LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

Lasten yökastelu

Opas Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille

Kalliokoski Reeta & Käkilehto Riikka

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Terveydenhoitaja AMK

2015

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Terveydenhoitaja AMK

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Reeta Kalliokoski Riikka Käkilehto	Vuosi	2015
Ohjaaja	Kaisa Holma Hannele Kauppila		

Toimeksiantaja	Tornion kaupunki
Työn nimi	Lasten yökastelu – Opas Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille
Sivu- ja liitemäärä	51 + 11

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa opas lasten yökastelun hoidosta Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille. Tornion terveyskeskuksen avoterveydenhuollon osastonhoitajan mukaan terveyskeskuksen terveydenhoitajilta puuttui yhtenäinen yökastelun hoitokäytäntö. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajien yökastelun hoitokäytäntöä. Opinnäytetyö tehtiin työelämälähtöisenä projektina. Valmis opas tulee jaettavaksi Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajien käyttöön.

Lasten yökastelusta löytyi niukasti kansallista kirjallisuutta ja tutkimuksia. Kansainvälisiä tutkimusartikkeleita löytyi paljon. Aihetta on tarkasteltu laajasti ja erilaisista näkökulmista. Kansainvälisistä tutkimuksista on tähän työhön valikoitu muutamia aiheeseen liittyviä tutkimuksia.

Lasten yökastelu – osiossa käsitellään virtsaamisen anatomiaa ja fysiologiaa sekä yökasteluun vaikuttavia tekijöitä, hoitoa edeltäviä tutkimuksia ja hoitomuotoja. Terveyden edistäminen on olennainen osa terveydenhoitajan työtä. Aihetta käsitellään omassa osiossa. Ohjauksen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään ohjauksen etiikkaa, tarvetta ja merkitystä sekä dialogisuutta ja yökastelijan ohjausta. Projektin toteutuksessa kuvataan projektiteorian lisäksi työn tarkoitusta ja tavoitteita sekä projektityön eri vaiheita.

Asiasanat	yökastelu, kastelu, potilaan ohjaus, hälytinhoito, yhdistelmähoito, desmopressiini
Muita tietoja	Liitteenä opas ja hankkeistamissopimus

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

Bachelor of Health Care
Public Health Nurse

ABSTRACT OF THESIS

Author		Year	2015
	Reeta Kalliokoski Riikka Käkilehto		
Supervisor	Kaisa Holma Hannele Kauppila		

Commissioned by	City of Tornio
Subject of thesis	Paediatric Nocturnal Enuresis – A Guide to Public Health Nurses at Tornio Healthcare Centre
Number of pages	51 + 11

The purpose of the thesis was to compile and create a guide of paediatric nocturnal enuresis treatment for the public health nurses at Tornio Healthcare Centre, since according to our working life contact person, the nurses at the healthcare centre needed consistent treatment practices for nocturnal enuresis. The objective of the thesis was thus to harmonize the treatment practices for nocturnal enuresis among the public health nurses. The thesis was compiled as a project in cooperation with working life, and the completed guide will be distributed to the public health nurses at the healthcare centre.

Paediatric nocturnal enuresis is a topic less extensively studied in Finland. International material on the topic was however abundant, as the topic has been widely examined abroad utilizing various perspectives. Therefore, some international studies were selected for discussion to support our thesis.

The thesis begins with a section discussing paediatric nocturnal enuresis that focuses on the anatomy and physiology of urine voiding as well as taking a look at factors behind nocturnal enuresis, pre-treatment examinations and forms of treatment. Health promotion as an essential part of a public health nurse's work is a topic further examined in the next section. This is followed by theoretical framework for guidance, which encompasses the ethics and significance of, as well as the need for, guidance for the nurses as well as the importance of dialogue and guidance provided to the child suffering from enuresis. Finally, the project implementation section describes the project theory, the purpose and objectives of this work, and the various stages of project work.

Key words: nocturnal enuresis, alarm treatment, desmopressin, guidance, and project implementation.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO

Lasten yökastelua on pidetty tabuna useiden vuosikymmenien ajan. Lasten kasteluvaivoista löytyy ensimmäisiä kirjallisia merkintöjä jo Ebersin papyruksesta vuodelta 1550 ennen ajanlaskun alkua. Silloin hoidoksi kehotettiin käyttämään katajanmarjasta, sypressinlehdestä ja oluesta tehtyä uutetta. Kastelua on pidetty kaikissa kulttuureissa merkittävänä sosiaalisena ongelmana ja jopa käytöshäiriön oireena. (Wikström 1993, 3.)

Tornion terveyskeskuksen avoterveydenhuollon osastonhoitaja, Marianne Junes-Leinonen esitti toiveen yökastelun hoidon oppaasta. Yökastelun hoito on siirtynyt erikoissairaanhoidon piiristä perusterveydenhuoltoon. Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja tuottaa opas lasten yökastelun hoidosta Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille. Marianne Junes-Leinosen mukaan terveyskeskuksen terveydenhoitajilta puuttuu yhtenäinen yökastelun hoitokäytäntö. Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajien yökastelun hoitokäytäntöä. Työllä on merkitystä omaan ammatillisen kasvuun ja kehitykseen: se lisää teoriatietoa asiakkaan ohjaamisesta ja eräästä yleisestä lasten vaivasta. Tekemisen aikana omat tiedonhankintataidot kehittyvät. Hoidosta on vastannut Torniossa yksi terveydenhoitaja. Jatkossa yökastelun hoito tulee kuulumaan kaikkien Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajien työhön. Asiakkaan näkökulmasta hoidon jatkuvuuden mahdollisuudet kehittyvät, kun perhe tekee yhteistyötä oman tutun terveydenhoitajan kanssa.

Projektin teoreettisen viitekehyksen keskeisiä käsitteitä ovat yökastelu, hälytinhoito, desmopressiini, ohjaus ja projektin toteutus. Lasten yökastelu – osiossa käsitellään virtsaamisen anatomiaa ja fysiologiaa sekä yökasteluun vaikuttavia tekijöitä, hoitoa edeltäviä tutkimuksia ja hoitomuotoja. Ohjauksen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään ohjauksen etiikkaa, tarvetta ja merkitystä sekä dialogisuutta ja yökastelijan ohjausta. Terveydenhoitajan ohjaus pohjautuu terveyden edistämiseen, sitä käsitellään osana ohjausta. Projektin toteutuksessa ku-

vataan projektiteorian lisäksi työn tarkoitusta ja tavoitteita sekä projektityön eri vaiheita.

2 LASTEN YÖKASTELU

2.1 Virtsaelimistön anatomia ja fysiologia

Virtsateiden muodostamaan järjestelmään kuuluu munuaisten lisäksi virtsajohtimet, -rakko ja -putki. Aikuisen elimistössä on kaksi noin 150 grammaa painavaa pavun muotoista munuaista, jotka sijaitsevat vatsaontelon takaseinämässä ja ylläpitävät elimistön happo-emästasapainoa säätelemällä ionien erittymistä virtsaan. Munuaisten tehtävänä on muodostaa virtsaa ja erotella elimistön kuona-aineita verestä virtsaan. Munuaiset vaikuttavat elimistön hormonitoimintaan erittämällä erytropoietiini - hormonia (EPO) ja verenpainetta säätelevää reniinientsyymiä. (Waugh & Grant 2011, 330; Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2011, 452.)

Munuaisten kehitys alkaa varhaisessa sikiön kehitysvaiheessa. Virtsaelinten erilaistuminen alkaa jo 3. raskausviikolla (Sainio 2003, 276). Munuaiset erittävät virtsaa jo 10 - 12 raskausviikosta lähtien. Ensimmäisen elinvuoden aikana munuaisten toiminnallinen kehittyminen on voimakasta. Rakenteeltaan munuaiset kehittyvät 5 - 7 ikävuoteen saakka. Munuaisten kasvu on suorassa suhteessa syntymän jälkeisen painon lisääntymiseen. (Harinen & Karkela 1988, 135 - 137.)

Aikuisilla munuaisista lähtee kaksi noin 25 – 30 cm pitkää virtsajohdinta, joita pitkin virtsa laskee virtsarakkoon. Virtsajohtimet kulkevat vatsaontelon läpi vatsakalvon takaa virtsarakkoon. Virtsajohtimen suppilomainen muoto vaikuttaa siihen, että virtsa kulkee vain tiettyyn suuntaan. Virtsajohdinten lihasmainen kerros supistelee yleensä noin neljästä viiteen kertaa minuutissa, jolloin virtsaa kulkeutuu rakkoon. Virtsarakko on virtsan varasto. Imeväisikäisen virtsarakko sijaitsee korkealla vatsaontelossa ja laskeutuu vähitellen lähemmäksi lantiota. 3-5 -vuotiaan virtsarakkoon mahtuu 500 - 700 ml virtsaa ja 5 - 8 -vuotiaalla mahtuu 650 - 1000 ml virtsaa. Virtsarakolla on kolme kerrosta, uloin kerros on kalvon suojassa, keskimmäinen on lihassolukkoa ja sisin kerros on limakalvoa. Rakko pystyy laajenemaan ja supistumaan epiteelisten kerrosten avulla. (Hari-

nen & Karkela 1988, 135 – 137; Watson 2009, 342 – 343; Waugh & Grant 2011, 338 – 339.)

Virtsaa poistuu elimistöstä virtsaputken kautta, joka on yhteydessä virtsarakkoon. Virtsaputken pituus on aikuisilla miehillä noin 18 – 20 cm ja aikuisilla naisilla 3 – 4 cm. Virtsaputken suu sijaitsee naisilla häpykielen ja emättimen aukon välissä. Miehillä virtsaputki kulkee eturauhasen läpi ja lantionpohjan kautta siittimeen. (Watson 2009, 343; Sand ym. 2011, 475.)

Pienillä lapsilla virtsaaminen on selkäytimestä tuleva heijaste, joka laukeaa rakkoon kertyneestä virtsamäärästä. Rakon seinämässä sijaitsee venytysherkkiä aistisoluja, jotka lähettävät impulsseja selkäytimen sakraaliosaan ja vaikuttavat rakon seinämän sileälihassoluja hermottavien parasympaattisten hermosyiden aktiivisuuteen. Kun lapsi oppii estämään selkäytimestä tulevaa heijastetta, hän oppii säätelemään virtsaamista rakon aistisolujen aivoihin lähettämien hermoimpulssien avulla. Tästä syystä lapsi kykenee pidättämään virtsaamisen tarvetta. (Watson 2009, 344; Sand ym. 2011, 475 – 476; Waugh & Grant 2011, 341.)

2.2 Kasteluun vaikuttavat tekijät

Kastelulla tarkoitetaan virtsan tahatonta karkaamista. Syyt voivat liittyä elimelliseen vikaan (inkontinenssi) tai myöhästyneeseen rakon säätelyn kehittymiseen (enureesi). Lapsen kasvun ja kehityksen mukana kehittyy virtsanpidätyskyky, johon tarvittava lihaksiston, hermoston ja henkisten valmiuksien kehittyminen saavutetaan yleensä noin kolmeen ikävuoteen mennessä. Osalla lapsista kastelu voi johtua hitaasta fysiologisesta kypsymisestä. Kastelun taustalla on harvoin neurologinen tai elimellinen vika. (Lahdes-Vasama 2013, 355; Kannas 2009, 233.)

Kastelusta voidaan puhua poikkeavana ilmiönä lapsen täytettyä viisi vuotta. Lapsi ei hallitse täysin rakkonsa toimintaa ennen neljättä ikävuottaan. Valtaosa suomalaisista lapsista oppii kuivaksi ennen kolmatta ikävuottaan. Kastelun

esiintyvyys pienenee vuosi vuodelta kehityksen myötä. Silti edelleen varusmiesaikana voi esiintyä yökastelua. Koska spontaani kuivaksi oppiminen on yleistä alle 5-vuotiailla, ei yökasteluhoitoa kannata aloittaa ennen sitä. Jos viisivuotiaan neuvolakäynnillä ilmenee, ettei lapsi ole öisin kuiva, kannattaa keskustella perheen kanssa yökasteluhoidon mahdollisuudesta. Tarvittaessa asiasta voi konsultoida neuvolalääkäriä. (Huttunen 2002, 249; Kolho 2010, 596 – 597; Aljefri, Basurreh, Yunus & Bawazir 2013, hakupäivä 11.10.2015; STM 2004, 153.)

Tutkimukset osoittavat yökastelun esiintyvyyden vaihtelevan eri maiden välillä. Esimerkiksi Australiassa esiintyvyys on (18.9 %) noin kolminkertainen verrattuna Iraniin (6.8 %). Taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat psykologiset, sosioekonomiset, kulttuuriset ja rodulliset tekijät. Eri kulttuurien välillä lääketieteelliset näkemykset vaihtelevat uskomuslääkinnästä moderniin länsimaiseen lääketieteeseen. Eri kulttuureille on yhteistä yökastelevien lasten epäkypsyys virtsaamisen kontrolloinnissa, joka korjaantuu normaaliksi kasvun ja kehityksen myötä. Avun hakeminen voi viivästyä tiedon vähäisyyden ja kasteluun liittyvien negatiivisten tunteiden vuoksi. Negatiiviset tunteet aiheuttavat pitkäaikaista psyykkistä haittaa itsetuntoon, minäkuvaan ja sosiaalisiin suhteisiin. Kastelijalapset tiedostavat negatiiviset vaikutukset ja pelkäävät erityisesti muiden saavan tietää kastelusta. (Aljefri ym. 2013, hakupäivä 11.10.2015.)

