

---

# **GER-lapsen hoidosta opas vanhemmille**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, syksy 2014

Nina Rantala



LAHDENSIVU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Nina Rantala	<b>Vuosi</b> 2014
<b>Työn nimi</b>	GER-lapsen hoidosta opas vanhemmille	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aihe valikoitui työelämän tarpeesta ja opinnäytetyön tekijän oman mielenkiinnon mukaan syksyllä 2013. Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan (K-HKS) lasten osasto 3A:n kanssa. Opinnäytetyön toteutustapa oli toiminnallinen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä GER-lapsen vanhempien tietoutta lasten gastroesofageaalisen refluksen hoidosta ja antaa ohjeita hoidon toteuttamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä informatiivinen opas GER-lapsen hoidosta vanhemmille annettavaksi ja hoitohenkilökunnan hyödynnettäväksi. Tavoitteena oli lisäksi lisätä opinnäytetyön tekijän tietämystä lasten gastroesofageaalisesta refluksista, sen oireista, hoitomuodoista ja vanhempien tukemisesta.

Työn teoreettinen viitekehys on kerätty kirjallisuudesta, internet-lähteistä, hoitotyön suosituksista ja tutkimuksista. Teoreettinen viitekehys koostuu lasten gastroesofageaalisen refluksen taustoista, sen diagnosoinnista, oireista ja hoidosta. Lisäksi opinnäytetyössä on käsitelty vanhempien ohjaaminen ja mitä toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa.

Työn toiminnallinen osuus oli opas GER-lapsen vanhemmille. Oppaan sisältö perustui opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltyihin GER:in hoitomuotoihin. Oppaan suunnittelussa oli mukana lastenosaston henkilökunta, jonka toiveet ja tarpeet oppaassa huomioitiin. Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen oppaan tarkoituksena oli olla hyödyksi GER-lasten vanhempien ohjauksessa ja parantaa lasten saamaa hoitoa.

**Avainsanat** Gastroesofageaalinen refluksi, refluksitauti, vanhempien ohjaus, opas

**Sivut** 23 s. + liitteet 2 s.

LAHDENSIVU  
Degree Programme in Nursing  
Nursing

---

<b>Author</b>	Nina Rantala	<b>Year</b> 2014
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Child with Gastroesophageal Reflux - Care Instructions for Parents	

---

ABSTRACT

The topic of this Bachelor's thesis was chosen because it was important and a needed topic to a thesis's partner in cooperation. The thesis was made with Kanta-Häme Central Hospital (K-HKS) children's unit. The method of the Bachelor's thesis was practice based.

The purpose of the thesis was to increase the knowledge of parents, whose children have gastroesophageal reflux (GER), about how to take care of their children and how to put the treatments in practice. The aim was to make a guide that includes care instructions for GER-children's parents. These instructions were planned to be given to the parents to give them further information about children's gastroesophageal reflux and to nurses on the children's unit to be of use. The aim was also to increase the thesis's author's knowledge about GER.

The thesis was done based on textbooks, medical researches, clinical practice guidelines and websites that included information about GER. Focus on this thesis was to find out the most important things about how to help GER-children with their reflux symptoms. These helping methods are divided in three part; conservative treatment, pharmacotherapy and operative treatment. These all are explained in this thesis. Also parent's briefing is a part of the thesis.

The practice based part in this thesis was the guide to the parents. The guide was based on the information that has been written in the thesis about how to take care of GER-children. Nurses on the children's unit were also involved at the planning process of the guide. The guide's aim was to make GER-children's parents' briefing to go easier and to help those children get better treatment.

