

Anne Vallenius

LASTEN YÖKASTELUN HOITO PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Kartoitus Etelä-Savon
sairaanhoitopiirin alueella

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Lokakuu 2012




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU <small>Mikkeli University of Applied Sciences</small>	Opinnäytetyön päivämäärä 16.10.2012	
Tekijä(t) Anne Vallenius	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Sh AMK	
Nimeke Lasten yökastelun hoito perusterveydenhuollossa. Kartoitus Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella.		
Tiivistelmä Lasten yökastelu on hyvin yleinen ongelma, Suomessa on arviolta 30 000–50 000 vähintään viisivuotiasta lasta, jotka tarvitsevat apua yökastelun hoitoon. Yökastelu ei ole sairaus tai psyykkinen oire, vaan kyse on normaalista kehityksen vaihtelusta tai toiminnallisesta häiriöstä. Yökastelu on lapselle hankala vaiva, joka aiheuttaa usein häpeää ja rajoittaa sosiaalista elämää. Monet vanhemmat ovat myös huolissaan yökastelun vaikutuksesta lapsen itsetuntoon ja kaverisuhteisiin. Onkin siis erittäin tärkeää, että yökastelu hoidetaan ajoissa ja asianmukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada uutta tietoa lasten yökastelun hoitokäytännöistä perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidon käyttöön. Tarkoituksena oli kartoittaa lomake- ja teemahaastattelun avulla perusterveydenhuollon työntekijöiltä yökastelijoiden määrä ja ikä, hoitokäytännöt ja yökastelijalle tehtävät tutkimukset, lähetekäytäntö erikoissairaanhoitoon sekä valmius ohjata yökastelijalapsia ja heidän perheitään. Lisäksi kerättiin tietoa hoitoon käytettävien hälytinlaitteiden määrästä ja riittävyydestä. Opinnäytetyöhön haastateltiin Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueelta kuutta terveydenhoitajaa ja yhtä terveyskeskuslääkärinä. Kartoitus toteutettiin lomake- ja teemahaastattelun avulla ja analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Tulosten mukaan yökastelun hoito koetaan kuuluvaksi perusterveydenhuollon tehtäviin. Erikoissairaanhoidon rooli on hoitaa muut kuin primäärit yökastelijat. Vanhempien ja lapsen huolellinen haastattelu koettiin tärkeimmäksi osaksi hoidon suunnittelua, laboratoriokokeita ei juurikaan tarvita. Hoitosuosituksen mukaisesti hälytinhoitoa suositellaan ensimmäiseksi hoitovaihtoehdoksi, mutta vanhemmat valitsevat usein kuitenkin lääkehoidon sen helppouden vuoksi. Hoidonohjauksella on merkittävä rooli yökastelun hoidossa. Vastaajien mukaan vanhemmille on tärkeää saada keskustella lapsensa yökastelusta, sillä se koetaan harmillisena ongelmana ja vanhempien huolena on yökastelun vaikutus lapseen. Vaikka kyse ei ole sairaudesta, nähdään kuitenkin tärkeänä, että lapsen on mahdollista saada yökasteluongelmaan hoitoa. Kartoitus toi esiin selkeän tarpeen kirjallisen hoitopolun ja yhteneväisen hoitosuosituksen laatimiseksi. Muutaman vuoden välein järjestettävä koulutus yökastelun hoidosta koettiin myös tarpeelliseksi. Jatkossa olisi myös hyödyllistä selvittää perheiltä suoraan heidän kokemuksiaan yökastelusta ja sen hoidosta sekä yökastelun vaikutuksesta lapseen ja perheen arkeen.		
Asiasanat (avainsanat) Lapsi, yökastelu > vuoteenkastelu, perusterveydenhuolto, hoitomenetelmät, kartoitus		
Sivumäärä 43 + 7	Kieli Suomi	URN
Huomaus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Sinikka Brunou	Opinnäytetyön toimeksiantaja	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 16.10.2012	
Author(s) Anne Vallenius		Degree programme and option Nursing, registered nurse	
Name of the bachelor's thesis Treatment of nocturnal enuresis in primary health care. Survey in Etelä-Savo hospital district.			
Abstract <p>Nocturnal enuresis is one of the most common pediatric problems. It is estimated that in Finland there are from 30000 to 50000 children over age of five who need to be treated annually. Nocturnal enuresis is defined as an involuntary loss of urine during the night. It is not a medical or physical disease but a developmental or functional disorder. Nocturnal enuresis may cause social and emotional stigma, stress and inconvenience both to the child with enuresis and to their families. In order to avoid these problems it is important that enuresis is properly treated in time.</p> <p>The aim of this thesis was to study how the children with nocturnal enuresis were treated in primary health care. Information was gathered about the number and age of the children with nocturnal enuresis in primary health care, the treatments and examinations used, referral practice to special health care and the guidance given to the children and their families.</p> <p>Qualitative method was used. The material was collected using semi-structured interviews and analyzed using content analysis method. Six public health nurses and one doctor who worked regularly with children with enuresis were interviewed.</p> <p>According to the results children with primary nocturnal enuresis should be primarily treated in primary health care. Only the children with more severe symptoms, e.g. daytime wetting, constipation or mental problems, are referred to the special health care. Extensive and confidential discussion with the parents and child is the most significant part of the treatment, and usually laboratory tests are not necessary. The majority of parents are concerned about the impact of the enuresis on their child. According to the interviewees parents are relieved and satisfied when they are able to discuss the problem, and their child is being treated. The results show that enuresis alarm is recommended as a the first choice of treatment, although parents prefer desmopressin treatment on account of its ease.</p> <p>Based on the information received, clear, written instructions of the nocturnal enuresis treatment is needed. Regular training of public health nurses is also considered important. Further research topics could include investigation of how families experience nocturnal enuresis, its treatment, and impact to everyday life.</p>			
Subject headings, (keywords) Child, nocturnal enuresis, primary health care, cure, survey			
Pages 43 + 7	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Sinikka Brunou		Bachelor's thesis assigned by	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	YLEISTÄ YÖKASTELUSTA.....	2
3	YÖKASTELUN HOIDOSTA.....	4
3.1	Yökastelija lääkärin tai hoitajan vastaanotolla.....	6
3.2	Lasten yökastelun lääkehoito	8
3.3	Lasten yökastelun hoito hälytinlaitteella.....	9
3.4	Hoidonohjaus	10
3.5	Lasten yökastelun hoito Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella	13
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	13
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	14
5.1	Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu	14
5.2	Aineistonkeruu	15
5.3	Aineiston käsittely ja analyysi	17
6	TULOKSET	18
6.1	Vastaanotolla käyvien yökastelijoiden määrä vuosittain	19
6.2	Henkilökunnan työnjako	19
6.3	Yökastelijalle tehtävät perustutkimukset	20
6.4	Lisätutkimukset ja lähetekäytäntö erikoissairaanhoidon	22
6.5	Yökastelijoiden käyntien määrä vastaanotolla.....	24
6.6	Hoitomuodot	25
6.7	Hoidonohjaus	28
6.8	Kehittämissuhteet ja koulutustarve	32
7	POHDINTA	33
7.1	Tutkimusprosessin tarkastelua	33
7.2	Tulosten tarkastelua	34
7.3	Luotettavuus.....	35
7.4	Eettisyys	37
7.5	Johtopäätökset ja suositukset	38
	LÄHTEET	40
	LIITTEET	
	1 Yökastelututkimukset	

2 Lomakehaastattelun saatekirje ja kysymykset

3 Teemahaastattelun lupahakemus ja saatekirje

1 JOHDANTO

Lasten yökastelu on hyvin yleinen ongelma. Suomessa on vuosittain arviolta 30 000 – 50 000 vähintään viisivuotiasta lasta, jotka tarvitsevat apua yökastelun hoitoon (Ferring Lääkkeet 2008; Venhola 2008, 2120). Yökastelu ei ole sairaus tai psyykkinen oire, vaan kyse on normaalista kehityksen vaihtelusta tai toiminnallisesta häiriöstä. Taipumus yökasteluun on perinnöllinen, usein myös yökastelijalapsen lähisuvussa on esiintynyt kastelua. (Terho 2002, 327–335.) Yökastelu on lapselle hankala vaiva. Se aiheuttaa yleensä lapselle häpeää ja harmia sekä rajoittaa sosiaalista elämää. Yökastelu voi aiheuttaa myös jännitystä koko perhepiirissä, ja usein lapsi tuntee syyllisyyttä asiasta. Monet vanhemmat ovat myös huolissaan yökastelun vaikutuksesta lapsen itsetuntoon ja kaverisuhteisiin. Onkin siis erittäin tärkeää, että yökastelu hoidetaan ajoissa ja asianmukaisesti.

Lasten kasteluun kiinnitettiin varsin vähän huomiota vielä 1980-luvulle saakka, mutta sen jälkeen yökastelututkimus on ollut hyvin vilkasta. Tutkimuksissa onkin saatu paljon uutta tietoa yökastelun etiologiasta ja patofysiologiasta. Samalla kun tutkimusta on lisätty, terveydenhuollon kiinnostus asiaan on lisääntynyt. Hoitomuodot ovat vakiintuneet, hoitoon tulo on yleistynyt, ja hoito voidaan aloittaa aiempaa varhaisemmin.

Yökastelun hoidossa on kaksi selkeää päälinjaa: kasteluhälytin tai desmopressiinilääkitys. Myös näiden hoitomuotojen yhdistelmä on mahdollinen. Tutkimusten (Glazener & Evans 2002; Glazener ym. 2005) mukaan molemmat hoitomuodot vähentävät yökastelua yhtä tehokkaasti, mutta hälytinhoidon avulla saadaan usein pysyvämpiä hoitotuloksia kuin lääkehoidolla. Hälytin- ja lääkehoidon lisäksi hoidonohjauksella on merkittävä rooli yökastelijan ja hänen perheensä hoidossa. Yökastelu aiheuttaa yleensä huolta, harmia ja häpeää sekä lapselle itselleen että vanhemmille. Onkin tärkeää, että vanhemmat pystyvät keskustelemaan asiasta ja purkamaan huoliaan osaavan hoitohenkilökunnan kanssa.

Tämän opinnäytetyön aiheen taustalla on oma kiinnostukseni tutkia lasten yökasteluun liittyviä seikkoja. Keväällä 2011 olin asian tiimoilta yhteydessä Mikkelin keskussairaalan lastentautien poliklinikkaan. Kävi ilmi, että siellä olisi kiinnostusta kartoittaa yökastelijoiden hoitoa perusterveydenhuollossa hoidon yhtenäistämiseksi ja työnjaon

selkeyttämiseksi. Valmis työ tulee Mikkelin keskussairaalan lastentautien poliklinikan käyttöön. Tulosten perusteella lastentautien poliklinikka voi tarvittaessa suunnitella ohjeistusta ja koulutusta alueensa perusterveydenhuollon henkilöstölle. Taustalla on halu varmistaa oikea ja hyvä hoito kaikille yökastelijoille ja heidän perheilleen.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada uutta tietoa lasten yökastelun hoitokäytännöistä erikoissairaanhoidon käyttöön. Tarkoituksena on kartoittaa teemahaastattelun avulla perusterveydenhuollon työntekijöiltä yökastelijoiden määrä ja ikä, hoitokäytännöt ja yökastelijalle tehtävät tutkimukset, lähetekäytäntö erikoissairaanhoidon sekä valmius ohjata yökastelijalapsia ja heidän perheitään. Lisäksi kerätään tietoa hoitoon käytettävien hälytinlaitteiden määrästä ja riittävydestä.

Koska kyseessä ei ole sairaus, ei yökastelun yhteydessä puhuta myöskään potilaista. *Yökastelija* on yleisesti käytetty termi ja sitä käytetään tässäkin opinnäytetyössä.

2 YLEISTÄ YÖKASTELUSTA

Yökastelulla tarkoitetaan yli viisivuotiaan lapsen unenaikaista, tahatonta ja toistuvaa virtsan karkaamista eli sitä, että lapsi ei herää virtsaamistarpeeseen. Yökastelu ei ole tavanomaisesti sairaus, vaan se kuuluu normaaliin kehityksen vaihteluun. (Terho 2002, 328.) Lasten yökastelun esiintyvyydestä on esitetty erilaisia tilastoja (mm. Glazener ym., 2005; Kolho 2010; Taskinen 1999; Terho 2009). Tiedot vaihtelevat jonkin verran kriteereistä riippuen, mutta Venholan (2008) mukaan Suomessa viisivuotiaista noin 10 prosenttia, 10-vuotiaista noin viisi prosenttia ja murrosikäisistä vielä noin yksi prosentti kastelee öisin. Yökastelua esiintyy kaikissa roduissa ja sen on todettu olevan pojilla yleisempää kuin tytöillä. Päiväkastelua esiintyy puolestaan enemmän tytöillä. Arvioidaan, että Suomessa on vuosittain noin 30 000–50 000 yli viisivuotiaista lasta, joilla yökastelu on niin runsasta, että se vaatii tutkimuksia ja hoitoa. (Ferring Lääkkeet 2008; Venhola 2008, 2120.)

Yksi merkittävimmistä tekijöistä yökastelun taustalla on perinnöllisyys. Yökastelu ei kuitenkaan ole perinnöllinen sairaus vaan peritty ominaisuus. Lapsella on noin kymmenkertainen riski yökasteluun, jos molemmat vanhemmat ovat lapsena olleet yökastelijoita. Tilastojen mukaan yöllä kastelevien lasten äideistä 25 prosentilla ja isistä 40 prosentilla on ilmennyt yökastelua yli neljävuotiaana. (Järvelin 1993, 16.) Yli puolella

kastelevista lapsista ainakin toinen vanhemmista, yleensä isä, on ollut yökastelija lapsena (Ferring Lääkkeet 2008). Yökastelututkimus (liite 1) on viimeisen parin vuosikymmenen aikana ollut hyvin vilkasta ja sukututkimuksissa on löytynyt yhteys myös yökastelun geneettiseen periytymiseen ainakin kromosomeissa 6, 8, 12 ja 13 (Terho 2002, 328).

Lapsen kasvulla ja kehityksellä on keskeinen merkitys kuivaksi oppimisessa. Jokainen lapsi kypsyy ja kehittyy omaa tahtiaan. Myös kuivaksi oppiminen voi tapahtua toisilla hitaammin kuin toisilla. (Järvelin 1993, 16–17.) Usein kastelussa katsotaankin olevan kyse pelkästään hitaasta kypsymisestä (Taskinen 1999, 63). Yökastelijalapset ovat yleensä hyvin sikeäunisia ja yöherääminen on heille vaikeaa. Yökastelijoilla uni ei muutu pinnalliseksi siinä vaiheessa kun rakko täyttyy. Aivot eivät jostain syystä reagoi virtsarakon täyttymisen aiheuttavaan paineen nousuun. (Ferring Lääkkeet 2008.)

Yleensä yökastelussa on kyse toiminnallisesta häiriöstä. Yökastelu on vain harvoin rakenteellinen tai elimellinen vika. (Huttunen 2002, 250.) Virtsateiden, rakon tai munuaisten rakenteellisia poikkeavuuksia esiintyy enemmän päivä- ja sekakastelijoilla. Myöskään virtsatieinfektioita ei ole todettu yökastelijoilla enempää kuin kuivaksi oppineilla saman ikäisillä lapsilla. (Ferring Lääkkeet 2008.) Joillakin yökastelijoilla on kuitenkin todettu yliaktiivinen rakko, jolloin rakon toiminnallinen kapasiteetti jää pieneksi. Normaalisti detrusor-lihas eli rakon tyhjentämislihas supistuu vasta virtsaamisen aikana, mutta yliaktiivinen detrusor supistelee jo ennen aiottua virtsaamista. Tämä aiheuttaa nopeaa ja tihentynyttä virtsaamisen tarvetta eli virtsapakkoa tai kastelua. (Taskinen 1999, 63; Terho 2002, 329.)

Varsin usein yökastelun taustalla ovat hormonaaliset syyt. Yökastelijat erittävät usein yön aikana normaalia runsaammin laimeaa virtsaa, ja virtsamäärä ylittää helposti virtsarakon maksimitilavuuden. Tämä johtuu normaalia vähäisemmästä vasopressiinin erityksestä. (Terho 2009, 3.) Vasopressiini eli antidiureettinen hormoni (ADH) on aivolisäkkeen tuottama hormoni, joka säätelee virtsan eritystä (Ferring Lääkkeet 2008). Lapsen normaalin kehityksen myötä vasopressiinin erityks lisääntyy ja virtsamäärä pienenee. Usein samaan aikaan virtsarakon toiminnallinen tilavuus kasvaa ja lapsi oppii kuivaksi. (Terho 2009, 4.) Voidaankin todeta, että lapsi on kuiva, kun yön-aikainen virtsamäärä mahtuu rakkoon eikä lapsen tarvitse yöllä nousta vessaan (Terho 2002, 329).