Antidiureettisen hormonin tehtävänä on vähentää virtsan eritystä. Mitä vähemmän ADH:ta erittyy, sitä enemmän virtsaa muodostuu. (Watson 2009, 339.) Yökastelun taustalla voi olla poikkeavan alhainen yöllisen antidiureettisenhormonin (ADH) eritys, jolloin on vaikea hallita suurta rakon virtsamäärää unen aikana. Rakon yliaktiviteetti voi aiheuttaa tai pahentaa yökastelua, minkä vuoksi virtsaustapojen ja päiväsajan oireiden selvittely kuuluu myös yökastelijan tutkimuksiin. Tutkimukset ovat osoittaneet hyperkalsemian, B12- vitamiinin puutoksen ja toistuvan kuorsauksen altistavan yökastelulle. Yökastelun riskitekijänä on migreeni, joka aiheuttaa pieniä neurologisia muutoksia. (Aljefri ym. 2013, hakupäivä 11.10.2015; Lahdes-Vasama Tuija 2013, 357.)

Kastelu voi olla primaarista tai sekundaarista. Primaarinen kastelija ei ole koskaan ollut kuiva. Sekundaarinen kastelija on oppinut kuivaksi ja alkanut kastelemaan uudelleen. Sekundaarinen kastelu voi olla oire taudista, jolloin tulee ryhtyä tutkimaan ja selvittelemään mahdollista tautia, kuten esimerkiksi infektiota, diabetesta ja ummetusta. Primaarille yökastelulle on tavallista sen periytyvyys, sillä yleensä toinen vanhemmista on ollut aikoinaan yökastelija. Tutkimuksen mukaan yökastelun on riski viisinkertainen, jos toinen vanhemmista on ollut yökastelija. Perheessä voi olla muita tekijöitä, jotka vaikuttavat yökastelun esiintyvyyteen. Esimerkiksi suuri sisarusten lukumäärä ja heikko sosioekonominen asema kasvattavat yökastelun riskiä perheessä. (Aljefri ym. 2013, hakupäivä 11.10.2015; Vakkila 2009, 173.)

2.3 Yökastelun hoitoa edeltävät tutkimukset

Lasten kasteluongelmia tulee selvittää 4-5 -vuotiaan neuvolakäynneillä. Kasteluongelmien taustalla voi olla ummetus, infektio tai diabetes. Terveydenhoitajan vastaanotolla tulee tarjota asiallista informaatiota vaivaan liittyen. Vaikka hoito aloitetaan lapsen täytettyä 5- vuotta, on hyvä keskustella asiasta perheen kanssa jo ennen varsinaista hoidon aloittamista. (Terho, hakupäivä 12.10.2015.)

Yökastelun hoidossa on tärkeää lapsen oma halu oppia kuivaksi. Erityisiä laboratoriotutkimuksia ei vaadita yökastelijan hoidossa. Usein lapselta tutkitaan kuitenkin puhtaasti laskettu virtsa (PLV), jolla poissuljetaan virtsatulehdus tai diabeteksen mahdollisuus. Perusterveydenhuollossa opastetaan perhettä pitämään kastelupäiväkirjaa, johon merkitään märät ja kuivat yöt. Kastelupäiväkirjan pitäminen on edellytys Kelan tuelle. Kastelupäiväkirjan pitäminen voi kannustaa välttämään runsasta nesteiden nauttimista iltaisin. Kasteluhoidon aloituksessa on tärkeää lapsen ja perheen huolellinen haastattelu. Yökastelun diagnostiikka perustuu huolelliseen anamneesiin, kliiniseen statukseen ja muihin lääkärin suorittamiin tutkimuksiin. (Kela 2014, hakupäivä 12.10.2015; Terho, hakupäivä 12.10.2015; Venhola 2008, 2120)

2.4 Yökastelun hoitomuodot

Ennen yökastelun hoitomuotojen kehitystä yökastelua hoidettiin erilaisten uskomushoitojen avulla. Hoitojen etiologia on tuntematonta ja useimmat hoidot perustuivat erilaisiin rituaaleihin, pelotteluun ja karaisemiseen. Tiettyjä hoitomuotoja mainostetaan keskustelupalstoilla edelleen yökastelun hoitomuotoina. Homeopaattisista hoidoista ja kiinalaisesta lääketieteestä voi olla apua joissakin tapauksissa, mutta niistä ei ole tieteellistä näyttöä. Vanhempien käyttämiä hoitomuotoja ovat esimerkiksi iltajuomisen vähentäminen, lapsen herättäminen öisin ja vaippahoito tai vaipan välttäminen. Vanhemmat ovat turvautuneet yökastelun hoidossa lapsen moittimiseen ja rankaisemiseen tai palkitsemiseen. Laadultaan metodit ovat heikkoja ja niillä ei saada parannettua vaivaa. (Glanzener, Peto & Evans 2003, 390 - 394; Terho, hakupäivä 12.10.2015.)

Yökastelun hoito perusterveydenhuollossa ei vaadi erityisiä tutkimuksia. Ainoana vaatimuksena on yökastelupäiväkirjan pitäminen. Päivä- ja sekakastelijoilta sekä sekundaarisesta kastelusta kärsiviltä lapsilta tutkitaan puhtaasti laskettu virtsa (PLV). Tämän lisäksi on pidettävä ympärivuorokautista virtsaamis- ja kastelupäiväkirjaa ainakin kahden viikon ajan. Terveyskeskuksessa voidaan tehdä munuaisten ja virtsateiden ultraäänikuvaus, jos asiaan perehtyneen radiologian palvelut on saatavissa. Kastelevan lapsen läheteindikaationa erikoissairaanhoitoon on virtsateiden rakenteellisen vian epäily. Siihen voi viitata se, että lapsi on kokoajan märkä, lapsella on virtsatieinfektio tai virtsaamiskipuja tai jos lapsella on kastelun lisäksi ummetusta tai tuhrimista. Osalla lapsista yökastelu on osa monimutkaisempaa ongelmaa, jolloin tarvitaan erikoissairaanhoidon arviointi. Sekundaarinen yökastelu voi viitata diabetekseen. Diabetes mellituksesta johtuvat suuret virtsamäärät voivat johtaa sekundaariseen yökasteluun. Yökastelu on yksi uniapnean oire lapsilla. Lapsista 2 – 3 % esiintyy uniapneaa, usein diagnosoimattomana. Yökastelun hoidosta ei ole varsinaista Käypä hoito - suositusta. Yökastelun hoidon aloitus edellyttää, että lapsi on päiväkuiva. (Kolho 2010, 596; STM 2010, 144; Venhola 2008, 2119; Nieminen & Liukkonen 2008, 299 - 304.)

Yökastelun hoito aloitetaan perheen ja lapsen jäsennellyllä ja seikkaperäisellä haastattelulla. Haastattelulla tulisi löytyä vastaukset seuraaviin asioihin (Venhola 2008, 2120.):

- Kuinka usein ja kuinka paljon kerrallaan lapsi kastelee?
- Ketä, ja kuinka paljon kastelu haittaa?
- Mitä hoitoja on kokeiltu, millaisin tuloksin?
- Onko lapsella päiväoireita, kuten kastelua, tiheävirtsaisuutta, pidättelyä, ummetusta, pakko-oireita?
- Onko lapsella esiintynyt virtsatulehduksia ja onko virtsanäyte tutkittu?
- Kärsiikö lapsi uniapneasta tai runsaasta kuorsaamisesta?
- Millaista hoitovastetta perhe ja lapsi haluaa tavoitella?
- Kuinka sitoutuneita lapsi ja vanhemmat ovat mahdollisesti aloitettavaan hoitoon?

Lapselle ja perheelle kerrotaan, että yökastelussa ei ole kyse sairaudesta, eikä se aina kaipaa hoitoa, vaan voi hävitä ajan kuluessa itsestäänkin. Hoidon aloitus kannattaa vasta yli viisivuotiailla lapsilla. Hoitovaihtoehdot ovat hälytinhoito ja lääkehoito. Noin kaksi kolmasosaa lapsista pysyy kuivana hoidon aikana. Hälytinhoidolla on merkittävästi parempi pitkäaikaishyöty kuin lääkehoidolla. Jos hoitovastetta ei saada hälytinhoidolla tai lääkehoidolla, yökastelua voidaan hoitaa hoitoja yhdistämällä. (Venhola 2008, 2120.)

Hälytinhoito on yleensä ensisijainen hoidon aloitusmuoto. Hälytinhoitoa varten perhe saa terveyskeskuksesta käyttöönsä hälyttimen. (Venhola 2008, 2120.) Hälytinhoitoon tarvittavat henkilökohtaiset osat perhe hankkii omakustanteisesti. Tornion kaupungilla käytössä olevaan hälytinlaitteen henkilökohtaisiin osiin kuuluu pikkuhousunsuojat, joiden sisään hälytinanturi asennetaan yön ajaksi. Illalla ennen nukkumaanmenoa lapsi käy virtsaamassa, jonka jälkeen hälytin asennetaan toimintavalmiuteen. Hälytys laukeaa kosteuden vaikutuksesta, joskus melko herkästikin hikoilun seurauksena. Yökastelun tapahduttua lapsi käy tyhjen-

tämässä rakkonsa, ja hälytin asennetaan uudelleen käyttöön. Hälytinhoitoon tulisi sitoutua vähintään kuudeksi viikoksi, vaikka lapsi ei itse herää hälyttimen ääneen. Viikkojen kuluessa hoito voi silti tuottaa tulosta. Ellei hoitovastetta ole saatu kuuden viikon kuluttua, on järkevää harkita muita hoitomenetelmiä. Hälytinhoitoon voidaan palata 4-6 kuukauden tauon jälkeen. (Venhola 2008, 2120.)

Lääkehoitoa voidaan kokeilla, kun toivotaan nopeaa vastetta hoidolle, tai kun hälytinhoidolla ei ole saatu tuloksia. Lääkitys aloitetaan tavanomaisesti maksimiannoksella. Jos kahden viikon seurannassa ei saada vastetta, lääkitys lopetetaan, ja siihen voidaan palata 4-6 kuukauden kuluttua. Lääkkeen tehotessa lasketaan annosta viikoittain, kunnes saavutetaan pienin tehoava annos. Lääkehoidosta on hyötyä erityistilanteissa, kuten lomamatkoilla tai kavereiden luona yökyläilyssä. (Venhola 2008, 2120.)

Hoidon tarvetta ja saatuja tuloksia arvioidaan seurannalla. Perhe pitää kastelupäiväkirjaa, johon merkataan kuivat ja märät yöt. Ensimmäinen tilannearvio hälytinhoidossa olevan lapsen kohdalla tehdään 3-4 viikon kuluttua hoidon aloituksesta. Lääkehoidon arvio tehdään kahden viikon kuluttua lääkityksen aloituksesta. Perheen toiveista ja saavutetuista hoitotuloksista riippuen mietitään millaisella hoidolla jatketaan. (Venhola 2008, 2120.)

Kasteluhälytinhoito perustuu ehdolliseen oppimiseen ja se on antanut hyviä hoitotuloksia. Käytössä olevia hälytinlaitteita on useita malleja. Aluslakanan päälle laitettava poikkilakana, jonka sisään anturit on ommeltu tai alushousuihin laitettava pikkuhousunsuoja, jonka sisään asennetaan anturi. Anturin kostuttua hälytinlaite alkaa soida ja virtsaamisen tulisi keskeytyä. Hälytykseen herännyt lapsi käy virtsaamassa. Jos lapsi jättää reagoimatta hälyttimen ääneen, hoito keskeytetään määräajaksi. (Kannas 2009, 234; Moilanen 2010, 336; STM 2009.) Käytännössä vanhempien sitoutuneisuus hoitoon on avainasemassa, koska hälyttimeen reagointi voi jäädä aluksi heidän vastuulleen.

Hälytinhoidon vasteen voi tarkastaa ylioppimisen avulla. Kun hoito on jatkunut kuukauden, voidaan tarkastaa vaste lisäämällä muutamaksi viikoksi juomista

iltaisin ja kasteluhoidon voi lopettaa, jos kastelua ei esiinny parin viikon aikana. Ellei vastetta ole havaittavissa, voidaan hälytinhoitoa jatkaa vielä kuukauden ajan tai kokeilla lääkehoitoa. Tutkimuksen mukaan hoitovaste näyttää paranevan, kun hälytinhoitoon lisätään ylioppiminen. Ylioppimista on pidettävä hyödyllisenä kasteluhoidon lisänä. Toisaalta yökastelijalle ylioppiminen on raskas hoitomuoto. Yökastelun hälytinhoidon vaikuttavuutta on tutkittu tutkimalla hoitoa eri vuodenaikoina. Tutkimuksen mukaan talviaika vaikutti heikentävästi yökastelun hälytinhoitoon. Suomessa tulisi harkita hälytinhoidon ajoittamista kesäaikaan, jotta saadaan paras hoitovaste. (Shiroyanagi, Kim, Suzuki & Yamasaki 2014, hakupäivä 11.10.2015; Robertson, Yap & Schuster 2014, hakupäivä 11.10.2015; Venhola 2008, hakupäivä 10.2.2015.)

