskanen ym. 2007, 304.) Juoma kannattaa tarjota lapselle kylmänä ja pieninä annoksina kerrallaan, koska näin riski juoman oksentamiseen vähenee (Duodecim – Lääkkeet ja hinnat 2012). Juomat voivat lapsen mielestä maistua pahalta, joten niiden antaminen voi olla hankalaa. Lapsen voi saada juomaan juomat paremmin pillillä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 153.) Apteekeista on saatavilla esimerkiksi valmisteita nimeltä Osmosal® ja Floridral®. Osmosal-liuos on kirkas, väritön ja se ei maistu juuri millekään. Floridral-liuoksia on saatavilla banaanin ja vadelman makuisina. (Duodecim lääketietokanta 2012.)

Noin joka viidennessä tapauksessa lapsi tarvitsee gastroenteriitin vuoksi sairaalahoitoa (Keituri 2010). Lapsi on syytä viedä sairaalaan, mikäli hän on alle kuuden kuukauden ikäinen tai hän oksentaa ja ripuloi voimakkaasti tai oireet ovat kestäneet yli viisi vuorokautta. Myös lapsen huonontunut yleistila, keskivaikea tai vaikea kuivuminen ja veriripuli ovat aiheita lapsen sairaalahoidolle. (Ashorn 2009.)

5.4.2 Probiootit gastroenteriitin hoidossa

Probiootit eli maitohappobakteerit ovat eläviä mikro-organismeja. Niitä on monia erilaisia ja niiden vaikutuksetkin ovat erilaisia. Riittävällä probioottien käyttämisellä on todettu olevan terveydelle hyödyllisiä vaikutuksia. Suomessa markkinoilla on suurimmaksi osaksi laktobasilli- ja bifidobakteerikantoja. Probioottien vaikutusmekanismi ei ole vielä selvillä, mutta oletetaan, että se perustuu ainakin osittain suoliston imusuoniston ja probioottien vuorovaikutukseen. LGG eli *Lactobacillus rhamnosus* GG on tutkitumpia probioottikantoja. Etenkin rotaviruksen aiheuttamassa gastroenteriitissa sen on todettu lyhentävän taudin kestoa noin kahdella vuorokaudella. Myös *Lactobacillus reuteri* yksinään tai yhdistelmänä toisen laktobasillin kanssa on ripulointia lyhentävä vaikutus. (Puhakka 2009, 121–122.)

Italialaisessa tutkimuksessa tutkittiin viittä erilaista probioottia tai niiden yhdistelmää lasten äkillisen gastroenteriitin hoidossa. Analyysin mukaan probiootit vähentävät ripuloinnin kestoa noin 30 tunnilla. Tehoa on kuitenkin epäilty, sillä markkinoilla on monia erilaisia probiootteja, eikä muita vertaavia tutkimuksia ole juurikaan tehty. Lapset saivat ripuliin joko pelkkää ripulijuomaa tai juoman lisäksi myös probioottivalmisteita. Tulokseksi saatiin, että pelkkää ripulijuomaa juoneet lapset sairastivat keskimäärin 115,5 tuntia. Lapset jotka saivat *L. rhamnosus* GG:tä, ripuloivat noin 32 tuntia vähemmän ja yhdistelmävalmistetta saaneet lapset 37 tuntia vähemmän kuin pelkkää ripulijuomaa saaneet lapset. (Renko 2007.)

Probioottien käyttö on halpaa ja helppoa, mutta niiden riskit on kuitenkin hyvä pitää mielessä. Ihmisillä, joilla on heikentynyt vastustuskyky, on tavattu yksittäisten probioottien aiheuttamia infektioita, kuten verenmyrkytyksiä ja sydänlappätulehduksia. Ne ovat kuitenkin harvinaisia ja laktobasillikantoja voidaan pitää turvallisina. Suomessa LGG:n käyttö on kuusikertaistunut vuosina 1990–2000, mutta laktobasillien aiheuttamat verenmyrkytykset eivät ole lisääntyneet. Tieto probiooteista alkaa vahvistua, mutta niitä ei voi yleistää kaikkiin niin kutsuttuihin hyviin bakteereihin, koska eri kantoja on olemassa paljon ja ne poikkeavat toisistaan. Suomen oloihin sopivimpia mikrobikantoja ovat erityisesti LGG ja *L. reuteri*. Suomen yliopistosairaaloissa probioottien käyttö ripulin hoidossa on vakiintunut ja sitä voidaan suositella nestehoidon lisäksi kaikille virusripulipotilaille. (Puhakka 2009, 121–122.) Tähän tietoon pohjautuen voimme ohjata isiä käyttämään maitohappobakteerivalmisteita lasten ripulin hoidossa.

5.5 Kuume ja sen hoito

Lapsen kehon lämpö levossa on normaalisti 35,5–37 °C kainalosta mitattuna ja 36–38 °C peräsuolesta mitattuna (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 116–117). Vähäininkin aktiiviteetti nostaa kehon lämpötilaa. Iltapäivällä kehon lämpö on normaalisti noin puoli astetta korkeampi kuin aikaisin aamusta. (Matilainen & Poikonen 2012.) Kuume on lapsen kehon luonnollinen tapa puolustautua taudinaiheuttajia vastaan (Muurinen & Surakka 2001, 66). Virallista rajaa kuumeelle ei ole, mutta yleisesti puhutaan kuumeesta, kun kehon lämpötila on 38 °C tai enemmän (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 116). Kuumeen syynä lapsella on yleensä virusinfektio (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 116). Muita syitä

kuumeelle voivat olla bakteeri-infektio tai muut tulehdukselliset sairaudet, kuten suolistosairaus, ihoinfektiot ja sepsis (Matilainen & Poikonen 2012).

Yleensä kuumeiset lapset hoidetaan kotona, mutta vastasyntyneet ja imeväiset on syytä viedä lievänkin kuumeen vuoksi sairaalaan (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 116). Alle kahden kuukauden ikäiset lapset tarvitsevat päivystyksellisen selvittelyn sairaalan poliklinikalla. Kahdesta kolmeen kuukauteen ikäisten lasten on päästävä lääkärin vastaanotolle viimeistään seuraavana aamuna. Yli kolmen kuukauden ikäiset lapset voidaan hoitaa kotona voinnin salliessa (Korpi ym. 2009, 86.) Jos lapsi jaksaa leikkiä ja pystyy nauttimaan riittävästi nesteitä ja kuumeelle on selkeä syy, esimerkiksi ylähengitystieinfektio, syytä lääkäriin lähtemiselle ei ole (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 117). Jos kuume nousee yli 40 °C, se vaatii välitöntä sairaalahoitoa, koska näin korkea kuume voi aiheuttaa aivovaurioita. Tavallisesta infektiosta johtuva kuume ei yleensä nouse yli 41 asteen. (Matilainen & Poikonen 2012.) Myös sahaava ja uudelleen alkava kuume vaatii lisätutkimuksia, koska kyseessä voi tällöin olla esimerkiksi keuhkokuume. Muita syitä, jolloin lapsi on vietävä sairaalaan, ovat esimerkiksi sekavuus, lapsen kouristus, jatkuva itku tai kuume silloin, kun lapsella ei ole muita infektion merkkejä (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 116–117.) Vanhempien on hyvä tietää nämä kriteerit, jolloin he osaavat arvioida, milloin lapsi on hyvä viedä ammattihenkilön arvioitavaksi ja milloin taas kotona hoitaminen on turvallista. Vanhemmat voivat saada myös puhelinohjausta (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 117) esimerkiksi oman kunnan terveyskeskuksesta tai Tampereella terveystalouden neuvonnasta (Tampereen kaupunki 2012). Vanhemman täytyy pystyä mahdollisimman tarkasti kuvailemaan lapsensa vointia, jotta neuvontaa antava henkilö saa käsityksen lapsen hoidon tarpeesta (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 117).

Jos kuumeista lasta hoidetaan kotona, vanhempien on syytä tarkkailla lapsen vointia huolellisesti. Lapsen ollessa hyvävointinen hän hymyilee, reagoi ympäristöönsä ja vanhempiinsa. Lapsen itkuääni on voimakasta ja ponnekasta. Hän herää unesta nopeasti heräteltäessä. Hengitystiheyden laskeminen on hyvä keino arvioida lapsen vointia. Lapsen sisään - ulos hengityskertoja lasketaan yhden minuutin ajan lapsen ollessa rauhallinen. Alle 5-vuotiaan lapsen hengitystiheys on tavallisesti noin 30–40 kertaa minuutissa. Yli 5-vuotiaan hengitystiheys on alle 20 kertaa minuutissa. (Ruuskanen, Saxén & Mertso 2009.)

Lapsen lämmön voi mitata kainalosta, suusta, korvasta tai peräsuolesta (Matilainen & Poikonen 2012). Ruotsissa tehdyn tutkimuksen (Gilljam & Wede 2012) mukaan luotettavan tuloksen saamiseksi lämpö tulisi mitata peräsuolesta alle yhden vuoden ikäisiltä lapsilta. Ero korvasta mitattujen ja peräsuolesta mitattujen arvojen välillä on jopa 0,5 °C. Storvik-Sydänmaan ym. (2012, 116–117) mukaan lämmön mittaamista peräsuolesta ei kuitenkaan suositella, koska se on lapselle epämiellyttävää ja ärsyttää peräaukon limakalvoja (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 116–117). Korvakuumemittaria ei tulisi käyttää alle vuoden ikäisillä lapsilla, koska heillä korvakäytävä on pieni jolloin mittaustulokset eivät ole luotettavia. Korvasta kuumetta mitattaessa tulisi mittaus tehdä molemmista korvista ja oikea mittaustekniikka on tärkeä. (Gilljam & Wede 2012.)

Tärkeää lapsen kuumeen hoidossa on lapsen olon helpottaminen. Oloa voi helpottaa esimerkiksi vähentämällä lapsen vaatteita ja esimerkiksi vaippaikäinen voi pärjätä hyvin pelkällä vaipalla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 117.) Kuumeen noustessa lasta voi palleltaa, mutta lasta ei kuitenkaan kannata pitää liian paksuissa vaatteissa tai peittojen alla, sillä se voi nostaa kuumetta entisestään. Huone voidaan viilentää noin 20 asteiseksi, mutta on huolehdittava, ettei kuumeinen lapsi joudu olemaan kylmässä vedossa. Ihoa voidaan viilentää viileillä kääreillä tai pyyhkimällä ihoa haalealla vedellä. Viilentämällä lasta kuume laskee noin 0,5 °C. (Jalanko 2010; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 117.)

Toinen tärkeä seikka kuumeen hoidossa on lapsen riittävästi nesteensaannista huolehtiminen. Kuume lisää nesteentarvetta 11 prosenttia jokaista kuumeastetta kohden. Kuume lisää myös lapsen energiantarvetta noin 10 prosenttia. Juotavaa tulee tarjota lapselle usein ja juomien on hyvä olla kylmiä. Koska kuumeisena ruoka ei yleensä maistu, lapselle voi tarjota esimerkiksi jäätelöä, mehua ja mehukeittoa. Energian- ja nesteentarvetta voidaan tyydyttää sokeripitoisilla juomilla. (Jalanko 2010; Kokki ym. 2012, 36; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 117.)

Kuumeinen lapsi voi leikkiä vointinsa mukaan. Sairasta lasta hoitaessaan vanhemman kannattaa järjestää lapselle rauhallista viihdykettä, kuten esimerkiksi lastenohjelmien katsomista. Lapselle vanhemman läsnäolo on sairastaessa erityisen tärkeää. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 117–118.) Kovaa fyysistä rasitusta tulee välttää kuumeen aikana. Esimerkiksi kauppareissut rattaissa tai päiväunet vaunuissa ovat sallittuja, mutta lapsi tulee pukea riittävän lämpimästi kylmettymisen välttämiseksi. (Jalanko 2010.) Lapsen

puhtaudesta huolehditaan lasta kylvettämällä tai suihkuttamalla, mutta sen jälkeen lapsi tulee pukea nopeasti palelemisen estämiseksi. Saunomista kuumeisena tulee välttää, koska suuret lämpötilaerot rasittavat elimistöä. (Muurinen & Surakka 2001, 67.)

Virusinfektioissa, kuten flunssassa kuume kestää yleensä kolmesta kuuteen vuorokautta (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 118). Kuumeen jälkeen on hyvä pitää yksi kuumeeton päivä ennen päiväkotiin tai kouluun menoa. Kunnollisella toipumisella ennen normaaliin arkirytmiiin palaamista voidaan ehkäistä taudin pitkittyminen ja erilaiset jälkitaudit. (Muurinen & Surakka 2001, 67–68.)

5.5.1 Kuumeen lääkehoito

Kuumetta voidaan hoitaa sekä lääkkeettömästi (kts. luku 5.5) että lääkkeellisesti. Yleisimmin lapsen kuumeen hoitoon kotona käytetään parasetamolia, ibuprofeenia ja reseptillä saatavaa naprokseenia. Parasetamoli on kipu- ja kuumelääke ja ibuprofeeni ja naprokseeni ovat tulehduskipulääkkeitä. Tulehduskipulääkkeitä on suositeltavaa käyttää vain yli kuuden kuukauden ikäisillä lapsilla, mutta jo yli kolmen kuukauden ikäisille lapsille löytyy esimerkiksi ibuprofeenin annosteluohjeet. Useampaa tulehduskipulääkettä ei saa käyttää samanaikaisesti. Tulehduskipulääkkeissä vaikutusaika on pidempi kuin kuumelääkkeissä. Lääkkeiden avulla kuumetta voidaan alentaa noin 1,5 °C. Kuume- ja tulehduskipulääkkeet helpottavat myös esimerkiksi kurkkukipua, lihassärkyjä ja yleistä epämiellyttävää oloa. (Matilainen & Poikonen 2012; Jalanko 2010; Korpi ym. 2009, 224; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 118.)

Lapsilla parasetamoli (esimerkiksi Panadol®, Para-Tabs®) on ensisijainen lääke kuumeen alentamiseen ja se on turvallinen kaikenikäisillä käytettynä. Parasetamolia voidaan antaa yli kolmen kuukauden ikäisille lapsille ilman lääkärin määräystä ja alle kolmen kuukauden ikäisille lapsille vain lääkärin määräyksestä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 118; Korpi ym. 2009, 266.) Annostus suun kautta annettaessa on 15 milligrammaa painokiloa kohti ja annoksen voi toistaa kolme kertaa vuorokaudessa (Terveysportti - Lääkkeet ja hinnat 2012). Lääkettä annetaan noin kuuden tunnin välein. Antovälin tulee kuitenkin olla vähintään neljä tuntia. Maksimiannos on 40–60 milligrammaa painokiloa kohden vuorokaudessa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 118; Korpi ym. 2009, 266.) Parasetamolivalmisteita löytyy tabletteina, kapseleina, oraalisuspensiona, peräpuikkoina,

annosjauheina ja poretabletteina. Alle neljän vuoden ikäisille lapsille itsehoitovalmisteista löytyy annostusohjeet oraalisuspensiosta sekä peräpuikoista. Muita valmisteita suositetaan yli neljävuotiaalle lapsille. (GlaxoSmithKline.) Parasetamolin etuja muihin kuumetta alentaviin lääkkeisiin nähden on sen vähäiset haittavaikutukset ja hyvä siedettävyys. Se ei vaikuta veren vuoto- ja hyytymistekijöihin, allergiat ovat harvinaisia ja sen kuumetta alentava vaikutus on tutkitusti todistettu. (Rantala & Keinänen-Kiukaanniemi 2010.) Varovaisuutta tulee noudattaa, jos lapsella on vaikea munuaisten vajaatoiminta. Parasetamolia ei tule antaa lainkaan lapselle, jolla on vaikea maksan vajaatoiminta. (Terveysportti – Lääkkeet ja hinnat 2012.)