Yökastelun ei ole todettu olevan psyykkistä, vaikka vielä 1980-luvulla uskottiin, että kastelu on vakava emotionaalinen häiriö ja hoidettaessa tilalle tulee jokin toinen oire (Terho 2007). Nykytutkimuksissa on todettu, että kastelijalapsen suoriutuvat psykologisista testeistä yhtä hyvin kuin ikätoverinsa, jotka eivät kastele (Terho 2009, 4). Suuret muutokset tai kriisitilanteet perheessä voivat kuitenkin aiheuttaa stressiä lapselle ja laukaista yökastelun jo kuivaksi oppineella lapsella. Näissä tapauksissa kasteluongelma yleensä helpottuu tilanteen tasaannuttua kotona. (Järvelin 1993, 18–21.) Usein yökastelu aiheuttaa jännitystä koko perheessä, ja lapsi tuntee syyllisyyttä ja ahdistusta asiasta. Yökastelijalapsi voi kärsiä huonosta itsetunnosta ja alemmuudentunnosta ja olla pahantuulinen tai hermostunut. Nämä ovat kuitenkin seurausta kastelusta, eivät sen syy. (Ferring Lääkkeet 2008.) Theunisin ym. (2001) tutkimuksen mukaan yökastelu vaikuttaa negatiivisesti myös lapsen minäkuvaan ja suoriutumiseen koulussa. Edellä mainittujen syiden vuoksi onkin erittäin tärkeää hoitaa yökastelu asianmukaisesti ja hyvissä ajoin. Lapselle ja vanhemmille on myös tärkeä painottaa, että yökastelu ei ole lapsen vika eikä hän kastele tahallaan. (Huttunen 2002, 251.)

3 YÖKASTELUN HOIDOSTA

Yökastelu aiheuttaa usein lapselle ja perheelle hämmennystä ja harmia. Se voi myös rajoittaa lapsen sosiaalista elämää. Kastelun vuoksi lapsi saattaa kokea alemmuuden tunnetta, syyllisyyttä ja häpeää tai tulla jopa kiusatuksi. Vaikka yökastelu ei ole sairaus, voi tilanne kuitenkin olla lapselle tai perheelle sietämätön ja arkea hankaloittava, jolloin hoitokin on tarpeellinen. Hoito voidaan aloittaa, jos märkiä öitä on enemmän kuin kuivia ja lapsi on itse motivoitunut hoitoon. Pelkästään vanhempien turhautuminen tai kiusaantuneisuus ei ole riittävä peruste hoidolle. (Venhola 2008, 2119–20.) Hoitoa ei kannata aloittaa ennen kuin lapsi on viisivuotias, sillä ennen tuota ikää lapsi ei vielä pysty täysin hallitsemaan rakon toimintaa. Hoitoa suunniteltaessa on tärkeää korostaa, että lapsi ei kastele tahallaan eikä kastelu ole lapsen tai vanhempien syytä. (Huttunen 2002, 249–251.) Perheitä usein lohduttaa tieto siitä, että joka vuosi 15 prosenttia kastelevista lapsista oppii kuivaksi ilman hoitoakin (Venhola 2008, 2120). Joskus spontaani kuivaksioppiminen on kuitenkin liian hidasta ja sen vuoksi hoito kannattaa aloittaa. Hoitoa jatketaan ja tilannetta seurataan niin kauan kunnes lapsi on kuiva. (Terho 2002, 333.)

Yökastelun hoidossa on kaksi päälinjaa: kasteluhälytin tai desmopressiini-lääkitys. Myös näiden hoitomuotojen yhdistelmä on tehokas vaihtoehto. (Ferring Lääkkeet 2008.) Molemmat hoitomuodot vähentävät yökastelua yhtä tehokkaasti, mutta kasteluhälyttimen on todettu auttavan tehokkaammin kuivana pysymiseen hoidon päätyttyä (Glazener ym. 2005; Venhola 2008, 2121). Hälytinlaite koostuu lakanasta ja siihen ohuilla johdoilla liitettävästä hälytinlaitteesta. Lakanan kastuessa hälytin alkaa soida ja lapsi oppii heräämään kuullessaan äänen. Hälytinhoitoon tulee sitoutua vähintään 2–3 kuukaudeksi, sillä vaste tulee esiin varsin myöhään. (Venhola 2008, 2120–22.) Desmopressiini on luonnollisen antidiureettisen hormonin (ADH) synteettinen vastine ja sitä on käytetty yökastelun hoidossa jo lähes 30 vuotta. Lääke vähentää huomattavasti yönaikaista virtsaneritystä ja keventää unta siten, että lapsi herää herkemmin pissahätään. (Terho 2009, 7–8.)

Yökastelun yhdistelmähoidosta on saatu hyviä tuloksia. Desmopressiini ja hälytin ovat yhdessä tehokkaampia kuin kumpikaan hoitomuoto erikseen. Hoito aloitetaan useimmiten desmopressiini-lääkityksellä. Jos lääkehoito ei tehoa, hoitoon lisätään kasteluhälytin. Jos hälytinlaitteestakaan ei ole apua kolmen kuukauden kuluessa, siirrytään takaisin pelkkään lääkitykseen. Yhdistelmähoitoa voidaan tarvittaessa kokeilla uudelleen 6–12 kuukauden kuluttua. (Wikström & Terho n.d.). Joissain tapauksissa hoitoon voidaan lisätä vielä oksibutyiniini-lääkitys, joka lisää virtsarakon tilavuutta ja vähentää wc-käyntien määrää (Ferring Lääkkeet 2008). Erilaiset kotikonstit tai luontaishoidot puolestaan ovat varsin tehottomia yökastelun hoidossa. Nesterajoitus illalla, yöllinen wc:hen herättäminen, erilaiset rankaisemis- tai palkitsemiskeinot, homeopatia, vyöhyketerapia tai hypnoosi eivät ole yökastelun hoitumuotoja eivätkä ne auta kuivaksioppimisessa, vaan usein enemmänkin lisäävät vanhempien työtä ja rasittavat lasta. (Venhola 2008, 2120; Glazener ym. 2004.)

Hoitomenetelmää valittaessa perheelle tulee antaa monipuolisesti tietoa eri vaihtoehdoista päätöksenteon turvaksi. Vanhempien tai tilanteesta riippuen myös lapsen toivetta ja mielipidettä käytettävästä hoitomenetelmästä tulee kunnioittaa ja hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä perheen kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Lapsen ja vanhempien motivoituneisuus hoitoon tulee myös selvittää, sillä yökastelun hoito aiheuttaa työtä ja vaivannäköä ja edellyttää pitkäaikaista sitoutumista. Motivaatio vaikuttaa siihen, miten hoitoon liittyviä asioita halutaan omaksua ja koetaanko ne tärkeiksi (Kyngäs ym. 2007, 32). Lapsen motivaatiota voi selvittää esi-

merkiksi kysymällä, mitä hän haluaisi tehdä kuivaksi opittuaan. Lapsi, joka haluaisi lähetä leireille, luokkaretkelle, yökylään tms. osoittaa kiinnostusta ja motivaatiota hoitoon. (Moilanen 1993, 26–28.)

Yökastelun on katsottu olevan niin vakava ja yleinen ongelma, että yökastelusta kärsivä lapsi voi olla tietyin edellytyksin oikeutettu Kelan myöntämään alle 16-vuotiaan vammaistukeen. Tuen saamisen edellytyksenä on, että lapsen hoidosta ja huolenpidosta aiheutuu perheelle vähintään kuuden kuukauden ajan normaalia suurempaa rasitusta ja sidonnaisuutta. (Kela 2010.) Yökastelijan kohdalla tämä tarkoittaa, että puolen vuoden ajanjaksolla hälyttimellä tai lääkkeillä on annettu aktiivista hoitoa ainakin kolme kuukautta ja kastelu jatkuu hoidosta huolimatta. Tukea voidaan myöntää viisi vuotta täyttäneelle lapselle ja tukea saa niin kauan kun lapsi kastelee hoidosta huolimatta. Perheen tulee pitää kastelupäiväkirjaa, jossa seurataan hoidon tehoa ja lapsen kuivaksioppimista. Kastelupäiväkirja liitetään tukihakemukseen yhdessä lääkärinlausunnon kanssa. Lääkärinlausunnosta tulee käydä ilmi toteutettu hoitomuoto ja jatkohoitosuunnitelma. (Kela 2010; Venhola 2008, 2122–23.)

3.1 Yökastelija lääkärin tai hoitajan vastaanotolla

Hoidon suunnittelussa ensiarvoisen tärkeää on lapsen ja perheen huolellinen ja seikkaperäinen haastattelu. Haastattelussa selvitetään (taulukko 1) kuinka usein ja kuinka runsaasti lapsi kastelee, kastelusta aiheutuvat haitat, mahdolliset aikaisemmat hoitokokeilut, esiintyykö perheessä tai suvussa muilla kastelua sekä onko päiväkastelua, tuhrimista, virtsatietulehduksia, kuorsaamista tai uniapneaa. (Venhola 2008, 2120; Huttunen 2002, 251; Terho 2002, 329–330.) Haastattelussa on myös tärkeää keskustella vanhempien käsityksestä lapsen kastelusta ja sen vaikutuksesta lapsen ja perheen elämään (Terho 2002, 330). On myös tärkeää ottaa selville lapsen motivaatio hoitoon sekä perheen hoitotavoite: toiset toivovat kastelun loppuvan kokonaan, toisille riittää mahdollisuus esim. riskittömään yökyläilymahdollisuuteen (Venhola 2008, 2120).

TAULUKKO 1. Yökastelijan haastattelu (Venhola 2008; Terho 2002)

1. Lapsen kasvu- ja kehityshistoria sekä koulumenestys.
2. Kastelun esiintyminen suvussa.
3. Kastelun tiheys ja määrät.
4. Kastelun aiheuttamat haitat lapselle ja perheelle.
5. Aikaisemmat hoitokokeilut ja -tulokset.
6. Muut oireet (esim. päiväkastelua, tiheävirtsaisuutta, pakko-oireita, pidättelyä, ummetusta, kipua).
7. Sairastetut virtsatieinfektiot.
8. Kuorsaamisen tai uniapnean esiintyminen.
9. Tavoiteltu hoitovaste.
10. Lapsen ja perheen sitoutuminen ja motivaatio hoitoon.

Haastattelun ohella tehdään kliininen tutkimus, jossa mitataan verenpaine ja palpoidaan vatsa, tarkastetaan ulkoiset genitaalit, pois suljetaan ummetus tuseeraamalla, varmistetaan selän ja lantion oikea asento sekä etsitään viitteitä kehityksellisestä poikkeavuudesta (Kolho 2010, 597; Venhola 2008, 2120; Terho 2002, 330). Huolellisen anamneesin ja kliinisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä riittävästi tietoa sopivan hoitomuodon valitsemiseksi. Yökastelijan kohdalla erillisiä laboratoriokokeita tai virtsateiden kuvauksia ei yleensä enää tarvita. (Huttunen 2002, 251; Terho 2002, 330.) Virtsatieinfektio on kuitenkin hyvin yleinen vaiva ja sen mahdollisuus on hyvä pois sulkea virtsanäytteellä (Terho 2002, 330). Lisätutkimukset (taulukko 2) ovat aiheellisia, jos lapsella esiintyy yökastelun lisäksi päiväkastelua, virtsaamispakkoa, ummetusta, tuhrimista tai lukuisia virtsatieinfektioita. Lisäksi jos yökasteluun käytetyt hoitomenetelmät eivät ole tehonneet, on syytä tehdä lähete erikoissairaanhoidon. (Taskinen 1999.) Urogenitaalialueen rakenteellisia poikkeuksia, virtausesteitä tai jäännösvirtsan määrää voidaan tutkia luotettavasti virtsateiden kaikututkimuksella tai edelleen tähyystutkimuksella tai urodynaamisilla tutkimuksilla (Terho 2002, 330–331).

TAULUKKO 2. Yökasteluun liittyviä lisätutkimuksia (Terho 2002)

PERUSTERVEYDENHUOLTO
<ul style="list-style-type: none"> - virtsanäyte (PLV) - munuaisten ja virtsateiden kaikututkimus - jäännösvirtsa
ERIKOISSAIRAANHOITO
<ul style="list-style-type: none"> - rakon tähytys - radiologiset tutkimukset - urodynaamiset tutkimukset

3.2 Lasten yökastelun lääkehoito

Yökastelun lääkehoitona käytetään desmopressiinivalmistetta, joka on luonnollisen antidiureettisen hormonin (ADH) synteettinen vastine. Lääkettä on menestyksellisesti käytetty yökastelun hoidossa jo lähes 30 vuotta. Hormoni vähentää merkittävästi yön-aikaista virtsaneritystä ja keventää unta siten, että lapsi herää herkemmin pissahätään. (Ferring Lääkkeet 2008.) Desmopressiinivalmisteet ovat reseptilääkkeitä ja niitä käytetään aina lääkärin antaman ohjeen mukaisesti. Lääkettä on saatavana kylmäkuivattuna, suussa hajoavana tablettina sekä nenäsumutteena. (Terho 2009, 7.) Tablettilääkitys on ehdottomasti käytetympi ja suositumpi hoitomuoto. Nenäsumutteen käyttö on jäämässä pois kokonaan. (Humalamäki 2012.) Tabletti asetetaan kielen alle ja se liukenee hetkessä ilman nestettä. Lääke otetaan aina illalla juuri ennen nukkumaan menoa rakon tyhjentämisen jälkeen (Terho 2002, 332).

Desmopressiini on hyvin siedetty valmiste ja sivuvaikutuksia esiintyy erittäin harvoin. Desmopressiinin käytön yhteydessä on kuitenkin muistettava nesterajoitus. Juuri ennen lääkkeenottoa ja lääkkeenoton jälkeen ei saa enää nauttia juomia, jotta ylimääräistä nestettä ei kertyisi elimistöön. Vakavimmissa tapauksissa vaarana on vesimyrkytys. (Kajantie & Kanninen 2000, 286–288.) Poikkeustilanteissa, kuten sairaana ollessaan, etelänmatkoilla tai urheilusuoritusten yhteydessä, jolloin lapsi tarvitsee juomista myös yöllä, jätetään lääke illalla ottamatta. Lääkkeenotossa voi huoletta pitää taukoa viikonkin ajan, ja tauon jälkeen lääke otetaan taas ohjeen mukaisesti. Desmopressiini ei vaikuta lapsen omaan hormonituotantoon eikä se siis nopeuta lapsen omaa hormonituotannon kehitystä ja nopeuta siten kuivaksioppimista. Lääkkeen vaste havaitaan yleensä viikon sisällä lääkityksen aloittamisesta, usein jo ensimmäisenä yönä. Lääk-

keen vaikutus kestää noin 8–10 tuntia kerrallaan, eli lääke täytyy ottaa hoidon aikana säännöllisesti joka ilta. (Terho 2002, 331–332.)

Lääkitystä jatketaan määrättyllä annoksella niin kauan kunnes lapsi on kuiva. Tämän jälkeen annostusta pienennetään vähitellen, kunnes lapsi pysyy kuivana ilman lääkettä. Lääkehoidon aikana on hyvä pitää välillä lääkkeettömiä jaksoja, jolloin voidaan todeta yökastelun tilanne ilman lääkettä. (Venhola 2008, 2122.) Glazenerin ym. (2002) tutkimuksen mukaan desmopressiinilääkityksellä yökasteluun saadaan nopea, vaivaton ja tehokas apu, mutta hoidon loputtua vaiva uusii herkemmin kuin hälytinhoidossa. Hoito saattaa kestää jopa vuosia, riippuen siitä, missä lapsen kehitysvaiheessa lääkitys on aloitettu. Lääkehoidon tehon on todettu olevan parempi vanhemmilla lapsilla ja jos kuivia öitä on ollut jo ennen hoidon aloitusta (Terho 2007). Lääkehoidon haittana voidaan mainita lääkkeen korkea hinta. Lääkkeen hinta on ilman Kela-korvausta noin 1–2 e/tabletti lääkkeen vahvuudesta ja pakkauskoosta riippuen (Duodecim lääketietokanta 2012).