Yökastelun lääkehoitona käytetään desmopressiini -lääkitystä, joka on ihmisen normaalin antidiureettisen hormonin eli vasopressiinin johdos. Desmopressiini estää virtsan muodostumista. Desmopressiinin vaikutus kestää vain yön yli ja virtsanmuodostus elpyy aamuun mennessä ennalleen. Desmopressiiniä on saatavilla nenään inhaloitavana suihkeena, liuoksena sekä suun kautta annettavana tablettina. Lääkkeen haittana on se, että nesteen nauttimista tulee välttää sen vaikutusaikana. (Huttunen 2002, 252.)

Tutkimuksen perusteella lääkityksestä saatava apu oli selkeä. Kuivien öiden määrä nousi. Vaikutus todettiin kuitenkin enimmäkseen vain lääkityksen aikaiseksi. Lääkityksen aikana saavutettu parannus menetettiin lääkityksen loputtua. Väliaikaisena apuna erityistilanteissa, esim. lapsen ollessa poissa kotoa yötä, desmopressiini - lääkitystä pidettiin kuitenkin hyvänä. (Glanzener ym. 2003, 390 - 394.)

Yökastelun yhdistelmähoidon avulla saadaan parhaimmat hoitotulokset. Yhdistelmähoidossa käytetään lääkehoitoa ja hälytinhoitoa samanaikaisesti. Yhdistelmähoito aloitetaan desmopressiinillä, jos lapsi ei sen avulla pysy yökuivana, hoitoon lisätään hälytinlaite. Jos hoitovastetta ei ole havaittavissa parin – kolmen kuukauden kuluessa, hoitoa jatketaan lääkehoidolla. Vuoden kuluttua yhdistelmähoito voidaan uusia. Jos yhdistelmähoidon aikana ei esiinny kuivia öitä,

siirrytään vaippahoitoon ja hoitokokeilu uusitaan vuoden kuluttua. Yökasteijoilla, joilla esiintyy tiheävirtsaisuuden lisäksi päiväkastelua, lääkehoitona on tolterodiini- tai oksibutyniini- lääkitys. Lääkkeet lisäävät virtsarakon vetoisuutta, harventavat virtsaamiskertoja ja viivästyttävät tarvetta virtsata. Tolterodiinista ja oksibutyniinistä ei ole selkeää tehoa yökastelijan hoidossa, mutta yhdistelmähoitoon liitettynä niistä on hyötyä. (Terho 2014,10.)

Tutkimusten mukaan öisin kastelevilla lapsilla on kaksinkertaisesti vaikeampaa herätä verrattuna kuivaksi oppineisiin lapsiin. Heikentynyt unen laatu vaikuttaa osaltaan yökasteluvaivan jatkumiseen. Yökastelevilla lapsilla on lyhemmät unenjaksot, enemmän öisiä heräämisiä ja vähemmän syvää unta. Tutkimusten unipäiväkirjat osoittavat yökastelevien lasten tarvitsevan enemmän aikaa nukahtamiseen. Lapset olivat väsyneempiä ennen nukkumaanmenoa ja entistä väsyneempiä aamulla. Puolella tutkimusryhmästä (N= 126) yöllisen heräilyn taustalla oli yökastelu. (Aljefri ym. 2013, hakupäivä 11.10.2015; Cohen - Zrubavel, Kushnir, Kushnir & Sadeh 2011, 191 - 194.)

2.5 Kelan tarjoama tuki yökastelijan perheelle

Perheellä, jolla on yökastelusta kärsivä viisi vuotta täyttänyt lapsi, on mahdollista hakea Kelan avustusta. Tuki on alle 16-vuotiaan lapsen vammaistuki. Perusteita tuen saannille ovat sairaan lapsen hoidosta, huolenpidosta ja kuntoutuksesta aiheutuva vähintään puoli vuotta jatkunut tavanomaista suurempi rasitus ja sidonnaisuus verrattuna vastaavan ikäisen terveen lapsen hoitoon. Alle 16-vuotiaan vammaistuki on porrastettu kolmelle eri maksuportaalle. Vuonna 2015 perusvammaistuki on 93,28 €/kk, korotettu vammaistuki 217,66 €/kk ja ylin vammaistuki 442,06 €/kk. Vammaistuen määrään tai tuen myöntämiseen ei vaikuta lapsen tai huoltajan varallisuus tai tulot. (Kela 2014, hakupäivä 10.10.2015; Kela 2015, hakupäivä 14.10.2015.)

Tuensaannin edellytyksenä on päivittäisen kastelupäiväkirjan pitäminen sekä lääkärin kirjoittama C-lausunto, joka ei saa olla puolta vuotta vanhempi. Alle 16 – vuotiaan vammaistuen myöntäminen öisin kastelevalle lapselle edellyttää tiet-

tyjen ehtojen täyttymistä. Lasta hoidetaan aktiivisesti yökastelun takia lääkehoidolla tai hälytinhoidolla. Lasta voidaan hoitaa hoitojen yhdistelmällä, jolloin hoito on yhdistelmähoitoa. Tuen saanti edellyttää aktiivista hoitoa. Hoito on aktiivista, kun hoitomuodot on tarkasti määriteltyjä ja jatkuneet kuukausia yhtäjaksoisesti. Lapsella tulee olla diagnoosi yökastelusta sekä voimassa oleva hoitosuhde lääkäriin. Aiemmin tuen on saanut takautuvasti puolen vuoden ajalta, koska tukea ei ole voitu myöntää ennen riittävää näyttöä vaivasta ja sen hoidosta. Tällä hetkellä tuki voidaan myöntää pian hoidon aloittamisesta enintään kuuden kuukauden ajaksi eteenpäin. Jatko- ja tarkistushakemukseen on liitettävä lääkärin kirjoittama C- lausunto tai muu riittävä lääketieteellinen selvitys lapsen terveydentilasta. Jos lapsen yökasteluvaiva jatkuu asianmukaisesta hoidosta huolimatta, joudutaan hoitoa siirtämään myöhemmäksi normaalisti puolen vuoden päähän. Tauon aikana on mahdollisuus saada Kelan alle 16- vuotiaan vammaistukea. (Kela 2014, hakupäivä 10.10.2015; Kela 2015, hakupäivä 14.10.2015; Komulainen 2015.

3 OHJAUS TERVEYDENHOITAJAN TYÖSSÄ

3.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämistä voidaan tarkastella yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla. Terveyden edistäminen on arvotyöskentelyä, jossa otetaan huomioon kulttuuriset, ajalliset ja globaalit näkökohdat yksilön terveysvalintojen lisäksi. Terveydenhoitajan vastaanotolla asiakas tekee omat terveysvalinnat ja terveydenhuollon ammattilaisella on keskeinen rooli asiakkaan terveyden edistämisessä. Ottawan sopimus havainnollistaa terveyden edistämisen käsitteen laajaalaisuuden ja monisäikeisyyden. Terveyden edistämisen tavoitteena on parantaa ja edistää ihmisten mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä hyvinvoinnista. (Pietilä, Länsimies- Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 15 - 16.)

Terveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden tehtävänä on edistää terveyttä. Terveyden edistämisen lähtökohtana on tavoitella ihmisen terveyden kannalta hyvää tilaa. Yksittäisen asiakkaan kannalta terveyden edistäminen on prosessi, johon kuuluu mahdollisuus tehdä terveyttä ylläpitäviä ja parantavia valintoja. Yksilön terveyden edistämisen kannalta edellytetään yhteiskunnallisia resursseja, jotka tukevat yksilön tekemiä valintoja. Terveyttä edistävä toiminta perustuu tiedon välittämiseen, mikä mahdollistaa terveyttä edistävien valintojen tekemistä. Terveysalan ammattilaisten tulee välittää rehellistä ja oikeaa tietoa sekä pyrkiä saamaan toimiva vuorovaikutussuhde asiakkaaseen. Terveyden edistämiseen vaikuttavat tunteet ja käyttäytyminen, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Tunteet voivat vaikuttaa käyttäytymiseen voimakkaammin verrattuna tietoon. Ihminen pyrkii muuttamaan käyttäytymistään itsensä kannalta mielekkääksi. Terveyden edistämisen toiminnoissa käytetään enemmän hyödyksi terveyden menetyksen uhkaa kuin hyvinvoinnin korostamista. Yksilön arvot ja valinnat ovat yhteydessä elinympäristön ja sosiaalisten verkostojen arvomaailmaan. (Pietilä ym. 2010, 22 - 24.)

Terveyden edistämisen menetelmillä tavoitellaan yksilön terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistumista ja terveellisempiä elämäntapoja. Terveyden edistämisen yhteiskunnallisella tasolla päämääränä on koulutuksen ja terveyspalveluiden kehittäminen. Terveyden edistäminen on moniammatillista yhteistyötä, jossa korostuu myös monitieteisyys. Lääketieteen ja hoitotieteen lisäksi terveyden edistämiseen kuuluu kasvatustieteen ja yhteiskuntatieteen edustajia. Käytännössä tämä tarkoittaa työryhmää, jossa terveydenhoitajan lisäksi työskentelee lääkäreitä, opettajia ja kuntatason edustajia. Moniammatillisuus vaikuttaa terveyden edistämisessä käytettäviin keinoihin. Yksittäisen toimenpiteen hyöty on kyseenalaista, jos yleinen ilmapiiri ja yhteiskunnan rakenteet eivät tue terveyden edistämistä. Yksilö- ja yhteiskuntatasolla on huomattu suoranaisen pakottamisen, kuten kieltolakien, olevan huono keino terveyden edistämisessä. Väestöllä on tarve kokea lakipykälät loogisiksi ja oikeudenmukaisiksi. (Pietilä ym. 2010, 25 - 27.)

3.2 Ohjauksen tarve ja merkitys

Ohjaus on tilanne, jossa keskustellaan tavoitteellisesti ohjattavan tilanteeseen liittyvistä asioista. Tavoitteena on asenteiden, tunteiden ja käyttäytymisen kehittäminen. Ohjaus voi olla kokemusten läpikäyntiä ja arviointia. Ohjaukselle tyypillistä on pitäytyä suorien neuvojen antamisesta. Tärkeää on dialoginen vuorovaikutus. Parhaimmillaan ohjaus kehittää myös terveydenhoitajan ammatillista osaamista ja voimaannuttaa työssä sekä edistää ohjattavan terveyttä. (Koistinen 2007, 431.)

Perhekeskeinen hoitotyö pohjautuu kolmeen ominaispiirteeseen, joita ovat perheen taustatekijät, perheenjäsenten määrä ja perheen asiakkuus. Hoitotyön käytännössä korostetaan selkeästi kolmatta ominaispiirrettä, eli perhettä asiakkaana. Käytännössä hoitaja voi työskennellä perheen kanssa eriasteisesti. Perhekeskeisessä työotteessa painotetaan perheen sisällä vallitsevaa dynamiikkaa, suhteita, rakenteita ja toimintoja. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 29 - 30.)

Asiakkaan ohjaaminen on sidoksissa lakeihin ja suosituksiin, vaikka lait eivät suoraan viittaa hoitotyöhön liittyvään ohjaamiseen. Suomen perustuslaki ja kuntalaki antavat pääpiirteiset linjat hyvinvointitehtäviin. Ohjaamisen käytännön kannalta kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki käsittelevät terveysneuvontaa, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Potilaslaki määrittää asiakkaan oikeuksia ja asemaa. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä painottaa asiakkaan etua ammattieettisissä velvollisuuksissa. Asiakas hyötyy parhaiten ohjauksesta, kun huomioidaan hänen osallistuminen ohjaukseen ja hoitoon. Oikein ajoitettu ja annettu ohjaus sekä ohjauksen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi lisäävät siitä saatavaa hyötyä. Vastaanottotilanteessa asiakkaan kanssa keskustellaan palvelujen sisällöistä. Tilanteessa otetaan huomioon asiakkaan elämäntilanne ja voimavaroihin liittyvät tekijät. Näiden pohjalta asetetaan hoidon tavoitteet. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 13 - 17.)

Terveydenhoitajan vastaanotolla kohtaavat terveydenhoitaja ja asiakas odotuksineen ja toiveineen. Vastaanottotilanteessa terveydenhoitajan persoonallisuus ja ammatillisuus, kuten esimerkiksi ammattikäytännöt luovat pohjan ohjaustilanteelle. Terveydenhoitajalta edellytetään asiakkaan aktiiviseen osallistumiseen pohjautuvia työ- ja toimintamenetelmiä. Ohjaustilanteen kysymykset ovat merkityksellisiä, koska hoitoajat ovat lyhempiä ja toisaalta asiakkaat vaativampia. Tiedonsaanti on helppoa informaatiotekniikan kehityksen myötä. Väestön koulutustaso vaikuttaa tietämykseen ja tiedon hakemiseen. Lisääntynyt tiedonsaanti vahvistaa asiakkaan asemaa oman hoitonsa subjektina, toimijana ja vastuunkantajana. Asiakkaan oikeuksiin kuuluu ohjauksen saanti ja terveysalan ammattihenkilöllä on velvollisuus tarjota sitä. (Kyngäs ym. 2007, 11 – 12.)