Ibuprofeenia (esimerkiksi Burana®, Ibumetin®) voidaan antaa yli kolmen kuukauden ikäisille lapsille. Annos on 10 milligrammaa painokiloa kohden neljästi vuorokaudessa, eli sitä voidaan antaa noin kuuden tunnin välein. Myös ibuprofeenin antovälin tulee olla vähintään neljä tuntia. Maksimiannos on 30–40 milligrammaa painokiloa kohden vuorokaudessa. (Korpi ym. 2009, 224; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 118.) Ibuprofeeni valmisteita löytyy tabletteina, kapseleina, oraalisuspensioina, poretabletteina ja peräpuikkoina. Alle neljän vuoden ikäisille lapsille voi antaa ilman reseptiä apteekista saatavia oraalisuspensioita, peräpuikkoja ja puolitetTUja 200 milligramman tabletteja. Vahvemmissa tableteista ja kapseleista ei löydy annostusohjetta alle neljän vuoden ikäisille lapsille. Ibuprofeenin kanssa tulee noudattaa varovaisuutta astmaa sairastavien lasten kohdalla, eikä sitä tule käyttää mikäli yliherkkysoireita ilmenee. Yleisin haittavaikutus on mahan ärsytys. (Terveysportti – Lääkkeet ja hinnat 2012.) Ibuprofeenin teho on vähintään yhtä hyvä kuin parasetamolin, mutta sen vaikutusaika on pidempi (Rantala & Keinänen-Kiukaanniemi 2010).

Naprokseenin (esimerkiksi Pronaxen®, Naprometin®) annostus lapsilla on 5–10 milligrammaa painokiloa kohden ja sitä annetaan kaksi kertaa vuorokaudessa. Sen maksimiannostus on 15 milligrammaa painokiloa kohden vuorokaudessa. Antokertojen välin tulee olla vähintään kahdeksan tuntia. (Korpi ym. 2009, 224.) Naprokseenin etuna onkin sen pitkä vaikutusaika ja harva annostelu. Se soveltuu yli vuoden ikäisille lapsille ja siihen tarvitaan lääkärin antama resepti. (Rantala & Keinänen-Kiukaanniemi 2010.) Naprokseenia ei suositella lapsille joilla on astma tai allergia (Terveysportti – Lääkkeet ja hinnat 2012).

Tuoreen väitöskirjatutkimuksen (Sepponen 2011, 20, 46, 49) mukaan ongelmana lasten lääkitsemisessä voi olla lapsen kieltäytyminen lääkkeen otosta. Lapset kokevat erityisesti peräpuikot epämiellyttävänä ja voivat kieltäytyä niiden käytöstä. Oraalisuspensioiden ja tablettien käytöstä kieltäydytään usein niiden pahan maun vuoksi. Tablettien ja kapseleiden nieleminen voi myös olla ongelmallista, jolloin lääkkeen otto ei onnistu. (Sepponen 2011, 20, 46, 49.) Lapset oppivat yleensä leikki-ikäisinä, joskus vasta kouluikäisinä nielemään kapseleita ja tabletteja. Tabletteja voi tarvittaessa puolittaa ja murskata, jolloin lääkkeen ottaminen on helpompaa. Kannattaa kuitenkin tarkistaa, saako lääkettä puolittaa tai murskata, koska se voi vaikuttaa lääkeaineen imeytymiseen. Murskatun lääkkeen voi sekoittaa pieneen mehutilkkaan. Kannattaa harkita sekoittaako lapsen lääkettä esimerkiksi ruokaan, koska silloin koko ruoan maku voi muuttua. Mikstuurat eli nestemäiset lääkkeet ovat helppoja ja käytännöllisiä valmisteita. Ne voidaan antaa lapsen suuhun esimerkiksi ruiskulla. Ruisku suunnataan lapsen hampaiden taakse vinosti kielen yli ja lääke työnnetään hitaasti lapsen suuhun. Näin lapsi ei saa syljettyä lääkettä ulos. Lääkkeen antoa peräpuikkona ei suositella, koska lääkeaine imeytyy peräsuolesta huonommin kuin suun kautta otettuna. Peräsuoleen annettavaa lääkettä voidaan käyttää kuitenkin silloin, kun lapsi esimerkiksi oksentaa rajusti. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 118, 314–315.)

5.6.2 Kuumekouristus

Kuumekouristuksella tarkoitetaan korkean kuumeen yhteydessä esiintyvää kouristuskohtausta. Oireina voivat olla tajuttomuus, raajojen jäykistely ja nykiminen tai lapsen velttous. (Riikola & Eriksson 2007.) Kuumekouristusta esiintyy yleisimmin kuudesta kuukaudesta kuuteen vuoteen ikäisillä lapsilla. Noin kahdesta viiteen prosenttia lapsista on saanut kuumekouristuksen seitsemän vuoden ikään mennessä. Kuumekouristus uusiutuu 20–30 prosentissa tapauksista (Rantala 2010). Kuumekouristusta voi esiintyä minkä tahansa infektion yhteydessä, kun kuume nousee yli 38 asteen. Kuumekouristuksen perimmäistä syytä ei tunneta, mutta kuumekouristuksen ilmenemiseen vaikuttavat perintökijät, lapsen ikä ja se, kuinka korkea kuume lapsella on. (Rantala, Strengel, Tarkka, Uhari 2008.) Yleensä kuumekouristus kestää vain muutaman minuutin ajan ja se on jo ehtinyt loppua ennen hoitotoimenpiteiden aloittamista (Rantala 2010).

Kuumekouristusta on olemassa kahta eri tyyppiä, yksinkertainen ja monimuotoinen kuumekouristus (Rantala 2010). Yksinkertaisessa kuumekouristuksessa raajojen jäykistely ja nykiminen ovat symmetrisiä ja kohtaus kestää alle 15 minuuttia. Monimuotoinen kohtaus taas kestää yli 15 minuuttia tai kouristelut ovat epäsymmetrisiä. (Riikola & Eriksson 2007.) Kuumekouristuksen saaminen ei tarkoita sitä, että lapsella olisi epilepsia, eikä tavallinen kuumekouristus lisää epilepsian riskiä. Kuumekouristus ei myöskään vahingoita lapsen aivoja. Jos kuumekouristukset ovat pitkittyneitä eli monimuotoisia, voi niihin liittyä myöhemmän epilepsian riski. Kuumekouristuksella ei tavallisesti ole vaikutusta lapsen henkiseen tai fyysiseen kehitykseen. (Rantala 2005.)

Kuumekouristuksen aikana on hyvä tarkkailla ainakin kouristusten symmetrisyyttä, lapsen tajuttomuuden kestoa ja kuumekouristuksen kestoa (Keituri 2010). Isiä voidaan ohjata laittamaan merkille nämä asiat lapsen saadessa kuumekouristus. Jos lapsella on taipumusta saada kuumekouristuksia, isiä voidaan ohjata varautumaan ennalta kuumekouristukseen. Rantalan ym. (2008) mukaan kuumekouristuksen hoidossa tärkeintä on turvata lapsen vapaa hengitys. Lapsi asetetaan kylkiasentoon ja varmistetaan, ettei lapsi satuta itseään kouristuksen aikana. Aikaisemmin ohjattiin, että kuumekouristavaa lasta tulisi viilentää ulkoisesti. Näin ei kuitenkaan enää suositella tehtävän, koska se lisää lapsen hapenkulutusta huomattavasti, nostaa verenpainetta ja lisää vilunväristyksiä. Nämä taas nostavat lapsen noradrenaliinin ja adrenaliinin pitoisuuksia veressä, mikä on haitallista kouristavalle lapselle. (Rantala ym. 2008.) Ulkoinen viilentäminen saattaa myös pitkittää kouristuksen kestoa (Rantala 2005). Turvallisinta on siis hoitaa lapsi huoneenlämmössä. Jos lapsi hikoilee kovasti, häneltä voidaan vähentää vaatteita. (Rantala ym. 2008.)

Kun kyseessä on lapsen ensimmäinen kuumekouristus, lapsi on aina syytä viedä lääkäriin tarkistettavaksi, jotta voidaan pois sulkea muut kouristuksia aiheuttavat syyt (Rantala 2010). Sairaalassa lääkäri tutkii lapsen ja määrää tarvittaessa esimerkiksi laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia. Jos kuumekouristus on ollut yksinkertainen ja lapsi on sen jälkeen hyvävointinen, ei yleensä laajempia tutkimuksia tarvita. Lasta tarkkaillaan sairaalassa yleensä muutaman tunnin ajan. Jos kuumekouristus ei mene ohitse viidessä minuutissa, lapselle annetaan lääkettä kouristuksen lopettamiseksi. Yleensä käytetään joko peräsuoleen annettavaa diatsepaamia tai nenän tai suun limakalvoille annettavaa midatsolaamia. Rantalan ym. (2008) mukaan nenän tai suun limakalvoille annettava

midatsolaami on tehokkaampaa. (Rantala ym. 2008.) Vanhemmille annetaan kotiin resepti diatsepaami-peräruiskeeseen kohtauksen uusiutumisen varalta ja heille ohjataan sen käyttö. Lääkkeenannon jälkeen kohtauksen on loputtava viiden minuutin aikana. Jos näin ei kuitenkaan käy, on lapsen päästävä nopeasti sairaalahoitoon. Epilepsialääkkeet tai kuumelääkkeet eivät estä kuumekouristuksen syntyä. Kuumelääkkeellä voidaan kuitenkin laskea lämpöä ja helpottaa lapsen oloa. (Rantala 2005.) Kun lapsi saa ensimmäisen kuumekouristuksensa, vanhemmat ovat yleensä todella säikähtäneitä. Vanhempien informointi ja tukeminen ovatkin tärkeitä osana lapsen kuumekouristuksen hoitoa. (Rantala ym. 2008.) Mielestämme on tärkeää, että molemmat vanhemmat osaavat antaa lapselle kohtauslääkkeen ja tietävät kuinka toimia, jos lapsi saa kuumekouristuksen.

6 OHJAUS RYHMÄLLE

Ohjauksella tarkoitetaan tiedon ja taidon lisäämistä ohjaajan ja ohjattavan välisen tasa-vertaisen vuorovaikutuksen avulla. Ohjaus on keino vaikuttaa ohjattavan kokemuksiin sekä valmiuksiin positiivisesti. (Eloranta & Virkki 2011, 15, 19.) Nykypäivänä ohjauksessa ohjattava on aktiivisessa roolissa ja ohjauksella pyritään lisäämään ohjattavan oma-aloitteisuutta ja kykyä ratkaista ongelmia. Ohjaus on suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa. (Kynäs ym. 2007, 25.)

Ohjaus on suunnitelmallisesti etenevä prosessi, jonka Eloranta ja Virkki (2011, 25–27) jakavat kuuteen vaiheeseen. Ne voivat olla myös päällekkäisiä. Ensimmäinen vaihe on ohjauksen tarpeen määrittäminen, johon vaikuttavat ohjattavan tausta ja odotukset ohjausta kohtaan. Seuraava vaihe on ohjauksen tavoitteiden asettaminen. Tavoitteiden tulee olla realistisia, saavutettavissa ja ohjattavalle merkityksellisiä. Kolmas vaihe on ohjauksen suunnittelu. Siihen kuuluu ohjauksen sisällön ja menetelmän valinta. Neljäs vaihe on ohjauksen toteutus. Ohjaustilanteessa ohjattava on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja oman osaamisalueensa. Viidennessä vaiheessa ohjaus arvioidaan. Kun ohjattava on saanut tietoa ja ymmärtänyt asiat, voidaan ohjausta pitää onnistuneena. Viimeinen vaihe hoitotyön ohjauksessa on ohjauksen kirjaaminen, jota pidetään hoitotyössä tärkeänä. (Eloranta & Virkki 2011, 26–27.)

Ohjauksessa on huomioitava ohjattavan ohjauksen tarve sekä aiemmat tiedot ja taidot sekä kokemukset. Ohjattavan motivaatio ja tunnetila vaikuttaa siihen, miten hän vastaanottaa tietoa. Ohjauksessa kannatta antaa asiasta keskeisimmät tiedot ja kysymyksillä ja keskustelemalla voidaan varmistaa, että ohjattava on sisäistänyt asian. Ohjauksessa annettavan tiedon tulee olla tarkkaa ja luotettavaa. Sen tulee olla ohjattavan kannalta hyödyllistä ja helposti ymmärrettävää. (Eloranta & Virkki 2011, 22–23.)

Ohjaussuhteen syntymiselle tärkeää on myönteinen ensikontakti. Vastavuoroisuus, luottamus ja yhteistyö ovat tyypillisiä ohjaussuhteelle. Vuorovaikutustilanteessa ohjattavalla tulee olla tilaa kertoa omista kokemuksistaan ja odotuksistaan. Kevyt ja rento tunnelma edistävät keskustelua ja keskinäistä vuorovaikutusta, kun taas virallinen ja vakava keskustelu voivat heikentää vuorovaikutusta. Viestinnässä ohjaajan täytyy kiinnittää huo-

miota omaan sanalliseen ja sanattomaan viestintäänsä ja että ne ovat yhteneviä. Ohjaajan on tärkeää kuunnella ohjattavaa. Sen hän voi osoittaa katsekontaktilla, ilmeillä, eleillä sekä tarkentavilla kysymyksillä. (Eloranta & Virkki 2011, 66.)

Tässä opinnäytetyössä paneudutaan ryhmässä tapahtuvaan ohjaukseen, koska toimintatuokio toteutetaan ryhmälle. Tämän opinnäytetyön kohderyhmä ei ole tyypillinen kirjallisuudessa esitelty ryhmä, jolle ominaista on Kyngäksen ym. (2007, 105) mukaan ryhmän kiinteä suhde, säännölliset tapaamiset, prosessinomaisuus ja se, että ryhmän jäsenet tuntevat toisensa hyvin (Kyngäs ym. 2007, 105). Tässä tapauksessa ryhmä voi koostua joka kerta eri osallistujista, eikä ryhmälle välttämättä ehdi syntyä kiinteää suhdetta. Ryhmää pitävät iltakahvilan ohjaajat ja työn tekijät tapaavat ryhmän mahdollisesti vain kerran. Ryhmiä on erilaisia ja niiden tavoitteet vaihtelevat. Erilaisia ryhmiä ovat esimerkiksi keskusteluryhmä, vertaisryhmä ja toiminnallinen ryhmä. (Kaukkila & Ruuskanen 2007, 18.) Toimintatuokion ohjaajien näkökulmasta ohjattava ryhmä on toiminnallinen, mutta osallistujien näkökulmasta se voi olla myös vertaisryhmä. Kaukkilan ja Lehtosen (2007, 18) mukaan toiminnallinen ryhmä keskittyy konkreettiseen toimintaan ja yhteisiin kokemuksiin ja vertaisryhmässä keskeistä ovat ryhmäläisten samankaltaiset kokemukset tai elämäntilanne. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 18.)