3.3 Lasten yökastelun hoito hälytinlaitteella

Lapin (1993, 38) mukaan hälytinhoito voidaan valita hoitomuodoksi, jos seuraavat kolme peruseriaatetta täyttyvät:

1. Kyse on nimenomaan yökastelusta, muut kastelumuodot (päivä- ja sekakastelu) on poissuljettu.
2. Lääkärin tekemässä terveystarkastuksessa on todettu lapsen olevan terve.
3. Hoito on kuivaksioppimisen tukemista, ei syyn etsimistä tai sen poistamista.

Kasteluhälytin on kaksiosainen kokonaisuus, johon kuuluu hälytinlaite ja kosteusanturilla varustettu lakana tai patja. Malleja on erilaisia. Hälytinosan saa useimmiten lainaan hoitavalta taholta, mutta lakanat perheen täytyy hankkia itse. Lakana maksaa noin 30 e/kpl. Hälytinlaitteen voi halutessaan myös ostaa itselleen, sen hinta on noin 120–205 euroa mallista riippuen. (Pedihealth Oy.) Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että hälytinlaitteen käyttö ja tekniikka demonstroidaan huolellisesti vanhemmille ja lapselle. Hoito edellyttää lapsen motivaation lisäksi vanhempien sitoutuneisuutta, sillä hälytinhoito vaatii aina vanhempien osallistumista. Yöllä hälyttimen soivessa vanhempien on mm. autettava lasta vaihtamaan kuivat vaatteet ylle ja hiljentämään hälytin. (Lappi 1993, 41–42.) Kasteluhälytin sopii hyvin hoitomuodoksi lapsel-

le, jolla on kyseessä nimenomaan hitaasta kypsymisestä johtuva kastelu. Hälytinhoito vaatii lapseltakin omatoimisuutta: yöllä hälyttimen soidessa on herättävä ja noustava wc:hen ja vaihdettava kuivaa ylle. On myös suositeltavaa, että mahdollisuuksien ja kykyjensä mukaan lapsi itse tekisi merkinnät kastelupäiväkirjaan. Näin lapsi kiinnittää itsekin huomiota kasteluoireisiin ja mahdollisesti lisää omatoimisuuttaan esim. vähentämällä iltajuomista. (Moilanen 1993, 28.)

Hälytinhoito perustuu ehdollistamiseen ja hoidon tavoitteena on nopeuttaa rakon luonnollista kypsymistä. Lakanan kastuminen saa aikaan hälytyksen, jolloin tavallisesti lapsi herää ja virtsaneritys keskeytyy ja lapsi käy tyhjentämässä rakon wc:hen. (Ferring Lääkkeet 2008; Terho 2009, 9.) Hälytinhoidossa hoitovaste tulee esiin varsin myöhään. Hoitoon tulee sitoutua kahdesta kolmeen kuukauteen ja hälytintä on käytettävä joka yö. Mikäli lapsi ei reagoi millään tavalla hälyttimen ääneen, on hoito syytä keskeyttää ja hoitoa voi kokeilla uudestaan noin 6–12 kuukauden kuluttua. Hälytinhoito kannattaa kuitenkin valita hoitomuodoksi silloin, kun tavoitteena on pysyvä kuivaksi oppiminen (Venhola 2008, 2121–22.) Noin 80 prosenttia yökastelijoista oppii kuivaksi hälytinhoidon avulla. Kolmanneksella oire kuitenkin palaa takaisin. Tällöin hälytinhoito voidaan heti uusida hyvin tuloksin. (Ferring Lääkkeet 2008.)

Osa perheistä kokee hälytinhoidon raskaaksi, sillä usein koko perhe herää hälyttimen soidessa. Perheessä voi olla myös pienempiä sisaruksia, jotka vielä muutenkin herättävät vanhemmat yöllä. Lapsi saattaa myös pelätä nukahtamista hälyttimen ja siitä aiheutuvan kovan äänen vuoksi. Haittana on myös, että hikoilu voi aiheuttaa vääriä hälytyksiä. Jos perhe kokee hälytinhoidon liian raskaana omaan elämäntilanteeseen nähden, voidaan hoidossa pitää tauko tai hoitoa voidaan jatkaa lääkkeillä. Hälytinhoidtoa voidaan yrittää uudelleen 6–12 kuukauden kuluttua. (Wikström & Terho n.d..)

3.4 Hoidonohjaus

Hoidonohjauksella tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä aktiivista ja tavoitteellista vuorovaikutteista toimintaa ja se on aina yhteydessä potilaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin taustatekijöihin (taulukko 3) (Kyngäs ym. 2007, 25). Yökastelijoita ohjattaessa on otettava huomioon vanhempien käsitys lapsen tilanteesta ja heidän odotuksensa hoidon suhteen. Usein vanhemmilla on itsellään ollut yökastelua lapsena, joten vanhempien omat kokemukset saattavat vaikuttaa ohjaustilanteeseen. Ohjaajan on

myös huomioitava ohjaustilanteessa mukana olevan lapsen ikä ja kyky oppia ja ottaa vastaan tietoa. Yökastelijoiden joukossa on usein maahanmuuttajia. Etniseltä taustaltaan erilaisten potilaiden ohjaaminen vaatii ohjaajalta hienotunteisuutta ja eri kulttuurien hyväksymistä.

TAULUKKO 3. Ohjauksessa huomioitavia potilaan taustatekijöitä

FYYSISET TEKIJÄT
<ul style="list-style-type: none"> - ikä - sukupuoli - sairauden/oireen tyyppi - terveydentila
PSYKKISET TEKIJÄT
<ul style="list-style-type: none"> - käsitys omasta terveydentilasta - omat kokemukset - odotukset ja tarpeet - oppimistavat ja -valmiudet - motivaatio
SOSIAALISET TEKIJÄT
<ul style="list-style-type: none"> - kulttuurinen ja etninen tausta - uskonto - tukiverkosto

Hoidonohjauksessa ei voi keskittyä pelkästään tiedon antamiseen sairaudesta tai sen oireista. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon myös sairauden mukana tuomat huolet, yksilön voimavarat ja yksilölliset tarpeet (Sonninen ym. 2006, 18). Hyvällä ohjauksella tuetaan potilaan omien voimavarojen löytymistä ja sen myötä aktivoitumista oman tilanteen hallinnassa (Lipponen 2006, 22). Hoidonohjauksen onnistuneeseen lopputulokseen vaikuttavat hoitajan koulutus, vankka teoretieto, hyvät hoitokäytännöt ja tutkitun tiedon käyttö ohjauksessa. Hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot hälventävät epävarmuuden tunnetta, ahdistusta ja pelkoa. Hyvä ja riittävä hoidonohjaus tukee hoitoon sitoutumista ja siten edistää hoidon onnistumista. (Ohtonen 2006, 3.)

Ohjaustilanteessa tulisi muistaa yksilöllisyys. Jokainen ohjattava on erilainen ja omakasu asioita eri tahtiin ja eri tavalla. Lapsen ohjaaminen on erilaista kuin nuoren tai koko perheen ohjaaminen. Lapsen ohjaukseen osallistuu yleensä myös aikuinen huoltaja. Lapsen ohjauksessa on huolehdittava siitä, että lapsi ei jää ohjauksessa ulkopuoliseksi jos hän on ikänsä puolesta jo kykeneväinen ymmärtämään asioita. Ohjausta aloitettaessa tulee yhdessä huoltajan kanssa miettiä, minkä verran ohjausta voidaan antaa suoraan lapselle. Lapsen kohdalla on myös päätettävä, tiedotetaanko asiasta mm. päi-

väkotiin tai kouluun. Erityisen tärkeää on, että hoitaja välttää puheessaan ammattitermejä ja käyttää sellaista kieltä, että kuulija ymmärtää sen. (Kyngäs ym. 2007, 26–44.)

Ympäristöön liittyvät tekijät voivat myös joko tukea tai heikentää ohjaustilannetta (Kyngäs ym. 2007, 36). Ohjausympäristön eli fyysisen tilan on oltava sellainen, että siellä voidaan keskeytyksettä ja häiriöttömästi keskittyä ohjaustilanteeseen. Tilassa tulisi myös olla valmiina ohjaukseen tarvittavaa materiaalia. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.) Tilan tulee olla rauhallinen, turvallinen ja luottamusta herättävä. Lapset usein pelkäävät mm. neuloja ja pistämistä, joten lapsia ei tulisi ohjata huoneessa, jossa näitä toimenpidevälineitä säilytetään näkyvillä. (Kyngäs ym. 2007, 37.)

Suullisen ohjauksen lisäksi on hyvä olla tarjolla kirjallista tai visuaalista materiaalia. Esite, ohje tai opas sisältää yleensä hyvin perustiedot käsiteltävästä aiheesta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.) Kirjallisen ohjeen tulee olla kielellisesti ja sisällöllisesti selkeä ja ymmärrettävä, jotta asiakas voi tukeutua siihen ja tarkastaa tietoja itsenäisesti. Olisi myös hyvä, jos lapsille olisi tarjolla oma esite tai kirjanen aiheesta. Kirjallisen materiaalin mukana on hyvä antaa yhteystiedot, mihin voi ottaa yhteyttä, jos myöhemmin ilmenee vielä kysyttävää asiasta. Informaatiotekniikan jatkuvasti kehittyessä asiakkaat etsivät nykyään myös itse paljon tietoa. Asiakkaille onkin hyvä antaa tietoa myös luotettavista Internet-lähteistä (Kyngäs ym. 2007, 61, 124–127). Suomessa Ferring Lääkkeet Oy julkaisee mm. neuvoloissa ja lääkäreiden vastaanotolla jaettavaa Yökastelijan opas -lehtistä. Se ylläpitää myös asiasisällöltään luotettavaa yökasteluaiheista Internet-sivustoa www.yokastelu.net.

Hoidonohjauksella ja hoitohenkilöstön antamalla tuella on tärkeä rooli myös yökastelun hoidossa. Vastaanotolla lääkärin tai hoitajan on syytä huolellisesti perehtyä perheen tilanteeseen. Keskusteluun on varattava riittävästi aikaa, sillä kastelu on voinut huolettaa lasta ja vanhempia jo pitkään ja kysymyksiä on yleensä paljon. (Moilanen 1993, 28.) Asiakas aistii helposti hoitajan kiireen ja jättää tuolloin helposti kysymättä mieltään askarruttavat kysymykset (Kyngäs ym. 2007, 27). Hyvä ja luottamuksellinen lääkäri/hoitaja-potilassuhde on siis tärkeä osa yökastelijan hoitoa (Moilanen 1993, 28). Yökastelu on lapselle vakava oire ja mitä vanhemmaksi lapsi tulee, sitä ikävämältä oire tuntuu, ja sitä enemmän lapsi tai nuori kastelusta kärsii. Yökastelija tarvitsee tukea, ohjausta ja tietoa, jotta vaiva saadaan hoidettua ja välttytään kastelun aiheuttamilta psyykkisiltä ja sosiaalisilta ongelmilta. (Terho 2009, 13.) Asiallisen ja toden-

peräisen informaation avulla voidaan korjata virheellisiä käsityksiä yökastelusta ja helpottaa lapsen ja vanhempien syyllisyyden ja häpeän tunnetta. Hoidonohjauksessa tulee kertoa kastelun syistä, yleisyydestä ja perinnöllisyydestä sekä spontaanista paranemistaipumuksesta. Usein perheitä helpottaa tieto siitä, ettei lapsella ole mitään elimellistä tai psyykkistä sairautta kastelun taustalla. Ennen kaikkea yökastelijan hoidonohjauksessa tulee painottaa sitä, että lapsi ei kastele tahallaan eikä lapsen rankaiseminen auta kuivaksioppimisessa. (Terho 2002, 331.)

3.5 Lasten yökastelun hoito Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella

Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin kuuluu 11 jäsenkuntaa, joiden yhteenlaskettu väestömäärä on noin 110 000 asukasta (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2009). Näissä kunnissa yökastelijoita ja heidän perheitään hoidetaan ja ohjataan perusterveydenhuollon neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa sekä terveyskeskuksissa terveydenhoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla. Erikoissairaanhoitoa tarvitsevat yökastelijat hoidetaan Mikkelin keskussairaalan lastentautien poliklinikalla. Osassa kunnista hoito on keskitetty kokonaan Mikkeliin. Palveluista on säädetty erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989), terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä Etelä-Savon sairaanhoitopiirin terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelmassa (2010).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa perusterveydenhuollon työntekijöiltä yökastelijan hoidon hoitokäytäntöjä. Lomakehaastattelun ja teemahaastattelun avulla kerättiin tietoa yökastelijoiden määrästä ja yökastelijoille tehtävistä tutkimuksista perusterveydenhuollossa, lähetekäytännöstä erikoissairaanhoitoon, hoitajien valmiudesta ohjata yökastelijalapsia ja heidän perheitään sekä hoitajien mahdollisesta koulutustarpeesta. Lisäksi kysyttiin hoitoon käytettävien hälytinlaitteiden määrää ja riittävyyttä. Saatua tietoa voidaan hyödyntää mm. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaon selkeyttämisessä sekä hoitajien koulutuksen suunnittelussa. Lähtökohtana kartoitukselle olivat seuraavat kysymykset:

1. Mitkä ovat perusterveydenhuollon hoitokäytännöt yökastelijan hoidossa?
2. Mitä hoitomuotoja perusterveydenhuollossa käytetään yökastelijan hoidossa?
3. Millaista hoidon ohjausta perusterveydenhuollossa annetaan yökastelijalapselle ja hänen perheelleen?
4. Mitä kehittämisehdotuksia perusterveydenhuollossa on yökastelun hoitoa ajatellen?

Lomakehaastattelun kysymykset on kerrottu liitteessä 2.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu

Opinnäytetyön toteutuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja sen lähtökohdiana on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin tai totuuden löytymiseen tutkittavasta ilmiöstä eikä sen tarkoituksena ole hypoteesin tai teorian testaaminen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on osallistujan näkökulman ja toiminnan ymmärtäminen ja koetun todellisuuden kuvaaminen. (Hirsjärvi ym. 2007, 160; Tuomi & Sarajärvi 2002, 87; Vilkkä 2005, 97–98.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tärkeää on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Aineistosta pyritään löytämään käytössä olevia toimintatapoja, niiden samanlaisuuksia ja eroja. (Hirsjärvi ym. 2007, 160; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50.)

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valitaan yleensä silloin, kun tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa tai halutaan uusi näkökulma jo tutkittuun ilmiöön. Tyypillistä on, että aikaisempaa tutkimustietoa tutkittavasta ilmiöstä on vain vähän. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 35; Kylmä & Juvakka 2007, 22–31). Tutkimusmenetelmän valintaa tässä opinnäytetyössä puoltaa muun muassa se seikka, että yökastelijoiden hoitoa ei ole aikaisemmin kartoitettu Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista myös induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi. Päättelyssä aineistosta nostetaan esiin yksittäisiä tapauksia, jotka yhdistetään laajemmiksi kokonai-

suuksiksi ja tuloksena on kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–31).

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto kerätään avoimin menetelmin kuten haastattelemalla tai havainnoimalla, apuna voidaan käyttää myös lomakkeita tai erilaisia testejä (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulee painottaa tutkimusaineiston laatua eikä sen määrää. Haastateltavia tai muita osallistujia onkin yleensä vähän, mutta haastateltavaksi tulee valita ne henkilöt, joilla on eniten kokemusta tutkitavasta ilmiöstä. Yleensä haastattelut tuottavat paljon kirjoitettua aineistoa ja tästä syystä onkin hyvä kiinnittää huomiota myös aiheen rajaamiseen (Kylmä & Juvakka 2007, 26–27). Kun tutkimusaihe on selkeä, siitä on helppo jakaa tietoa ja haastateltavia tarvitaan vähemmän (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84–85). Tässä kartoituksessa keskityttiin ainoastaan yökastelijoiden hoitoon ongelman yleisyyden vuoksi. Lapsilla voi ilmetä myös päivä- tai sekakastelua sekä tuhrimista, mutta nämä ovat yökastelua harvinaisempia ja hoidoltaan erilaisia.