Laadukas ohjaus kuuluu asiakkaan asianmukaiseen ja hyvään hoitoon. Hoitotyön suositusten avulla voidaan antaa laadukasta ohjausta eri asiakasryhmille. Terveydenhoitajan antamaa ohjaamista säädellään terveyden edistämisen laatusuosituksen ja eri oppaiden avulla. Laadukkaassa ohjauksessa asiakkaan ja hoitajan taustatekijät ovat aina sidoksissa toisiinsa. Ne ovat mukana niin vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa sekä aktiivisessa ja tavoitteellisessa ohjaustoi-

minnassa. Asianmukaiset resurssit ovat edellytys laadukkaan ohjaamisen toteutumiselle. Asianmukaisiin resursseihin kuuluu riittävä henkilöstö, aika, tila ja terveydenhoitajan ohjausvalmiudet. Pelkät resurssit eivät takaa laadukasta ohjausta, sillä sen tulee olla oikein ajoitettua ja mitoitettua. Hoidon jatkuminen on aina asiakkaan ja hänen perheensä vastuulla. Ohjaus ei saa riippua pelkästään asiakkaan omasta aktiivisuudesta. (Kyngäs ym. 2007, 20 – 21.)

3.3 Dialogisuus ja ohjausmenetelmät

Tutkimuksen mukaan menestyksekkäänä ohjaussuhteena pidetään dialogista ohjaussuhdetta. Ihmiseksi kasvamiseen tarvitsemme dialogista vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa. Ohjaajan ja ohjattavan suhde voi olla yksi tällaista kasvua tukeva dialoginen suhde. Arkikielessä dialogi rinnastetaan usein keskusteluksi. Arkipäivän keskustelu on kuitenkin enemmän monologia, sillä jokainen keskustelija pyrkii pitäytymään omissa argumenteissaan ja puolustamaan niitä. Dialogi kommunikaation menetelmänä tarkoittaa paljon laajempaa asiaa kuin vain keskustelua. Dialogi ei ole mikä tahansa ihmissuhde. Se on kasvatussuhde, jossa ohjaaja on sitoutunut kaikin tavoin edistämään ohjattavansa kasvua. (Ojanen 2006, 60–62; Sarja 2003, 74.)

Dialogissa olemiseen kuuluu kaksi ehtoa: oleminen avoimessa yhteydessä toiseen sekä oleminen kokonaisena ihmisenä eli omana itsenään. Dialogi voidaan jaotella karkeasti kahteen, avoimeen ja tekniseen dialogiin. Avointa dialogia voidaan kuvata sanoilla ihmettelevä ja toista kunnioittava. Avoin dialogi edellyttää rohkeutta omaan kaikinpuoliseen kokemiseen sekä avointa ja kiinnostunutta toisen kuuntelua. Tekninen dialogi sen sijaan perustuu rajoittuneeseen tarkkaavaisuuteen, siinä ei todellisuudessa juuri kuunnella toista eikä suhtauduta toiseen kunnioittavasti eikä hyväksyvästi. Teknisessä dialogissa ei ihmetellä, vaan asiat ”tiedetään”. Tekninen dialogi ei edistä ihmisen inhimillistä kasvua toisin kuin avoin dialogi. (Ojanen 2006, 63–65.)

Dialogisesta ohjaamisesta puhuttaessa tulee esiin vahvasti käsite aito kohtaaminen. Dialoginen suhde sisältää aidon kohtaamisen. Aito kohtaaminen voidaan

määritellä sellaiseksi ihmisten kohtaamiseksi, jossa molemmat osapuolet ovat henkisesti läsnä. Aidosta kohtaamisesta seuraa tunne siitä, että toiselle voi kertoa henkilökohtaisista asioistaan. Aito kohtaaminen on vaativaa, koska ihmisen pitää ilmaista itseään ja kokemuksiaan avoimesti. Olosuhteet pitäisi luoda suotuisiksi tällaiselle myös ohjaustilanteessa. (Hongisto 2005, 30; Silkelä 2003, 84.)

Hoitotyössä dialogisen ohjauksen prosessin perusedellytyksenä on auttaminen. Auttamisen perusedellytyksenä on yhteyden syntyminen ja kehittyminen, jotka edellyttävät jatkuvuutta ajallisesti. Yhteyden syntymisen vaikeudet ovat vastaamisen tapoja jollekin vaikealle, sietämättömälle tai luvattomalle asialle. Asiakas voi turvautua suojaaviin toimintatapoihin, kun toimintatavat ovat hankaluuden lähteenä. Dialogisen ohjauksen lähtökohtana on asiakkaan rooli suhteessa ongelmaan. Asiakkaalla voi olla kolme erilaista roolia ohjaustilanteessa. Asiakas voi olla objektiivinen havainnoitsija tai subjektiivinen kokija suhteessa ongelmaansa. Dialoginen työskentelytapa auttaa asiakasta kohti subjektiivista kokijaa, joka kykenee oman ongelman ratkaisutapoihin. Dialogisessa ohjauksessa on olennaista tunnistaa ja hahmottaa ongelmia siten, että ohjattava ottaisi roolin oman ongelman ratkaisemisessa. Dialogisessa ohjauksessa ei voida vaatia ohjattavalta enempää tietoa tai taitoja kuin hänen voimavarat ja kyvyt voivat vastaanottaa. Väärin ajoitettu ohjaus ei kannusta muutokseen, vaan pakottaa ohjattavan suojautumaan. (Leiman 2013, 26 – 31.)

Terveydenhoitajan vastaanoton tehtävänä on vahvistaa asiakkaiden ja perheiden voimavaroja niin, että he kykenevät mahdollisimman itsenäiseen toimintaan koko perheen terveyden ja lapsen kehityksen hyväksi. Voimavaralähtöinen toimintamenetelmä ottaa lähtökohdaksi perheen vahvuudet, joita pyritään tunnistamaan ja kehittämään. Toimintamenetelmillä voivaan luoda ja löytää uusia vahvuuksia. Voimavaralähtöisessä työskentelyssä keskeisenä on perheen tietoisuus voimavaroistaan ja niitä kuormittavista tekijöistä. Omia voimavaroja lisätään tavoitteellisen toiminnan avulla ja pyritään vähentämään kuormittavia tekijöitä. Voimavaralähtöisiä toimintamenetelmiä ovat merkityksellisen tiedon tarjoaminen, perheen tukeminen taitojen kartuttamisessa ja perheen hallinnantunteen lujittaminen. Terveydenhoitaja auttaa valinnanmahdollisuuksien tunnista-

misessa ja käytännössä työmenetelmien rajat ovat häilyviä. (STM 2004, 103 - 104.)

3.4 Ohjauksen etiikka

Perinteisesti etiikan aihepiiriin kuuluvat moraalista hyvää ja oikeaa koskevat teoriat ja käsitykset. On kyse hyvästä elämästä, hyvän tekemisestä, ihmisarvon kunnioittamisesta, oikeudenmukaisuudesta ja perusteltavuudesta. Etiikka ei ole kuitenkaan normien ja arvojen valmis järjestelmä, vaan se rakentuu tapahtumakohtaisesti kohtaamisessa toisen ihmisen kanssa. (Kyngäs 2007, 153; Silkelä 2003, 82–83.)

Ohjaustilanteessa eettiset kysymykset liittyvät asiakkaan oikeuksiin, yksilöllisyyteen ja vapauteen sekä kysymykseen siitä, mikä on hyvän edistämistä ohjaustilanteessa. On myös pohdittava keinoja, jolla ohjattava säilyttää tarpeen hallita omaa elämäänsä, suojella vapauttaan ja yksityisyyttään sekä tehdä omia valintoja seurauksista tietoisena. Ohjatessaan asiakasta terveydenhoitajan on tunnettava ammatillinen vastuu siitä, millaisiin valintoihin hän ohjaa asiakastaan. Työn filosofinen ja eettinen pohdinta on tärkeää, sillä vallankäyttö ohjaustilanteessa voi aina olla mahdollista. Oikeanlaisen vallankäytön suunnannäyttäjä ja lähtökohta on asiakkaan yksityisyys, yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus. Asiakas tekee tällöin itse asioihinsa liittyvät päätökset ja valinnat, ja on myös vastuussa niistä. Terveydenhoitajan rooli ohjaajana on auttaa asiakasta oivaltamaan kykynsä ja mahdollisuutensa sekä tekemään itsensä tai perheensä kannalta hyviä ratkaisuja ja valintoja. (Koistinen 2007, 432; Kyngäs 2007, 154.)

Ohjaajana hoitaja on ammatillisessa vastuussa siitä, että hoito on eettisesti kestävää ja ohjattava saa tutkittua ja ajantasaista tietoa hoitoonsa. Eettisen työskentelyn perustana ovat näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuva ohjaus. Vääränlainen tai puutteellisesti perusteltu tieto ja ohjaus ei lisää turvallisuudentunnetta ohjattavassa. Erityisesti lapsen hyvinvointiin tähtäävät puutteellisesti perustellut ohjeet tai tietämättömyys siitä, mitä tapahtuu, jos ei noudata ohjeita, voi

horjuttaa vanhempien luottamusta omiin kykyihinsä. (Kyngäs 2007, 154; STM 2004, 104–105.)

Asiakkaalla on eettinen vastuu ohjaussuhteessa. Yleisesti asiakasta on totuttu pitämään osapuolena, jolla vastuuta ja velvollisuuksia on vähemmän kuin esimerkiksi hoitajalla, jolla jo ammattinsa puolesta on tietämystä ja vastuuta ohjaussuhteen etenemisestä. Asiakkaalla ei ole erillistä eettistä ohjetta siitä, kuinka olla asiakkaana. Yleinen etiikka kuitenkin velvoittaa asiakasta. Aivan kuten hoitajaltakin, asiakkaalta vaaditaan ihmisen kunnioittamista. Se ilmenee ohjaussuhteeseen sitoutumisena, sovituista ajoista kiinni pitämisenä, asiallisena käytöksenä ja tietämättömyyden julki tuomisena. Asiallinen käytös pitää sisällään selkeän palautteen, jos ohjaus ei vastaa asiakkaan tarpeita. Toiminnallaan asiakas viestii halustaan kantaa vastuuta ohjauksen onnistumisesta. Vastuun ottaminen on myös ohjaajan ammatillisen osaamisen kunnioittamista ja sen oikeaa ja järkevää hyödyntämistä. (Kyngäs 2007, 156)

3.5 Hoidon opas

Hyvä kirjallinen opas on selkeä, ymmärrettävä ja loogisesti etenevä. Virkkeet rakennetaan helposti hahmottuviksi, sanat ovat yleiskieltä. Tarvittaessa hankalat kohdat selitetään yleiskielisesti. Oppaan alussa ilmenee, kenelle se on tarkoitettu ja mihin oppaalla pyritään. Konkreettiset ohjeet helpottavat ymmärtämään, kuinka toimimalla tavoite saavutetaan. Ohjeet tulee perustella tuomalla esiin asiakkaan saama hyöty annetun neuvon noudattamisesta. Hoidon onnistumisen seurantaohjeet ovat osa sisältöä. Oppaassa keskeiset asiat esitetään lyhyesti, tietoa ei saa olla liikaa. Lisätiedon hankinnasta on kuitenkin hyvä olla ohjeet. Oppaan sisältämän tiedon tulee olla ajantasaista ja tarkkaa. Hyvä opas vastaa kysymyksiin: mitä, miksi, miten, milloin, ja missä. Opasta voidaan elävöittää kuvilla. Hyvä kuvitus herättää mielenkiintoa ja täydentää tekstiä ja sen ymmärrettävyyttä. (Hyvärinen 2005, 1769; Kyngäs 2007, 126; Torkkola, Heikkinen, Tiainen 2002, 40.)

Rakenteeltaan hyvä opas on selkeästi luettava. Selkeyttä saadaan valitsemalla helposti luettava kirjaisintyyppi ja vähintään kirjaisinkoko 12. Tärkeitä asioita voidaan korostaa tekstissä lihavoinnilla tai muilla korostuskeinoilla. Luettavuuteen vaikuttavat pääotsikko ja väliotsikot. Pääotsikko kertoo oppaan aiheen. Väliotsikot kertovat olennaisimman alla olevasta tekstistä. Yhdessä tekstikappaleessa esitetään vain yksi asia. Kappaleen pääasian tulee ilmetä jo ensimmäisestä virkkeestä. Suurin yksittäinen oppaan ymmärrettävyyteen vaikuttava tekijä on asioiden esittämisjärjestys. Opas voidaan rakentaa etenemään tärkeysjärjestyksessä, aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin. (Hyvärinen 2005, 1769; Kyngäs 2007, 127 & Torkkola ym. 2002, 39.)