**Keywords** Gastroesophageal reflux, guide, care instructions for parents

**Pages** 23 p. + appendices 2 p.

---

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	LASTEN GASTROESOFAGEAALINEN REFLUKSI.....	2
2.1	Patofysiologia .....	2
2.2	Diagnostiikka .....	3
3	REFLUKSIN OIREET.....	5
3.1	Pulauttelu & syömisongelmat .....	5
3.2	Kipu.....	6
3.3	Apneakohtaukset & uniongelmat.....	6
3.4	Neurologiset oireet & silent reflux.....	7
3.5	Hengitysteiden oireet.....	7
3.6	Isomman lapsen oireet.....	8
3.7	Vaikutus perheeseen.....	8
4	REFLUKSIN HOITO .....	8
4.1	Asento-hoito .....	9
4.2	Ruokavalio & syöminen .....	9
4.3	Suun hoito.....	10
4.4	Lääkehoito .....	11
4.5	Leikkaushoito.....	11
5	VANHEMPIEN OHJAAMINEN.....	12
5.1	Kirjallinen ohjaaminen .....	12
5.2	GER-lapsen vanhempien ohjaaminen .....	13
6	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ .....	14
6.1	Tarkoitus ja tavoitteet.....	14
6.2	Suunnittelu.....	14
6.3	Toteutus .....	15
6.4	Opas.....	15
6.5	Arviointi .....	16
7	POHDINTA.....	17
7.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	18
7.2	Jatkotutkimusaiheet.....	19
	LÄHTEET .....	20

Liite 1 GER-lapsen hoito



## 1 JOHDANTO

Gastrosofageaalisella refluksilla eli GER:illä tarkoitetaan mahalaukun sisällön virtaamista takaisin ruokatorveen. Tämä luokitellaan sellaisenaan normaaliksi ruokailuun liittyväksi fysiologiseksi tapahtumaksi. Jos kuitenkin takaisinvirtaus on erittäin voimakasta tai siihen liittyy muita oireita tai tulehdusta, puhutaan patologisesta refluksista tai refluksitaudista eli GERD:istä. GERD:iä aiheuttavia syitä ei kuitenkaan täysin tunneta, joten on vaikeaa vetää rajaa normaalin vaihtelun ja taudin välille. Refluksille altistavia tekijöitä on kuitenkin löydetty, ja niitä ovat kehitysvammat, Downin syndrooma ja ruokatorven artresia eli ruokatorven yhteys vatsalaukkuun puuttuu. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 156; Toikka, Mertsola & Ruuskanen 1997, 575.)

Lasten gastroesofageaalisen refluksin yleisyys ja alidiagnosointi tekevät siitä opinnäytetyön aiheena tarpeellisen ja ajankohtaisen. GER-oireet ovat tavallisia imeväisikäisillä ja ne häviävät yleensä itsestään lapsen kasvaessa. 70–80 %:lla oirehtivista vauvoista oireet häviävät yhden vuoden ikään mennessä. (Ashorn 2010, 439.)

Lasten gastroesofageaalinen refluksitauti on kuitenkin yleisempää kuin ajatellaan. Jopa 3–7 % lapsista sairastaa sitä. Verrattaessa refluksitautia esimerkiksi astmaan, joka on Suomessa lasten yleisin pitkäaikaissairaus, ovat sairastavuusprosentit lähes samat. Astmaa sairastaa noin 3–5 % lapsista. Vaikka GER-lapsista suurin osa paraneekin tai ainakin oireet helpottuvat iän myötä, jää heille kaikille taipumus oireiluun. (Ruuska, Grönlund, Örmälä & Kolho 2008, 495; Tuomela, 2011; Valtonen n.d.)

Lapsen sairastuminen ja sairaalaan joutuminen ovat asioita, jotka vaikuttavat lapsen koko perheeseen voimakkaasti. Lapsen pitkäaikainen sairaus aiheuttaa muutoksia lapsen omaan elämään ja lisäksi muiden perheenjäsenten elämään. Sairaus voi tuoda tullessaan mukana rajoituksia tavalliseen elämään. Lapsen hoidon ja perhehoitotyön kannalta erittäin tärkeitä hetkiä ovatkin hoitohenkilökunnan ja vanhempien väliset keskustelut ja ohjaustilanteet. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 43, 114.)

Tarve opinnäytetyölle on tullut käytännön hoitotyöstä ja aihe valikoitui tämän tarpeen avulla. Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan lastenosasto 3A:n kanssa. Opinnäytetyön tekijän oma mielenkiinto hoitotyössä rajautuu myös lasten ja nuorten hoitotyöhön joten aihe oli sopiva myös tältä osin.