5.2 Aineistonkeruu

Eri haastattelumenetelmistä valittiin teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu. Teemahaastattelun apuna käytettiin lomaketta, josta kirjallisuudessa käytetään nimitystä lomakehaastattelu tai strukturoitu haastattelu. (Vilka 2005, 101.) Lomakehaastattelussa teemahaastattelun aiheiden pohjalta laadittiin avoimet kysymykset, joihin haastateltavat saivat vastata itsenäisesti ennen teemahaastattelua. Teemahaastattelussa kaikille yhteiset haastattelun aiheet eli teemat on valmiiksi mietitty, mutta tarkkoja kysymyksiä ei laadita ja aiheita voidaan käsitellä haastatteluissa eri järjestyksessä ja keskustelu on avointa ja joustavaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 203; Hirsjärvi & Hurme 2004, 47–48.) Koska etukäteen ei tiedetty, miten eri kunnissa hoidetaan yökastelijoita, haluttiin haastateltaville antaa mahdollisuus kertoa asiasta mahdollisemman vapaasti ja avoimesti. Valmis kyselylomake vastausvaihtoehtoineen olisi saattanut ohjata tai rajoittaa vastauksia tiettyyn suuntaan.

Haastattelu on hyvin joustava tutkimusmenetelmä, mutta sen käyttöön liittyy myös ongelmia. Haastattelun teko vaatii aikaa ja huolellista suunnittelua, ja haastattelijalta vaaditaan taitoa ja kokemusta. Haastattelu voi sisältää myös monia virhelähteitä, jotka voivat aiheutua niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin. Tilanne voi esim. jännit-

tää haastateltavaa tai hän ei ole täysin rehellinen vastauksissaan, vaan antaa mieluummin sosiaalisesti sopivia vastauksia. Haastattelijan osalta muun muassa kokemattomuus vaikuttaa haastattelun onnistumiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 34–35.) Teemahaastattelussa ei myöskään ole kyse mistä tahansa vapaamuotoisesta keskustelusta. Haastattelun tarkoituksena on kerätä mahdollisimman paljon merkityksellistä tietoa tutkittavasta aiheesta. Teemoja ei siis voi valita täysin vapaasti, vaan niiden tulee aina pohjautua tutkimuksen tarpeeseen ja tarkoitukseen. Haastattelutilanteessa haastattelijan on lisäksi huolehdittava, että keskustelu pysyy aiheessa eikä lähde rönsyilemään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78.) Tässä työssä haastatteluihin valmistauduttiin tutustumalla aiheeseen huolellisesti etukäteen. Teemojen toimivuutta ja aihepiirien järjestystä sekä haastattelun sujumista testattiin esihaastattelun avulla. Esihaastattelusta saatiin palautetta, jonka perusteella oli vielä mahdollista korjata laadittuja kysymyksiä. Esihaastattelusta saatiin myös käsitys haastatteluun tarvittavasta ajasta.

Teemahaastattelussa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti eli haastateltaviksi etsitään henkilöitä, joilla on mahdollisimman paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta asiasta (Hirsjärvi ym. 2007, 160; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83). Tässä kartoituksessa vastaajina oli eri kunnissa yökastelijoita hoitavat terveydenhoitajat tai lääkärit eli henkilöt, joilla on paras tieto ja kokemus käytännön hoitotyöstä. Alkuperäinen suunnitelma oli haastatella vain lastenneuvolassa tai kouluterveydenhuollossa työskenteleviä terveydenhoitajia. Osa teemahaastattelun kysymyksistä koski lääkärin työtä. Kysymykset haluttiin toimittaa valituille vastaajille jo etukäteen, jotta he tarvittaessa olisivat voineet tarkastaa vastauksen lääkäriltä. Terveydenhoitajat vastasivat kuitenkin sekä lomakehaastattelussa että henkilökohtaisessa haastattelussa esitettyihin kysymyksiin ainoastaan omasta näkökulmastaan. Kartoitukseen haluttiin kuitenkin myös lääkärin näkökulma, joten työn edetessä päädyttiin vielä haastattelemaan yhtä terveyskeskuslääkärinä, joka työssään hoitaa säännöllisesti myös yökastelijoita.

Opinnäytetyöhön haastateltiin lopulta kuutta terveydenhoitajaa ja yhtä terveyskeskuslääkärinä, jotka hoitavat yökastelijoita lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa sekä perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanotolla. Kaikki haastateltavat olivat eri kunnista ja työkokemusta heillä oli 4–27 vuotta. Lupahakemuksen (liite 3) yhteydessä johtavaa hoitajaa pyydettiin nimeämään haastatteluun parhaiten soveltuva henkilö kyseisessä kunnassa. Lupien myöntämisen jälkeen tehtiin esihaastattelu Mikkelin keskussairaalan lastentautien poliklinikalla. Esihaastattelun kysymykset oli toimitettu

etukäteen lastentautien poliklinikan hoitajille ja he olivat yhdessä miettineet vastauksia kysymyksiin. Esihaastattelussa 16.3.2012 haastateltiin yksi lastentautien poliklinikan hoitajista.

Esihaastattelun perusteella tehtyjen korjausten jälkeen lomakehaastattelun kysymykset (liite 2) lähetettiin postitse haastateltaville henkilöille. Kysymysten mukana oli saatekirje vastausohjeineen (liite 2) ja postimerkillä varustettu palautuskuori, jossa kirjalliset vastaukset pyydettiin palauttamaan. Haastattelun onnistumisen kannalta oli perusteltua antaa haastattelukysymykset ja teemat haastateltaville etukäteen nähtäväksi, jotta he voivat valmistautua haastatteluun. Kirjallisten vastausten palaututtua sovittiin jokaisen haastateltavan kanssa haastatteluajankohta tarkentavaa haastattelua varten. Osa haastatteluista tehtiin puhelinhaastatteluina ja osa henkilökohtaisesti haastateltavien työpaikoilla. Haastattelut toteutettiin ajalla 13.4.–10.5.2012 ja ne olivat kestoltaan 20–36 minuuttia.

Henkilökohtaisen haastattelun tarkoituksena oli lisätiedon kerääminen ja lomakehaastattelun vastausten tarkentaminen. Haastattelutilanteessa annettiin haastateltavan omin sanoin kertoa yökastelijan hoidosta ja pyrittiin olemaan kommentoimatta keskustelua liikaa. Mikäli keskustelu ei tuntunut etenevän tai se suuntautui pois aiheesta, johdateltiin keskustelua teemojen suuntaisesti ja lisäkysymysten avulla rohkaistiin haastateltavaa jatkamaan keskustelua. Suurin osa haastatteluista oli puhelinhaastatteluja, eikä paikan päällä tehdyissä haastatteluissakaan ollut nauhuria käytettävissä, joten keskusteluja ei voitu nauhoittaa. Vastaukset kirjoitettiin ylös haastattelun aikana ja haastattelun päätyttyä litterointi tehtiin välittömästi, jotta pystyttiin vielä palauttamaan mieleen nekin asiat ja tunnelmat, jotka jäivät kirjaamatta haastattelun yhteydessä. Litteroituja sivuja kertyi yhteensä 18 A4-liuskaa.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Kerätty haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä teemoittain (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63) eli haastatteluissa esiin tulleet asiat koottiin yhteen kysymyksittäin. Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, ja se voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti (Vilkkä 2005, 140). Tässä kartoituksessa analyysin perustana oli terveydenhoitajien ja lääkärin haastattelut. Aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus

on koota ilmiöstä sanallinen ja selkeä kuvaus. Sisällönanalyysin avulla aineisto tiivistetään selkeään muotoon, jotta sen perusteella voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–110.) Tutkimusongelmat tai tutkimuskysymykset ohjaavat tiivistämistä (Vilkkä 2005, 140).

Sisällönanalyysi on kolmivaiheinen ja siihen kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely tai teemoittelu sekä teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistetty aineisto ryhmitellään teemoittain uudeksi kokonaisuudeksi. Teemoittelun avulla tarkastellaan, mitä jokaisesta teemasta on sanottu ja mitä eroja ja yhtäläisyyksiä eri haastateltavien antamien vastausten välillä on. Tuloksena syntyy käsitteitä ja teoreettisia malleja, joiden avulla tutkittua ilmiötä voidaan tulkita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115; Vilkkä 2005, 140.) Tässä opinnäytetyössä haastateltavien antamia vastauksia tarkasteltiin teemoittain kysymys kerrallaan. Samaa tarkoittavat vastaukset yhdistettiin selkeiksi kokonaisuuksiksi. Kun kaikki vastaukset oli käsitelty, käytiin ne vielä huolellisesti läpi ja tarkastettiin, että mitään vastausta ei oltu unohdettu tai jätetty pois analyysistä. Samalla pyrittiin tarkastamaan, että haastateltavien sanomaa ei oltu vääristelty.

Aineistonkeruu saattaa tuottaa sellaisiakin kiinnostavia asioita, joita ei etukäteen osata odottaa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94). Tämä opinnäytetyön kohdalla haastatteluissa nousi esiin vanhempien huoli lapsesta ja yökastelun vaikutuksesta lapseen. Haastatellut kertoivat usein keskustelelevansa tästä aiheesta vanhempien kanssa ohjaustilanteessa. Vaikka tämä työ käsittelee hoitohenkilökunnan näkemystä lasten yökastelun hoidosta, ei tätä uutta esiin noussutta aihetta haluttu rajata pois analyysistä. Vanhempien kanssa keskustelu on tärkeä osa yökastelun hoidon ohjaustyötä ja tämä asia koettiin niin tärkeäksi, että se haluttiin ottaa mukaan opinnäytetyöhön.

6 TULOKSET

Seuraavana tulokset kuvataan teemojen mukaisesti. Perusterveydenhuollon hoitokäytäntöjä kartoittavat kysymykset on eritelty tuloksissa selkeyden vuoksi. Yökastelun hoitomuotoja, hoidonohjausta ja hoitoon liittyviä kehittämisehdotuksia kuvaavat tulokset on kuvattu teemoittain jokainen omana kokonaisuutenaan. Vastaajien määrä oli seitsemän (n=7).

6.1 Vastaanotolla käyvien yökastelijoiden määrä vuosittain

Kunnan asukasluvusta ja neuvolan asiakasmäärästä riippuen yökastelijoiden määrä haastateltujen terveydenhoitajien vastaanotolla oli 1–30 vuosittain. Ajanvarauksen kautta lääkärin vastaanotolla käy yökastelijoita noin yksi lapsi kahdessa viikossa. Haastatellut kertoivat, että myös muiden hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla käy yökastelijoita, joten todellisuudessa vastaanotolla käyvien yökastelijoiden määrä on siis vieläkin suurempi. Enemmistö yökastelijoista on alle kouluikäisiä, mutta koulu-terveydenhoitajien ja lääkärin vastaanotolla käy ajoittain myös koululaisia, joilla on edelleen yökasteluongelmaa. Useimmiten nämä koululaiset ovat 1. ja 2. -luokkalaisia, joskus vielä 4.-luokkalaisiakin. Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että enemmistö yökastelijoista on poikia, mutta tarkkaa tilastoa heillä ei ollut käytössä.

”...ehkä enemmän poikia kuin tyttöjä, 5–vuotiaita ja sitä vanhempia...”

”Vaikea arvioida tarkalleen paljonko lapsia käy, minulla vuosittain 2–3 neuvolassa ja pari koululla, varsinkin ekaluokkalaisia, on niitä neljäsluokkalaisiakin. Meitä on neljä hoitajaa täällä, jokaisella käy kastelijoita suunnilleen saman verran”

”Joka vuosi yökastelijoita käy vaikka vähän lapsia täällä on, tyttöjä ja poikia, yleensä 5–6 –vuotiaita.”

6.2 Henkilökunnan työnjako

Yökastelijan hoitoon osallistuu pääsääntöisesti sekä terveydenhoitaja että lääkäri. Tehtäväjako (taulukko 4) on hyvin samansuuntainen kaikissa kunnissa. Terveydenhoitajalla on tärkeä rooli nimenomaan hoidonohjauksessa. Lääkärin vastuulla ovat erityisesti kaikki lääkehoitoon liittyvät seikat, varsinkin huolellinen lääkehoidon ohjaus. Lääkäri tekee myös kliinisen tutkimuksen ja tarvittaessa tutkimusmääräykset. Terveydenhoitajan vastaanotolla yökastelu otetaan puheeksi lapsen 4- ja 5-vuotistarkastuksessa. Tarkemmin asiaan paneudutaan vasta lapsen täytettyä viisi vuotta. Terveydenhoitaja kertoo perusasioita yökastelusta ja sen hoidosta ja varaa tarvittaessa ajan lääkärin vastaanotolle. Terveydenhoitaja myös haastattelee vanhempia ja yhdessä perheen kanssa mietitään, mikä olisi juuri heille sopivin hoitomuoto. Näitä asioita

kerrataan vielä lääkärin vastaanotolla. Terveydenhoitajan vastuulla on lisäksi hälytinhoidon huolellinen ohjaus ja käytön demonstrointi.

”Lääkärin kautta kaikki lääkehoitoon liittyvät asiat, varsinkin tarkka ohjaus.”

”Neuvolassa keskustellaan asiasta, kerrotaan yleisiä asioita kastelusta, kerrotaan hoitomuodoista ja etuuksista.”

”Kaikki hälytinhoitoon liittyvät asiat hoitajan kautta, kaikki lääkehoitoon liittyvät asiat hoidetaan lääkärin vastaanotolla.”

Kunnan lääkäritilanne voi vaikuttaa myös työnjakoon. Pienessä kunnassa lääkäri saattaa vaihtua usein ja jokaisella lääkäriellä voi olla oma hoitolinjaus yökastelijoiden suhteen, jolloin työnjakokin terveydenhoitajan ja lääkärin välillä on joka kerta erilainen.

”Lääkäri vaihtuu usein ja eri lääkäreillä on erilainen käytäntö hoidon suhteen, hankalaahan se on...”

TAULUKKO 4. Terveydenhoitajan ja lääkärin tehtävät yökastelijan hoidossa

TERVEYDENHOITAJAN TEHTÄVÄT	LÄÄKÄRIN TEHTÄVÄT
<ul style="list-style-type: none"> - asiasta keskustelu 4- ja 5-vuotistarkastuksessa - vanhempien ja lapsen haastattelu - vanhempien ja lapsen ohjaaminen - eri hoitomuodoista kertominen - hälytinhoidon ohjaus ja demonstraatio - Kelan hoitotuesta kertominen - kastelupäiväkirjan käytön opastus - hoidon seuranta 	<ul style="list-style-type: none"> - kliininen tutkimus - lääkehoitoon liittyvät asiat - tutkimusmääräykset - lähete erikoissairaanhoidon - hoidonohjaus ja seuranta

6.3 Yökastelijalle tehtävät perustutkimukset

Yökastelijan perustutkimuksiin (taulukko 5) kuuluvat huolellinen anamneesi ja haastattelu, lääkärin tekemä kliininen tutkimus sekä tietyin kriteerein virtsanäytteen ottaminen. Kaikki haastattelut painottivat erityisesti huolellisen haastattelun merkitystä yökastelijan hoidossa. Useimmiten haastattelun tekee terveydenhoitaja ensitapaamisella, mutta myös lääkäri kertoo vielä samoja asioita. Haastattelulla halutaan varmis-

taa, että kyseessä on nimenomaan primääri yökastelu, joka hyvin voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa. Haastattelun avulla halutaan myös selvittää, mitä perhe toivoo hoidolta: täysin kuiva lapsi vai edes helpotusta tilanteeseen.

”...yleensä th haastattelee anamneesin, lääkäri palaa vielä asiaan...”

”Haastatellaan perhettä, kysellään perheen tilanteesta, stressitekijöistä, sukuanamneesista, juomatottumuksista, iltarutiineista ja sellasista...”

Lapsen pissaamistapojen selvittäminen on tärkeää oikean hoidon varmistamiseksi. Jos lapsi käy useita kertoja päivässä pissalla, kyse on todennäköisemmin yliaktiivisesta rakosta kuin yökastelusta, jolloin lapselle tulee opettaa oikeat pissaamistavat.

”Vastaanotolla varmistetaan, että on kyse primääristä yökastelusta eikä vaikka yliaktiivisesta rakosta, jolloin ryhdytään rakkokoulutukseen.”

Mitään laboratoriokokeita ei tehdä järjestelmällisesti kaikille yökastelijoille. Virtsanäyte (PLV) on tutkimuksista yleisin, mutta tämäkin otetaan vain harkiten. Jos lapsi on kastellut aina eikä siis ole missä vaiheessa oppinut kuivaksi, ei ole tarkoituksenmukaista ottaa virtsanäytettä. Jos lapsi taas on jo oppinut kuivaksi ja kastelu alkaa uudestaan, virtsanäytteellä pois suljetaan virtsatietulehduksen mahdollisuus.