Hyvä opas ei keskity käsittelemään vain sairauden tai vaivan hoitoa. Kirjallisessa oppaassa täytyy huomioida ihminen kokonaisuutena. Opas käsittelee sairauden tai vaivan vaikutusta asiakkaan sosiaalisiin suhteisiin tai mielialaan. Kattava kirjallinen ohjausmateriaali sisältää tietoa eri ulottuvuuksista, joiden avulla asiakas voi hallita terveyttään tai siihen liittyvää ongelmaa. Näitä ulottuvuuksia ovat biofysiologinen, toiminnallinen, sosiaalis-yhteisöllinen, kokemuksellinen, eettinen ja ekonominen ulottuvuus. (Kyngäs 2007, 126.)

4 PROJEKTIN TOTEUTUS

4.1 Projekti

Projekti on tehtäväkokonaisuus, jolla on selkeästi määritelty aikataulu ja tavoitteet. Projektin toteuttamisesta vastaa sitä varten perustettu työryhmä. Projektin komponentteihin kuuluu aikataulun, tavoitteiden ja työryhmän lisäksi myös resurssit ja voimavarat. Projektit voidaan jaotella viiteen perustyyppiin, joita ovat investointi-, kehittämis-, tutkimus-, selvitys- ja produktioprojektit. Projekti on luonteeltaan kertaluontoinen ja kestoltaan rajattu, mutta yleensä pyritään pitkäaikaiseen kehittämiseen. (Silfverberg 2007, 21 – 22.) Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan kehittämisprojekti, jolla pyritään kehittämään Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajien hoitokäytänteitä yhtenäisemmäksi lasten yökastelun hoidossa.

Projektin elinkaari muodostuu tietyistä perusvaiheista, jotka ovat perusedellytyksiä toimivalle projektille. Ennen varsinaista projektin työvaihetta projektin yleiseen kulkuun kuuluu tarpeen tunnistaminen. Perusvaiheita ovat tavoitteiden määrittely, suunnitteluvaihe, toimeenpano ja projektin päättäminen. Projektin toimeenpanovaiheeseen sisältyy ohjaus, arviointi, kontrollointi ja laadunvarmistus. Yleensä projekti etenee loogisessa järjestyksessä vaiheesta toiseen, mutta vaiheiden sekoittuminen päällekkäin on luonnollista. (Kettunen 2009, 43; Marttala & Karlsson 1999, 16 – 17; Virtanen 2000, 73.) Projektin tehtävät vaihtelivat prosessin vaiheiden mukaan. Projektin alussa tehtävänä oli määritellä teoreettiset viitekehykset ja kerätä niihin liittyvää materiaalia projektituotosta varten. Koska työn tarkoituksena oli tuottaa opas työelämään, oli tärkeää ylläpitää työelämän yhteyttä sekä olla ajan tasalla työelämän tarpeista. Projektin tehtäviin kuului oppaan sisällön suunnittelu käytännönläheiseksi. Projektin lopuksi arvioitiin projektia ja sen toteuttamista.

Onnistunut projekti jatkuu projektivaiheen jälkeen kestävällä pohjalla. Projektin tavoitteet voidaan määritellä kolmitasoisesti. Projektin kehitystavoitteella kuvataan sitä tavoiteltavaa parannusta, joka on hyödyksi projektin kohteelle. Projek-

tin välittömällä tavoitteella tarkoitetaan projektin konkreettista lopputulosta. Projektille on myös määriteltävä sille konkreettiset tuotoksen muoto, esimerkiksi opas tai DVD. (Silfverberg 2007, 22; Virtanen 2000, 74.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi opas Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille. Opas on tietokoneella luettavissa tai tulostettavissa paperiversioksi. Sen tarkoituksena on mahdollistaa yhtenäinen hoitokäytäntö Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajien eri työpisteissä.

4.2 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Projektilla eli hankkeella tulee olla tavoite, jolla pyritään saamaan aikaan positiivista muutosta. Tavoite voidaan jakaa kahteen tasoon, kehitystavoitteeseen ja välittömään tavoitteeseen. Kehitystavoitteella tarkoitetaan projektin pidemmän ajan päämäärää eli sitä, mihin ongelmakokonaisuuteen tai kysymyksen ratkaisuun pyritään projektin avulla. Siinä tulee myös pohtia kuinka projekti tukee ongelman tai kysymyksen ratkaisemista. Tutkimusprojektin tavoitteesta voidaan käyttää termiä tutkimustavoite. Välittömällä tavoitteella tarkoitetaan projektin tarkoitusta eli muutosta, jota tavoitellaan projektilla. Projektille on olennaista sen tarkoituksenmukaisuus, jota tarkastellaan suunnitteluvaiheen lisäksi myös arvioidessa projektin toteutusta ja vaikutuksia. (Silfverberg 2007, 154.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa opas lasten yökastelun hoidosta Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille. Työelämän yhteyshenkilön Marianne Junes-Leinosen mukaan terveyskeskuksen terveydenhoitajilta puuttuu yhtenäinen yökastelun hoitokäytäntö. Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajien yökastelun hoitokäytäntöä. Tavoitteen toteutumiseen tarvitaan vastavuoroisuutta terveydenhoitajilta, sillä heidän tehtäväkseen jää oppaan ottaminen käytäntöön. Opinnäytetyön tekeminen antoi tietoa yhdestä lasten yleisestä vaivasta. Opinnäytetyöllä oli merkitystä tekijöiden omaan ammatillisen kasvuun ja kehitykseen. Työn tekemisen aikana omat tiedonhankinta taidot kehittyivät. Työ lisäsi omaa teoriatietoa asiakkaan ohjaamisesta.

4.3 Projektin rajaus ja organisointi

Projektin rajauksen ensisijainen tavoite on kiinnittää etukäteen projektin tuloksen rajatapaukset työn suunnittelun ja läpiviennin helpottamiseksi. Rajaus on tärkeää, jotta mahdolliset erot näkökulmissa voidaan välttää tilaajan ja projektin tekijöiden välillä. (Virkki & Somermeri 1998, 39.) Opinnäytetyöstä on rajattu psykologisista syistä johtuva yökastelu ja päiväkastelu kokonaan pois, koska niiden hoito kuuluu erikoissairaanhoidon piiriin.

Pienissä projekteissa on viisainta pitää mahdollisimman kevyt organisaatio, jolloin vastuuhenkilöitä ei ole montaa. Pienissä projekteissa projektipäällikön tehtävät ja muut tehtävät menevät helposti päällekkäin. Projektin organisaatioista on olemassa useita malleja, esimerkiksi hierarkkinen projektiorganisaatio, joka on käytetyin projektityössä sekä matriisiorganisaatio ja työyhteenliittymä organisaationa. (Kettunen 2009, 146 - 153.) Opinnäytetyön projektiorganisaatiossa oli kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa, joiden lisäksi organisaatioon kuuluivat opinnäytetyön kaksi ohjaavaa opettajaa ja kaksi vertaisarvioijaa saman vuosikurssin terveydenhoitajaryhmästä. Projektiorganisaatioon kuului tilaaja eli Tornion kaupungin avoterveydenhuollon osastonhoitaja, Marianne Junes-Leinonen.

4.4 Projektin toteuttaminen ja työskentely

Työmenetelmänä käytettiin kirjallisuudesta ja sähköisistä lähteistä haettuja tieto- ja sekä kansainvälisiä tutkimuksia. Lasten yökastelua on käsitelty vähän opinnäytetöissä ja kirjallisuuden sisällöt ovat suppeita. Lähteiden etsinnässä auttoi toisen opinnäytetyön tekijän yliopisto-opinnot. Yliopiston kirjaston palvelupäällikön pitämä tiedonhaun kurssi antoi lisää valmiuksia tiedonhakuun.

Projektin tuloksellisuudella kuvataan sitä, kuinka hyvin projektissa on saavutettu sille asetetut tavoitteet. Pidemmän aikavälin tavoitteiden saavuttamista voidaan kuvata käsitteellä vaikuttavuus. Projektin tuloksella tarkoitetaan konkreettisia tuotoksia, jotka on saatu aikaan projektin myötä. Tuotos ja tulos ovat synonyy-

mejä keskenään ja termin käytettävyys riippuu projektin organisaatiosta. (Silfverberg 2007, 155.)

Projektituotoksena syntyi opas Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajien käyttöön. Opas on tiiviiksi jäsennelty paketti asioista, joita perusterveydenhuollossa yökastelijan ja hänen perheensä kanssa käydään läpi. Opas toimii muistiona terveydenhoitajalle yökastelijan hoitopolusta. Opas jaettiin eri aihealueisiin, joissa käsiteltiin yökastelua ilmiönä, sen tutkimuksia ja hoitomuotoja. Oppaassa käsiteltiin yökastelijan ja perheen hoidon tarpeen arviointia, mikä on tärkeää terveydenhoitajan työssä ja yökasteluhoidon onnistumisessa. Opas toimitettiin sähköisenä versiona työelämän yhteyshenkilölle. Oppaan voi halutessaan tulostaa käyttöön paperiversioksi.

Projekti käynnistyi syksyllä 2014 ammattikorkeakoulun tutkimustoiminnan kurssilla. Ennen ideapaperin työstämistä otettiin yhteyttä Tornion terveyskeskuksen avohuollon osastonhoitajaan Marianne Junes-Leinoseen. Kurssilla projektin työstäminen aloitettiin ideapaperilla, joka oli valmiina marraskuussa 2014. Hyväksytyn ideapaperin jälkeen aloitettiin projektisuunnitelman työstäminen. Suunnitelma hyväksyttiin syyskuussa 2015. Projektisuunnitelman hyväksyminen viivästyi sisäisistä ja ulkoisista tekijöistä. Ennen varsinaista suunnitelman hyväksymistä aloitettiin kirjallisen työn työstäminen, koska aikataulu oli tiukka. Hyväksytyn projektisuunnitelman jälkeen opinnäytetyötä jatkettiin hankkeistamissopimuksen, oppaan ja kirjallisen työn työstämisellä.

Oppaan suunnittelun ja työstämisen kannalta oli hyvä olla olemassa hyvin työstetty projektisuunnitelma. Projektisuunnitelman sisältämästä laajasta teoriasta oli suuri hyöty oppaan tekemisessä. Opas tehtiin Microsoft Office Word 2010 -ohjelmalla, josta löytyi oppaalle valmis mallipohjan luonnos. Oppaasta tuli lyhyt ja ytimekäs, jotta se on käyttäjän kannalta helppo käytännön asiakastyössä. Sivumäärää ei ollut etukäteen päätetty, opas muotoutui tekstin ja kuvien mukaan. Oppaan kuvitus on yökastelijaperheen lapsen kuvittama. Oppaan värimaailmassa on pyritty huomioimaan tulostuksen mahdollisuus, minkä vuoksi oppaan värimaailma on neutraali.

Lokakuun 2015 aikana yökasteluoppaasta pyydettiin Marianne Junes-Leinosen kommentteja ja kehitysehdotuksia. Kehitysehdotusten pohjalta opasta kehitettiin vastaamaan työelämän tarpeita. Oppaaseen haluttiin syventävää tietoa erityisesti Kelan myöntämästä alle 16- vuotiaan vammaistuesta, jota saatiin puhelinhaastattelemalla Eija Komulaista, Lapin piirin vammaisetuuksien etuusvastaavaa. Oppaan ulkomuoto haluttiin selkeäksi, luettelomaiseksi ohjeeksi, jota on helppo seurata. Palautteen pohjalta oppaan ulkomuotoa muokattiin yksikertaisemmaksi. Jotkin oppaassa olevat käsitteet olivat epäselviä ja niihin pyydettiin tarkennusta.

Lokakuussa 2015 viimeisteltiin opinnäytetyön raporttiosuus ja opinnäytetyönä syntyvä opas. Valmiin opinnäytetyön palauttaminen tapahtui lokakuussa 2015. Projekti päättyi opinnäytetyön esitysseminaariin marraskuussa 2015. Projektin toteutuksesta aiheutui kustannuksia matka- ja materiaalikuluista. Valmiin oppaan mahdolliset tulostuskulut ovat vastaanottavan organisaation eli Tornion terveyskeskuksen vastuulla.

Projektityö tulee päättää, mikä on projektin ohjausryhmän tehtävä. Ryhmä kutsutaan koolle projektin lopuksi ja ryhmälle esitellään projektin tulokset. Projektin tulosten mukaan ohjausryhmä voi vaatia projektia joko täydennettäväksi tai hyväksyä projektin, jolloin se tulee myös päättää. (Kettunen 2009, 181.) Opinnäytetyössä projektityö päättyy opinnäytetyön esitysseminaariin, johon voivat osallistua vapaasti ulkopuoliset ihmiset. Työelämän yhteyshenkilön kanssa käydyissä tapaamisissa ehdotettiin työelämän yhteyden osallistumista lopulliseen esitysseminaariin.