Ryhmässä tapahtuvassa ohjauksessa on monia oppimista tukevia asioita. Tietoja ja kokemuksia vaihdetaan ryhmän jäsenten kesken ja se johtaa uuden asian oppimiseen. Ryhmän jäsenet tuovat ryhmän käyttöön omia kokemuksiaan ja tietojaan. Ryhmässä on tärkeää, että jäseniä kuunnellaan ja jokainen saa tuoda omat mielipiteensä esiin. (Eloranta & Virkki 2011, 78–79.)

Ohjaajan on tärkeää soveltaa omia tietojaan ja taitojaan käytäntöön. Jotta toiminta onnistuu, suhtautumisen ryhmäläisiin tulee olla kunnioittavaa, rohkaisevaa ja empaattista. Ryhmädynamiikka on tärkeä tuntee, jotta ohjaaja ymmärtää miten yksilöt käyttäytyvät ryhmässä. Käyttäytyminen muodostuu ohjaajasta itsestään sekä tilanteesta ja ympäristön vaikutteista. Ryhmäohjaajalla tulee olla tilannetajua ja hänen tulee ymmärtää, että eri ryhmiä on ohjattava eri tavoin, vaikka aihe olisi sama. Ryhmäohjaajalla on vastuu ohjata ryhmää tiettyyn suuntaan, mutta myös jokaisella ohjattavalla on vastuu ryhmän toiminnasta. Ryhmässä voi ilmetä vastarintaa, joka on tärkeä tunnistaa. Se voi esiintyä esimerkiksi passiivisuutena tai tyytymättömytenä. (Eloranta & Virkki 2011, 79.)

Kun ryhmä aloitetaan, ovat ryhmän roolit ja normit vielä epäselvät. Jotta hyvä ryhmä saadaan luotua, on ryhmän ensimmäinen tapaaminen tärkeä. Hyvän ilmapiirin luomiselle ja tutustumiselle varataan aikaa. Tässä voidaan käyttää apuna esimerkiksi tutustumisleikkejä. Ohjaajan tehtävä on valmistautua ryhmätilanteeseen hyvin ja huolehtia selkeästä aloituksesta sekä ensivaikutelman luomisesta. Ryhmän toiminta etenee Elorannan ja Virkin (2011, 80–85) mukaan aloituksesta päätökseen muutamien vaiheiden kautta. Vaihteita ovat kuherruskuukausi, me-vaihe, konflikti, tasaantuminen ja tehokas toiminta. (Eloranta & Virkki 2011, 80–85.)

Eloranta ja Virkki (2011, 82) kirjoittavat fyysisen ympäristön merkityksestä ryhmän ohjauksessa. Tilan, jossa ryhmä kokoontuu, tulee olla tarpeeksi suuri ja rauhallinen, lisäksi siellä tulee olla hyvä valaistus ja sopiva lämpötila. Istumajärjestykseksi ympyrä tai U-muotoinen asetelma on hyvä, sillä näin ryhmän jäsenet pystyvät luomaan katsekontaktin toisiinsa. Ohjaaja ei saa korostaa omaa rooliaan liikaa ja siksi hänenkin on hyvä istua ryhmäläisten kanssa samassa ympyrässä. Aikaan liittyvät tekijät ja ryhmän koko ovat merkittäviä. Ryhmän kokoontumisen kesto ja kokoontumistiheys riippuu ryhmän tarkoituksesta. Ryhmän koko vaikuttaa siihen, miten sen jäsenet osallistuvat ryhmässä tapahtuvaan toimintaan. Suuressa ryhmässä yksilöt osallistuvat vähemmän ja jotkut jäsenet jäävät sivustaseuraajiksi. (Eloranta & Virkki 2011, 82.)

7 YHTEENVETO TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA

1900-luvun alkupuolella isä nähtiin perheessä usein auktoriteettina ja äidit huolehtivat kaikesta lasten hoivasta. 1960-luvulla alkoi isyyden murros ja isät alkoivat osallistua lasten hoivaan. 1970-luvulla neuvoloissa alettiin panostaa perhekeskeisyyteen ja miehet pääsivät mukaan synnytyksiin. Isistä alettiin puhua herkkinä, tunteellisina ja hoivaavina isinä ja aviomiehinä. 1980-luvulla isä ja äiti nähtiin jo melko tasavertaisina kasvattajina. 2000-luvun isyys on monimuotoista. Puhutaan hoivaavasta isyydestä, jossa isä on lapsen käytettävissä ja huolehtii ainakin puolet lapsen hoivasta. Isyys voidaan jakaa myös sosiaaliseen -, biologiseen -, juridiseen - tai psykologiseen isyyteen. Isyyttä halutaan tukea nyky-yhteiskunnassa erilaisin keinoin ja tasavertainen vanhemmuus on tärkeä perhepoliittinen tavoite.

Flunssa ja gastroenteriitti ovat lasten yleisimpiä infektioitauteja. Ne aiheuttavat paljon sairastuvuutta ja kustannuksia perheille ja yhteiskunnalle. Flunssan oireita ovat yskä, nuha, tukkoisuus, kuume ja kurkkukipu. Antibiootteja ei tulisi käyttää flunssan hoidossa. Oireita voidaan helpottaa höyryhengityksellä, sängyn päätä kohottamalla ja nenään laitettavilla keittosuolatipoilla. Lapsen vointia voidaan parantaa ja kuumetta voidaan alentaa kuumelääkkeillä, ensisijaisesti parasetamolilla. Gastroenteriitin hoidossa tärkeintä on lapsen nestetasapainosta huolehtiminen. Ripulijuomista on apua nestetasapainon ylläpidossa ja korjauksessa. Oireiden kestoa voidaan lyhentää maitohappobakteereilla. Infektiot leviävät eniten päiväkodeissa ja päiväkotilapset saattavat sairastaa viidestä kahdeksaan flunssaa vuodessa. Infektioitauteihin sairastumista voidaan ehkäistä noudattamalla hyvää käsihygieniaa.

Ohjaus on tiedon ja taidon lisäämistä ohjaajan ja ohjattavan välisen tasavertaisen vuorovaikutuksen avulla. Ohjaus on suunnitelmallisesti etenevä prosessi, jossa on useita eri vaiheita. Ohjaukseen vaikuttaa ohjattavan aiemmat tiedot ja taidot sekä motivaatio. Ennen ohjausta on tärkeää selvittää ohjattavan ohjauksen tarve. Ryhmässä annettava ohjaus tukee oppimista monin eri tavoin. Ohjaajan tulee suhtautua ryhmäläisiin empaattisesti, kunnioittavasti ja rohkaisevasti. Ryhmän muodostumisen kannalta ensikohtaaminen on tärkeä. Ryhmä käy läpi erilaisia vaiheita, joita ovat aloitus, kuherruskuukausi, meivaihe, konflikti, tasaantuminen, tehokas toiminta ja lopetus.

8 TOIMINTAAN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Toimintaan painottuvassa opinnäytetyössä tarkoituksena on ammatillisesti järjestää toimintaa, ohjeistaa tai opastaa. Ammatilliseen käyttöön voidaan tehdä esimerkiksi ohje tai perehdyttämisoas tai toiminta voi olla esimerkiksi tapahtuman järjestämistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Tässä opinnäytetyössä kyseessä on toiminnan järjestäminen. Vilkan ja Airaksisen (2003, 9) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että se yhdistää käytännön toteutuksen, teoretiedon sekä raportoinnin. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Opinnäytetyön toiminnallinen osuus perustuu teoriaosuudessa käsiteltyyn tietoon.

Vilkan ja Airaksisen (2003, 23) mukaan opinnäytetyön tekeminen alkaa aiheanalyysistä, jossa aluksi mietitään mitkä asiat kiinnostavat esimerkiksi syventävissä opinnoissa ja työharjoittelussa. Aiheen tulee olla motivoiva ja omaa osaamista syventävä. Valinnassa täytyy myös huomioida, että se on toimeksiantajaa kiinnostava. (Vilka & Airaksinen 2003, 23.) Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin toiminnallinen opinnäytetyö, koska Mannerheimin lastensuojeluliitolta tarjoutui mahdollisuus yhteistyöhön ja aiheeseen, joka liittyi isyyteen ja ohjaukseen. Tähän aiheeseen sopivin menetelmä oli toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyön tekijät halusivat toimia yhteistyössä kohderyhmän kanssa ja harjoitella ohjaustaitoja käytännössä. Työssä haluttiin syventyä aiheeseen perusteellisesti ja koota tiedoista asiakkaiden tarpeita vastaava kokonaisuus. Tulevat lasten- ja nuorten sairaanhoitajat tulevat tarvitsemaan taitoja ohjata ja antaa sopiva määrä tietoa lapsille ja heidän vanhemmilleen.

Vilkan ja Airaksinen (2003, 26–27) mukaan aiheen valinnan jälkeen tehdään toimintasuunnitelma, jossa kerrotaan mitä tehdään, miten se tehdään ja miksi. Toimintasuunnitelma tehdään, jotta pystytään hahmottamaan mitä ollaan tekemässä. Toimintasuunnitelmaan tulee sitoutua. (Vilka & Airaksinen 2003, 26–27.) Ennen varsinaisen opinnäytetyön tekemistä tehtiin opinnäytetyön suunnitelma, jossa suunniteltiin tarkasti toiminnan sisältö ja tutustuttiin työn teoreettisiin lähtökohtiin. Toiminnassa noudatettiin tätä suunnitelmaa.

Vilka ja Airaksinen (2003, 51) kuvaavat, että toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään luomaan viestinnällisin ja visuaalisin keinoin kokonaiskuva aiheesta. Toiminnallisessa osuudessa käytettävien kirjallisten materiaalien tulee olla kohderyhmälle sopivia ja ilmaisujen tulee olla viestintätilanteeseen, tavoitteeseen ja tiedon vastaanottajille sopivia. (Vilka & Airaksinen 2003, 51.) Opinnäytetyössä oleellisessa osassa oli viestinnälliset keinot, mutta siinä käytettiin myös visuaalisia keinoja kokoamaan asioita ja helpottamaan viestintää. Siinä käytettiin myös tekstejä ohjauksen tukena aihetta käsittelevien julisteiden muodossa.

Vilkan ja Airaksinen (2003, 55) mukaan toiminnallisesta opinnäytetyöstä tehdään raportti, jossa kuvataan tapahtuman ohjelma, kutsuminen ja tapahtumasta tiedottaminen. Jos toiminnasta kerätään asiakaspalautetta, tulee raportissa kertoa sen tavoitteesta ja suunnittelusta. (Vilka & Airaksinen 2003, 55.) Toiminnasta kerättiin palaute palautelomakkeen avulla (liite 2).

9 OHJAUSTUOKIO ISÄKAHVILASSA

9.1 Toiminnan suunnittelu ja toteutus

Kävimme tammikuussa 2012 tutustumassa Mannerheimin lastensuojeluliiton isäkahvilaan. Isäkahvila toimii torstai-iltaisina kaksi tuntia kerrallaan Laivapuiston perhetalon tiloissa. Isäkahvilan osallistujat kokoontuvat perhetalon päiväsalissa, jossa on lapsille hyvät mahdollisuudet leikkiin ja ajanviettoon. Siellä on myös pieni ruokasali, jossa isien on mahdollista kahvitella pientä korvausta vastaan ja lasten syödä välipalaa. Käyntikertamme oli tavallinen ilta isäkahvilassa. Paikalla oli neljä isää ja neljä lasta sekä isäkahvilaa ohjaavat kaksi sosionomiopiskelijää. Isät olivat iältään 20–30-vuotiaita ja heitä yhdisti myös se, että lapset olivat perheen ensimmäisiä ja iältään 1–2-vuotiaita. Isäkahvilassa isillä oli mahdollisuus viettää aikaa yhdessä lastensa kanssa, mutta samalla myös tavata muita isiä. Tunnelma isäkahvilassa oli avoin, mutkaton ja oleskelu siellä oli vapaata.

Tutustumiskäynnillä esittelimme itsemme ja kerroimme ohjaajille sekä paikalla oleville isille opinnäytetyöstämme ja tulevasta ohjaustuokiosta. Sovimme ohjaajien kanssa ohjaustuokion ajankohdasta ja yhteistyöstä ohjaustuokion tiimoilta. Tutustumiskäyntimme oli toteutuksen kannalta hyödyllinen, sillä saimme käsityksen isäkahvilan toiminnasta sekä siellä kävijöistä. Näin osasimme jatkaa ohjaustuokiomme tarkempaa suunnittelua paremmin kohderyhmän tarpeita vastaavaksi.

Ohjaustuokiosta oli tarkoitus tiedottaa (Vilka & Airaksinen 2003, 55) tutustumiskäynnillä paikallaolijoiden lisäksi myös Mannerheimin lastensuojeluliiton Tampereen osaston Internet-sivuilla, jotta paikalle saataisiin mahdollisimman paljon osallistujia. Arvioimme, että sopiva ja mahdollinen osallistujamäärä olisi yhteensä noin 10 henkeä, eli viisi isää ja viisi lasta.

Tutustumiskäyntimme jälkeen teimme tarkan suunnitelman (Vilka & Airaksinen 2003, 26–27) siitä, mitä asioita ohjaustuokiomme tulee käsittelemään ja miten saamme haluamamme asiat tuotua esille juuri tälle kohderyhmälle. Olimme suunnittelussa erityisesti huomioon isien ja lasten nuoren iän sekä isäkahvilan välittömän tunnelman.

Päätimme tehdä ohjaustuokiomme aiheista viisi julistetta (Vilkka & Airaksinen 2003, 51), joihin isät voisivat vapaasti tutustua. Julisteiden aiheina oli flunssa, vatsatauti, kuumeekouristus, käsihygienia sekä oikein aivastaminen ja yskiminen. Julisteiden oheen päätimme liittää myös muuta materiaalia, jotka liittyivät aiheisiin. Lapsia varten askartelimme värikkäitä ”mikrobeja”, joita lapset saivat tarkastella. Nimesimme ne yleisimpien infektioiden aiheuttajien mukaan. Tällä halusimme saada pienetkin lapset mukaan tutustumaan ohjaustuokion teemaan. Kävimme kysymässä apteekkeista ilmaisenäytteitä ja esitteitä lasten flunssan ja vatsataudin hoitoon liittyen. Kahdesta apteekista saimme esitteitä ripulijuomista, probiootti-valmisteista, parasetamolista, täydennysravintovalmisteista ja vitamiinivalmisteista.

Varsinaisen ohjauksen päätimme toteuttaa tietovisan avulla. Tarkoituksena oli pitää tietovisa, jonka kysymykset käsittelevät flunssaa, vatsatautia ja niiden hoitoa. Ideana oli kysymysten avulla tuoda isille uutta tietoa aiheista ja kannustaa heitä esittämään kysymyksiä ja osallistumaan aktiivisesti ohjaukseen. Valitsimme perinteisen luentotyypin tiedonannon sijaan tietovisailun, koska olimme aiemmin yhdessä yhteistyökumppanimme kanssa tulleet siihen tulokseen, että isille toiminnallinen ja vuorovaikutteinen ohjaustapa olisi mieluisampi. Uskoimme näin saavamme isiä aktivoitua myös mukaan keskustelemaan aiheista. Suunnittelimme tietovisakysymykset hankkimamme tiedon pohjalta ja halusimme hyödyntää uusinta tutkimustietoa. Päätimme tehdä tietovisakysymyksistä (liite 1) oikein – väärin-väittämiä ja oman vastauksensa isät saivat näyttää tekemillämme vastauskylteillä.