”Mitään ehdotonta lab-tutkimusta ei tehdä, PLV yleisin jos katsotaan tarpeelliseksi.”

”...kokeet periaatteella 'aina', mutta näin ei käytännössä ole...”

TAULUKKO 5. Yökastelijalle tehtävät perustutkimukset

ANAMNEESI/HAASTATTELU
<ul style="list-style-type: none"> - lapsen kasvu ja kehitys - lapsen nykyinen terveys - lapsen perussairaudet - muut oireet: päiväkastelu, ummetus, tuhriminen, virtsatieinfektiot - kasteluoireet: kuinka usein ja kuinka paljon kerrallaan lapsi kastelee - pissaamistavat: kuinka usein lapsi käy wc:ssä, tyhjeneekö rakko kunnolla - lapsen iltarutiinit: iltapala, nukkumaanmeno - lapsen juomistottumukset - perheen tilanne: stressitekijät - sukuanamneesi: onko suvussa muilla ollut kastelua - kastelun vaikutus lapsen ja perheen arkeen - mitä perhe toivoo hoidolta
KLIININEN TUTKIMUS
<ul style="list-style-type: none"> - vatsan palpointi - tuseeraus - verenpaine - ulkoisten genitaalien tarkastus - ryhti
LABORATORIOKOKKEET
<ul style="list-style-type: none"> - PLV: ainoastaan jos oireita tai lapsi alkanut uudelleen kastella

6.4 Lisätutkimukset ja lähetekäytäntö erikoissairaanhoidon

Haastatteluista kävi ilmi, että primääri yökastelu voidaan hyvin hoitaa perusterveydenhuollossa. Jos lapsella on selkeästi muitakin oireita tai ilmenee lisätutkimusten tarvetta, kirjoitetaan lähete erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollossa harvoin siis tehdään mitään lisätutkimuksia. Satunnaisesti voidaan ottaa verikokeita (La, CRP, PVK), mutta pääsääntöisesti lisätutkimukset tehdään erikoissairanhoidossa. Lisätutkimusten perusteet olivat siis samalla peruste erikoissairanhoidon läheteeseen.

”jos muita tutkimuksia tarvitaan, niin kirjoitetaan lähete lastenpolille...”

”Täällä ei tehdä mitään lisätutkimuksia perusterveydenhuollossa.”

”Jos on kyse pelkästä yökastelusta, hyvin voidaan hoitaa täällä (perusterveydenhuolto), muuten lähetetään erikoissairaanhoidon.”

Lähetete erikoissairaanhoidoon tehdään aina, kun kyseessä on muu kuin primääri yökastelu. Tällöin lapsella voi terveydenhoitajien mukaan olla yökastelun lisäksi päiväkastelua tai ummetusta, psyykkisiä oireita, allergioita tai muita sairauksia. Kyseessä voi olla myös on erityislapsi tai lapsella epäillään rakennevikaa. Lähetete tehdään myös silloin, kun on kyse vaikeasta yökastelusta ja mikään kokeiltu hoitomuoto ei ole auttanut tai jos jo pitkään kuivana ollut lapsi alkaa kastella uudestaan. Lähetete tehdään herkästi myös silloin, jos perheessä on sosiaalisia ongelmia, kyseessä on pakolaislapsi tai jos kyseessä on jo vanhempi lapsi. Joskus myös vanhempien toiveesta voidaan kirjoittaa lähete erikoissairaanhoidoon. Niissä neuvoloissa, joissa ei ole omaa kasteluhälytintä, tehdään lähete erikoissairaanhoidoon myös siinä tapauksessa, että perhe valitsee hälytinhoidon yökastelun hoitomuodoksi.

”monimutkaiset tapaukset, jos myös muita oireita ja myös päiväkastelua, usein erityislapsille ja jos ummetusta...”

”jos jotain poikkeavaa tai jos mikään hoito ei tuota mitään vastetta...”

”Lähetete tehdään jos perhe toivoo hälytinhoitoa kun meillä ei sitä omaa hälytintä ole.”

Haastatellut kokivat, että vaikka lähetteitä ei tehdäkään kovin usein, erikoissairaanhoidoa kuitenkin ehdottomasti tarvitaan. Perusasiat pystytään hyvin hoitamaan perusterveydenhuollossa, mutta kaikki epäselvät ja moniongelmaiset tapaukset tulisi hoitaa erikoissairaanhoidossa. Terveystenhoitajat arvelivat, että erikoissairaanhoidossa hoidon jatkuvuus olisi parempi, sillä pienissä kunnissa hoitava lääkäri vaihtuu usein, mutta erikoissairaanhoidossa olisi yleensä sama lääkäri. Hoitajien mukaan osa vanhemmista kokee kastelun suureksi ongelmaksi ja he saivat paremmin tukea erikoissairaanhoidosta.

”Erikoissairaanhoidoa tarvitaan ehdottomasti hankalampien tapausten hoitoon, ne saa siltä hyvän hoidon.”

”Oma näkemys on, että selkeät yökastelijat voidaan hyvin hoitaa perusterveydenhuollossa, mutta kaikki epäselvät tapaukset kuuluu erikoissairaanhoidoon.”

6.5 Yökastelijoiden käyntien määrä vastaanotolla

Yökastelijoiden käyntien määrä hoitajan tai lääkärin vastaanotolla vaihtelee yksilöllisesti ja kastelun vaikeudesta riippuen. Pääsääntöisesti perhe tapaa terveydenhoitajan ja lääkärin kerran. Tuolloin tehdään perustutkimukset ja keskustellaan hoitovaihtoehdoista ja perhe saa ohjausta yökasteluun liittyvistä seikoista. Jos lapselle aloitetaan hoitokokeilu, jatkossa ei aina tarvitse tulla vastaanotolle. Kontrollit hoidetaan usein puhelimitse, sillä kliinistä tutkimusta ei tarvitse joka kerta tehdä uudestaan. Sovittujen kontrollien välissä vanhemmat soittavat usein hoitajalle kysyäksään neuvoa ja kertovat hoitovasteesta. Jos lapsi hoidon avulla oppii kuivaksi, mutta alkaa jossain vaiheessa kastella uudestaan, varataan jälleen aika lääkärille ja kontrollit hoidetaan tämän jälkeen taas puhelimitse. Jos lapsen yökastelu on vaikeaa ja jatkuu pitkään hoidosta huolimatta, lääkärin tai hoitajan vastaanotolla käydään useammin. Käyntien määrä vaihtelee yhdestä neljään neuvolasta ja hoitavasta lääkäristä riippuen. Kelan myöntämän hoitotuen saaminen edellyttää lääkärintodistusta aina tietyin väliajoin. Tämä säätelee kontrollikäyntien määrää ja tiheyttä, mutta hoitajien mukaan nykyään nämäkin kontrollit voidaan hoitaa hyvin puhelimitse.

”Th kerran ja lääkäri kerran, sen jälkeen asiat hoidetaan yleensä puhelimitse kun kaikki tutkimuksetkin on jo tehty.”

”lääkärissä 1–3 kertaa, hoitajan vastaanotolla 1 kerta, lääkärille puhelinaika 1–2 kertaa, hoitajalle soittoaika 1-3 kertaa...”

”Kela haluaa todistuksen hoidosta tietyin väliajoin, mutta tähänkin riittää puhelinaika.”

Lääkehoidon aloittamisen jälkeen ensimmäinen puhelinaika on 2–4 viikon kuluttua, jolloin kontrolloidaan hoidon vaste. Jos lääke on auttanut, lääkehoitoa jatketaan lääkärin antamien ohjeiden mukaisesti. Jos lääke ei ole auttanut, hoito joko lopetetaan ja yritetään uudestaan 6–12 kuukauden kuluttua tai lääkehoitoon yhdistetään hälytinhoito. Lääkehoidon kontrollit hoidetaan lääkärin kautta. Jos lapselle on aloitettu hälytinhoito, ensimmäinen puhelinaika terveydenhoitajalle on noin 4–6 kuukauden kuluttua hoidon aloittamisesta. Tuolloin kontrolloidaan hoidon vaste ja keskustellaan jatkosta.

Jos hälytinhoito ei ole tehonnut, siihen voidaan yhdistää lääkehoito tai lopettaa kokeilu ja yrittää uudestaan 6–12 kuukauden kuluttua. Vaihtoehtoista keskustellaan aina vanhempien kanssa ja mietitään yhdessä, miten hoitoa kannattaa jatkaa.

”Jos hoito tepsii, hälyttimen palautus ja vielä käynti th:n luona ja jos ongelma palaa, varataan aika taas lääkäriin.”

6.6 Hoitomuodot

Kaikki haastatellut kertoivat, että lapsen vanhemmat lopulta päättävät itse, mitä hoitomuotoa haluavat lähteä lapselle kokeilemaan. Vanhempien kanssa keskustellaan kaikista eri hoitovaihtoehtoista ja suositusten mukaisesti ensimmäiseksi hoitomuodoksi suositellaan hälytinhoitoa. Vanhempien toive ja perheen tilanne kuitenkin ratkaisevat hoitomuodon valinnan.

”Vanhemmat pitkälti päättää, mitä hoitoa haluavat lähetä kokeilemaan.”

”Vanhempien toive ratkaisee paljon...”

”Vanhempien kanssa keskustellaan eri vaihtoehtoista, vanhempia kuunnellaan valinnassa, usein vanhemmat viimekädessä päättää mitä hoitoa haluavat kokeilla.”

Hoitajien mukaan useat vanhemmat kokevat hälytinhoidon hankalaksi. Varsinkin jos perheessä on pienempiä sisarusia, jotka herättävät vielä öisin, koetaan hälytinhoito raskaaksi siitä johtuvien ylimääräisten yöheräämisten vuoksi. Osa lapsista myös pelkää hälyttimen kovaa ääntä. Perhe saattaa kuitenkin ensin kokeilla hälytinhoitoa, mutta jos he kokevat sen raskaaksi tai hankalaksi, haluavat he usein kokeilla toista vaihtoehtoa. Monet vanhemmat ovat pettyneitä hälytinhoidon hitaaseen vasteeseen ja luopuvat sen vuoksi hälytinhoidosta.

”Hälytin koetaan hankalaksi, vanhemmat joutuu heräämään monta kertaa yössä ja vanhemmat väsy.”

”Osa vanhemmista kokee hälyttimen hankalaksi ja keskeyttää hoidon, lapsi saattaa pelätä hälyttimen ääntä.”

”Osa vanhemmista ollut pettyneitä hälyttimeen, koska vaste hidas ja hankala muun perheen takia.”

Terveystenhoitajien mukaan vanhempien suhtautuminen lääkehoitoon vaihtelee suuresti. Lääkehoito koetaan toisaalta helpoksi vaihtoehdoksi yökastelun hoidossa. Toisaalta vanhemmat ovat huolissaan lääkityksen aloittamisesta pienelle lapselle. Vanhemmat kaipaavatkin paljon tietoa lääkkeestä ja lääkehoidosta, lääkkeen turvallisuudesta ja sen mahdollisista haittavaikutuksista. Asiantuntijan mukaan mitään ehdotonta vasta-aihetta lääkehoidon aloittamiselle ei ole. Lääkkeen korkea hinta saattaa kuitenkin vaikuttaa siihen, että vanhemmat eivät halua aloittaa lääkitystä yökastelun hoitoon.

”Lääkkeestä kysellään paljon, toisia arveluttaa lääkkeen antaminen omalle lapselle, onko siitä haittavaikutuksia, mitä lääke on, onko se turvallista.”

”Vanhemmat haluaa lääkityksen sen helppouden takia.”

”Osa vanhemmista hyvin lääkekielteisiä, toiset haluaa ehdottomasti lääkkeen.”

”Olen huomannut, että ’hormonihoidosta’ ei kannata puhua, silloin vanhemmat kyllä pelästyy.”

”kallis lääke, osalla vaikuttaa valintaan ja hoidon kestoon...”

Varsinkin pienempien lasten kohdalla vanhemmat voivat vielä jäädä seuraamaan tilanteen kehittymistä eivätkä halua aloittaa mitään hoitoa lapselle. Näin etenkin silloin jos perheessä on muillakin lapsilla ollut yökastelua ja asia on sitä kautta vanhemmille entuudestaan tuttu. Jos kastelu kuitenkin edelleen jatkuu, vanhemmat kyllä mielellään lopulta aloittavat hoidon. Osa hoitajista kertookin, että he suosittelivat hoidon aloittamista viimeistään esikouluikäisille lapsille, jotta lapsi mahdollisesti oppisi kuivaksi ennen koulun aloitusta ja sosiaaliset paineet eivät muodostuisi liian koviksi.

”Osa vanhemmista ehdottoman luomuja eivätkä halua kokeilla mitään hoitoja.”

”Suositellaan kuitenkin hoidon aloitusta ennen eskaria, sosiaaliset paineet ja ongelmat kyllä tulee jo silloin esiin ja lapsi oppisi kuivaksi ennen koulun aloitusta.”

”Jos perheessä toisilla lapsilla ollut kastelua, vanhemmat saattavat herkemmin jäädä seuraamaan tilannetta ja odottamaan, että aika hoitaa.”

Haastatelluilla ei ollut käytössään tarkkaa tilastoa perheiden valitsemista yökastelun hoitomuodoista ja niiden välisestä suhteesta. Suurin osa haastatelluista arveli kuitenkin lääkehoidon olevan nykyään hälytinhoitoa suositumpi ja yleisempi hoitomuoto. Nimenomaan lääkehoidon helppous vaikuttaa sen valintaan. Yhdistelmähoiton käyttö vaihteli suuresti paikkakunnittain, toisissa sitä ei käytetty juuri lainkaan, toisissa se oli hyvin yleinen.

”Nykyisin lääkehoitoa toivotaan enemmän.”

”50-50 ehkä kuitenkin enemmän lääkehoitoa.”

”se lääkehoito on niin helppo...”

”yhdistelmähoito harvinainen...”

Hälytinlaitteita neuvoloissa tai terveyskeskuksissa on käytävissä 0–25 kappaletta asiakasmäärästä ja hälyttimien tarpeesta riippuen. Niissä neuvoloissa, joissa on käytössä oma kasteluhälytin, koettiin, että hälyttimien määrä on riittävä heidän tarpeisiinsa. Hälyttimet ovat säännöllisesti käytössä, laina-aika hälyttimelle on keskimäärin kolme kuukautta. Ajoittain hälytintä joutuu hieman jonottamaan ja perheitä täytyy muistuttaa hälyttimen palauttamisesta, mutta suuria ongelmia näistä ei koidu. Jos lapsella on hankala yökastelu, ja hälyttimen laina-aika on normaalia pitempi, voidaan jonoa purkaa lainaamalla hälytin erikoissairaanhoidosta. Hälyttimen lainaaminen on perheille maksutonta, mutta laitteeseen tarvittavat lakanat perheen täytyy hankkia itse.

”Hälyttimet on kyllä ahkerassa käytössä, jonoakin muodostuu ja välillä pitää soittaa vanhemmille ja pyytää palauttamaan.”

”Hälyttimet ovat kyllä käytössä, välillä molemmat kaapissa, välillä joutuu jonotamaan, joskus jopa lainataan alakoululle.”

”Joskus joutuu lainaamaan hälyttimen erikoissairaanhoidosta jos joutuu muuten odottamaan pitkään.”

Kahdessa neuvolassa ei ollut lainkaan käytössä omia hälyttimiä. Näissä kohteissa perheet saavat hälyttimen tarvittaessa lainaan erikoissairaanhoidosta ja käytäntö on koettu toimivaksi. Toinen kohteista ei ole kokenut tarvetta oman hälyttimen hankkimiselle, toisessa asiaa on kuitenkin jo harkittu. Toisessa näistä neuvoloista koetaan, että hälyttimen puute vaikuttaa jonkin verran hoitomuodon tarjoamiseen. Toisessa neuvolassa puolestaan hälyttimen puuttuminen ei vaikuta siihen, etteikö hälytinhoitoa tarjottaisi perheille.

”Emme ole kokeneet tarvetta hankkia omaa hälytintä, näin on hyvin toiminut (lainaus erikoissairaanhoidosta).”

”Harkinnassa hälyttimen hankkiminen, ja ollaan mietitty millainen laite olisi hyvä mutta vielä asia mietintäasteella.”

”Hälyttimen puuttuminen ei vaikuta siihen etteikö sitä tarjottaisi hoitomuodoksi.”