4.5 Projektin työ- ja arviointimenetelmät

Projektin arviointia toteutetaan kahdella eri tasolla, etukäteisarvioinnilla ja evaluoinnilla. Etukäteisarviointi tarkoittaa projektin toteutettavuuden arviointia eli ennen projektin varsinaisia työvaiheita arvioidaan kriittisesti projektin toteutettavuutta, riskejä sekä tunnistetaan muutostarpeet suunnitelmissa. Projektisuunni-

telmaa kehitetään arvioinnin tulosten myötä. Joskus projekti voidaan myös hylätä arvioinnin myötä, jos koetaan, ettei projekti vastaa tarpeita. (Silfverberg 2007, 145.) Opinnäytetyössä etukäteisarviointi tapahtui pääasiassa työn ohjaajien ja tekijöiden kesken opinnäytetyön ohjauksissa. Ohjausta saatiin tapaamisissa ja sähköpostitse.

Projektin evaluoinnilla tarkoitetaan arviointia projektin aikana ja sen jälkeen, joihin on erilaisia malleja. Arvioinnin tarkoituksena on joko parantamaan projektin toteutusta tai tarvittaessa tuomaan ilmi projektin myötä syntyneistä kokemuksista uusien projektien valmisteluun. Evaluoinnin painopisteitä ovat vaikuttavuuden, kestävyyden ja tarkoituksenmukaisuuden tarkastelussa. Arvioinnin tulee tapahtua projektista riippumattoman tahon toimesta. Projektiin sisältyy myös itsearviointi. Laajoissa hankkeissa voidaan hyödyntää erityyppisiä arviointimalleja, kuten esimerkiksi väliarviointia, loppuarviointia ja jälkiarviointia. (Silfverberg 2007, 43 & 146.) Työllä oli omat vertaisarvioijat eli opponentit, joilta pyydettiin arviointia opinnäytetyön edetessä. Opponenteilta saatiin palautetta suunnitelmavaiheessa sekä opinnäytetyön kirjallisen raportin loppuvaiheilla. Opponentit antoivat omia näkökulmia opinnäytetyön ulkoasuun ja sanavalintoihin. Opponentit olivat tyytyväisiä kirjalliseen työhön ja oppaaseen.

Jokaiseen projektiin liittyy aina riskejä, jotka voivat johtaa epäonnistuneeseen lopputulokseen. Monesti kuitenkin riskit pystytään tunnistamaan jo etukäteen, jolloin niiltä voidaan yrittää suojautua. Riskien hallinnassa tärkeintä on tunnistaa riskit ja suunnitella varautumista. Riskien esiintuominen muistuttaa jokaista projektin osapuolta niistä ongelmista, joita projektin aikana voi ilmetä. (Kettunen 2009, 75 - 76.)

Työmenetelmänä käytettiin kirjallisuudesta ja internet-lähteistä haettuja tietoja sekä tutkimuksia. Lasten yökastelua on käsitelty vähän kotimaisissa opinnäytetöissä ja kirjallisuuden sisällöt ovat suppeita. Aiheeseen liittyviä kansainvälisiä tutkimuksia löytyi useita ja tutkimukset olivat laajoja. Tutkimusten haussa auttoi opinnäytetyön tekijän yliopisto-opintoihin kuuluva tiedonhakua käsittelevä kurs-

si. Kurssilla tehtyjen tehtävien pohjalta yliopiston kirjaston palvelupäällikkö antoi vinkkejä tiedonhakuun.

4.6 Projektin eettisyys

Opinnäytetyössä on esiinnyttävä ideoiden, tulosten, johtopäätösten tai kehittämisehdotusten alkuperä. Tekijänoikeuslaki velvoittaa ilmoittamaan lähdeviitteet oikeassa kontekstissa. Lähdeviitteiden tulee ilmetä lopullisessa lähdeluettelossa sekä lähdeluettelon lähdeviite tulee ilmetä vähintään kerran tekstissä. Eettisesti korkeatasoiseen projektityöhön kuuluu tärkeänä osana plagioinnin eli kopioinnin ehdoton välttäminen. (Hakala 2004, 138.)

Opinnäytetyön eettisyydessä näkyy hyvä tieteellinen käytäntö liittyen lähteiden käyttöön. Työssä ei ole soveliasta sisällyttää lähteitä, joita ei todellisuudessa ole hyödynnetty, jolloin lähdeluettelo vaikuttaa todellisuutta laajemmalta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 33.) Opinnäytetyön projektiraportissa käytettävä kirjallisuus ja lähteet ovat ajantasaista materiaalia aiheesta, mikä osaltaan heijastuu projektin luotettavuuteen. Opinnäytetyönä syntyvän oppaan tarkoituksena on edistää terveydenhoitajien vastaanotoilla tapahtuvaa käytännön hoitotyötä yökastelun parissa.

Lopullisessa projektituotoksessa eli oppaassa tekijänoikeudet säilyvät oppaan tekijöillä, mutta päivittämisvastuu siirtyi oppaan käyttäjille, eli Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille. Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajilla on myös vastuu oppaan käyttöönotossa eli oppaan tekijät eivät voi vaikuttaa oppaan käyttöasteeseen. Oppaan tekijöille kuului oppaan mallikappaleen toimittaminen Marianne Junes-Leinoselle. Hänen vastuulla on jakaa opasta Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajien käyttöön.

4.7 Projektin dokumentointi ja tiedottaminen

Projektin dokumentointi on tärkeää. Dokumentoinnin avulla muistetaan, mitä on sovittu. Projektiin osallistuvat henkilöt voivat kommentoida helpommin esim.

projektisuunnitelmaa. Dokumentointi helpottaa mahdollisten uusien henkilöiden mukaantulon projektiin ja on apuväline projektityön tekijöille, sen avulla voidaan seurata suunnitelman toteutumista. Dokumentointi pitää sisällään aikataulun, työhön käytettävät resurssit kuten henkilöt, tilat ja työvälineet, kustannukset, projektin vaiheet ja tehtävät sekä muutokset. (Huotari 2009, 2-3.)

Projektin myötä syntyvät tuotokset tulee dokumentoida kahdelle taholle, asiakkaalle ja projektiryhmälle. Asiakkaalle tehtävä dokumentointi on sovittu yleensä etukäteen jo projektin suunnitteluvaiheessa. Asiakkaan dokumentti voi sisältää esimerkiksi projektin tuloksen käyttöohjeen, asennusohjeen, lehdistötiedotteen tuloksista ja saavutuksista sekä tutkimusraportin. Projektiryhmälle on laadittava sisäinen dokumentaatio, jota voidaan hyödyntää jatkoprojekteissa. Projektiryhmän dokumentissa on hyvä olla projektin läpiviennistä, projektiprosessista löydetyt havainnot ja opitut asiat. Dokumentti on hyvä tallettaa sellaiseen paikkaan, josta sen löytää helposti tarvittaessa, kuten esimerkiksi kirjastoon tai intranetiin. Projektin loppuvaiheessa voi väsymys iskeä hyvin helposti, jolloin dokumentoinnista on helppo luistaa, mutta projektin lopun dokumentointi on hyvä tehdä huolella. Täsmällinen dokumentaatio vähentää asiakkaan ja projektin tekijöiden välisiä kysymyksiä, turhia yhteydenottoja sekä mahdollisia kiistatilanteita. (Kettunen 2009, 183 - 184.)

Opinnäytetyön projektin etenemistä dokumentoitiin ja tarkasteltiin projektipäiväkirjan avulla, mikä oli käytännössä normaali ruutuvihko, johon laitettiin ylös työvaiheita. Opinnäytetyön dokumentointi oli pääasiassa sähköisessä muodossa muistitikulla, tietokoneiden muistissa sekä Google Drive -pilvipalvelussa, jossa työtä voitiin muokata reaaliaikaisesti paikasta riippumatta. Valmis opinnäytetyö dokumentoitiin Theseus- järjestelmään ja opinnäytetyö kansitettiin omaan käyttöön.

Opinnäytetyön tuotos esitetään esitysseminaarissa, johon toivottiin Marianne Junes-Leinosen osallistumista. Oppaan tarkempi esittely Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille suunniteltiin osaksi terveydenhoitajakoulutuksen ke-

hittämistehtävää. Sopiva ajankohta esittelylle suunniteltiin pidettäväksi talven 2015 – 2016 aikana.

5 POHDINTA

Opinnäytetyön prosessi alkoi syksyllä 2014 ammattikorkeakoulun tutkimustoiminnan kurssilla, jossa tuli ensimmäiset kosketukset tutkimustyöhön. Kurssilla käsiteltiin opinnäytetyötä ja pyydettiin pohtimaan sen mahdollista aihetta. Päätimme ottaa yhteyttä Tornion terveyskeskuksen avoterveydenhuollon osastonhoitajaan. Mielessä ollut aiheemme oli jo suurempana projektina kaupungilla, joten tartuimme osastonhoitajan ehdottamaan aiheeseen lasten yökastelusta. Osastonhoitajan mukaan lasten yökastelun hoito oli siirtynyt pari vuotta aiemmin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Hoidon toteutuksesta oli vastuussa vain osastonhoitaja itse ja lähitulevaisuuden tavoite oli jakaa vastuu kaikille neuvola- ja kouluterveydenhoitajille.

Toiminnallinen opinnäytetyö tuntui helpoiten lähestyttävältä ja soveltui valittuun aiheeseen. Toiselle opinnäytetyön tekijälle yökastelun hoito oli käytännössä ja teoriassa tuntematon. Toisen tekijän perheessä kasteluvaivaa oli hoidettu juuri sinä aikana, kun vastuu hoidosta siirtyi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Vaikutelma Tornion hoitokäytänteistä jäi sekavaksi ja vieraan hoitajan kanssa asioiminen ei tuntunut luontevalta. Oman terveydenhoitajan kanssa jo vuosien ajan luotu vuorovaikutussuhde olisi helpottanut yhteydenottoa pulmatilanteissa. Selkeä ajoissa annettu informaatio kastelun syistä ja hoitokeinoista on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Se vähentää myös lapsen ja perheen psyykkistä ja sosiaalista kuormitusta.

Aiheena lapsen yökastelu on ollut pitkään tabu, josta ei ole puhuttu ääneen. Vanhempien ja yhteiskunnan suhtautuminen asiaan on lisännyt lapsen häpeän tunnetta vaivastaan. Kaikenlaiset uskomushoidot ja kastelun pitäminen poikkeavuutena ovat turhaan kuormittaneet yökastelijaa ja hänen perhettään. Hyvistä hoitokäytänteistä huolimatta lapsen yökastelu on rasite lapselle ja perheelle. Oikeanlainen tieto aiheesta ja hyvä ohjaus kuitenkin helpottavat ymmärtämään, ettei kyseessä ole sairaus, vaan esimerkiksi hitaampi kehitys rakon hallinnassa. Yökastelua on käsitelty suomalaisissa lähdemateriaaleissa hyvin vähän tai vain pintapuolisesti. Kansainväliset tutkimukset antoivat työssä spesifiä tietoa, minkä

avulla opittiin uusia asioita tai syvennettiin aiemmin opittua. Esimerkiksi Suomessa on pitkä talvi ja Japanissa tehty hälytinhoitoa käsittelevä tutkimus toi ilmi, että kesäaikaan ajoitetulla hälytinhoidolla on paras hoitovaste. Kyseistä tietoa olisi hyvä hyödyntää myös Suomessa käytännön hoitotyössä. Kesäaikaan ajoitetun hälytinhoidon ongelmana voi olla hälytinanturin hikoilusta johtuvat turhat hälytykset.

Opinnäytetyön työstämisessä oli riskinä tekijöiden kokemattomuus projektityöskentelystä ja muutokset ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeistuksessa. Toisaalta oli tiedossa alusta alkaen, että koulujen yhdistyminen voi vaikuttaa opinnäytetyön kirjalliseen ulkomuotoon ja sisältöön. Kokemattomuutta ei saanut muutettua muuten kuin tekemällä itse työtä, mutta muiden opinnäytetöiden tarkastelu ja lukeminen toi jonkinlaista perspektiiviä siihen, millainen prosessi opinnäytetyön työstäminen on. Opinnäytetyön ohjaajilla on kokemusta sekä paremmat tiedot ja taidot projektityöhön, mikä auttoi projektin työstämisessä ja sen etenemisessä. Ohjausryhmä koki opinnäytetyön tiukan aikataulun olevan työlle riskitekijä. Tiukka aikataulu toi haastetta työlle, mutta se ei ollut mahdotonta saavuttaa.

Keväällä ja kesällä 2015 opinnäytetyön suunnitelmaa työstettäessä, heräsi ajatus saada työ valmiiksi saman vuoden jouluksi. Opinnäytetyölle suunniteltiin tiukempi aikataulu henkilökohtaisista syistä johtuen, mikä osaltaan motivoi tekemään työtä. Syksyn 2015 aikana valkeni, että palautuspäivä olikin jo marraskuun alussa, mikä teki aikataulusta vielä luultua tiukemman. Aikataulua ei kuitenkaan päädytty muuttamaan; tuntui järkevältä tehdä työtä, kun oli päästy vauhtiin. Jos aikataulu olisi ollut löysempi, työhön ryhtymistä olisi ollut helppo siirtää aina vain seuraavaan viikkoon tai jopa kuukauteen. Loppujen lopuksi työtä olisi työstetty kenties vain muutamia viikkoja ennen kevään 2016 palautuspäivää ja silloin rasitteena olisi ollut tekijöiden välimatka.