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö ja sen toiminnallinen osuus on opas GER-lapsen hoidosta vanhemmille (Liite 1). Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä vanhempien tietoutta refluksista, siihen kuuluvista oireista ja hoitomuodoista. Opas on tarkoitettu vanhemmille annettavaksi ja se on hyödyksi myös lastenosastolla työskenteleville hoitajille heidän ohjatessaan vanhempia.

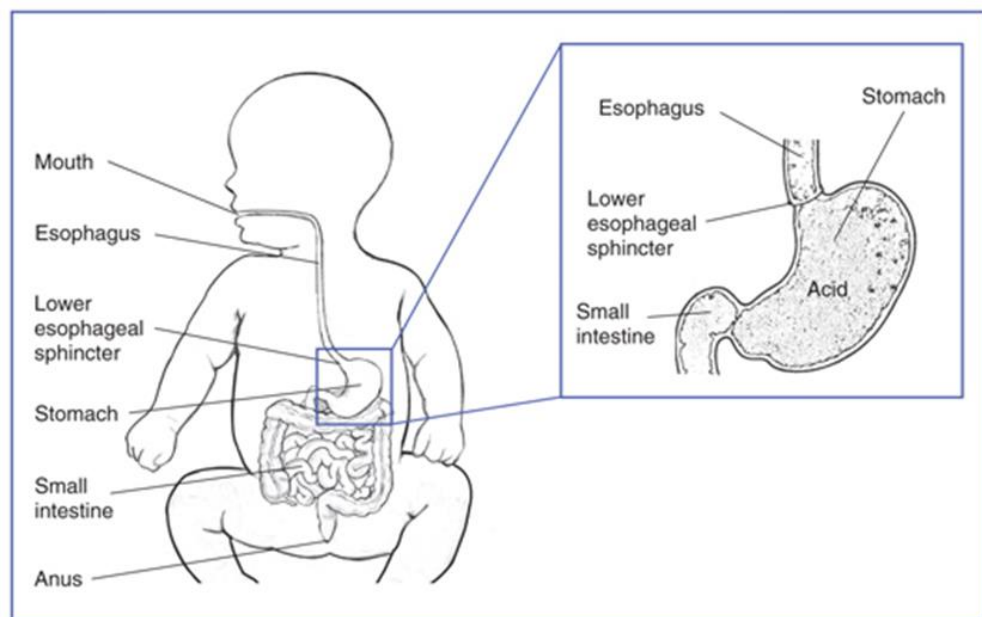
## 2 LASTEN GASTROESOFAGEAALINEN REFLUKSI

Kun pienen lapsen ruoansulatuskanavan ongelmia aletaan selvittää, tulee oireita tarkkailla ja kuvailla tarkasti. Pelkästään lapsen liiallinen syöttäminen tai lapselle sopimattoman ruoan antaminen voivat aiheuttaa lapselle tyypillisiä GER-oireita, kuten oksentelua ja pulauttelua. Vauvoilla pulauttelu on usein normaali imeväisikään kuuluva ja ajan kanssa helpottava ongelma. Patologisesta refluksista usein kertoo, jos oksentelu tai pulauttelu episodeja on monta ja ne kestävät pitkään. (Eronen, Kiesvaara & Lommi 2004, 280; Toikka ym. 1997, 575.)

Haluttaessa selvittää, onko pulauttelu ja oksentelu normaalia vai liittyykö siihen refluksia, piirretään lapsen kasvukäyrä, josta nähdään ovatko oireet vaikuttaneet kasvuun. Jos lapsen kasvu on hidastunut tai paino nousee huonosti, on lapsi syytä lähettää tarkempiin tutkimuksiin. Ruoansulatuskanavan ongelmien taustalta voi löytyä GER. (Eronen ym. 2004, 280; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 156.)