”Koska hälytintä ei ole, ei sitä oikein tarjotakaan.”

6.7 Hoidonohjaus

Kaikki haastatellut kokevat hoidonohjauksen erittäin tärkeäksi osaksi yökastelun hoitoa. Yökastelu otetaan puheeksi ensimmäisen kerran 4-vuotistarkastuksessa. Tämän jälkeen hoidonohjausta annetaan tarvittaessa jokaisella käynnillä niin neuvolassa kuin terveyskeskuksessakin lääkärin tai hoitajan vastaanotolla. Perheet tapaavat terveydenhoitajan useammin kuin lääkärin, ja hoitaja kokevatkin, että ohjaaminen on enemmän heidän vastuullaan. Osa haastateltavista kertoi heillä käytössä olevasta kaavakkeesta,

jonka pohjalta neuvolan terveystarkastus etenee. Kaavakkeessa kysytään myös kaste-
lusta. Hoitajat kokivat, että kaavake helpottaa aran asian puheeksi ottamista.

”terveydenhoitaja ja lääkäri ohjaa, lääkäri varsinkin lääkeasiat...”

*”Aina (ohjataan) kun asia tulee puheeksi, joka vastaanottokäynnillä neuvolassa
tai koululla.”*

*”Joskus vanhempien hankala puhua asiasta, arka aihe joillekin, kaavake helpot-
taa asian esille ottamista.”*

Lähtökohtaisesti hoidonohjaus on tarkoitettu koko perheelle, mutta käytännössä ohja-
usta annetaan yleensä vanhemmille sekä varsinkin isommille lapsille itselleen. Pie-
nemmat lapset ovat yleensä mukana ohjaustilanteessa ja heidät pyritään huomioimaan
ikätonsä mukaisesti. Hälytinhoidon ohjaus ja demonstrointi pyritään antamaan koko
perheelle, jotta lapsetkin tietäisivät, mistä hoidossa on kyse. Jos lapsi on ilta- tai yö-
hoidossa, kehoitetaan vanhempia kertomaan yökastelusta ja sen hoidosta myös lapsen
hoitajille. Ohjaus on sekä suullista että kirjallista. Kaikilla hoitajilla on käytössään
Ferring Lääkkeet Oy:n julkaisema Yökastelijan opas -esite, mikä annetaan myös van-
hemmille mukaan kotiin. Monet hoitajat myös antavat tietoa yökastelusta kertovista
luotettavista Intervet-sivuista, mm. www.yokastelu.net.

”(ohjausta annetaan) vanhemmille ja isommalle lapselle itselleen...”

*”(ohjausta annetaan) vanhemmilla ja lapselle yhdessä, sisaruksetkin voi tulla
mukaan...”*

*”Hälytinhoito pyritään ohjaamaan koko perheelle tai ainakin pyydetään, että
vanhemmat näyttää kotona hälyttimen toiminnan muillekin, jotta lapset eivät
pelkäisi hälyttimen kovaa ääntä.”*

Haastateltujen hoitajien ja lääkärin mukaan myös vanhemmat kokevat hoidonohjauk-
sen erittäin tärkeäksi. Vastaanotolla vanhemmat saavat keskustella asiasta luottamuk-
sellisesti ja purkaa huoltaan. Eniten vanhemmat ovat huolissaan yökastelun vaikutuk-
sesta lapsen itsetuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin. Monilla vanhemmilla on itsellään

ollut yökastelua lapsena ja he muistavat kuinka harmillista se oli. Vanhemmat toivovat, että oma lapsi selviäisi helpommalla kuin he itse aikoinaan. Vanhemmat ovat helpottuneita, kun hoitomuodot ovat nykyään kehittyneempiä ja vaihtoehtoja on enemmän tarjolla. Hoitajien mukaan vanhemmat kokevat, että suhtautuminen yökasteluun on nykyään luonnollisempaa eikä asiaa tarvitse enää niin hävetä.

”Vanhemmat kokee vastaanoton tärkeäksi, saavat keskustella ja purkaa huoltaan.”

”Enää asiaa ei niinkään hävetä, halutaan kuitenkin hoitaa ja ollaan tyytyväisiä kun on eri vaihtoehtoja.”

”Monilla muistissa oma lapsuudenaikainen kastelu ja toivovat, että hoito olisi nykyään tehokkaampaa ja että oma lapsi pääsisi vähemmällä.”

”Moni vanhempi miettii, miten se (kastelu) vaikuttaa kaverisuhteisiin, yökyläilyihin ja lapsen itsetuntoon.”

Kaikille vanhemmille yökastelu ei ole entuudestaan tuttua ja asiasta puhuminen voi olla vaikeampaa. Nämä vanhemmat ovat haastateltujen mukaan enemmän huolissaan asiasta ja pelkäävät, että lapsella on jokin elimellinen vika tai sairaus. Vanhemmat ovat helpottuneita kuullessaan, että kyse on varsin tavallisesta vaivasta ja että hoitoa on mahdollista saada. Toisaalta monet vanhemmat ovat hyvin valveutuneita ja ovat itse etsineet paljon tietoa mm. Internetistä. Terveystieteiden vastuuhoitajan vastaanotolla vanhemmat haluavat vielä varmistaa löytämänsä tiedon todenperäisyyden ja hoitajan tehtävänä onkin tuolloin kertoa faktat ja oikoa erilaisia uskomuksia ja käsityksiä.

”Vanhemmat ovat huolissaan, onko kastelu normaalia, tavallista, onko lapsessa jokin elimellinen vika.”

”monille arka asia, josta vaikea puhua, perhe helpottunut kun neuvola auttaa...”

”Neuvolassa vanhemmat haluaa vielä varmistaa, että heidän löytämänsä tietoa on oikeaa, ja minun (th) roolini on vahvistaa tiedot oikeiksi ja korjata väärät uskomukset, keskustelupalstoille ei pitäisi mennä ollenkaan.”

”Ehdottomasti korostetaan sekä vanhemmille että lapselle, että kastelu ei ole lapsen syytä, hän ei tee sitä tahallaan, eikä lasta missään nimessä saa rangaista kastelusta.”

Taulukossa 6 on kuvattuna niitä asioita, joita haastatellut kertoivat käyvänsä läpi vanhempien kanssa ohjaustilanteissa.

TAULUKKO 6. Hoidonohjauksessa käsiteltäviä asioita

Anamneesi	- ks. taulukko 5
Yleistä yökastelusta	- esiintyvyys - kyse kehitysviiveestä, ei sairaudesta - harvoin elimellinen vika - perinnöllisyys/esiintyvyys suvuittain - lapsi ei kastele tahallaan eikä lasta missään nimessä saa syyllistää/rangaista asiasta - usein helpottaa ajan kuluessa - vaippaa voi hyvin käyttää öitä helpottamaan
Psyykkiset tekijät	- kastelu ei ole psyykkistä - kastelu voi kuitenkin aiheuttaa psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, sen vuoksi hoitoa suositellaan varsinkin vanhemmille lapsille
Hoitovaihtoehdot ja niiden käytänteet	- hälytinhoito - lääkehoito - yhdistelmähoito - seuranta
Lääkehoidon ohjaus (Lääkäri ohjaa)	- juomarajoitukset lääkkeenoton yhteydessä - milloin ja miten lääke otetaan - lääkeannokset - toiminta sairaana ollessa - vasteen ilmeneminen - hoito mahdollista uusina myöhemmin, jos vastetta ei ilmene
Hälytinhoidon ohjaus	- demonstrointi vanhemmille ja lapselle - lakanoiden osto, yhteystiedot - lakanoiden ja hälyttimen hoito-ohjeet - hoitovasteen ilmeneminen
Kelan hoitotuki	- seuranta ja kastelupäiväkirjan pitäminen - tarvittavat lääkärintodistukset
Lisätietoja kastelusta	- luotettavat Internet-sivustot - Yökastelijan opas -esite

6.8 Kehittämisehdotukset ja koulutustarve

Yökastelun hoidon kehittämisehdotuksina mainittiin hoitopolun laatiminen ja työnjaon määrittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Perusterveydenhuollossa koetaan, että siellä pystytään hyvin hoitamaan primääristä yökastelusta kärsivät lapset ja heidän hoitonsa koetaan myös kuuluvaksi nimenomaan perusterveydenhuollon tehtäviin. Selkeän hoitopolun laatiminen kuitenkin selkeyttäisi hoitajien mukaan tehtäväjakoja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Jos perusterveydenhuollossa olisi asian- ja ajanmukainen tieto yökastelun hoidosta, lapset voitaisiin hoitaa perusterveydenhuollossa pidemmälle, eikä siten rasitettaisi erikoissairaanhoidoa. Perusterveydenhuoltoon toivottiin myös vastuulääkäreitä, jotka hoitaisi yökastelulapset, nyt eri lääkäreillä voi olla erilaiset hoitolinjaukset. Hoitaja-lääkäri – työpari koettiin myös tärkeäksi asiaksi yökastelun hoidossa. Tuolloin hoito olisi hoitajien mukaan laadukasta, asiakaslähtöistä ja motivoivaa. Osa hoitajista toivoi myös pääsevänsä tutustumaan erikoissairaanhoidon, miten siellä hoidetaan ja ohjataan yökastelijoita.

”Vastuulääkäri perusterveydenhuoltoon, eri lääkäreillä eri linjaukset.”

”hoitopolku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä...”

”Jos olisi asianmukaista tietoa, voitaisiin paremmin hoitaa ja näin kuormitettaisiin erikoissairaanhoidoa vähemmän ja siellä jäisi aikaa muiden (isompien) asioiden hoitoon.”

Koulutuksen osalta toivottiin perusasioiden kertausta ja uusimpien suuntausten esittelyä aina muutaman vuoden välein. Toivottiin myös, että samalla käytäisiin läpi työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitohenkilökunta vaihtuu usein neuvoloissa ja terveyskeskuksissa ja senkin vuoksi kertausta toivottiin aina muutaman vuoden välein. Lääke-esittelijät käyvät kertomassa kuulumisistaan säännöllisesti, mutta esimerkiksi lastenlääkärin luentoa hoitosuosituksista kaivattiin kovasti. Markkinoille on myös tullut uusia, pieniä kasteluhälyttimiä, jotka kiinnostaisivat hoitajia.

”uudet tuulet aina muutaman vuoden välein...”

”Neuvolahenkilökunta vaihtuu ja tarvitaan uutta tietoa ja kertausta aiheesta.”

”Ajantasaista tietoa esim. uusista pienistä hälyttimistä, samoin hoitosuunnauksista.”

”lastenlääkärin luento yökastelusta...”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimusprosessin tarkastelua

Lomakehaastattelun ja teemahaastattelun yhdistäminen soveltui hyvin aineistonkeruun menetelmäksi. Kaikki haastatellut osallistuivat mielellään kartoituksen tekoon ja kertoivat avoimesti ja aidosti yökastelijoiden hoidosta omalla alueellaan. Haastateltavat myös kokivat aiheen tärkeäksi. Ennakkoon toimitettu haastattelulomake antoi haastateltavilla aikaa pohtia rauhassa vastauksia esitettyihin kysymyksiin. Teemahaastattelussa oli vielä helppo tarkentaa vastauksia ja kertoa aiheesta vapaasti omin sanoin. Kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus ja kartoitusta voidaan näin ollen pitää onnistuneena.

Haastattelujen aikataulu venyi suunnitellusta. Lupien saannissa kesti odotettua kauemmin, mikä puolestaan vaikutti haastattelujen aloittamiseen. Haastattelulupaa anottiin seitsemästä kunnasta ja kaikki nämä kunnat myönsivät luvan. Haastatteluajankohden sopiminen oli myös ajoittain haastavaa, aikataulut haastattelijan ja haastateltavan kanssa menivät usein ristiin. Pöytäkirjat vaikuttivat siihen, että lopulta haastattelut suoritettiin kuuden kunnan alueella. Alustavasti oli suunniteltu, että kaikki haastattelut olisi saatu tehtyä huhtikuun aikana, mutta viimeinen haastattelu tehtiin lopulta toukokuun puolella välissä. Tätä kartoitusta varten tehtiin yksi esihaastattelu, jonka pohjalta haastattelun runkoa vielä muokattiin. Haastattelujen purkuvaiheessa nousi esiin vielä uusia aiheita, joista olisi ollut mielenkiintoista esittää kysymyksiä, mutta näin varmasti aina on. Useampi esihaastattelu olisi voinut auttaa löytämään nämä aiheet jo ennen varsinaisia haastatteluja.

Haastattelujen purku osoittautui odotettua helpommaksi. Vastauksista löytyi helposti yhtäläisyydet ja eroavaisuudet. Vastaukset sai hyvin koottua yhteen teemoittain selkeiksi kokonaisuuksiksi. Haastateltaville ennakkoon lähetettyihin kysymyksiin toivottiin myös lääkärin näkökulmaa vastauksissa. Jälkeenpäin voidaan todeta, että saatekirjeen ohjeistuksessa oli puutteita ja kysymyksissä lievää epäselvyyttä. Tästä johtuen lääkärin näkökulma jäi näistä vastauksista pois. Tilannetta korjattiin haastattelemalla ennakkosuunnitelmista poiketen myös yhtä yökastelijoita hoitavaa lääkäriä.

7.2 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada uutta tietoa perusterveydenhuollon hoitokäytännöistä yökastelun hoidossa. Vaikka kartoitus tehtiin asiakasmääriltään hyvin erikokoisissa lastenneuvoloissa ja haastateltujen työkokemus yökastelijoiden parissa vaihteli suuresti, olivat vastaukset ja näkemykset hoidosta kuitenkin hyvin samansuuntaisia. Vastaavanlaista kartoitusta tai tutkimusta ei ole alueella aiemmin tehty, mutta tuloksista on nähtävissä selkeä yhdenmukaisuus teorian tiedon ja hoitosuosituksen kanssa.

Kaikki vastaajat kokivat, että yökastelijat voidaan, ja heidät kuuluukin hoitaa perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon rooli on hoitaa ne kastelijat, joiden kohdalla on kyse muusta kuin selkeästä primääristä yökastelusta. Vastaajat kertoivat, että vanhempien ja lapsen huolellinen haastattelu on tärkein osa yökastelun hoidon suunnittelua. Laboratoriokokeita ei tarvitse tehdä ilman perusteltua syytä. Jos haastattelussa ilmenee joitain poikkeavaa tai lapsella on yökastelun lisäksi muitakin oireita, tehdään lähete erikoissairaanhoidon. Myös Venhola (2008, 2119) painottaa, että yökastelun arviointi ja hoito kuuluvat perusterveydenhuollon tehtäviin. Primääri yökastelu ei siis vaadi perusterveydenhuollossa mitään erikoistutkimuksia mahdollista virtsanäytettä lukuun ottamatta (Terho 2002, 330).

Yökastelun hoitosuosituksissa ensimmäiseksi hoitovaihtoehdoksi suositellaan hälytinhoitoa (mm. Terho 2007; Venhola 2008, 2119-23). Vastaajat kertoivat, että vanhemmille kerrotaan kaikista hoitovaihtoehdoista ja ensimmäiseksi suositellaan usein hälytinhoitoa. Vanhemmat saavat kuitenkin itse päättää ja valita omaan tilanteeseensa parhaiten sopivan hoitovaihtoehdon. Yleensä perheet kokeilevat ensin hälytinhoitoa, mutta jos se koetaan hankalaksi ja raskaaksi niin vanhemmat jatkavat hoitoa mieluummin lääkkeillä. Myös Terho (2002, 332–333) toteaa saman teoksessaan. Vastaajien näke-

mys onkin, että lääkehoito on nykyään suosituin hoitomuoto yökastelun hoidossa juuri helppoutensa vuoksi. Hälytinlaitteet ovat kuitenkin edelleen tärkeä osa yökastelun hoitoa ja hälyttimiä lainataan perheille säännöllisesti.

Terveydenhoitajien ja lääkärin antamalla hoidonohjauksella on merkittävä rooli yökastelun hoidossa (Huttunen 2002, 249–253; Terho 2002, 327–335). Koska terveydenhoitajat yleensä tapaavat vanhemmat ja lapset lääkäriä useammin, päävastuu ohjauksesta on myös hoitajilla. Lääkehoidon ohjaus kuitenkin koetaan kuuluvan lääkärin vastuulle. Haastatellut kertoivat, että vanhemmille on tärkeää saada keskustella lapsensa yökastelusta, ja että perheet kokevat yökastelun harmillisena ongelmana. Suurimpana pelkona vanhemmilla on yökastelun vaikutus lapsen itsetuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin. Vaikka yökastelussa ei ole kyse sairaudesta, nähdään kuitenkin tärkeänä, että lapsen on mahdollista saada yökasteluongelmaan hoitoa. Terhon (2009, 13) mukaan yökastelu onkin hoidettava, jotta välttyttäisiin kastelun aiheuttamilta psyykkisiltä ja sosiaalisilta ongelmilta.