Opinnäytetyön toteutumisen kannalta lähipiirin tuki on ollut tärkeää ja lähipiiri on ottanut huomioon, että opinnäytetyön tekeminen on mennyt tiettyjen asioiden edelle. Käytännössä tämä on tarkoittanut sitä, että perheen kanssa vietetty aika

on ollut vähäistä. Puolison vuorotyö ja lastenhoito ovat tuoneet myös omat haasteensa opinnäytetyön aikatauluun.

Opinnäytetyön työstäminen on kehittänyt omia valmiuksia isomman työn työstämisessä ja antanut käytännön kosketusta projektiorganisaatiossa toimimisesta. Prosessin aikana saatu palaute tuntui välillä perusteettomalta, erityisesti suunnitelmavaiheen loppuvaiheessa saadut korjausehdotukset. Työn edetessä palaute tuli ymmärrettäväksi ja vei projektia oikeaan suuntaan. Omat palautteen vastaanottamiskyvyt kehittyivät ja loppujen lopuksi palautteista oli hyötyä työn kannalta. Opinnäytetyö on lisännyt suuresti tietoa yhdestä lasten yleisestä vaivasta ja sen hoitomuodoista.

Projektin edetessä konkretisoitui useaan kertaan mainittu totuus, että opinnäytetyön tekeminen itsessään on prosessi, joka vaatii aikaa kypsyäkseen lopulliseen muotoonsa. Matkan varrella tulleet oivallukset ovat hyviä oppimiskokemuksia ja kasvattavat osaltaan tulevaan ammattiin. Yksi tärkeä oivallus tämän työn yhteydessä on terveydenhoitajan työn luonteeseen kiinteästi liittyvä tehtävä ohjauksen antajana asiakkaalle erilaisissa tilanteissa. Ohjauksen teoria nousikin työssä merkittäväksi aihealueeksi. Pelkkä teoreettinen tieto jonkin sairauden tai vaivan hoidosta ei riitä, jotta päästään hyviin hoitotuloksiin. Oikeaan aikaan annettu, perhekeskeinen, dialoginen ohjaus edistää terveyttä.

Opinnäytetyöprosessi lisäsi valmiuksia luotettavan aineiston keräämiseen, keskeisen sisällön omaksumiseen ja esittämiseen. Resurssit laajan työn tekemiseen ja työelämässä vastuun ottamiseen ja sen kantamiseen kehittyivät. Teoreettinen ymmärrys asiakkaan ja perheen ohjaamisesta lisääntyi, mikä on tärkeää, sillä terveydenhoitajan työ on hyvin perhekeskeistä ja dialogista.

Opinnäytetyön pohjalta syntyi useita ideoita, joista voidaan valita terveydenhoitajaopintojen kehittämistehtävä. Kehittämistehtävän ideat ovat vaihdelleet simulaatiotapauksen suunnittelusta lehtiartikkelin kirjoittamiseen. Osastotunnin järjestäminen oppaan pohjalta on yksi vaihtoehdoista. Opinnäytetyön aikana heräsi tekijöillä innovaatioideoita, esimerkiksi kastelupäiväkirjan pitämiseen. Lehdis-

sä ja internetissä on mainostettu inkontinenssihoidon hoitotarpeen tunnistamisen hyödyntämisessä käytettävää älyvaippaa. Älyvaipan kaltaista keksintöä voisi hyödyntää lasten yökastelussa pidettävän kastelupäiväkirjan muotona. Tilanteissa, joissa vaaditaan tarkkaa seuraamista ennen hoidon aloittamisen päätöstä, olisi luotettavampaa tietoa saatavilla kasteluvaivan laajuudesta. Älyvaippa voisi vähentää perheen kokemaa stressiä kastelupäiväkirjan pitämisestä. Älyvaippa on sähköinen arviointijärjestelmä, jonka avulla kerätään yksilöityä tietoa virtsaamisesta ja virtsamääristä. Älyvaippajärjestelmä koostuu älyvaipasta ja lukijasta, joka lähettää virtsaamistiedot verkkoportaaliin. (TENA 2015, hakupäivä 14.10.2015.) Vastaavanlainen verkkoportaali voisi olla Kelan käytössä, jolloin tuen myöntämisen perusteena voidaan käyttää älyvaipasta saatuja informaatioita.

LÄHTEET

Aljefri, HM., Basurreh, OA., Yunus, F. & Bawazir AA. 2013. Nocturnal enuresis among primary school children. Saudi J Kidney Dis Transpl 2013; 24: 1233-41. Hakupäivä 11.10.2015.
<http://www.sjkdt.org/article.asp?issn=1319-2442;year=2013;volume=24;issue=6;spage=1233;epage=1241;aulast=Aljefri>

Cohen-Zrubavel, V., Kushnir, B., Kushnir, J. & Sadeh A. 2011. Sleep and Sleepiness in Children with Nocturnal Enuresis. Sleep. 2011 Feb; 34(2): 191 - 194.

Glanzener, CMA., Peto, RE., & Evans, JHC. 2003. Effects of interventions for the treatment of nocturnal enuresis in children. Qual Saf Health Care.

Hakala, J. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Gaudeamus: Helsinki.

Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, M. & Julkunen-Vehviläinen, K. 1999. Perhe hoitotyössä - teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY - Kirjapainoyksikkö: Porvoo.

Harinen, U & Karkela, E. 1988. Minä kasvan - Kasvuikäisen kehitys ja sen tukeminen. Kirjayhtymä: Helsinki.

Hongisto, V. (toim.) 2005. Ohjat oppijan käsiin. Ammatillinen opetus ja voimaannuttavan ohjauksen malli. Hämeenlinnan ammattikorkeakoulu. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/96227/Ohjat_oppijan_kasiin.pdf?sequence=1>

Huotari, J. 2009. Projektin dokumentointi. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hakupäivä 31.7.2015.
<http://homes.jamk.fi/~huojo/opetus/IIZT4010/IIZT4010_4.pdf>

Huttunen, NP. 2002. Kastelu. Teoksessa Huttunen, NP. (toim.), 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. WSOY: Helsinki.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim 2005; 121: 1769 – 73.

Kananen, J. 2011. Rafting through the thesis process: step by step guide to thesis research. JAMK University of Applied Sciences.

Kannas, T. 2009. Tavallisimpia vauva- ja leikki-ikäisen pulmia. Teoksessa Armanto A & Koistinen P (toim.) 2009. Neuvolatyön käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Kela. 2014. Alle 16-vuotiaan vammaistuki. Hakupäivä 10.10.2015. <http://www.kela.fi/vammaistuki-lapselle>

Kela. 2015. Alle 16-vuotiaan vammaistuki. 15.7.2015. Hakupäivä 14.10.2015. <http://www.kela.fi/documents/10180/578283/alle_16vuotiaan_vammaistuki.pdf/100648f1-84e3-4b4b-8608-828131113fbd>

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. WSOYpro: Helsinki.

Koistinen, P. 2007. Työtapoja ja menetelmiä neuvolatyöhön. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Kolho, KL. 2010. Kastelu. Teoksessa Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) 2010. Lastentaudit. Duodecim: Helsinki.

Komulainen, E. 2015. Kela. Lapin piirin vammaisetuuksien etuusvastaavan puhelinhaastattelu 14.10.2015.

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy: Helsinki.

Lahdes-Vasama, T. 2013. Lasten alavirtsateiden ja sukuelinten sairaudet. Teoksessa Taari, K., Aaltomaa, S., Nurmi, M., Parpala, T. & Tammela T. (toim.) 2013. Urologia. Duodecim: Helsinki.

Leiman, M. 2013. Dialoginen ohjaus ja sen työvälineet. Seminaari 19.4.2013. <http://www2.uef.fi/documents/1713885/1763939/Dialoginen+ohjaus+19.4.2013.pdf/dbf4bf60-5d6b-4f43-b4e7-0113c0bf6bed>

Marttala, A. & Karlsson, Å. 1999. Projektboken – Metod och styrning för lyckade projekt. Studentlitteratur: Lund.

Moilanen, I. 2010. Kastelu. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim: Helsinki.

Nieminen, P. & Liukkonen, K. 2008. Lasten uniapnea. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2008;124:299–304. Hakupäivä 14.10.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo97032.pdf>

Ojanen, S. 2006. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian käsittelyä. Helsinki: Yliopistopaino.

Pelin, R. 2011. Projektihallinnan käsikirja. Projektijohtaminen Oy Risto Pelin: Helsinki.

Pietilä, A-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) 2010. Terveyden edistäminen - Teoriasta toimintaan. WSOYpro Oy: Helsinki.

Robertson, B., Yap, K. & Schuster, S. 2014. Effectiveness of an alarm intervention with overlearning for primary nocturnal enuresis. J pediatr Urol. 2014 Apr; 10(20): 241-5. Hakupäivä 11.10.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24074820>

Sand, O., Sjaastad V. O, Haug, E., Bjålie, JG. & Toverud, KC. 2011. Ihminen – Fysiologia ja Anatomia. WSOYpro Oy: Helsinki.

Sainio, K. 2003. Munuainen ja virtsatiet. Teoksessa Sariola, H, Frilander, M, Heino, T, Jernvall, J, Partanen,J, Sainio, S, Salminen, M & Thesleff, I. 2003. Solusta yksilöksi - Kehitysbiologia. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Sarja, A. 2003. Dialogioppiminen opetuksen ohjaustilanteissa. Teoksessa. Silkelä, R. (toim.) 2003. Tutkimuksia opetusharjoittelun ohjauksesta. Suomen harjoittelukoulujen vuosikirja n:o 1. Joensuu: Joensuun yliopistopaino, 73–78.
<http://sokl.uef.fi/verkkojulkaisut/ohjaus/images/vuosikirja.pdf>

Shiroyanagi, Y., Kim, W., Suzuki, H. & Yamasaki, Y. 2014. Winter is associated with failure in the alarm treatment of nocturnal enuresis. J Pediatr Urol. 2014 Apr; 10(2): 246-9. Hakupäivä 11.10.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24230483>

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi – Projektinvetäjän käsikirja. Edita: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – Opas työntekijöille. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Lasten yö- ja päiväkastelu (lastentaudit).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010;31. Helsinki.

TENA. 2015. Tena Identifi. Hakupäivä 14.10.2015.
<http://www.tena.fi/yleista/kampanjat/tena-identifi/?teasercmp=Home:tena-identifi>

Terho, P. Yökastelu – hoitovaihtoehdot ja hoidon tulokset –diaesitys. Hakupäivä 12.10.2015.
<http://www.skooppi.fi/uploads/Koulutusmateriaalit/Pirjo_Terho_000.pdf>

Terho, P. 2014. Yökastelijan opas. Ferring Lääkkeet Oy: Turku. Hakupäivä 14.10.2015.
<http://www.yokastelu.fi/wp-content/uploads/2014/09/yokastelija_suomi.pdf>

Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Tammi: Tampere.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (Finnish Advisory Board on Research Integrity. 2012. Responsible conduct of research and procedures for handling allegations of misconduct in Finland. Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Vakkila, J. 2009. Lasten terveyteen liittyviä huolia ja akuutteja sairauksia. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2009. Neuvolatyön käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Venhola, M. 2008. Lapsen yökastelun hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Hakupäivä 10.2.2015. <http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97507&p_haku=lasten%20y%F6kastelu>

Virkki, P. & Somermeri, A. 1998. Projektityö - kehittämisen moottori. Edita: Helsinki.

Virtanen, P. 2000. Projektityö. WSOY: Helsinki.

Watson, R., 2009. Anatomy and Physiology for Nurses. Bailliere Tindall: Edinburgh.

Waugh, A. & Grant, A. 2011. Ross and Wilson - Anatomy and Physiology in Health and Illness. Churchill Livingstone: Edinburgh.

Wikström, S. 1993. Lasten kastelu. Ferring Finland Oy.