### 2.1 Patofysiologia

Tarkkoja syntymekanismeja refluksin taustalta ei tunneta, koska tauti on moniulotteinen. Ruokatorven alasulkijalihas eli LES nähdään kuitenkin tärkeimpänä takaisinvirtauksen estäjänä. LES:in paineeseen vaikuttavat paikallinen lihassäätely ja hormonaaliset sekä hermostolliset säätelymekanismit. Jos ruokatorven alasulkijalihas aukeaa väärään aikaan ja liian usein, aiheuttaa se mahan sisällön nousun ruokatorveen, ja tätä pidetään tärkeimpänä syynä refluksin syntyyn. (Kuva 1.) (Bernardy 2007, 521; Jaakkola 2009, 92; Kesälä 2009.)



Kuva 1. Lapsen ruoansulatuskanava. Ruokatorven alasulkijalihas suurennuksessa. (National digestive diseases information clearinghouse 2013.)

Refluksitaudin ollessa kyseessä hapanta vatsansisältöä pääsee nousemaan reilusti ruokatorven puolelle ja suuhun. Hapan vatsansisältö aiheuttaa limakalvoille ärsytystä. Tämä voi aiheuttaa ruokatorven tulehduksen eli esofagiitin. Takaisinvirtausta voivat aiheuttaa lisäksi hidastunut vatsan tyhjentyminen, ruokatorven vähentynyt puhdistuma ja sappirefluksi. Anatomisena refluksin aiheuttajana voi olla myös hiatushernia eli palleatyrä. (Jalanko 2012; Lasten gastroesofageaalinen refluksi (GER) n.d.)

Ashorn (2000, 2235) kertoo, että GER:in on aiemmin todettu esiintyvän perheittäin. Pittsburghilaiset perinnöllisyystutkijat ovat osoittaneet GER:in periytyvän autosomisissa vallitsevasti, tarkastelemalla viiden perheen vaikeaa GER:iä sairastavien 26 lapsen näytteitä. Jos lievänkin refluksin taustalta löytyy vielä tulevaisuudessa erilainen perimä, mahdollistaa se intervention tarpeen määrittämisen jo nykyistä aikaisemmassa vaiheessa.

Yksi refluksin oireita aiheuttava asia voi olla allergia. Oireet ovat samanlaisia kuin refluksissa yleensäkin, mutta refluksin taustalta löytyykin selittäväksi tekijäksi jokin ruoka-aine, joka oireet aiheuttaa. Tällaisia ruoka-aineita voivat olla mm. lehmänmaito ja vehnä. Allergian aiheuttamaan refluksioireiluun liittyy täysin samoja oireita kuin primaariseen (ensisijaiseen) refluksiin, ja voikin olla vaikea erottaa onko kyseessä refluksitauti, vai allergiasta johtuva oireilu. (Refluksi ja ruokavalio n.d.)

## 2.2 Diagnostiikka

Lapsen refluksidiagnostiikassa haasteena on erottaa ja rajata mikä on normaalia ja lievää refluksia, ja mikä taas patologisen refluksin eli refluksitaudin kriteerit täyttävää. Tämä voi olla hankalaa, koska syyn ja seurauksen osoittaminen näistä oireista ja sairaudesta puhuttaessa ei ole aivan selvää. Refluksi ei ole ainoa syy joka voi aiheuttaa patologiseen runsaaseen refluksiin liittyviä hengitystieinfektioita. Sen sijaan esimerkiksi refluksiin liittyvä esofagiitti johtuu aina refluksista, jos muuta syytä ei löydetä. (Lindahl 2013, 178.)

Tyypillisimmät oireet ovat pääosassa refluksin diagnostiikassa. Tärkein tutkimus onkin siis kattava anamneesi eli esitietojen selvittäminen, ja selvät tyypilliset oireet usein riittävätkin diagnoosin saamiseksi. Tyypillisillä oireilla tarkoitetaan mahan sisällön selvää nousua suuhun, oksentelua tai pulauttelua ja närästysoireita. Nämä oireet voivat itsessään jo riittää diagnoosin tekoon. Kuitenkin, jos oirekuva ei ole aivan selvä, esimerkiksi isompien lasten kohdalla ylävatsakipu tai pienillä lapsilla nukkumisongelmat tai toistuvat infektiot, on tarpeellista tutkia asiaa lisää tilanteen selvittämiseksi. (Kesälä 2009; Ruuska ym. 2008, 496.)