Tuloksilla on merkitystä yökasteluhoidon kehittämisessä. Terveydenhoitajat toivoivat hoitopolun ja kirjallisten hoitosuosituksen laatimista. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille kaivattiin myös selkeää työnjaon kuvausta yökastelun hoidosta. Terveydenhoitajat toivoivat myös muutaman vuoden välien tapahtuvaa koulutusta tai luentoa, missä kerrottaisiin uusimmat uutiset yökastelun hoidosta. Nyt saatujen tulosten pohjalta voidaan yhdessä asiantuntijoiden kanssa laatia alueelle hoitopolku ja yhtenäiset hoitosuositukset yökastelun hoidosta. Näin vahvistetaan perusterveydenhuollon roolia yökastelijoiden hoidossa ja vapautetaan erikoissairaanhoidon resursseja vaativimpien asioiden hoitoon.

7.3 Luotettavuus

Kirjallisuuskatsaus on olennainen osa laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua. Kirjallisuuskatsaus on tutkimuksen teoreettinen tausta ja sen tavoitteena on luoda lukijalle selkeä kuva tutkittavasta ilmiöstä. Käytetty tieto on aina perusteltava ja aikaisempaan tietoon ja kirjallisuuteen viitataan aina luotettavin lähdemerkinnöin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69, 182–184.) Tässä työssä aihe oli rajattu yökastelun hoitoon perusterveydenhuollon näkökulmasta. Aiheen selkeä rajaaminen helpotti opinnäytetyön teoriaviitekehyksen ja kirjallisuuskatsauksen tekemistä. Huo-

lellinen tutustuminen lähdemateriaaliin syvensi omaa tietämystä ja ammatillista osaamista tutkittavasta ilmiöstä ja näin helpotti myös opinnäytetyön tekemistä.

Lähdemateriaali valittiin kriittisesti. Lähteiksi etsittiin mahdollisimman tasokkaita tieteellisiä ja ammatillisia julkaisuja ja lähteiksi kelpuutettiin enimmillään 10 vuotta vanhaa tietoa joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta. Sakari Wikströmin vuonna 1993 toimittama teos ”Lasten kastelu” on aiheeseen liittyvä kattava perusteos ja se on edelleen ammattilaisten käytössä. Lastentautien erikoislääkäri Pirjo Terho on uransa aikana hoitanut tuhansia yökastelevia lapsia. Terhoa voidaan pitää maamme johtavana yökastelun asiantuntijana ja hänen kirjoituksiaan on julkaistu lukuisissa teoksissa. Ferring Lääkkeet Oy on koonnut kattavasti Internet-sivuilleen asiantuntijoiden laatimaa tietoa lasten yökastelusta. Lääkemarkkinoinnin valvontakunta on tarkastanut nämä sivut. (Toimela 2012.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee tarkastella työn uskottavuutta ja siirrettävyyttä. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty. Siirrettävyyden varmistamiseksi on tärkeätä kuvata mahdollisimman tarkasti, millä perusteella osallistujat on valittu, miten kartoitus on tehty ja aineisto koottu. Mitä yksityiskohtaisemmin koko prosessi kuvataan, sitä selkeämmin lukija voi tulkita ja arvioida tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-160; Tuomi & Sarajärvi 2002, 135–138.) Tässä työssä on pyritty kuvaamaan koko prosessi, jotta lukija voi arvioida tuloksia.

Tutkimusaineiston analyysissä tulee luotettavuuden kannalta hyödyntää koko kerättyä aineistoa. Tulosten julkaisemisessa tulee noudattaa avoimuutta, mitään tuloksia ei saa jättää raportoimatta eikä tuloksia saa muuttaa tai vääristellä. Tämä tarkoittaa, että mitään kysymystä ei jätetä käsittelemättä tai kenenkään haastattelua ei jätetä pois analyysistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367–370.) Tässä työssä otettiin huomioon kaikki vastaukset ja ne pyrittiin käsittelemään mahdollisimman avoimesti ja vääristelemättä niin kuin ne oli haastatteluissa kerrottu. Luotettavuuden lisäämiseksi tekstiin lisättiin autenttisia otteita haastatteluista suorina lainauksina.

Myös tutkimuksen rajoitukset ja heikkoudet on kuvattava rehellisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-160). Tässä työssä luotettavuutta saattoi heikentää kartoituksen tekijän kokemattomuus tutkijana ja haastattelijana. Oma ennakoasenne

tai käsitys tutkittavasta asiasta saattaa vaikuttaa tuloksiin ja aiheuttaa vääristymän. Onkin tärkeää tunnistaa itsessään nämä seikat ja pyrkiä aktiivisesti pääsemään niistä eroon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367–370.) Ennen opinnäytetyön aloittamista aihe oli tuttu henkilökohtaisista syistä ja tietty ennakkokäsitys yökastelun hoidosta oli jo muodostunut. Työn edetessä nämä omat käsitykset pyrittiin aktiivisesti unohtamaan, jotta ne eivät vaikuttaisi työn tuloksiin. Oman käsityksen mukaan tässä onnistuttiin hyvin.

7.4 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan perusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172). Opinnäytetyön tekemisessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä (Suomen Akatemia 2003) sekä ehdotonta luottamuksellisuutta, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa sen osavaiheissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364). Teemahaastattelussa tutkimusaineiston luotettavuuden ja eettisyyden perustana on tutkittavien yhteistyöhalu (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367). Tutkimukseen osallistuminen tulee olla aidosti vapaaehtoista ja osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–178). Haastateltavia kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti ja haastateltavilta tulee aina pyytää lupa tutkimukseen osallistumiseen. Haastateltaville tulee kertoa etukäteen tehtävästä tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Myöskään haastateltavan henkilöllisyyttä ei saa paljastaa missään vaiheessa. On myös huolehdittava, että asianmukaiset tutkimusluvut ovat kunnossa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367–370.)

Teemahaastattelujen toteuttamista varten haettiin tutkimuslupa (liite 3) toimittamalla opinnäytetyön suunnitelma ja lupahakemus kyseisten kuntien johtaville hoitajille. Kunnat saivat itse nimetä haastatteluun osallistuvan terveydenhoitajan. Haastateltaville lähetettiin etukäteen sähköpostilla tietoa opinnäytetyön taustasta, aiheesta, tarkoituksesta ja tavoitteista. Samalla heille kerrottiin myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Teemahaastattelun kysymysten (liite 2) mukana lähetettiin vielä saatekirje (liite 2), jossa kerrottiin uudelleen lyhyesti opinnäytetyöstä ja haastattelun anonymiteetistä sekä annettiin vastausohjeet. Tulokset analysoitiin ja kuvattiin siten, että haastateltavia ei voida niistä tunnistaa. Prosessin aikana kaikki kerätty aineisto säilytettiin niin, etteivät asiattomat päässeet siihen käsiksi. Kaikki kerätty materiaali hävitettiin heti työn valmistuttua.

7.5 Johtopäätökset ja suositukset

Yökastelu on yleinen ongelma, johon terveydenhoitajat ja lääkärit törmäävät työssään säännöllisesti. Perheet kokevat ongelman harmilliseksi ja toivovat lapselleen hyvää hoitoa. Asenteet yökastelua kohtaan ovat viime aikoina muuttuneet luontevimmiksi ja ongelma koetaan tarpeelliseksi hoitaa ajoissa. Vanhempien mielipidettä kuunnellaan hoitomuotoa valittaessa, useat kokevat hälytinhoidon hankalaksi ja valitsevat mieluummin lääkeshoidon. Erilaisia kotikonsteja tai luonnonmukaisia menetelmiä ei pidetä suositeltavina hoitomuotoina ja lapsen rankaiseminen kastelun vuoksi on ehdottomasti kiellettyä. Hoidoksi suositellaan tutkimuksissa luotettaviksi ja tehokkaiksi osoitettuja hoitomuotoja: lääkehoitoa, hälytinhoitoa tai näiden yhdistelmää. Yökastelu ei yleensä vaadi erityistutkimuksia ja sen hoito ja arviointi kuuluvatkin perusterveydenhuoltoon.

Tässä kartoituksessa saatiin selville terveydenhoitajien ja lääkärin käsityksiä vanhempien suhtautumisesta yökasteluun. Olisi hyödyllistä selvittää perheiltä suoraan heidän kokemuksiaan yökastelusta ja sen hoidosta sekä yökastelun vaikutuksesta lapseen ja perheen arkeen. Aiheen sensitiivisyyden vuoksi olisi kuitenkin huolellisesti harkittava, miten tällainen tutkimus voitaisiin suorittaa. Tosin asenteet kastelua kohtaan ovat viime aikoina lieventyneet eikä asiaa koeta enää niin häpeälliseksi. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan vanhemmat kokevat asiasta keskustelemisen nykyään tärkeäksi ja luontevaksi.

Kartoitus toi esiin selkeän tarpeen kirjallisen hoitopolun ja yhteneväisen hoitosuosituksen laatimiseksi. Muutaman vuoden välein järjestettävä koulutus yökastelun hoidosta kehittäisi hoitajien osaamista ja varmistaisi jatkossakin hyvän hoidon yökastelijoille. Kehittämisestä ja koulutuksesta on säädetty myös mm. terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Koulutuksen järjestämistä on jo alustavasti suunniteltu. Terveydenhoitajaopintoihin liittyvän kehittämistehtävän puitteissa olisi mahdollista toteuttaa yhteinen koulutuspäivä kartoitukseen osallistuneille terveydenhoitajille ja mahdollisesti muillekin yökastelijoita hoitaville hoitajille kyseisellä alueella. Koulutuksen järjestämisessä on harkittu yhteistyötä lastenlääkäreiden, lääke-edustajan ja hälytinjaiteiden edustajan kanssa.

Yökastelu on yleinen ongelma ja sairaanhoitajankin tehtävissä tapaa varmasti myös yökastelijoita. Opinnäytetyöprosessin yksi tärkeimmistä anneista olikin oma henkilökohtainen kehittyminen. Perusteellinen tutustuminen aiheeseen lisäsi ammatillista osaamista ja antoi hyvät valmiudet ohjata ja auttaa lapsia ja heidän perheitään yökasteluongelman kanssa.

LÄHTEET

- Duodecim – Lääketietokanta 2012. WWW-sivut.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/terveysportti/dlr_laake.koti?p_hakuehto=desmopressin. Ei päivitystietoa. Luettu 17.2.2012.
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. Ei päivitystietoa. Luettu 15.8.2012.
- Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2009. WWW-sivut. <http://www.esshp.fi/jasenkunnat>.
 Päivitetty 25.11.2009. Luettu 9.6.2012.
- Etelä-Savon sairaanhoitopiirin terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma. Strategiset linjaukset ja terveydenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma vuosille 2011-2013, 2010. PDF-dokumentti. <http://www.esshp.fi/strategia>. Päivitetty 19.11.2010. Luettu 15.8.2012.
- Ferring Lääkkeet 2008. Yökastelu. Tietoa yökastelusta ja sen hoidosta. WWW-sivut.
<http://www.yokastelu.net/asiayht.htm>. Päivitetty 3.11.2008. Luettu 1.12.2011.
- Glazener, Cathryn & Evans, Jonathan 2004. Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. PDF-dokumentti.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003637.pub2/pdf>. Päivitetty 21.1.2009. Luettu 3.2.2012.
- Glazener, Cathryn & Evans, Jonathan 2002. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. PDF-dokumentti.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002112/pdf>. Päivitetty 21.1.2009. Luettu 3.2.2012.
- Glazener, Cathryn, Evans, Jonathan & Peto, Rachel 2005. Alarm Interventions for nocturnal enuresis in children. PDF-dokumentti.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002911.pub2/pdf>. Päivitetty 21.1.2009. Luettu 3.2.2012.
- Glazener, Cathryn, Evans, Jonathan & Peto, Rachel 2003. Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics). PDF-dokumentti.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002238/pdf>. Päivitetty 21.1.2009. Luettu 3.2.2012.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

- Hodgkinson, Brent, Josephs, Kay & Hegney, Desley 2010. Best practice in the management of primary nocturnal enuresis in children: a systematic review. The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews. PDF-dokumentti.
<http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=4937>. Päivitetty 4.12.2010. Viitattu 12.3.2012.
- Humalamäki, Iida, 2012. Haastattelu 10.5.2012. Lääkäri. Mikkelin kaupunki.
- Huttunen, Niilo-Pekka 2002. Kastelu. Teoksessa Huttunen, Niilo-Pekka (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY, 249–253.
- Järvelin, Marjo-Riitta 1993. Miksi lapsi kastelee? Teoksessa Wikström, Sakari (toim.) Lasten kastelu. Ferring Finland, 15–22.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Ei päivitystietoa. Luettu 3.5.2012.
- Lappi, Risto 1993. Yökastelijan hoito hälytinlaitteella. Teoksessa Wikström, Sakari (toim.) Lasten kastelu. Ferring Finland, 37–43.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lipponen, Kaija 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. Sairaanhoitaja 10, 22–24.
- Kajantie, Eero & Kanninen, Päivi 2000. Miksi kastelija kouristaa? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 3, 286–288.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Kela 2010. Vammaistuki lapselle. WWW-sivut. <http://www.kela.fi>. Päivitetty 30.12.2010. Luettu 17.2.2012.
- Kolho, Kaija-Leena 2010. Kastelu. Teoksessa Rajantie, Jukka, Mertsola, Jussi & Heikinheimo, Markku (toim.) Lastentaudit. Helsinki: Duodecim, 596–598.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 10, 6–9.
- Moilanen, Irma 1993. Psykyen osuus kastelussa. Teoksessa Wikström, Sakari (toim.) Lasten kastelu. Ferring Finland, 23–29.
- Ohtonen, Helena 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja 10, 3.

Pedihealth Oy. WWW-sivut. <http://www.pedihealth.fi/product/show/5/lasten-yokastelunhoitovalineet/151/kastelulakana>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.2.2012.

Sonninen, Eija, Kinnunen, Pirjo & Pietilä, Anna-Maija 2006. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. *Sairaanhoitaja* 10, 18–21.

Suomen Akatemia 2003. Tutkimuseettiset ohjeet. PDF-dokumentti. <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>. Päivitetty 9.6.2003. Luettu 25.1.2012.

Sureshkumar, Premala, Jones, Mike, Caldwell, Patrina H.Y. & Craig, Jonathan C 2009. Risk Factors for Nocturnal Enuresis in School-Age Children. *The Journal of Urology* 6, 2893–2899. PDF-dokumentti. <http://pdn.sciencedirect.com.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/>. Päivitetty 28.10.2009. Viitattu 10.1.2012.

Taskinen, Seppo 1999. Yökastelun hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 1, 63–66.

Terho, Pirjo 2002. Yö- ja päiväkastelu. Teoksessa Terho, Pirjo, Ala-Laurila, Eija-Liisa, Laakso, Juhani, Krogus, Hillevi & Pietikäinen, Matti (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Helsinki: Duodecim, 327–335.

Terho, Pirjo 2007. Yökastelu – nykyiset hoitovaihtoehdot ja hoidon tulokset. Pisuttaa, liruttaa ja kirveltää... Lasten ja nuorten virtsaongelmien diagnostiikka, hoito ja ennuste. Suomen Koulu-, Nuoris- ja Opiskeluterveydenhuollon Yhdistyksen seminaari 25.10.2007. <http://www.sknly.net/index.php?page=materiaalit>.

Terho, Pirjo 2009. *Yökastelijan opas*. Turku: Ferring lääkkeet Oy.

Terveystieteiden laitos 1326/2010. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Ei päivitystietoa. Luettu 15.8.2012.

Theunis, M., Van Hoecke, E., Paesbrugge, S., Hoebeke, P. & Vande Walle, J. 2001. Self-Image and Performance in Children with Nocturnal Enuresis. *European Urology* 6, 660–667. PDF-dokumentti. <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/>. Ei päivitystietoa. Luettu 24.2.2012.