World Health Organization. 1997. Jakartan julistus luo suunnan terveyden edistämiselle 2000- luvulla. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 2 / 1997. Hakupäivä 9.10.2015. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_finish.pdf

LIITTEET

Liite 1. Hankkeistamissopimus

Liite 2. Yökasteluhoidon opas

Liite 1 (1)2

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Tornion terveyskeskus Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Marianne Junes-Leinonen, avoterveydenhuollon osastonhoitaja marianne.junes@tornio.fi 040 753 1321		
	Työn aihe Lasten yökastelu - Opas Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille		
Tekijä	Nimi Riikka Käkilehto Reeta Kalliokoski	Opiskelijanumero A1301130 A1301126	
	Kotiosoite [redacted]	Postinumero 94100 95450	Postitoimipaikka Kemi Tornio
	Puhelin [redacted]	Sähköpostiosoite riikka.kakilehto@edu.lapinamk.fi reeta.kalliokoski@edu.lapinamk.fi	
	Suoritettava tutkinto Terveydenhoitaja AMK	Ryhmätunnus K702T13S	
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Hannele Kauppila Kaisa Holma	Tehtävänimike Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Meripuistokatu 26, 94100 Kemi		
	Puhelin [redacted]	Sähköpostiosoite hannele.kauppila@lapinamk.fi kaisa.holma@lapinamk.fi	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeuden säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan			
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	Paikka ja päivämäärä	**Allekirjoitus**	
Toimeksiantaja	Torniossa 14.10.2015	[signature]	

Liite 1 (2)2

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tekijä	Kemi 19.10.2015 Reetta Kalkkinen Riikka Kätkilehto	
Lapin AMK	Kemi 19/10 2015	

Liite 2 (1) 9

Lasten yökastelu

Hoidon opas Tornion terveyskeskuksen terveydenhoitajille

Kastelulla tarkoitetaan virtsan tahatonta karkaamista. Syitä voivat olla:

- Elimellinen vika (inkontinenssi)
- Myöhästynyt rakon säätelyn kehittyminen (enureesi)

Lapsen kasvun ja kehityksen mukana kehittyy virtsanpidätyskyky, johon tarvittava lihaksiston, hermoston ja henkisten valmiuksien kehittyminen saavutetaan noin 3 – 5 ikävuoteen mennessä

- Suurimmalla osalla lapsista kasteluvaiva johtuu hitaasta fysiologisesta kypsymisestä, harvemmin taustalla on neurologinen tai elimellinen vika
- Yökastelun hoito voidaan aloittaa, jos lapsi ei ole yökuiva viiteen ikävuoteen mennessä

Primaarinen kastelu

= Lapsi ei ole oppinut kuivaksi ja kasteluvaivaa esiintyy

- Primaarille yökastelulle on normaalia sen periytyvyys: yleensä toinen vanhemmista on ollut aikoinaan yökastelija

Sekundaarinen kastelu

= Lapsi on ollut kuivana vähintään 6 kk, mutta on alkanut uudestaan kastelemaan

- Voi olla oire sairaudesta (esim. infektio tai diabetes)

Liite 2 (2) 9

Yökastelun syitä

Antidiureettinen hormoni (ADH)

= Vähentää virtsan eritystä.

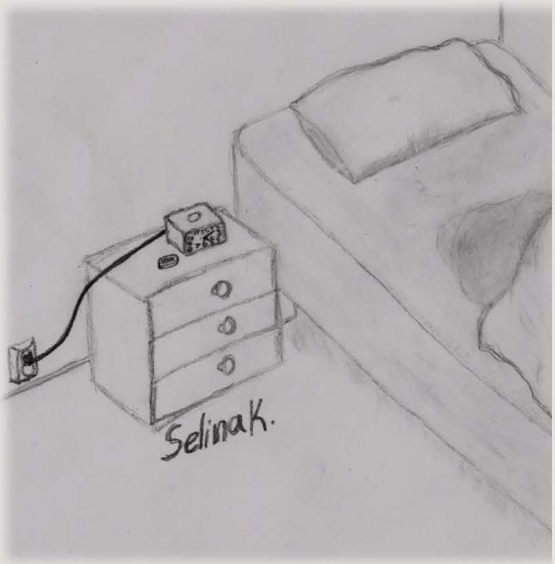
- Mitä vähemmän ADH:ta erittyy, sitä enemmän virtsaa muodostuu
- Yökastelun taustalla voi olla alhainen yöllinen ADH:n eritys, jolloin on vaikeaa hallita suurta rakon virtsamäärää yöunen aikana

Rakon yliaktivisuus voi aiheuttaa tai pahentaa yökastelua.

- Virtsaustapojen ja päiväsajan oireiden selvittely kuuluu yökastelijan tutkimuksiin

Psykososiaaliset seikat:

- Perhettä koskettavat kriisit ja jännittäminen



Liite 2 (3) 9

Lasten yökastelun tutkimukset perusterveydenhuollossa

Kastelupäiväkirja:

- Merkitään märät ja kuivat yöt
- Merkinnät on tehtävä, vaikka lapsi kastelisi joka yö, sillä kastelupäiväkirja on edellytys Kelan myöntämälle hoitotuelle
- Päiväkirjan pitämisen avulla voidaan kannustaa välttämään runsasta nesteiden juontia iltaisin

Laboratoriokokeet:

- Tutkitaan PLV (Puhtaasti laskettu virtsa) hoidon alkaessa tulehduksen poissulkemiseksi
- Hoidon jatkuessa PLV:tä ei tarvitse kontrolloida

Liite 2 (4) 9

Perheen haastattelurunko

- Lapsen kasvu- ja kehityshistoria huomioidaan (esim. lapsen kypsyystaso hoidon aloittamisen kannalta)
- Kastelun aiheuttamat haitat lapselle ja perheelle
- Kastelun esiintyminen suvussa
- Kastelun tiheys ja määrä (kastelupäiväkirja)
- Sairastetut virtsatieinfektiot
- Aikaisemmat hoitokokeilut ja –tulokset
- Hoidon tavoite
- Muut oireet: päiväkastelu, tiheävirtsaisuus, pakko-oireita, pidättelyä, ummetusta, kipua
- Mahdollinen kuorsaaminen tai uniapnean epäily
  - Yökastelu on yksi uniapnean oire lapsilla. 2-3 % lapsista sairastaa uniapneaa, usein diagnosoimattomana
- Hoidon kestoon varautuminen. Kesto noin 3 kk

Lapsen ja perheen sitoutuminen hoitoon!

Motivointi hoitoon tärkeää!

Liite 2 (5) 9

Yökastelun hoito

Yökastelun hoito voidaan aloittaa vasta silloin, kun lapsi on päiväkuiva.

Hälytinhoito

Hoito perustuu ehdolliseen oppimiseen. Tarkoituksena on nopeuttaa luonnollista kypsymistä.

- Hyvät hoitotulokset
- Alushousuihin laitetaan pikkuhousunsuoja, johon asetetaan hälytinlaitteen anturi
- Anturin kostuttua hälytinlaite alkaa soida ja virtsaamisen tulisi keskeytyä
- Hälytykseen herännyt lapsen täytyy nousta ja käydä virtsaamassa

Hälytinhoitoa ei keskeytetä, jos lapsi jättää reagoimatta hälyttimen ääneen.

- Käytännössä vanhempien sitoutuneisuus hoitoon on avainasemassa, koska hälyttimeen reagointi on usein hoidon alkuvaiheessa heidän vastuullaan
- Kuukausi hoidon aloituksesta olisi hyvä tarkistaa hoidon tilanne perheeltä
- Hälytinhoitoaika on 3kk. Viimeistään silloin kontrollikäynti terveydenhoitajalle

Hälytinhoidon vasteen tarkastaminen:

- Hoidon jatkuttua noin kuukauden, voidaan vaste tarkistaa ns. ylioppimisen avulla lisäämällä pariksi viikoksi juomista iltaisin. Kasteluhoidon voi lopettaa, jos kastelua ei esiinny
- Jos vastetta ei ole havaittavissa, voidaan hälytinhoitoa jatkaa. Vasteen tarkistaminen ylioppimisen avulla on perheelle raskas hoitomuoto

Lääkehoito

Desmopressiini - lääkitys:

- Ihmisen normaalin ADH:n eli vasopressiinin johdos
- Estää virtsan muodostumista
- Desmopressiinin vaikutus kestää vain yön yli ja virtsanmuodostus elpyy aamuun mennessä ennalleen
- Inhaloitavana suihkeena, liuoksena tai suun kautta annettavana tablettina
- Lääkkeen haittana on nesteiden nauttimisen välttämisen tarve lääkkeen vaikutusaikana.
- Voidaan käyttää väliaikaisena apuna erityistilanteissa (esim. lyhyt loma, lapsen yökyläily)

Yhdistelmähoito:

- Jos hälytinhoidosta ei saada toivottua hoitovastetta, kokeillaan seuraavaksi hälytinhoidon ja lääkehoidon yhdistelmää.
- Lääkäri arvioi aloitetaanko hälytinhoidon rinnalle lääkehoito vai annetaanko lapsen kasvaa ja kehittyä. Uusi hoitokokeilu mahdollinen noin puolen vuoden kuluttua, jos taukoon päädytään.

Lapsen palkitseminen anturan käytöstä kannustaa lasta jatkamaan hoitoa!

Kelan tuki:
Alle 16- vuotiaan vammaistuki

= lapsen hoitotuki

Tuen saamisen edellytyksenä on: Sairaan lapsen hoidosta, huolenpidosta ja kuntoutuksesta aiheutuu perheelle vähintään 6 kk ajan tavanomaista suurempaa rasitusta ja sidonnaisuutta verrattuna vastaavanikäiseen terveeseen lapseen.

- Yökastelijalle vammaistuki voidaan myöntää aikaisintaan viiden vuoden iästä.
- Tukea voidaan myöntää korkeintaan kuudeksi kuukaudeksi eteenpäin.

Vammaistuen myöntäminen kastelevalle lapselle edellyttää seuraavien asioiden täyttymistä:

- Lasta hoidetaan aktiivisesti kastelun takia esimerkiksi lääkkeillä, kasteluhälyttimellä tai niiden yhdistelmällä.
    - Desmopressiinilääkitystä tarkkoine annosteluohjeineen, hälytinlaitehoitoa tai näiden yhdistelmä käytetään kuukausia yhtäjaksoisesti.
- Lapselle on diagnoosiksi asetettu kastelu
- Lapsi on lääkärin hoidossa
    - Alle 16-vuotiaan vammaistukihakemukseen on yleensä liitettävä lääkärinlausunto C, joka ei saa olla puolta vuotta vanhempi.
    - Myös jatko- ja tarkistushakemukseen on liitettävä lääkärinlausunto C tai muu riittävä lääketieteellinen selvitys lapsen nykyisestä terveydentilasta.
- Kastelusta pidetään päivittäin kastelupäiväkirjaa!

Jos lapsi kastelee asianmukaisesta hoidosta huolimatta, voidaan hoitotoimia joutua lykkäämään myöhemmäksi. Mahdollisuus tuen saantiin säilyy.

Liite 2 (8) 9

Milloin erikoissairaanhoitoon?

Epäily virtsateiden rakenteellisesta viasta

- Lapsi on koko ajan märkä eikä pysy ollenkaan kuivana
- Lapsella virtsatieinfektioita tai kipuja virtsatessa
- Kasteluvaivan lisäksi myös ummetusta tai tuhrimista

Liite 2 (9) 9

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

Lähteet

Huttunen N-P, 2002. Kastelu. Teoksessa Huttunen N-P (toim.), 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. WSOY: Helsinki.

Kannas T, 2009. Tavallisimpia vauva- ja leikki-ikäisen pulmia. Teoksessa Armanto A & Koistinen P(toim.) 2009. Neuvolatyön käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Kela, 2014. Alle 16- vuotiaan vammaistuki. Hakupäivä 10.10.2015.
http://www.kela.fi/vammaistuki-lapselle

Kela, 2015. Alle 16 –vuotiaan vammaistuki. Hakupäivä 11.10.2015.
<http://www.kela.fi/documents/10180/578283/alle_16vuotiaan_vammaistuki.pdf/100648f1-84e3-4b4b-8608-828131113fbd?version=1.8>

Kolho K-L, 2010. Kastelu. Teoksessa Rajantie J, Mertsola J & Heikinheimo M (toim.) 2010. Lastentaudit. Duodecim: Helsinki

Komulainen E, 2015. Kela. Lapin piirin vammaisetuuksien etuusvastaavan puhelinhaastattelu 14.10.2015.

Lahdes-Vasama T, 2013. Lasten alavirtsateiden ja sukuelinten sairaudet. Teoksessa Taari K, Aaltomaa S, Nurmi M, Parpala T & Tammela T (toim.) 2013. Urologia. Duodecim: Helsinki.

Moilanen I, 2010. Kastelu. Teoksessa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim: Helsinki.

Nieminen P & Liukkonen K, 2008. Lasten uniapnea. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2008;124:299–304. Hakupäivä 14.10.2015
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo97032.pdf>

Venhola M, 2008. Lapsen yökastelun hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2008; 124(18): 2119-23. Hakupäivä 10.10.2015.
<http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97507&p_haku=lasten%20y%F6kastelu>

Wikström S, 1993. Lasten kastelu. Ferring Finland Oy

Tutkimuksia aiheesta

Glanzener CMA, Peto RE & Evans JHC, 2003. Effects of interventions for the treatment of nocturnal enuresis in children. Quality & Safety in Health Care, 12(5), 390-394.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743766/pdf/v012p00390.pdf>

Robertson B, Yap K & Schuster S, 2014. Effectiveness of an alarm intervention with overlearning for primary nocturnal enuresis. J Pediatr Urol. 2014 Apr;10(2): 241-5.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24074820>

Shiroyanagi Y, Kim W, Suzuki H & Yamasaki Y, 2014. Winter is associated with failure in the alarm treatment of nocturnal enuresis. J Pediatr Urol. 2014 Apr;10(2): 246 – 9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24230483

Opas tehty yhteistyössä Lapin ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoiden Reeta Kalliokosken ja Riikka Käkilehdon kanssa. Oppaan kuvittanut Selina Kalliokoski.