Halusimme kerätä ohjaustuokiostamme palautetta osallistujilta, jotta saisimme tietoa siitä, miten onnistuimme ja ajattelimme, että suurimman palautteen saisimme palautelomakkeen (liite 2) avulla. Halusimme tehdä palautelomakkeesta mahdollisimman tiiviin ja helposti ja nopeasti täytettävän. Palautteen avulla halusimme tietoa erityisesti ohjaustuokion hyödyllisyydestä ja omasta onnistumisestamme ohjaajina (Vilkka & Airaksinen 2003, 55). Annoimme myös mahdollisuuden vapaalle kommentoinnille ja kehittämisehdotuksille

Toteutimme ohjaustuokion 22.3.2012. Menimme Laivapuiston perhetalolle noin kaksi tuntia ennen isäkahvilan alkua valmistelemaan ohjaustuokiota. Teimme päiväsaliin kolme eri aiheista pistettä (taulukko 3), joihin laitoimme esille julisteet aiheista ja niihin

liittyvät rekvisiitat. Ennen ohjaustuokion aloitusta paikalle tulivat isäkahvilan ohjaajat sekä opponenttimme. Kun isät lapsineen saapuivat paikalle, esittelimme itsemme ja kerroimme illan ohjelmasta. Paikalle saapui kaksi isää ja kaksi lasta. Aluksi he saivat vapaasti kiertää pisteitä ja kysellä niihin liittyviä kysymyksiä. Tämän jälkeen kokoonnuimme istumaan tyynyille päiväsalin lattialle tietovisaa varten. Koska osallistujia oli odotettua vähemmän, pyysimme myös opponentit sekä isäkahvilan ohjaajat osallistumaan tietovisaan. Kävimme läpi kysymyksen kerrallaan ja kerroimme niihin oikeat vastaukset. Kysymysten välillä annoimme mahdollisuuden lisäkysymyksille, mielipiteille ja keskustelulle (Eloranta & Virkki 2011, 66). Lapset leikkivät tietovisailun ohessa leluilla ja tekemillämme viruksilla. Kysymyksiä oli yhdeksän ja aikaa tietovisaan kului noin puoli tuntia. Tietovisan päätyttyä annoimme kaikille osallistujille palkinnoksi muumi-ksylitolipurukumia ja lapsille tarroja. Lopuksi keräsimme palautteet osallistujilta, minkä jälkeen heille jäi vielä mahdollisuus viettää aikaa vapaasti isäkahvilassa.

PISTEEN TEEMA	JULISTEET	OHEISMATERIAALI
Tartuntojen ehkäisy	Juliste 1: Käsihygienia Oikeaoppinen käsienspesu vaihe vaiheelta sanallisesti kerrottuna ja kuvin havainnollistettuna Juliste 2: Oikein aivastaminen ja yskiminen Sanallisesti kerrottuna	Käsihuhde Essi-Enterovirus lelu lapsia varten Nenäliinapaketti
Flunssa ja kuume-kouristus	Juliste 3: Flunssa Flunssan aiheuttajat, oireet ja niiden kesto sekä oireenmukainen hoito Juliste 4: Kuume-kouristus Määritelmä, esiintyvyys ja aiheuttaja, hoito- / toimintaohjeet	Esitteet parasetamolista ja vitamiinivalmisteista Kuumemittari Sarvikuono Hedelmäkori Riku-Rinovirus ja RS-Virus-Valle lelut lapsia varten
Vatsatauti	Juliste 5: Vatsatauti Vatsataudin aiheuttajat, oireet, hoito ja nestetasapainon tärkeys ja ylläpito	Esitteet ”ripulijuomista” Mehukannu Reino-Rotavirus lelu lapsia varten

TAULUKKO 3. Informaatiopisteet isäkahvilassa

9.2 Toiminnan arviointi

Vilkan ja Airaksisen (2003, 55) mukaan asiakaspalautteella on merkitystä opinnäytetyön arvioinnissa (Vilka & Airaksinen 2003, 55). Ohjattavan ryhmän jäsenten antaman palautteen myötä ryhmänohjaaja voi kehittää itseään ja omaa toimintaansa (Eloranta & Virkki 2011, 79). Keräsimme palautetta ohjaustuokiosta isiltä, isäkahvilan ohjaajilta, Mannerheimin lastensuojeluliiton toiminnanjohtajalta sekä opponenteilta. Opponenteilta saimme suullisen, epävirallisen palautteen. Palautelomakkeella halusimme saada tietoa aihevalintamme hyödyllisyydestä ja toimintamme onnistumisesta myös itsearviointimme tueksi. Isiltä ja isäkahvilan ohjaajilta keräsimme palautteen tekemillämme lomakkeilla. Kaikki isät ja ohjaajat täyttivät palautelomakkeet (liite 2), joten saimme neljä täytettyä lomaketta.

Ensimmäiseksi pyysimme osallistujia arvioimaan ohjaustuokion hyödyllisyyttä asteikolla yhdestä kymmeneen. Keskiarvoksi tuokion hyödyllisyydestä saimme kahdeksan. Tästä voidaan päätellä, että tuokiota pidettiin hyödyllisenä. Toiseksi halusimme tietää, saivatko osallistujat uutta tietoa aiheista. Vastausvaihtoehdot olivat ”ei uutta tietoa”, ”vähän uutta tietoa” ja ”paljon uutta tietoa”. Vastaajista kolme sai tuokiosta vähän uutta tietoa ja yksi vastaajista paljon uutta tietoa. Kysyimme myös, kuinka onnistuimme itse tuokion pitämisessä asteikolla yhdestä kymmeneen. Keskiarvoksi saimme 8,25, eli onnistuimme tuokion pitämisessä hyvin. Lopuksi kysyimme vapaita kommentteja ja kehitysehdotuksia. Yksi vastaaja kommentoi saaneensa julisteista uutta tietoa.

Saimme toiminnanjohtajalta kattavan kirjallisen palautteen ohjaustuokiosta (liite 3). Palautteesta ilmeni, että aiheen valinta oli onnistunut ja opinnäytetyö on ollut Laivapuis-ton perhetalon toiminnan kannalta hyödyllinen. Ohjaustuokioon valmistettua materiaalia on käytetty myös muussa perhetalon toiminnassa ja siitä on hyötynyt noin 200 vanhempaa eri ryhmissä. Ohjaustuokio oli erittäin onnistunut suunnittelun, materiaalin valmistuksen ja toteutuksen osalta.

9.2.1 Itsearviointi

Ohjaustuokion järjestäminen vaati paljon suunnittelua ja esivalmisteluja. Aluksi mietimme, mitä asioita käsittelemme ohjaustuokiassa. Halusimme valita aiheet, joista olisi isille mahdollisimman paljon hyötyä arjessa. Mielestämme aiheiden valinta onnistui hyvin, sillä käsittelemme lasten eniten sairastamia, kotona hoidettavia infektioitauteja (Ruuskanen ym. 2007, 143; Jalanko 2009). Toisaalta olisimme voineet rajata aiheet vielä tarkemmin, sillä aiheita oli monta, emmekä pystyneet pienessä ajassa antamaan niistä kovin syvällistä tietoa. Oli hyvä, että kävimme tutustumassa etukäteen isäkahvilaan, jotta tiesimme millaiset tilat meillä on käytössä ja pystyimme ennakoimaan, kuinka paljon ja minkä ikäisiä isiä ja lapsia isäkahvilassa käy. Saimme ennakkokäsityksen kohderyhmästämmä ja se oli tärkeää suunnittelun kannalta.

Tarvitsimme teoretietoa tietovisakysymyksiä ja julisteita varten. Ajattelimme, että meidän täytyy olla valmiita vastaamaan isien kinkkisiinkin kysymyksiin asiantuntevasti. Halusimme käyttää mahdollisimman tuoreita lähteitä, jotta pystyimme tuomaan myös uutta tutkittua tietoa flunssasta ja gastroenteriitistä. Onnistuimme löytämään tuoretta tietoa ja lähteemme olivat luotettavia (Hirvisjärvi ym. 2007, 109–110). Jälkikäteen ajateltuna olisimme voineet tutustua eri lähteisiin monipuolisemmin ennen ohjaustuokion pitämistä. Olisimme voineet tuoda isille vielä enemmän käytännön vinkkejä tautien hoitamiseen. Osasimme kuitenkin kertoa aiheista asiantuntevasti ja vastata isien esittämiin kysymyksiin.

Pohdimme jonkin aikaa miten toteuttaisimme ohjauksen. Olimme yhdessä yhteistyökumppanin kanssa miettineet, että tälle kohderyhmälle jokin muu kuin luentotyypinen tiedonanto voisi sopia parhaiten, koska toiminta isäkahvilassa on muutenkin vapaamuotoista ja isät ovat tulleet viettämään sinne aikaa. Lopulta päädyimme toteuttamaan ohjauksen tietovisan muodossa. Halusimme, että tunnelma ohjauksessa olisi rento ja ohjaus olisi vuorovaikutteista, (Eloranta & Virkki 2011, 66) eikä vain yhdensuuntaista tiedon antamista ja vastaanottamista. Mielestämme tietovisa toimi hyvin rennon ja avoimen tunnelman luomisessa, mutta olisimme toivoneet, että keskustelua olisi syntynyt enemmän. Olisimme itse voineet olla rohkeampia ja aktivoita isiä enemmän mukaan keskusteluun ja esittämään kysymyksiä. Olisimme voineet myös kysellä isiltä tarkemmin esimerkiksi heidän aiemmista kokemuksistaan liittyen lapsen sairastamiseen. Vasta jälki-

käteen huomasimme, että emme kysyneet, kuinka paljon toimintatuokioon osallistuneet lapset olivat sairastaneet ja mitä keinoja isät olivat käyttäneet lapsen olon helpottamiseen. Tästä olisi voitu saada aikaan hyvää keskustelua.

Tietovisan lisäksi tietoa jaettiin julisteiden ja oheismateriaalin avulla. Mielestämme julisteissa oli hyvin tiivistettynä keskeisimmät tiedot aiheista. Teimme julisteista värikkäitä, jotta ne herättäisivät kiinnostusta. Oheismateriaalin avulla konkretisoimme ja monipuolistimme tietoa. Julisteet olivat helppoja lukea ja ymmärtää. Mielestämme tietoa oli sopivasti. Toimme myös ilmi, että isillä oli mahdollisuus kysellä lisää aiheista. Julisteet olivat mielestämme onnistunut ratkaisu.

Elorannan ja Virkin (2011, 22–23) mukaan ohjauksessa on tärkeää kartoittaa ohjattavien ohjauksen tarve. Opinnäytetyömme ohjaustilanteesta teki haasteellisen se, että emme tienneet tarkasti ohjattaviemme ohjauksen tarvetta tai heidän omaamiaan aiempia tietoja ja taitoja. Eloranta ja Virkki (2011, 22–23) korostavat myös tiedon luotettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Antamamme tieto oli tarkkaa ja luotettavaa, emmekä käyttäneet ammattisanastoa.

Aloitimme ohjaustuokion ottamalla isät ja lapset vastaan ja esittelemällä itsemme. Olimme tilanteessa mielestämme rentoja ja kohtaaminen isien ja lasten kanssa sujui luontevasti. Aluksi isille oli hetki vapaata aikaa, jolloin juttelimme vapaamuotoisesti ja pyrimme tutustumaan osallistujiin. Aloitimme ohjauksen kokoontumalla lattialle, rinkiin istumaan (Eloranta & Virkki 2011, 82). Tämä järjestely oli hyvä, koska näin pysyimme kaikki näkemään toisemme ja olemaan katsekontaktissa (Eloranta & Virkki 2011, 66). Koska kyseessä oli uusi ryhmä, alkuun olisi voinut sopia jokin pieni tutustumisleikki (Eloranta & Virkki 2011, 80–85), joka olisi yhdistänyt ryhmää ja ehkä myös rohkaissut ryhmän jäseniä vuorovaikutukseen.

Yleensä ryhmä käy yhteisen toiminnan aikana erilaisia vaiheita, jotka ovat oleellisia ryhmän toiminnan ja ryhmädynamiikan kannalta. Ohjaajan tulee tiedostaa nämä vaiheet ja osaltaan ohjata ryhmää vaiheiden läpikäymisessä. (Eloranta & Virkki 2011, 79.) Meidän ryhmässämme nämä tyypilliset vaiheet eivät täysin toteutuneet, sillä ryhmän kokoontuminen tässä kokoonpanossa tapahtui vain kertaalleen, eikä kaikkia vaiheita näin ollen voitu käydä läpi.

Koska lapset olivat pieniä, eivätkä varsinaisesti voineet osallistua tietovisaan, halusimme keksiä jotain heidän huomioimiseksi. Päätimme askarrella heitä varten värikkäitä bakteerileluja. Lapset pitivät niistä ja saivat leikkiä niillä myös tietovisan aikana. Oli haasteellista miettiä, minkälaista aktiviteettia keksisimme lapsille tietovisan ajaksi. Meitä arvelutti myös, kuinka isät pystyisivät osallistumaan tietovisaan, koska lapset tarvitsivat silmälläpitoa. Olimme ajatelleet, että tarvittaessa opponentit voisivat pitää seuraa lapsille. Tämä ei kuitenkaan ollut tarpeellista, koska lapset viihtyivät kivasti kanssamme lattialla. Mielestämme onnistuimme lasten huomioimisessa melko hyvin.

Ohjausprosessi jaetaan kirjallisuudessa kuuteen vaiheeseen, joita ovat ohjaustarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, ohjauksen suunnittelu ja toteutus sekä arviointi. Hoitotyön ohjauksessa viimeisenä vaiheena on vielä kirjaaminen. (Eloranta & Virkki 2011, 25–27.) Käytimme näitä vaiheita työssämme soveltaen, sillä isäkahvilatoiminnassa toteutettavan ohjauksen luonne on erilainen kuin hoitotyössä. Käytimme työssämme näitä vaiheita kirjaamista lukuun ottamatta, mutta niiden sisältö oli hieman erilainen. Esimerkiksi tavoitteiden asettaminen täytyi tehdä ilman ohjattavia. Emme voineet korottaa tarkasti heidän omia tietojaan ja taitojaan.

Yhteenvedona voimme sanoa, että kehitettävää oli tiedonhankinnassa, keskusteluun aktivoimisessa ja omassa rohkeudessamme vuorovaikutukseen. Hyvää oli oman toiminnan ja viestinnän luontevuus sekä aihepiirin ja ohjausmenetelmän valinta. Vaikka saimme positiivista palautetta ohjaustuokiosta, olemme itse melko kriittisiä toteutuksen suhteen. Jos pitäisimme tuokion uudelleen, parantaisimme vielä edellä mainittuja asioita.