Toimela, Juhani 2012. Henkilökohtainen tiedonanto 13.9.2012. *Business Unit Manager*. Ferring Lääkkeet Oy.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Venhola, Mika 2008. Lapsen yökastelun hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 18, 2119 – 2123.

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Wikström, Sakari & Terho, Pirjo n.d. Lasten kastelu. Therapia Fennica. WWW-sivut. http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Lasten_kastelu. Ei päivitystietoa. Luettu 20.2.2012.

TUTKIMUKSIA LASTEN YÖKASTELUN HOIDOSTA

TUTKIMUS	TARKOITUS	MENETELMÄ	TULOKSET
Glazener, Cathryn & Evans, Jonathan 2002. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database.	Arvioida desmopressiini-lääkityksen vaikutusta lasten yökastelun hoidossa ja verrata sitä muihin hoitomuotoihin.	Kirjallisuuskatsaus, johon oli valittu 47 tutkimusta yökastelun hoitoon liittyen. Näissä tutkimuksissa oli yhteensä 3448 lasta, joista 2210 käytti desmopressiiniä. Laatu osassa tutkimuksissa oli ollut keho.	Hoidon aikana lääkitys selvästi vähensi yökastelua. Lääkehoito yhdistettynä hälytinhoitoon oli pelkkää lääkehoitoa tai hälytinhoitoa tehokkaampi hoitomuoto. Desmopressiiniä käyttävistä lapsista 65 %:lla kastelu kuitenkin alkoi uudestaan lääkehoidon lopettamisen jälkeen.
Glazener, Cathryn, Evans, Jonathan & Peto, Rachel 2005. Alarm Interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database.	Arvioida hälytinhoidon vaikutusta lasten yökastelun hoidossa ja verrata sitä muihin hoitomuotoihin.	Kirjallisuuskatsaus, johon oli valittu 56 tutkimusta yökastelun hoitoon liittyen. Näissä tutkimuksissa oli yhteensä 3257 lasta, joista 2412 käytti hälytinhoitoa. Laatu osassa tutkimuksissa oli ollut keho.	Hälytinhoito on tehokas tapa hoitaa yökastelua. 2/3 potilaista tuli kuivaksi hälytinhoidon aikana ja lähes puolet pysyi kuivana hoidon päätyttyä. Desmopressinlääkitys tuo nopeammin tuloksia, mutta hälytinhoidolla saadaan aikaan pysyvämpiä hyviä tuloksia.
Glazener, Cathryn & Evans, Jonathan 2004. Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database.	Arvioida erilaisten käyttäytymismallien ja psykologisten hoitomuotojen vaikutusta yökastelun hoidossa ja verrata niitä muihin hoitomuotoihin.	Kirjallisuuskatsaus, johon oli valittu 13 tutkimusta. Näissä tutkimuksissa oli yhteensä 702 lasta, joista 387 lapsen kohdalla yökastelun hoidossa käytettiin erilaisia käyttäytymiseen vaikuttavia malleja. Laatu osassa tutkimuksissa oli ollut keho.	Kuivista öistä palkitseminen, juomisen rajoittaminen, herättäminen ja yöllä vessaan vieminen auttoivat enemmän kuin hoitamatta jättäminen. Näitä keinoja ei kuitenkaan ole verrattu lääke- tai hälytinhoidon tehoon yökastelun hoidossa. Näitä keinoja voisi kokeilla ennen kuin aloitetaan lääke- tai hälytinhoito. Nämä hoitomuodot ovat turvallisia, eikä niihin liity sivuvaikutuksia, tosin nämä vaativat vanhemmilta suurta osallistumista.

TUTKIMUKSIA LASTEN YÖKASTELUN HOIDOSTA

<p>Glazener, Cathryn, Evans, Jonathan & Peto, Rachel 2003. Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics). Cochrane Database.</p>	<p>Selvittää muiden kuin desmopressiinin ja trisyklisten lääkkeiden vaikutus yökastelun hoidossa.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus, johon oli valittu 33 tutkimusta, joissa oli tutkittu erilaisten lääkkeiden (muiden kuin desmopressiinin tai trisyklisten lääkkeiden) vaikutusta yökastelun hoidossa. Näissä tutkimuksissa oli yhteensä 1700 lasta, josta 1268 sai jotain muuta kuin desmopressiiniä tai trisyklisiä lääkkeitä yökastelun hoitoon. Laatu osassa tutkimuksissa oli ollut keho.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan desmopressin, trisyklistiset lääkkeet ja hälytinpatja ovat tehokkaampia yökastelun hoidossa kuin yksikään tässä tutkimuksessa käytetystä 31 eri lääkkeestä. Tutkimuksessa käytetyillä lääkkeillä ei todettu vastetta yökastelun hoidossa, mutta useilla lääkkeillä oli erilaisia sivuvaikutuksia.</p>
<p>Hodgkinson, Brent, Josephs, Kay & Hegney, Desley 2010. Best practice in the management of primary nocturnal enuresis in children: a systematic review. The Joanna Briggs Institute.</p>	<p>Selvittää kuinka tehokkaita hoitomuotoja yökastelun hoidossa ovat psykologiset hoitomuodot, käyttäytymismalleihin perustuvat hoidot, hälytinhoito, lääkehoito sekä muut hoitomuodot, kuten akupunktio ja hypnoosi ym.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, johon oli valittu 7 aikaisempaa kirjallisuuskatsausta, 8 uutta koetta ja 2 hoitosuosituksia.</p>	<p>Voidaan todeta, että mikä tahansa hoitomuoto vähentää kaste-lua tehokkaammin verrattuna hoitamatta jättämiseen. Kaikista tehokkaimmat hoitomuodot ovat kuitenkin hälytinhoito ja desmopressiini-lääkitys. Paras tulos saadaan yhdistämällä nämä hoitomuodot. Lääkehoidolla saadaan nopea apu yökasteluun, hälytinhoi-don avulla saadaan puolestaan pitkäkes-toisempi apu. Tiukkaa ruokavaliodieettiä, yöllä herättämistä, lapsen viemistä yöllä wc:hen nukkuvana tai trisyklisiä lääkkeitä ei puolestaan suositella hoidossa lainkaan.</p>

TUTKIMUKSIA LASTEN YÖKASTELUN HOIDOSTA

<p>Sureshkumar, Premala, Jones, Mike, Caldwell, Patrina H.Y. & Craig, Jonathan C. 2009. Risk Factors for Nocturnal Enuresis in School-Age Children.</p>	<p>Selvittää yökasteluun liittyviä riskitekijöitä.</p>	<p>Kysely toimitettiin 8230 koululaiselle (1–4 luokkalaista) Sydneyssä, vastaajina lasten vanhemmat. Vastausprosentti 35. Kyselyssä selvitettiin lapsen ikä, sukupuoli, syntymäpaino, raskauden kesto, äidin mahdollinen lääkitys raskauden aikana, lapsen kehitys, kehitykseen liittyvät huolet, ympärileikkaus, ADHD sekä virtsaamiseen liittyvät asiat.</p>	<p>Kyselyyn vastanneiden lapsista 18,2 prosentilla ilmeni eriasteista yökastelua.</p> <p>Tutkimuksen mukaan päiväkastelu ja tuhriminen olivat merkittävimmät riskitekijät yökastelulle. Rakon toimintahäiriöt ja miessukupuoli lisäävät myös riskiä yökasteluun. Emotionaalisilla ja sosiaalisilla tekijöillä on vain vähän vaikutusta yökastelun ilmenemiseen.</p>
<p>Theunis, M., Van Hoecke, E., Paesbrugge, S., Hoebeke, P. & Vande Walle, J. 2001. Self-Image and Performance in Children with Nocturnal Enuresis.</p>	<p>1. Selvittää yökastelun vaikutusta minäkuvaan ja siihen, miten lapsi itse kokee suoriutuvansa eri elämänaalueilla.</p> <p>2. Analysoida yökastelun vaikutusta itsetuntoon, verrata löydöksiä ikään, sukupuoleen, oireisiin, ensi- ja toissijaiseen kasteluun sekä epäonnistuneisiin hoitoihin</p> <p>3. Arvioida onnistuneen yökastelun hoidon vaikutusta itsetuntoon.</p>	<p>Tutkimus 8–12-vuotiaille lapsille ja nuorille. Tutkimuksessa oli mukana 27 poikaa ja 23 tyttöä, joilla mikään kokeiltu hoito ei ollut tehonnut kasteluun. Kontrolliryhmässä oli 77 lasta (31 poikaa ja 46 tyttöä), joilla ei ollut kasteluongelmaa.</p>	<p>Tulosten perusteella voidaan todeta, että kastelulla on negatiivinen vaikutus lapsen minäkuvaan, itsetuntoon ja suoriutumiseen mm. kouluasioissa ja urheilussa.</p> <p>Omiin kykyihin luottaminen oli tytöillä ja vanhemmilla lapsilla alhaisempaa kuin pojilla ja nuoremmilla lapsilla. Mitä useampi epäonnistunut hoityritys oli takana, sitä huonompi itsetunto lapsilla/nuorilla oli.</p> <p>Lapsilla, joilla oli sekä päivä- että yökastelua, oli selvästi huonompi luottamus omiin taitoihin kouluasioissa kuin lapsilla, joilla oli pelkästään yökastelua. Onnistuessaankin hoito vaikuttaa positiivisesti vain hieman kokonaisnäkemyskseen itsestä.</p>

LOMAKEHAASTATELUN SAATEKIRJE JA KYSYMYKSET

Hyvä hoitotyön ammattilainen!

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan lasten yökastelun hoitokäytäntöjä ja –muotoja sekä hoidonohjausta perusterveydenhuollossa kartoittavaan lomakehaastatteluun.

Olen Mikkelin ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija. Teen opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on saada uutta tietoa lasten yökastelun hoitokäytännöistä erikoissairaanhoidon käyttöön. Valmis työ tulee Mikkelin keskussairaahan lastentautien poliklinikan käyttöön.

Teemahaastattelu on kaksivaiheinen. Pyydän Teitä ensin vastaamaan liitteessä oleviin lomakehaastattelun kysymyksiin. Täytettyänne kyselylomakkeen, palauttakaa se ystävällisesti minulle oheisessa palautuskuoressa 13.4. mennessä. Tämän jälkeen on vuorossa tarkentava haastattelu. Haastatteluun on hyvä varata aikaa noin 30 min. Tulen ottamaan Teihin yhteyttä haastatteluajan sopimiseksi.

Teemahaastattelun avulla kerättävää aineistoa käytetään vain tämän opinnäytetyön tekemiseen ja aineisto hävitetään heti opinnäytetyön valmistuttua. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, haastateltavan työyksikköä ja henkilöllisyyttä ei paljasteta missään vaiheessa.

Jos Teillä on kysyttävää opinnäytetyöhöni liittyen, annan mielelläni lisätietoa asiasta, anne.vallenius@XXXXX.fi tai puh. XXX XXX XXXX.

Kiitos avustanne!

Mikkelissä 29.3.2012

Anne Vallenius
terveydenhoitajaopiskelija

LOMAKEHAASTATTELUN SAATEKIRJE JA KYSYMYKSET

1. Yökastelijan hoitokäytännöt perusterveydenhuollossa

- 1.1 Kuinka monta yökastelijalasta teillä on hoidettavana vuosittain (2 edellistä vuotta)?
- 1.2 Millainen on hoitohenkilökunnan työnjako?
- 1.3 Mitä perustutkimuksia tai kokeita tehdään?
- 1.4 Mitä lisätutkimuksia tai kokeita tehdään?
- 1.5 Millä perusteella lisätutkimuksia tehdään?
- 1.6 Kuinka monta kertaa yökastelija keskimäärin käy lääkärin/sairaanhoitajan vastaanotolla?
- 1.7 Millä kriteereillä tehdään lähete erikoissairaanhoidon?

2. Yökastelun hoitomuodot

- 2.1 Millä perusteella hoitomuoto (lääkehoito, hälytinhoito, seuranta tms.) valitaan?
- 2.2 Missä suhteessa lääkehoitoa ja hälytinhoitoa käytetään määrällisesti?
- 2.3 Kuinka monta hälytinlaitetta teillä on käytettävissä?
- 2.4 Onko hälytinlaitteiden määrä mielestänne riittävä? Miksi?

3. Hoidonohjaus

- 3.1 Missä vaiheissa hoidonohjausta annetaan?
- 3.2 Kuka/Ketkä ohjausta antavat?
- 3.3 Kenelle ohjausta annetaan (lapsi, huoltaja, joku muu)?
- 3.4 Millaista ohjausta annetaan? (kirjallinen, suullinen)?
- 3.5 Mitä asioita ohjauksessa käsitellään?

4. Kehittämisehdotukset

- 4.1 Onko teillä kehittämisehdotuksia yökastelun hoitokäytäntöihin, -muotoihin tai hoidonohjaukseen liittyen?
- 4.2 Onko teillä koulutustarvetta henkilökunnalle yökasteluasioihin liittyen? Jos on, niin millaista koulutusta ja keneltä?
- 4.3 Mitä muuta haluaisitte vielä kommentoida aiheeseen liittyen?

TEEMAHAASTATTELUN LUPAHAKEMUS JA SAATEKIRJE

Anne Vallenius

X.X.

anne.vallenius@mail.mamk.fi

LUPAHAKEMUS

17.2.2012

X.X.

AINEISTONKERUUN LUPAHAKEMUS TEEMAHAASTATTELUA VARTEN

Haen kohteliaammin lupaa haastattelututkimusta varten.

Olen Mikkelin ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija. Teen opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on saada uutta tietoa lasten yökastelun hoitokäytännöistä perusterveydenhuollossa Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Valmis työ tulee Mikkelin keskussairaalan lastentautien poliklinikan käyttöön.

Kartoitus tehdään temahaastatteluna. Haastattelun tueksi laaditut teemat ja kysymykset ovat tämän lupahakemuksen liitteenä olevassa opinnäytetyön suunnitelmassa. Haastattelun kohderyhmänä ovat ESSHP:n eri kuntien yökastelupotilaan hoidosta vastaavat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja/tai lääkärit.

Haastattelu on tarkoitus suorittaa vuoden 2012 maaliskuun aikana.

Ohjaava opettaja on Sinikka Brunou, sinikka.brunou@xxxx.fi tai puh. xxxx xxx xxx.

Odotan päätöstänne tutkimusluvasta sähköpostiini tai kotiosoitteeseeni. Annan mielelläni lisätietoja asiasta, puh. xxx xxx xxxx.

Pyydän ystävällisesti nimeämään haastateltavaksi parhaiten soveltuvan henkilön.

Haastateltavan nimi:

Haastateltavan yhteistiedot:

Ystävällisin terveisin,

Anne Vallenius
terveydenhoitajaopiskelija

LIITTEET

Pyyntö opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön suunnitelma

TEEMAHAASTATTELUN LUPAHAKEMUS JA SAATEKIRJE



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

PYYNTÖ

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö, jolle pyyntö osoitetaan:

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyön tavoitteena on saada uutta tietoa lasten yökastelun hoitokäytännöistä erikoissairaanhoidon käyttöön. Teemahaastattelun avulla halutaan kartoittaa perusterveydenhuollon yökastelijoiden määrää, hoitokäytännöt ja yökastelijalle tehtävät tutkimukset, lähetekäytäntö erikoissairaanhoidon sekä valmius ohjata yökastelijalapsia ja heidän perheitään. Lisäksi haetaan tietoa hoitoon käytettävien hälytinlaitteiden määrästä ja riittävydestä.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Haastattelun kohderyhmänä ovat yökastelijoita hoitavat perusterveydenhuollon sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja /tai lääkärit. Opinnäytetyön aihe on saatu Mikkelin keskussairaalan lastentautien poliklinikalta ja valmis työ tulee heidän käyttöönsä.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Teemahaastattelu. Teemat ja tarkentavat kysymykset toimitetaan haastateltaville etukäteen, jotta he voivat valmistautua haastatteluun.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Haastattelu maaliskuussa 2012. Haastattelun tarkka ajankohta sovitaan henkilökohtaisesti haastateltavan kanssa.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Kesäkuu 2012
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	14. päivänä helmikuuta 2012 ----- opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Lehtori Sinikka Brunou, sinikka.brunou@xxxx.fi puh. xxxx xxx xxx
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot: Anne Vallenius, anne.vallenius@mail.mamk.fi, puh. xxx xxxxxxxx	
Osoite:	

Anomus käsitelty ____ 201 ____

____ lupa myönnetty

____ lupa evätty, peruste: _____

Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille. LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)