Tutkimukset lasten refluksin osalta ovat lähes samoja, kuin tutkittaessa aikuisten ruokatorven ongelmia. Osa aikuisilla käytettävistä tutkimuksista ei kuitenkaan sovellu käytettäväksi lapsille. Tutkimuksiin kuuluu aina osana lapsen yleistilan, kasvun ja kehityksen arvio, sekä mahdollisten provosoivien tekijöiden poissulkeminen. (Lindahl 2013, 178; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 157.)

Tärkeimpänä varsinaisena kunnan tutkimuksena pidetään ruokatorven pH:n pitkäaikaisrekisteröintiä, joka kestää 24 tuntia (Ashorn 2010, 440). Lindahlin (2013, 179) mukaan rekisteröinnin on kestävä vähintään 12 tuntia, koska alaruokatorven refluksi on aterian jälkeen normaalia lapsilla, ja lyhyempi rekisteröintiaika ei näin ollen toisi luotettavaa tulosta diagnosoimiseksi. Pitkäaikainen rekisteröinti sen sijaan antaa luotettavaa tietoa ruokatorven happorefluksista. Tutkimuksessa arvioidaan happamien eli pH:ltaan alle neljän olevien takaisinvirtausten taajuutta ja kestoja. Poikkeavia löydöksiä ovat yli viiden minuutin kestoiset happamat takaisinvirtaukset ja lisääntyneiden happamien takaisinvirtausten osuus rekisteröintiajasta. Ruokatorven pH-rekisteröinti on helppo toteuttaa ja sen saatavuus on hyvä. Se on myös hyödyllinen tutkimus jos kyseessä on epätyypilliset oireet, ja halutaan varmuutta diagnosointiin. (Kesälä 2009; Ruuska ym. 2008, 496.)

Ph-mittaus ei kuitenkaan havaitse neutraalia refluksia. Nykyään pH:n mittauslaitteissa saattaakin olla samassa impedanssimonitorointi, jolla näkee ruokatorven hapottomankin takaisinvirtauksen. Impedanssitutkimus on uusi tutkimusmenetelmä, jossa mitataan ruokatorvessa olevan nesteen aiheuttamaa vastuksen muutosta. Kun yhdistetään pH-rekisteröinti ja impedanssimonitorointi niin saadaan kattava kokonaiskuva takaisinvirtauksesta. (Lindahl 2013, 179; Ruuska ym. 2008, 496.)

Toinen yleisesti käytössä oleva tutkimus on ruokatorven ja mahalaukun varjoainekuvaus. Sen avulla voidaan nähdä mahdolliset anatomiset poikkeavuudet ja läpikulkuesteet, ja se antaa hyvän anatomisen kuvan ruokatorvesta. Tutkimuksessa paljastuvia anatomisia poikkeavuuksia lapsella voivat olla esimerkiksi palleatyrä, ruokatorven striktuura eli ahtauma tai divertikkeli eli pullistuma. Refluksioireista varjoainekuvaus näyttää vain hetkellisen ruokailuun liittyvän takaisinvalumisen määrän, joten se ei tämän vuoksi ole paras mahdollinen tutkimus refluksen selvittämiseen. (Ashorn 2010, 440; Lindahl 2013, 179; Ruuska ym. 2008, 497.)

Varjoainekuvauksen luotettavuuteen voi vaikuttaa myös, jos sen tekijä on kokematon. Olisikin suotavaa, että varjoainekuvauksen tekijänä olisi gastroesofageaalisen refluksen diagnostiikkaan perehtynyt lastenradiologi, jotta tutkimuksen luotettavuus olisi taattu. Tutkimuksen haittoina on pidettävä mielessä myös säderasitus ja otettava se huomioon tutkimuksia harkittaessa. (Ashorn 2010, 440; Lindahl 2013, 179; Ruuska ym. 2008, 497.)