10 POHDINTA

10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukseen liittyy paljon eettisiä kysymyksiä ja tutkijan on otettava ne huomioon tutkimusta tehdessään. Myös opinnäytetyötä tehdessä tulee ottaa huomioon eettiset kysymykset. Eettiset kysymykset koskevat erityisesti tiedonhankintaa ja julkistamista ja niiden tulee olla eettisesti hyväksyttäviä. (Hirvisjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23.) Eettinen kestävyys koskee myös tutkimuksen laatua ja se on tutkimuksen luotettavuuden toinen puoli (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Tieteen etiikkaan kuuluu viisi tärkeää peruskysymystä, joita voidaan soveltaa myös opinnäytetyössä. Näitä kysymyksiä ovat: minkälaista on hyvä tutkimus, onko tiedonjano aina hyväksyttävää, miten tutkimusaiheet valitaan, millaisia tutkimustuloksia tutkija saa tavoitella ja millaisia keinoja tulosten saamiseksi voidaan käyttää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125–126.) Opiskelijoiden tulisi jo varhaisessa vaiheessa harjaantua tutkimuseettiseen pohdiskeluun (Hirvisjärvi ym. 2007, 23).

Hyvän tutkimuksen kuten myös hyvän opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden edellytyksenä on, että sen tekemisessä on käytetty hyvää tieteellistä käytäntöä (*good scientific practice*). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkija, ja tässä tapauksessa opinnäytetyön tekijät, noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joka tarkoittaa siis rehellisyyttä ja huolellisuutta työn erivaiheissa kuten tulosten tallettamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Opinnäytetyön tekijä soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia eettisesti kestäviä menetelmiä tiedon hankinnassa ja arvioinnissa sekä noudattaa tieteellisen tiedon luonteen mukaista avoimuutta tulosten julkistamisessa. Opinnäytetyön tekijät ottavat huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset sekä kunnioittavat näiden työtä. Opinnäytetyö suunnitellaan, toteutetaan sekä raportoidaan yksityiskohtaisesti ja siten, että se täyttää tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset. (Hirvisjärvi ym. 2007; Kuula 2011, 34–35; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Olemme tehneet opinnäytetyömme Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön raportointiohjeiden mukaisesti. Olemme noudattaneet ja hyödyntäneet opinnäytetyön

tekemisessä ohjeita ja neuvoja, jotka olemme saaneet koulumme opettajilta, niin ohjauksessa kuin info-luennoilla. Tiedon hankinnassa ja sen arvioinnissa olemme noudattaneet eettisiä periaatteita, eli olemme esimerkiksi kunnioittaneet tekijänoikeutta (Kuula 2011, 68). Olemme suunnitelleet ja raportoineet yksityiskohtaisesti opinnäytetyön toiminnallisen osuuden sekä teorian. Olemme raportoineet avoimesti opinnäytetyömme, esimerkiksi kertomalla avoimesti, miten toiminnallinen osuutemme toteutui. Opinnäytetyö julkistetaan koulumme ohjeiden mukaisesti.

Tutkimusetiikka on mukana työn kaikissa vaiheissa. Jo opinnäytetyön aiheen valinta on eettinen kysymys. Kun opinnäytetyön aihetta tai tehtäviä valitaan, on kysyttävä kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi aihetta halutaan tarkastella. (Hirvisjärvi ym. 2007, 23; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Aiheen valinnassa ongelmaksi voidaan kokea esimerkiksi kysymys siitä, valitaanko helppo aihe, jolla ei kuitenkaan ole suurta merkitystä vai valitaanko sellainen aihe, joka on tärkeä ja yhteiskunnallisesti merkittävä. (Hirvisjärvi ym. 2007, 23.) Opinnäytetyömme aihevalinta tehtiin eettiset kysymyksen huomioon ottaen ja valinta oli perusteltu, sillä aihe oli hyödyllinen opinnäytetyön tekijöille, osallistujille sekä yhteiskunnalle ajankohtaisuutensa vuoksi. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin osallistujien ehdoilla. Tietoa hankittiin aiheista, jotka olivat opinnäytetyön kannalta oleellisia.

Opinnäytetyön eettisyydessä on erittäin tärkeää tutkittavien suoja. Se tarkoittaa sitä, että opinnäytetyön tekijän on selvitettävä osallistujille opinnäytetyön tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Osallistujilla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta tai keskeyttää se milloin tahansa. Osallistuja voi myös jälkikäteen kieltää itseään koskevan aineiston käyttämisen. Osallistujien oikeudet ja hyvinvointi turvataan. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia, eli niitä ei luovuteta ulkopuolisille ja niitä käytetään vain sovittuun tarkoitukseen. Kaikkien osallistujien anonymiteetin tulee säilyä. Opinnäytetyön tekijän on noudatettava tekemiään sopimuksia. (Hirvisjärvi ym. 2007, 25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. (Hirvisjärvi ym. 2007, 25).

Opinnäytetyön toimintaan osallistujat osallistuivat toimintaan vapaaehtoisesti. Osallistujat tiesivät mistä opinnäytetyössä oli kyse. Emme kuitenkaan selvittäneet osallistujille työmme tavoitteita ja tehtäviä perinpohjaisesti, koska se olisi vienyt paljon aikaa ja toi-

minnalle oli varattu vain rajoitettu aika. Mielestämme tällaisessa toiminnallisessa opinnäytetyössä perusteellinen opinnäytetyön selvittäminen ei ollut tarpeellista. Osallistujien anonymiteetti oli turvattu, eikä osallistujien henkilötietoja kerätty. Opinnäytetyöstä on mahdotonta tunnistaa ketä siihen on osallistunut. Osallistujilla oli mahdollisuus jättää osallistumatta toimintaan.

Kuula (2011, 147–149) kirjoittaa lasten osallistumisesta tutkimukseen. Hänen mukaansa lapsia ei saa automaattisesti sulkea pois tutkimuksista, sillä näin jäisi tutkimatta ihmiselämän olennaisia puolia. Lapsilla tulee olla mahdollisuus tulla kuulluksi ja nähdyksi. Lasten osallistumisella on merkitystä, esimerkiksi yhteiskunnan ja lääketieteen näkökulmasta sekä myös lasten itsensä näkökulmasta. Lapsen lähiomaisen tai laillisen edustajan täytyy antaa suostumus lapsen osallistumisesta tutkimukseen. Osallistumisen edellytyksenä on myös lapsen oma suostumus. (Kuula 2011, 147–149.)

Opinnäytetyössämme isien lisäksi toimintaan osallistui lapsia ja mielestämme oli tärkeää, että myös lapset saivat olla mukana opinnäytetyömme toteutuksessa. Isien osallistuksessa ohjaustuokioomme, he antoivat suostumuksensa lapsiensa osallistumiseen. Koska kyseessä ei ollut tutkimus, emme keränneet kirjallisia suostumuksia opinnäytetyöhön osallistumisesta.

Opinnäytetyötä tehdessä epärehellisyyttä on vältettävä kaikissa vaiheissa. On siis huomioitava, että toisten tekstiä ei plagioida eli luvottomasti lainata. Suorat lainaukset on merkittävä asianmukaisesti. Myös asiasisältöjä lainattaessa lainaukset on merkittävä. Tuloksia ei tule yleistää ilman kritiikkiä. Tuloksia ei saa sepittää eli keksiä omia havaintoja. Raportoinnissa ei saa johtaa lukijaa harhaan, eikä raportointi saa olla puutteellista. Havaintoja tulee muokata vain niin, etteivät tulokset vääristy. Opinnäytetyön puutteet tulee tuoda julki. On vaativaa tehdä opinnäytetyö niin, että eettiset näkökulmat tulevat huomioiduksi oikein ja riittävästi. (Hirvisjärvi ym. 2007, 26.)

Opinnäytetyössämme lähteet on merkitty asianmukaisesti, eikä toisten tuottamaa tietoa ole esitetty omana. Asiasisältöjen lainaus on siis tehty asianmukaisesti. Suoria lainauksia emme ole käyttäneet opinnäytetyössämme, koska se ei ole ollut aiheellista. Olemme tarkastelleet tietoa kriittisesti, emmekä ole yleistäneet tietoa, paitsi silloin, kun se on ollut todella yleistettävissä. Olemme raportoineet tiedon niin, että se ei ole harhaanjoh-

tavaa tai puutteellista. Olemme myös tuoneet pohdinnassa ilmi oman opinnäytetyömme puutteet.

Tutkimuksessa ja opinnäytetyössä on arvioitava työn luotettavuutta. Opinnäytetyön voidaan ajatella olevan luotettava, kun sen aihe ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia. Yksi luotettavuuden kriteeri on opinnäytetyön tekijä ja tekijän oma rehellisyys. Luotettavuuteen vaikuttaa tekijän koko prosessin aikana tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Koko opinnäytetyön aikana luotettavuutta on arvioitava ja jokaista valintaa on tarkasteltava luotettavuuden kannalta. (Vilkkä 2005, 258–259.)

Opinnäytetyössämme olemme koko prosessin ajan pitäneet mielessä luotettavuuteen liittyvät tekijät ja arvioineet luotettavuutta. Opinnäytetyömme teoriaosuus tukee opinnäytetyön toiminnallista osuutta. Ilman luotettavia lähteitä emme olisi voineet pitää isille ammattimaista ja oikeaan tietoon pohjautuvaa ohjausta. Opinnäytetyömme luotettavuuteen vaikuttaa se, että teemme tällaista työtä ensimmäistä kertaa, joten olemme vielä kokemattomia tällaisissa projekteissa. Hirsjärven ym. (2007, 293) mukaan opinnäytetyön luotettavuudessa oleellista on objektiivisuus, eli puolueettomuus. Opinnäytetyön teksti on tekijän omaa tulkintaa eri lähteistä, eikä hän saa muuttaa tai vaikuttaa tekstin sisältöön. Teoriaosuudessa tekijän oma persoonallisuus ei saa tulla esiin. Lukijan on koko ajan pystyttävä pysymään aiheessa, eikä hänen mielenkiintonsa saa tarpeettomasti kiinnittyä kirjoittajaan tai tekstin kieleen. Sanavalintojen tulee siis olla neutraaleja. Esimerkiksi huudahdukset ja hämmästelyt ovat kiellettyjä opinnäytetyön teoriaosuudessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 293.)

Opinnäytetyössä taulukoilla ja kuvioilla voidaan parantaa työn luotettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Tekstissä tulee selittää taulukkoa. Taulukosta selviää samat asiat kuin tekstissä, mutta taulukko on paljon helpommin ja ehkä myös nopeammin ymmärrettävissä. Taulukko ei kuitenkaan aina ole selkeämpi kuin teksti, eikä niitä saa viljellä työssä liikaa. Myös liiallista toistoa tekstin ja taulukon välillä on vältettävä. (Hirvisjärvi ym. 2007, 305.) Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme jonkin verran taulukoita. Halusimme taulukkojen avulla selventää ja havainnollistaa tiettyjä asioita sekä auttaa lukijaa löytämään nopeasti haluamansa tieto. Olemme selittäneet taulukot tekstissä, mutta kuitenkin niin, ettei työhön tule liikaa toistoa.

Lähdekritiikki on tärkeä osa luotettavuuden arvioinnissa. Tutkittavia asioita voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Kaikenlainen materiaali, joka voisi olla mielenkiintoista tai muuten työlle sopivaa, ei kuitenkaan aina ole kelvollista. Siksi tarvitaan harkintaa ja lähdekritiikkiä. Kirjoittajan on pystyttävä kriittisesti pohtimaan valitsemiin lähteitä ja niiden tulkintaa. Lähteitä voi arvioida eri tavoilla ja näitä seikkoja kannattaa käyttää valitessaan materiaalia työhön. Kirjoittajan tunnettavuus ja arvostettavuus ovat yksi arviointimenetelmä. Kirjoittajasta kannattaa ottaa selvää, esimerkiksi onko hän arvostettujen kirjoittajien lähdeviitteissä. Jotkut kirjoittajat voivat olla vain niin sanottuja trendikirjoittajia, joihin ihmiset sillä hetkellä useissa teksteissä viittaavat. Jotkut kirjoittajat voivat olla sellaisia, joilla ei ole todella painavaa sanottavaa. Toinen seikka, millä voidaan arvioida lähteen luotettavuutta, on lähteen ikä ja lähteen alkuperä. Mahdollisimman uusi tieto on aina arvokkainta, sillä uusin tieto kumoaa usein vanhan. Myös alkuperäisiä lähteitä kannattaisi vaalia, sillä tutkimus on voinut muuttua huomattavasti, kun lähteitä on lainattu ja tulkittu.

Lähteen uskottavuus ja kustantajan arvovalta ja vastuu vaikuttavat lähteen luotettavuuteen. Arvostettu kustantaja hyväksyy vain sellaiset tekstit, jotka ovat läpäisseet asiatarkastuksen. Jos laatua haluaa tarkastaa, kannattaa hakea tutkimuksista kirjoitettuja arvosteluja. Alusta alkaen kannattaa pyrkiä käyttämään mahdollisimman tuoreita, tunnettuja ja tieteellisiä julkaisuja. Viimeinen lähdekritiikin arviointimenetelmä on totuudellisuuden ja puolueettomuuden tarkastelu. Puolueettomuus on tutkimuksen keskeinen periaate. Yleensä ajatellaan, että tutkimukset ovat puolueettomia ja totuudenmukaisia. Tekstejä lukiessa kannattaakin kiinnittää huomiota esimerkiksi siihen, kenelle ja minkä takia tutkimus on tehty. (Hirvisjärvi ym. 2007, 109–110.)

Olemme työssämme pyrkineet mahdollisimman hyviin ja luotettaviin lähteisiin. Olemme kriittisesti valinneet käyttämämme lähteet. Olemme käyttäneet mahdollisimman tuoretta tietoa jokaisesta aihealueestamme, jotta tieto olisi lukijalle mahdollisimman uutta ja hyödyllistä. Olemme käyttäneet paljon lääkäri- ja sairaanhoitajien tietokantoja (Duodecim) sekä väitöskirjoja. Väitöskirjojen ja tutkielmien lähdeluettelosta olemme tarkistaneet niiden kirjoittajien käyttämiä lähteitä ja todenneet ne luotettaviksi. Olemme hankkineet paljon alkuperäislähteitä, koska niissä tieto on alkuperäisessä ja luotettavimmassa muodossa.

Kun tutkimusta tai opinnäytetyön toiminnallista osuutta arvioidaan, on tutkittavalla kohteella siinä suuri merkitys. Kohderyhmä arvioi tehtyä tutkimusta tai toimintaa arviointi- tai palautelomakkeilla. Kohderyhmälle on voitu lähettää saatekirje, jossa kerrotaan tutkimuksesta tai jostain toiminnasta. Saatekirjeellä tekijät perustelevat miksi he tekevät toiminnan tai tutkimuksen. Saatekirjeen tehtävänä on motivoida kohderyhmää. Visuaalisella ilmeellä, kirjeessä käytetyllä kielellä ja laajuudella sekä saatteen sisällöllä on merkitystä. Se voi vaikuttaa siihen haluaako henkilö osallistua työhön. (Vilka 2005, 152–153.)

Olisimme voineet käyttää saatekirjettä opinnäytetyömme toiminnallisen osuuden edistämässä, jotta olisimme saaneet suuremman osallistujamäärän. Isäkahvilan toimintatavan vuoksi emme voineet lähettää jokaiselle osallistujalle omaa saatekirjettä, sillä emme tieneet osallistujia etukäteen, mutta olisimme voineet laittaa esimerkiksi niin sanotun saatekirjeen aikaisemmin jo isäkahvilan seinälle. Siitä isät olisivat voineet lukea tulevasta tapahtumasta. Tiedotimme asiasta aikaisemmin käymällä isäkahvilassa ennen toiminnan toteutumispäivää. Ohjaustuokiosta oli tarkoitus tulla tiedote Mannerheimin lastensuojeluliiton nettisivuille, mutta tämä suunnitelma ei toteutunutkaan.

10.2 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyömme tekeminen on ollut pitkä prosessi ja olemme käyneet läpi sen aikana monenlaisia vaiheita ja oppineet monenlaisia asioita. Aiheen valinta oli ensimmäinen askel opinnäytetyöprosessissamme ja se olikin haastava tehtävä. Meillä ei ollut ennalta ajatusta siitä, millaisen aiheen haluaisimme. Koululta saaduissa valmiissa aiheissa ei ollut meitä kiinnostavia aiheita. Valmiit aiheet olivat tulleet sairaaloilta, mutta melkein heti meille tuli ajatus kysyä aiheita yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Kuulimme, että Mannerheimin lastensuojeluliitolla on aiemmin tehty opinnäytetöitä ja innostuimme heti ajatuksesta tehdä yhteistyötä Mannerheimin lastensuojeluliiton kanssa. Tutustuimme Mannerheimin lastensuojeluliittoon ja sen toimintaan Tampereelle nettisivujen kautta ja otimme nopeasti yhteyttä Tampereen osastoon. Sovimme tapaamisen toiminnanjohtajan kanssa ja mietimme valmiiksi joitain aiheita, mitkä kiinnostaisivat meitä. Olimme jo aiemmin miettineet, että haluaisimme tehdä opinnäytetyön toiminnallisena

tai tuotoksena, jolloin siihen sisältyisi mahdollisesti myös ohjausta jollekin kohderyhmälle. Olimme miettineet myös, että isyys kiinnostaisi meitä aiheena.

Tapaamisessa Mannerheimin lastensuojeluliiton yhdyshenkilön kanssa tuli ilmi, että Laivapuiston perhetalolla oli pian aloittamassa toimintansa uusi isäkahvila. Innostuimme tästä ja sovimme, että opinnäytetyö tehtäisiin isäkahvilaan liittyen. Aluksi sovimme, että pitäisimme toimintapäivän, jonka teemana olisi terveelliset elämäntavat lapsiperheessä. Siihen olisi sisältynyt lepo, liikunta sekä ravitseminen ja niitä olisi käsitelty erilaisten toimintojen kautta. Myöhemmin meille selvisi, että tästä aiheesta oli hiljattain jo tehty opinnäytetyö (Hautala, Inkinen 2011), tosin tuotoksen muodossa. Samalla ajattelimme myös, että omaa oppimistamme edistäisi paremmin enemmän sairaanhoitajan työhön liittyvä aihe. Näin päätimme muuttaa ohjauksen aiheeksi lasten infektioaudit ja niiden hoidon. Halusimme liittää opinnäytetyöhön infektioautien lisäksi myös isyyden tarkastelemisen, sillä isyys oli kiinnostanut meitä alusta alkaen ja mielestämme oli tärkeää tietää, millaista isyys nykypäivänä on. Lopulta olimme tyytyväisiä valitsemaamme aiheeseen.

Opinnäytetyön varsinainen tekeminen alkoi opinnäytetyön suunnitelman tekemisestä. Tässä vaiheessa meidän tuli miettiä aiheen rajausta ja sitä, mitä varsinainen opinnäytetyö tulee sisältämään. Teimme tarkan suunnitelman toiminnan toteuttamisesta sekä alustavan suunnitelman opinnäytetyön aikataulusta. Aloitimme myös tiedonhaun opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyön suunnitelman tekeminen tuntui meistä todella työläältä ja haastavalta. Emme olleet varmoja, mitä haluaisimme opinnäytetyössämme käsitellä. Aloimme myös epäröidä aiheitamme ja sen soveltuvuutta meille. Myös tiedonhaku aiheista vaati opettelemista. Mielestämme suunnitelman tekeminen oli kaikista vaikein vaihe tässä prosessissa, koska se oli pohja koko tulevalle työllemme. Kun saimme suunnitelmamme valmiiksi, olimme tyytyväisiä ja helpottuneita, koska nyt meillä oli selkeä näkemys siitä, mitä tulisimme jatkossa tekemään.

Oleellinen vaihe opinnäytetyöprosessissa oli tiedonhankinta. Halusimme selvittää kuinka paljon ja millaista tietoa aiheistamme on saatavilla. Aloitimme tiedonhankinnan aihealue kerrallaan. Tiedonhankinnan rinnalla muotoutui myös opinnäytetyön rakenne. Alusta alkaen halusimme, että tietomme on mahdollisimman tuoretta ja ajantasaista. Varsinkin infektioautien osalta pyrimme löytämään mahdollisimman tuoretta 2000-

luvun tietoa ja tutkimuksia. Tiedonhaussa kehitettävää olisi ollut kansainvälisten lähteiden käyttämisessä. Opinnäytetyön edetessä taitomme hankkia tietoa erilaisista lähteistä kehittyi.

Kun suurin osa tiedonhausta oli tehty, pystyimme aloittamaan ohjaustuokiomme toteutuksen valmistelun. Valmisteleminen oli mielestämme mukavaa ja mielenkiintoista. Saimme käyttää luovuuttamme ja kädentaitojamme. Teimme ohjaustuokiota varten julkisteet ja lapsille bakteerilelut. Hankimme myös oheismateriaalit. Valmistelemiseen kuului yllättävät paljon aikaa ja kiire meinasikin päästä yllättämään meidät. Loppujen lopuksi saimme kuitenkin kaiken tehtyä valmiiksi aikataulussa ja olimme tyytyväisiä aikaansaannoksiimme. Ohjaustuokiota valmistellessamme alkoi todella konkretisoitua, se mitä tulemme tekemään. Tällöin myös meitä alkoi ensikertaa jännittää oma kykymme suoritua ohjaustuokiosta. Kun ohjaustuokio toteutettiin, olimme mielestämme rauhallisin ja itsevarmoin mielen. Jännittävää oli nähdä millaisia isiä ja lapsia paikalle tulee ja miten meidät otetaan vastaan. Meitä harmitti hieman, että tuokiossa mukana oli vain vähän osallistujia, koska olimme odottaneet ainakin kaksinkertaista osallistujamäärää. Olimme iloisia, että olimme saaneet pidettyä ohjaustuokion ja se oli sujunut suunnitelmien mukaan.

Kun ohjaustuokio oli pidetty, alkoi varsinaisen opinnäytetyön raporttiosan kirjoittaminen. Aloitimme kirjoittamisen hyvissä ajoin, mutta kesällä pidimme taukoa opinnäytetyön tekemisestä. Kesän jälkeen jatkaminen tuntui hieman hankalalta, mutta kun pääsimme taas vauhtiin, kirjoittaminen tuntui mielekkäältä. Koska meille oli selvää, mitä tulemme tekemään, kirjoittaminen eteni sujuvasti ja teoriaosa valmistuikin suunnitelmien mukaan.

Prosessin aikana kävimme säännöllisesti ohjauksessa, jossa saimme palautetta ja ohjausta. Ohjauksen perusteella teimme jonkin verran muutoksia työhömmö. Tapasimme myös opponenttejamme, joiden kanssa keskustelimme töistämme ja annoimme toisillemme palautetta ja muutosehdotuksia. Yhteistyö ohjaavan opettajan ja opponenttien kanssa on ollut toimivaa ja rakentavaa.

Jälkikäteen ajateltuna prosessissa olisi parannettavaa ja jossakin taas onnistuimme erittäin hyvin. Jos olisimme aloittaneet työn aktiivisen tekemisen aikaisemmin, olisimme

kenties saaneet hiottua tekstiä ja sen sisältöä vielä tarkemmin. Kuten jo aikaisemminkin olemme maininneet, kansainväliset lähteet olisivat tuoneet lisäarvoa työlle. Mielestämme onnistuimme erittäin hyvin kirjoittamaan teoriantiedon niin, että se oli ajankohtaista, johdonmukaista, helposti ymmärrettävää ja jokaisella lauseella oli jokin merkitys.

10.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyömme tehtäviä oli selvittää, millaista on isyys nykypäivänä, miten lasten infektioauteja hoidetaan kotona ja miten pidetään hyvä ohjaus ryhmälle. Kerroimme työssämme aluksi melko lyhyesti siitä, millaista isyys on ollut ennen. Laajemmin kerroimme millaista se on nykypäivänä. Nykypäivän isyydestä löytyy hyvin paljon tietoa, koska aiheena se kiinnostaa tutkijoita ja kirjoittajia. Aiheesta on saatavilla niin kirjoja, tutkielmia, artikkeleita, kuin väitöskirjojakin. Olisimme voineet tutustua niihin vielä monipuolisemmin, jotta vastaus tehtävään olisi vielä kattavampi. Aika ei kuitenkaan riittänyt tähän. Työmme vastaa tehtävään hyvin, mutta olisimme itse halunneet tarkastella aihetta vielä syvällisemmin. Aiheen näin syvälinen tarkastelu ei kuitenkaan ollut tämän opinnäytetyön kohdalla tarpeellista, sillä isyys aiheena on niin laaja, että siitä voisi kirjoittaa vaikka kokonaisen opinnäytetyön.

Mielestämme lasten infektioautien hoitoa kotona koskevaan tehtävään työmme vastaa erittäin hyvin ja kattavasti. Löysimme uusinta tietoa ja vertailimme eri lähteitä keskenään. Kokosimme työhömmme oleellisen tiedon lasten infektioauteista ja niiden hoidosta tehtävän asettelun mukaisesti. Tieto on koottu niin, että se palvelee juuri meidän opinnäytetyömme kohderyhmää, mutta kuka tahansa lasten infektioauteista tai isyydestä tietoa hakeva voi hyötyä opinnäytetyöstämme. Pidimme kiinni työmme rajauksesta nimenomaan kotona tapahtuvaan hoitoon liittyen, emmekä puhuneet sairaalahoidosta, vaikka tietoa olisikin ollut tarjolla.

Viimeinen tehtävämme oli selvittää, miten pidetään hyvä ohjaus ryhmälle. Tämä tehtävä oli hieman haastava, sillä lähdekirjallisuudesta suurin osa kertoo ryhmänohjauksesta, jossa keskeisenä on ryhmädynamiikka ja oleellista on se, että ryhmä on tiivis ja ryhmän toiminta on pitkäjaksoista ja tavoitteellista (Kyngäs ym. 2007, 105). Kuten jo aiemmin tuli ilmi, meidän ryhmämme poikkesi tästä, koska ryhmä kokoontuisi todennäköisesti

vain kerran samalla kokoonpanolla, eikä ryhmän tavoitteena ollut työskennellä jonkin tietyn päämäärän saavuttamiseksi. Siksi yritimme poimia kirjallisuudesta vain ne tiedot, jotka olivat sovellettavissa meidän opinnäytetyöhöme ja toimintatuokioon. Käyttämämme lähdemateriaali jäi hieman suppeaksi, sillä suurin osa kirjallisuudesta käsitteli nimenomaan tällaista ryhmänohjausta ja monissa lähteissä tuli ilmi samat asiat. Tästä huolimatta vastaamme työssämme hyvin kysymykseen siitä, kuinka pidetään hyvä ohjaus ryhmälle.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli lisätä isien tietoja ja taitoja lasten flunssan ja vatsataudin hoidosta ja sitä kautta helpottaa perheiden arkea lapsen sairastaessa. Tavoitteena oli syventää omaa tietämystämme flunssasta ja gastroenteriitistä. Halusimme tarkastella syvemmin muuttuvaa isyyttä ja isyyden merkitystä nykypäivänä. Ohjaustuokion kautta halusimme myös kehittää omia ohjaustaitojamme, jotka ovat tärkeitä sairaanhoitajan työssä. Ohjaustuokiomme kautta pystyimme palautteen perusteella jonkin verran lisäämään isien tietoja ja taitoja lasten infektio tautien hoitoon liittyen. Näin olemme myös onnistuneet jonkin verran helpottamaan perheiden arkea ja ainakin antamaan isille lisää itseluottamusta sairaan lapsen hoitamisessa. Luulemme, että vielä usein nähdään äidin tehtäväksi hoitaa lasta tämän sairastaessa, sillä vielä nykyään uskotaan ”kaiken hoivaavaan äitiyteen” (Huttunen, Yle.fi – oppiminen).

Toivomme, että ohjaustuokioon osallistuneet isät ovat ohjauksen jälkeen aktiivisempia ja rohkeampia hoitamaan lasta, lapsen sairastaessa. Olisimme toivoneet, että ohjaustuokioon olisi osallistunut enemmän isiä, jotta useammat perheet olisivat hyötäneet työstämme. On kuitenkin hyvä, että ohjaustuokiota varten tehdyt julisteet ovat olleet esille myös muissa Laivapuiston perhetalon kahviloissa, sillä näin opinnäytetyöstä ovat hyötäneet useammat perheet. Oma tietämyksemme flunssan ja vatsataudin hoidosta syveni huomattavasti ja tämä tavoite täyttyi siis hyvin. Kuten jo edellä mainitsimme, olisimme halunneet tarkastella isyyttä ennen ja nyt vielä syvällisemmin. Jos olisimme parantaneet ajankäyttöämme, tämä tavoite olisi täyttynyt paremmin.

Viimeisenä tavoitteena työssämme oli omien ohjaustaitojemme kehittäminen. Mielestämme ohjaustaitomme ja erityisesti tietomme ohjauksesta on lisääntynyt opinnäytetyön tekemisen myötä. Opimme erityisesti siitä, kuinka erilaista ohjaus voi olla eri tilanteissa ja miten ottaa ohjattavien tarpeet ja muuttuvat tilanteet huomioon. Vaikka ohjaustilanne

ei ollut tyypillinen ryhmänohjaustilanne, saimme rohkeutta ja varmuutta vanhempien ohjaamiseen ja kohtaamiseen tasavertaisina toimijoina.

Opinnäytetyön tekeminen opetti meille monenlaisia taitoja. Yksi tärkeä asia, mitä opinnäytetyö meille opetti, olivat yhteistyötaidot. Prosessin aikana teimme yhteistyötä tiiviisti ja kaikki päätökset tehtiin yhdessä. Aluksi tämä tuntui hieman hankalalta, mutta totuimme siihen nopeasti ja otimme koko ajan toistemme mielipiteet huomioon. Olemme tunteneet toisemme kauan, mutta opinnäytetyön tekemisen aikana meidän piti ottaa asiallinen rooli vuorovaikutussuhteessa. Aluksi teimme opinnäytetyötä siten, että kumpikin etsi tietoa ja kirjoitti työtä itsenäisesti. Aikaan saadut tekstit koottiin yhteen yhdessä. Tulimme kuitenkin nopeasti siihen tulokseen, että paras keino meille oli hankkia tietoa ja kirjoittaa työtä yhdessä, koska näin saimme paljon enemmän aikaan. Olimme harvinaisen yksimielisiä siitä, miten opinnäytetyötä kirjoitetaan ja minkälaista tekstin haluamme olevan. Opinnäytetyöprosessi on ollut meille molemmille ajoittain stressaavaa ja mukaan on mahtunut myös joitakin huonoja päiviä. Olemme ymmärtäneet ja tukeneet toisiamme tällaisina hetkinä, eikä ristiriitoja ole päässyt syntymään. Olemme oppineet toisen huomioimista, toisen mielipiteiden kuuntelemista ja kompromissien tekoa. Uskomme olevamme jatkossa entistä parempia tiimityöskentelijöitä. Opimme myös pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä.

Opimme myös, kuinka suuri merkitys oikealla asenteella on työn tekemisessä. Kun palasimme jonkin aikaa kestäneen tauon jälkeen opinnäytetyön pariin, päätimme tehdä opinnäytetyön loppuun hyvällä asenteella. Vaikka aikataulu oli tiukka ja tiesimme, että syksy tulisi olemaan meille raskas, halusimme ajatella opinnäytetyötä positiivisena asiana. Keskityimme myös siihen, että kun teimme opinnäytetyötä, unohdimme muut asiat ja keskityimme oleelliseen. Voimme sanoa vinkkinä muille opinnäytetyön kanssa kamppaileville, että kannattaa tehdä päätös positiivisen asenteen pitämisestä. Sillä ajattelutavalla vaikeatkin asiat tuntuvat helpommilta.

Aluksi oli vaikeaa etsiä sopivia lähteitä ja arvioida kriittisesti niiden sopivuutta opinnäytetyön lähteiksi. Opimme hakemaan tietoa erilaisista tietokannoista. Olisimme kuitenkin voineet käyttää tietokantoja vieläkin monipuolisemmin. Lisäksi käytimme kirjastoja ja erilaisia nettilähteitä. Otimme myös yhteyttä suoraan artikkeleiden kirjoittajiin ja tutki-

musten tekijöihin ja saimme näin materiaalia ja vinkkejä hyviin lähteisiin, joita hyödynsimme työssämme.

Itse opinnäytetyön aiheista opimme uutta, vaikka ne olivatkin jossain määrin tuttuja. Isyydestä meillä ei ollut ennalta kovinkaan paljon tietoa, vaikka meillä olikin omat ennakkokäsityksemme. Oli haastavaa selvittää, millaista isyys on ollut ennen, koska kirjallisuus oli vaikealukuista ja lähteet olivat osittain myös ristiriidassa keskenään. Saimme kuitenkin muodostettua itsellemme selkeän kokonaiskuvan siitä, millaista isyys on ollut ennen ja miten isyys on muuttunut viime vuosikymmeninä. Nykypäivän isyydestä tietoa oli tarjolla paljon. Olisimme kuitenkin kaivanneet vielä hieman uudempaa ja monipuolisempaa tietoa. Tutustuessamme kirjallisuuteen ja tutkielmiin isyydestä, huomasimme, että useimmissa lähteissä oli käytetty pääosin kasvatustieteiden tohtori, professori Jouko Huttusen tekemää tutkimusta ja kirjallisuutta. Siis vaikka lähteenä olemme käyttäneet paljon Jouko Huttusen tekstejä, olemme tutustuneet lähdeaineistoihin monipuolisesti. Keskeistä oppimassamme oli se, että isiä ja isyyttä halutaan tukea erilaisin keinoin nyky-yhteiskunnassa ja myös se, kuinka miesten käsitykset isyydestä ovat muuttuneet. Oli opettavaista huomata, kuinka monimuotoista isyys voi olla.

Infektioitaudeista opimme uutta jonkin verran. Meillä oli jo ennalta melko hyvät tiedot infektioitaudeista ja niiden hoitamisesta sairaanhoitajaopintojen pohjalta. Opimme opinnäytetyön kautta yksityiskohtaisempaa tietoa aiheista. Esimerkiksi infektioiden ilmenevyys ja infektiot päiväkodissa olivat meille uutta asiaa. Opinnäytetyön kautta saimme paljon lisää näyttöön perustuvaa tietoa. Aiempi tietomme on ollut ympärilyöreämpää ja kokemukseen perustuvaa. Voimme hyödyntää oppimiamme tietoja tulevassa ammatissamme lasten parissa ja uskomme pystyvämme jatkossa ohjaamaan vanhempia näissä asioissa asiantuntevasti. Tietoperustamme infektioitaudeista on vahvistunut huomattavasti.

Kolmantena tehtävänä opinnäytetyössämme oli ohjaus ja tavoitteenamme oli oppia ohjausta ryhmälle. Hankimme ohjauksesta teoriatietoa, josta oli hyötyä ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Uskomme, että olisimme oppineet ryhmäohjauksesta enemmän, jos tällaisia ohjaustuokiota olisi pidetty useampi. Opimme, mitä voisimme seuraavalla kerralla parantaa tai tehdä toisin. Koska ohjaukset oli vain yksi, emme opinnäytetyömme puitteissa päässeet tekemään näitä muutoksia käytännössä.

Opinnäytetyötä tehdessämme meillä heräsi kysymys siitä, millaisia tuentarpeita nuorilla isillä on isyyteen ja isäksi kasvamiseen liittyen. Kehittämisehdotuksemme olisikin tutkia nuorten isien tuentarpeita. Mielestämme tuentarpeita olisi hyvä selvittää isien näkökulmasta ja siten, että isät voisivat kertoa, minkälaista konkreettista tukea he haluaisivat. Nuorten isien asenteita ja niiden muuttumista isyyttä kohtaan voitaisiin tutkia. Voitaisiin selvittää myös, kuinka paljon he tätä tukea kaipaisivat. Tämän tutkimuksen kautta voitaisiin kehittää enemmän nuorille isille suunnattua toimintaa ja tukimuotoja.

LÄHTEET

Aalto, I. & Kolehmainen, J. (toim.) 2004. Isäkirja–Mies, vanhemmuus ja sukupuoli. Tampere: Vastapaino.

Aalto, I. & Mykkänen, J. 2010. Isyyden ihanteet, arki ja kokemukset–Raportti isyyden tutkimuksesta Suomessa. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto. Nuorisotutkimusseura.

Aho, T. (toim.) 2002. Lapsi sairastaa. Helsinki: Duodecim.

Ashorn, M. 2009. Lapsen ripuli ja oksentelu. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Julkaistu 9.3.2009. Luettu 22.9.2012. <http://www.terveysportti.fi>

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

Eräranta, K. 2007. Isäksi tulossa ja tekemässä–Isäryhmät ja omaelämäkerrallinen työ isyyteen ohjaamisen välineenä. Teoksessa Nuorisotutkimus–Työ ja aikuistuminen 1/2007/25. vuosikerta. 33–46.

Gilljam, B. & Wede, M. 2012. Örontermometer kan användas på barn från 1 års ålder - Jämförelse av metoder för temperaturmätning på barn upp till 6 år. Läkartidningen 3/2012/109. Julkaistu 17.1.2012. Luettu 10.9.2012. <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=17652>

GlaxoSmithKline. 2011. Panadol lapsille. Espoo. Päivitetty 5/2011. Luettu 10.9.2012. http://www.panadol.fi/tietoa_panadolist/panadol_lapsille.html

Halme, N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo–Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. Helsinki: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Hedman, K., Heittinen, T., Huovinen, P., Järvinen, A., Meri, S & Vaara, M. (toim.) 2011. Infektiosairaudet–Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. Juva: PS-kustannus. WS Bookwell Oy.

Huttunen, N. (toim.) 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY.

Isyyslaki 5.9.1975/700

Jalanko, H. 2009. Infektioaudit. Julkaistu 22.1.2009. Luettu 8.12.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>

- Jalanko, H. 2009. Mitä lapset sairastavat? Julkaistu 22.1.2009. Luettu 23.4.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Jalanko, H. 2010. Tietoa potilaalle: Kuume lapsella. Sairaanhoidajan tietokannat. Duodecim. Julkaistu 8.10.2012. Luettu 10.9.2012. <http://www.terveysportti.fi>
- Jalanko, H. 2012. Tietoa potilaalle: Flunssa lapsella. Tietoa potilaalle. Duodecim. Julkaistu 16.8.2012. Luettu 7.9.2012. <http://www.terveysportti.fi>
- Juvakka E. & Viljamaa J. 2002. Miehen mittainen isä. Helsinki. WSOY.
- Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän–Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Suomen mielenterveysseura, Laadukasta kulttuuria vapaaehtoistyöhön – hanke. SMS-Tuotanto OY.
- Keituri, T. 2010. Lapsen kuumekeuhkokuumeen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Julkaistu 11.3.2010. Luettu 21.9.2012. <http://www.terveysportti.fi>
- Keituri, T. 2010. Lapsen ripulin hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Julkaistu 11.3.2010. Luettu 22.9.2012. <http://www.terveysportti.fi>
- Kokki, H., Kiviluoma, K., Aantaa, R., Manner, T. & Kaisti, K. 2012. Lasten nestehoito-opas 2012. Kuopio, Oulu, Turku: Fresenius Kabi Ab.
- Korhonen, M. 1999. Isyyden muutos–Keski-ikäisten miesten lapsuuskokemukset ja oma vanhemmuus. Joensuu: Joensuun yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.
- Korpi, M., Kröger, L. & Rantala, H. (toim.) 2009. Lastentautien päivystyskirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka–Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.
- Lumio, J. 2009. Tietoa potilaalle: Infektiotautien tartunta ja ehkäisy. Tietoa potilaalle. Duodecim. Julkaistu 29.12.2009. Luettu 23.9.2012. <http://www.terveysportti.fi>
- Matilainen E. & Poikonen, N. 2012. Kuumeen hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Duodecim. Julkaistu 18.5.2012. Luettu 10.9.2012. <http://www.terveysportti.fi>
- Muurinen, E. & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Nummi, S. 2007. Isät hoivaisuudesta keskustelemassa–Kun aikaisemmin on vaan ollu leiväntuoja ja nyt illat menee kun vie jätkiä jääkiekkoharkkoihin. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Pro gradu–tutkielma. http://jyvaskylanseutu.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylanseutustructure/18552_Valmis_gradu_susanna_nummi.pdf

- Puhakka, L. 2009. Virusripulien kesto lyhenee vuorokauden - Onko probiooteista apua lasten infektiotripulien hoidossa? Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. 121 – 122. Luettu. 23.7.2012. <http://www.terveysportti.fi>
- Rantala, H. 2005. Kuume-kouristukset. Helsinki: Epilepsialiitto.
- Rantala, H. 2012. Kuume-kouristus. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Julkaistu 8.12.2010. Luettu 3.9.2012. <http://www.terveysportti.fi>
- Rantala, H. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2012. Kuumeinen lapsi. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Päivitetty 8.12.2010. Luettu 28.8.2012. <http://www.terveysportti.fi>.
- Rantala, H., Strengell, T., Tarkka, R. & Uhari, M. 2008. Lasten kuume-kouristusten hoito ja erotusdiagnostiikka. Lääkärilehti. Duodecim. <http://www.terveysportti.fi>
- Renko, M. 2007. Probiotien laadulla on väliä lasten ripulissa. Suomen lääkäri-lehti. 37/2007.
- Ruuskanen, O., Peltola, H. & Vesikari, T. (toim.) 2007. Lasten infektiotaudit. Tampereen yliopiston rokotetutkimuskeskus.
- Ruuskanen, O., Saxén, H. & Mertsola, J. 2009. Ohjeita vanhemmille–Kuumeinen lapsi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Julkaistu 19.11.2009. Luettu 12.3.2012. http://www.ktl.fi/attachments/ohje_vanhemmille_kuumeinen_lapsi.pdf
- Rautakorpi, U-M. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2005. Neuvolaikäisten infektiot. Päivitetty 15.3.2005. Luettu 8.12.2011. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/2-3_2005/neuvolaikäisten_infektiot
- Sepponen, K. 2011. Lasten lääkkeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat lasten ja vanhempien näkökulmasta. Itäsuomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Farmasian laitos. Väitöskirja.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Infektoriskin vähentäminen päivähoitossa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Miksi on tärkeää kiinnittää huomiota isään. Komiteamietintö 1999:1. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/isamiet/isaluku1.htm>
- Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuori, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Syrjälä, H., Teirilä, I., Kujala, P. & Ojajärvi, J. 2005. Käsihygieniä. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Kuntaliitto.
- Tampereen kaupunki. 2007. Ohjeita päivähoitossa olevien lasten infektioiden ehkäisyyn ja hoitoon. Päivitetty 4.7.2007. Luettu 21.9.2012. <http://www.tampere.fi/tiedostot/5eRA7Rvgl/infektiot.pdf>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Rokottaminen–Lasten influenssarokotukset ja Influenssarokote. Päivitetty 16.11.2011. Luettu 20.4.2012.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/rokottaminen/

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Yleiset hygieniaohjeet. Päivitetty 29.7.2009. Luettu 23.9.2012.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/ohjeita_ja_suosituksia/tartunta_taudit/lintuinfluenssa_a_h5n1_epaily_ihmisella/yleiset_hygieniaohjeet

Rautakorpi, U-M., Nyberg, S., Honkanen, P., Klaukka, T., Liira, H., Mäkelä, M., Palva, E., Roine, R., Sarkkinen, H. & Huovinen, P. 2009. Infektiopotilaat terveyskeskuksessa–MIKSTRA-ohjelman loppuraportti. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Yliopistopaino. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/21492ae3-9f5f-4c4a-a7cc-ea3c5fde06dc>

Terveysportti. 2012. Lääkkeet ja hinnat. Duodecim. Päivitetty 1.6.2012. Luettu 10.9.2012. <http://www.terveysportti.fi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011. Tieteellisten seurain valtuuskunta. Luettu 3.1.2012

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Vuento, R. 2005. Tartunnan aiheuttajat ja tartuntatavat. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Kuntaliitto. 46–62.

Vuori, J. 2001. Äidit, isät ja ammattilaiset–Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Tampereen yliopistopaino. Tampereen yliopisto. Yhteiskunnallinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Yle.fi – oppiminen. Kasvatustieteen tohtori, isyystutkija Jouko Huttunen. Kasvaminen hoivaavaksi isäksi. Haastattelu. Katsottu 1.9.2012.
<http://oppiminen.yle.fi/artikkeli?id=6100>

LIITTEET

Liite 1. Tietovisakysymykset

1. Lasta kuuluu viilentää kuumekeuristuksen aikana?
2. Yskänlääke on tehokas lääke lapsen flunssan oireiden hoidossa?
3. Ksylitoli on tehokas korvatulehduksen ehkäisyssä?
4. Kuivat limakalvot, kyynelten vähäisyys ja vähä virtsaisuus ovat merkkejä kuivumisesta?
5. Vilustuminen lisää flunssan sairastumisen riskiä?
6. Poskiontelo- ja korvatulehdus ovat flunssan yleisimpiä liitännäisongelmia?
7. Antibiootteja tulee käyttää flunssan hoidossa?
8. Maitohappobakteerit voivat lyhentää ripulin kestoa?
9. Käsien pesu on tärkeä tekijä flunssan ja vatsataudin ehkäisyssä?
10. Parasetamoli on ensisijainen lääke lapsen kuumeen hoidossa?

Liite 2. Palautelomake

Oliko tuokio mielestäsi hyödyllinen?	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
Saitko uutta tietoa aiheista?	
Ei uutta tietoa	<input type="checkbox"/>
Vähän uutta tietoa	<input type="checkbox"/>
Paljon uutta tietoa	<input type="checkbox"/>
Kuinka hyvin ohjaajat onnistuivat tuokion pitämisessä?	
Erittäin huono 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Erittäin hyvä	
Kommentoi vapaasti:	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

Liite 3. MLL:n palaute toimintatuokiosta



Lasten infektioautien omahoidon ohjausta isille Toimintatuokio MLL Tampereen osaston iltakahvilassa

Toteuttajina Elina Lantela ja Katri Lievonen

Toimintatuokion teeman ja sisällön valinta yleisesti oli mielenkiintoinen ja aina vanhempia askarruttava.

Aihepiiri on laaja. Iltakahvilan toimintatuokio toiminnan luonteen vuoksi ei voi kuitenkaan olla kovin pitkä, joten aiheen käsittelyn tapa ja aiheen rajaaminen olivat tärkeitä lähtökohtia.

Toteutuneessa toimintatuokiossa nämä näkökulmat oli otettu hyvin huomioon. Osallistujilla oli mahdollisuus illan aikana tutustua aihepiiriin postereita lukemalla omaan tahtiin ja oman kiinnostuksen mukaan.

Lisäksi yhteinen tietokilpailu oli mukavasti koottu ja sisälsi varmasti monia arjen oivalluksia osallistujille.

Lasten näkökulmasta "bakteerilelut" herättivät ansaittua mielenkiintoa ja innostusta.

Toiveestamme saimme pitää kootut seinätaulut, jotka sisälsivät tietoa kootusti ja helposti ymmärrettävästi. Ne ovat olleet esillä kaikissa perheryhmissämme ja kerholasten vanhempien luettavana.

Opinnäytetyön toteutustavassa oli eri-ikäiset osallistujat otettu hyvin huomioon ja aihetta lähestytty kiinnostavalla tavalla.

Vaikka iltakahvilassa osallistujia kyseisellä kerralla oli vähän, niin tehty materiaali on hyödyttänyt noin 200 vanhempaa eri ryhmien aikana.

Bakteerit otettiin käyttöön lasten päiväkerhoissa ja terveyskasvatusmateriaaliksi, joka kiinnostaa lapsia.

Opinnäytetyöstä on näin ollut toiminnallemme paljon hyötyä ja sitä on voinut käyttää muutenkin kuin vain yhdessä toimintatuokiossa.

Materiaali täydentää hyvin MLL Tampereen osaston terveyskasvatusmateriaalia.

Tästä kaikesta johtopäätöksenä on, että opinnäyte oli erittäin onnistunut sekä suunnittelun, materiaalien valmistamisen että toteutuksen osalta.

Kiitos osallistumisesta toimintamme toteutukseen.

Tampereella 12. pñä huhtikuuta 2012

Kajja Reiman-Salminen
Kajja Reiman-Salminen
toiminnanjohtaja
MLL Tampereen osasto ry

Liite 4. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

1 (7)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Halme, N. 2009.</p> <p>Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo – Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi.</p> <p>Akateeminen väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäoloa ja siihen liittyviä tekijöitä kuvaava rakenneyhtälömalli, kehittää mittari yhdessäolon testaamiseksi ja arvioida mallin toimivuutta empiirisesti.</p> <p>Tehtävät ovat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehittää ja testata mittari isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolon mittaamiseksi 2. Kuvata, millaista isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo on, ja verrata sitä eri perherakenteissa 3. Selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäoloon <ol style="list-style-type: none"> a. Selvittää isien kokemaa vanhemmuuteen liittyvää stressiä sekä stressin yhteyttä isän ja lapsen yhdessäoloon 	<p>Triangulaatio: Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen menetelmä.</p> <p>Aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla postitse, isät valittiin koko maan kattavalla satunnaisotannalla väestörekisteritietojen perusteella.</p> <p>Empiirisellä aineistolla testattiin rakenneyhtälömallin toimivuutta.</p> <p>Rakenteellisten yhteyksien mallintamisessa käytettiin LISREL-mallinnusohjelmaa.</p>	<p>Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolossa painottui fyysinen yhdessä tekeminen.</p> <p>Suurimmalle osasta isiä yhdessäolo oli luonnollinen ja tärkeä osa arkielämää.</p> <p>Elämäntilanteiden muuttuminen, esimerkiksi avioero tai uusperheen muodostaminen, vaikuttivat isän ja lapsen yhdessäoloon.</p> <p>Leikki-ikäisen lapsen isät kokivat melko yleisesti vanhempana toimimiseen liittyvää stressiä; huomattava osa isistä koki puutteita omissa vanhemmuuden taidoissaan ja kyvyssään tulkita lapsen tunteita ja tarpeita.</p> <p>Isillä esiintyi runsaasti parisuhteeseen liittyviä ongelmia.</p>

(jatkuu)

	<p>b. Selvittää isän tyytyväisyyttä parisuhteessa sekä tyytyväisyyden</p> <p>c. Selvittää taustamuuttajien yhteyttä yhdessäoloon</p> <p>4. Kehittää rakenneyhtälömalli isän ja leikkiikäisen lapsen yhdessäolosta ja testata mallin toimivuutta empiirisesti</p>		<p>Etenkin seksuaalisuuteen ja tunteiden ilmaisuun oltiin usein tyytymättömiä</p> <p>Yli kolmannes isistä voitiin luokitella alkoholin riskikuluttajiksi. Alkoholin käyttö lisäsi tyytymättömyyttä parisuhteessa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä sekä vaikutti negatiivisesti isän ja lapsen yhdessäoloon.</p>
Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Korhonen, M. 1999.</p> <p>Isyyden muutos – Keski-ikäisten miesten lapsuuskokemukset ja oma vanhemmuus.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on kuvata ja ymmärtää suomalaisessa kasvatuskulttuurissa tapahtuneita muutoksia paneutumalla kotikasvatuksen ja vanhemmuuden - erityisesti isyyden - muutoksiin.</p> <p>Tehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Millaisia kokemuksia keski-ikäisillä miehillä on omasta lapsuudestaan? 2. Miten miehet kuvaavat omaa isyyttään? 3. Millaisia liityntöjä lapsuudenkokemuksilla on miesten omaan vanhemmuuteen? 	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Elämäkerrallinen teemahaastattelu</p>	<p>Yleisin muistikuva isästä oli etäinen auktoriteetti. Toiseksi yleisin oli tasainen ja hyväluonteinen, kolmanneksi yleisin epävakaa ja arvaamaton ja viimeisenä pelottavan ankara.</p> <p>Miesten kuvauksia omasta vanhemmuudesta pystyi erottamaan viisi erilaista isätyyppiä: vastuuta korostavat, taustalta tukijat, toiminnalliset isät ja otteensa menettäneet isät sekä edellisistä poikkeava: poikkeuksellisen äidillinen isä.</p>

	<p>4. Miten isät käsittelevät ja hallitsevat (coping) lastenkasvatukseen liittyviä ongelmia?</p> <p>5. Millaisia kokemuksia miehillä on isyydestään eri elämänvaiheissa?</p>		<p>Miesten kuvauksissa ei havaittu selvää jatkuvuutta. Omalta isältä saadut neuvot osittain aikansa eläneitä, isämalli tulee vaimon ja lasten avulla. Suurten ikäluokkien miehet jo enemmän mukana perheen elämässä. Suhde lapsiin tasavertaisempi, lempeämpi ja läheisempi.</p> <p>Suurten ikäluokkien miehet keskusteluvampia ja sallivampia kuin omat vanhemmat, siitä ei ole kuitenkaan seurannut suurta katkosta sukupolvien välillä.</p> <p>Sääntöjen ja rajoitusten avulla miehet tekivät eron vapaaseen kasvatukseen.</p>
Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Nummi, S. 2007.</p> <p>Isät hoivaisuudesta keskustelemassa - Kun aikaisemmin on vaan ollut leiväntuoja ja nyt illat menee kun vie jätkeä jääkiekkoharkkoihin.</p> <p>Pro gradu – tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten nykypäivän hoivaisuus ilmeni Jyväskylän seudun Perhehankkeen Isä-rundin kolmannen kierroksen isien ryhmäkeskusteluissa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Aineistona 24 isän keskustelut.</p> <p>Analyysimenetelmänä on teoriasidonnainen sisällönanalyysi ja induktiivinen lähestymistapa.</p>	<p>Hoivaisuutta kuvaavia teemoja olivat muistot omasta isästä, lasten hoito ja kasvatust, isän rooli puolisona, työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen sekä isäksi tulemiseen liittyvät muutokset.</p>

	<p>Tehtävät ovat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Millaisia muistoja isillä on omista isistään? 2. Mitä isät kertovat hoivaisyydestä lastensa kasvatuksessa? 3. Millainen isä kertoo olevansa puolisona? 4. Mitä isät kertovat työn ja perheen yhteensovittamisesta? 5. Millaisiksi isät kokevat isyyteen liittyvät muutokset? 		<p>Omilla isämuistoilla oli tärkeä rooli myös oman isyyden muotoutumisen kannalta.</p> <p>Osalle isistä rooli tasavertaisena hoitajana äidin kanssa vaikutti olevan selkeä, kun taas osa koki oman roolinsa enemmänkin avustajana.</p> <p>Jaettu vanhemmuus ilmeni isien keskusteluissa erityisesti parisuhteen ja puolisona olemisen näkökulmasta. Isät pohtivat, että varsinkin vauvavaiheessa hyvän isän tehtäviä on vaimon tukeminen ja vaimon olon helpottaminen.</p> <p>Epäsäännöllisen työn ja perheen yhdistäminen oli isien mielestä haastavaa.</p> <p>Isäksi tulemiseen liittyvät muutokset ilmenivät kolmen teeman kautta, jotka olivat isäksi valmistautuminen, vertais-tuen merkitys sekä isyyteen liittyvät tuntemukset.</p>
--	---	--	--

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Sepponen, K. 2011.</p> <p>Lasten lääkkeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat lasten ja vanhempien näkökulmasta.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esille lasten ja heidän vanhempiensa näkökulma lasten lääkitykseen.</p> <p>Osatavoitteet ovat:</p> <p>tutkia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lääkkeiden käytön hyötyjä sekä lääkkeiden asemaa suhteessa muihin hoitomuotoihin 2. lääkkeiden käytön ongelmia ja niiden merkitystä hoidon onnistumisen kannalta 3. vanhempien toimintatapoja lääkityshoidon ongelmissa 4. lasten omatoimisuutta lääkkeiden käyttämisessä 5. lääkäreille ja sairaanhoitajille suunnatun kivun hoitoa käsitelleen koulutuksen vaikutuksia kotona tapahtuneeseen kivun hoitoon. 	<p>Triangulaatio: Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen menetelmä</p> <p>Kolme osatutkimusta: Postikysely lasten vanhemmille lasten kivun hoidosta, postikysely lasten vanhemmille lasten antibiootihoidosta ja teemahaastattelu astmaa sairastaville lapsille ja heidän vanhemmilleen (31 lasta, 29 perhettä)</p> <p>Analyysimenetelminä käytettiin suoria ja kaunia, ristiintaulukointia, Pearsonin χ^2 -testiä ja sisällönanalyysia, jossa käytettiin apuna NUD*IST 4.0 –ohjelmaa.</p>	<p>Kivun ja astman hoidossa käytettiin lääkkeiden lisäksi myös lääkkeettömiä hoitomuotoja. Vaihtoehtohoitoja, kuten rohdosvalmisteita tai homeopatiaa, ei lapsille kuitenkaan yleensä käytetty.</p> <p>Lääkkeiden käyttöön liittyviä ongelmia olivat: haittavaikutukset, haittavaikutusten pelko, lääkkeiden puutteellinen teho, lapsen kieltäytyminen lääkkeiden ottamisesta, paha maku, nielemisvaikeudet sekä lääkkeiden ottamisen unohtaminen.</p> <p>Pitkäaikaisen astmalääkityksen toteuttamista vaikeutti: lääkityksen monimutkaisuus, hankalat ja epäkäytännölliset annostelulaitteet, säännölliseen lääkkeiden ottamiseen kyllästyminen sekä lääkkeiden käyttämisen vuoksi kiusatuksi joutuminen.</p>

	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuinka 0–12-vuotiaita lapsia lääkitään kotona ja millaisia kokemuksia ja käsityksiä lapsilla ja heidän vanhemmillaan on lääkkeiden käytöstä.		Astmaa sairastavat 7–12-vuotiaat lapset käyttivät astmalääkkeitä varsin omatoimisesti, mutta omatoimisuus ei ulottunut muihin lääkkeisiin.
Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Vuori, J. 2001. Äidit, isät ja ammattilaiset – Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Akateeminen väitöskirja.	Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida asiantuntijoiden kirjoittamia kirjoja, jossa he puhuvat lapsiperheiden äideistä ja isistä. Tehtävät ovat: 1. Eritellä, miten asiantuntijat sukupuolistavat vanhemmuutta – lasten hoitoa, hoivaa ja kasvatusta – äitiytenä ja isyytenä 2. Pohtia, miten asiantuntijat kirjoittavat tekstiensä äitien ja isien seksuaalisuudesta ja miten lapsen sukupuoli ja seksuaalisuus liittyvät vanhempien sukupuoleen.	Kvalitatiivinen menetelmä. Tekstinanalyysi. Yhteiskuntatieteellisten diskurssianalyysojen, lingvistiikan ja retorikan tutkimuksen analyysivälineet. Aineisto koostuu suomenkielisistä asiantuntijoiden kirjoittamista kirjoista ja artikkeleista, joiden aiheena on äitiys, isyys tai vanhemmuus. Viitteitä yhteensä n. 200.	Keskeiset tulokset eivät löydy väitöskirjan loppuluvusta vaan itse lukemisen prosessissa. Perheasiantuntijat käsittelevät naisten ja miesten välistä työnjakoa vanhemmuudessa sekä eksplisiittisesti että ikään kuin vaivihkaa, muiden asioiden lomassa. Äidinhoivan diskurssi korostaa naisten tehtävää lasten synnyttäjänä, hoivaajana ja ensisijaisena kasvattajana. Jaetun vanhemmuuden diskurssi kiistää ehdottoman rajan naisten ja miesten välillä. Jaetun vanhemmuuden ihanne näyttää tutkimusaineistojen valossa vahvalta.

	<p>3. Millaisia sukupuolistuneita sisältöjä äitiys ja isyys saavat tutkimissani teksteissä ja miten sukupuolittaminen kielellisesti tehdään?</p> <p>4. Miten tekstit esittävät vanhemmat, lapset, ammattilaiset ja asiantuntijat toimijoina? Millaisissa toimissa heidät kuvataan ja millaiset suhteet heidän välilleen rakentuvat?</p>		<p>Sekä äidinhoivan että jaetun vanhemmuuden diskurssien nykyversoissa erityinen kiinnostuksen ja huolen aihe on isä. Isiä kuvataan monipuolisemmin kuin äitejä. Puhe isistä on enimmäkseen positiivista ja miehiä rohkaisevaa.</p>
--	---	--	---