Lisäksi refluksen diagnostisina tutkimuksina voidaan käyttää isotooppitutkimusta, ruokatorven manometriaa ja kahta skopiaa eli tähystystä: esofagoskopiaa (ruokatorven tähystys) ja bronkoskopiaa (keuhkoputken tähystys). Isotooppitutkimuksen etuna on pienempi säderasitus kuin varjoainekuvauksessa, mutta se ei kuitenkaan anna anatomista kuvaa ruokatorvesta ja kardiasta. Ruokatorven manometria on pienten lasten kohdalla hankala toteuttaa epämiellyttävyytensä vuoksi, ja sen diagnostinen arvo on vähäinen. Esofagoskopia on yksi patologisen refluksen perustutkimuksista, sillä se paljastaa hyvin selvät esofagiitit. Lapsille esofagoskopia tehdään yleensä yleisanestesiassa. Bronkoskopia kuuluu hengitystieoireisen lapsen tutkimuksiin refluksia epäiltäessä. (Lindahl 2013, 179.)



### 3 REFLUKSIN OIREET

Refluksin oireet ovat monimuotoisia ja niiden vaikeusaste voi vaihdella paljon. Normaalista aterianjälkeisestä refluksista patologisen refluksin oireet erottaa sillä, että refluksiperioideja eli jaksoja on useita ja ne ovat kestoaltaan pidempiä ja refluksi nousee korkealle ruokatorvessa. Tämä patologinen gastroesofageaalinen refluksi voikin aiheuttaa moninaisempia oireita kuin mikään muu lapsuusiän toiminnallisista häiriöistä. (Lindahl 2013, 177; Törölä 2012.)

Useimmiten lasten refluksin oireet ovat lieviä ja lapsilla todetaan harvoin vaikeaa ruokatorventulehdusta. Yksi taudin ilmenemistapa voi olla puhdasta takaisinvirtausta eli pulauttelua tai oksentelua. Muita varsinkin imeväisikäisillä esiintyviä oireita ovat itkuisuus, aliravitsemus ja syömisongelmat. Vanhempien lasten oireet alkavat muistuttamaan enemmän aikuisten refluksin oireita. (Ashorn 2000, 2235; Kesälä 2009.)

#### 3.1 Pulauttelu & syömisongelmat

Imeväisikäisillä refluksin tyypillisin oire on pulauttelu tai oksentelu. Kuitenkin pulauttelun diagnostinen arvo mietittäessä lapsen mahdollista GER:iä on vähäinen. Tämä johtuu siitä, että lähes kaikki imeväisikäiset pulauttelevat aterioiden yhteydessä, ja sen katsotaan olevan normaalia ruokatorven kehittymättömyydellä selittyvää. Jos kuitenkin oksentelu on runsasta, näkyy se myös heti lapsen painon ja pituuden kehityksessä ja tämä tekee eron normaaliin pulautteluun. (Ashorn 2010, 439; Lindahl 2013, 177.)

Tavallisesta pulauttelusta refluksi eroaa myös oksentamiskertojen määrän runsaudella. Gastroesofageaalisen refluksin ollessa kyseessä oksentelua voi olla useita kymmeniä kertoja päivässä. Tavallisesti imeväisikäisten pulauttaminen tapahtuu melko pian syömisestä jälkeen mutta GER:issä viive voi olla 1-2 tuntia. (Tuomela 2011.)

Syömiseen liittyviä muita oireita ovat refluksin aiheuttamat nielemisvaikeudet, jotka voivat johtaa syömisestä kieltäytymiseen. Tähän liittyy vahvasti myös refluksin kivuliaisuus taustasyynä. Syömisongelmat voivat ilmetä esimerkiksi niin, että lapsi syö vain pieniä annoksia ruokaa, vaikka olisi hyvin nälkäinen. Pienillä vauvoilla syömisongelman voi huomata jos vauva suostuu syömään maitoa vain hyvin uneliaana tai unessa. Vauva voi myös taistella imettämistä tai pulloruokintaa vastaan työntämällä pulloa tai rintaa pois päin tai itkemällä voimakkaasti. (RISA 2012; Tuomela 2011.)

Lindahl (2013, 177.) kirjoittaa, että yksi gastroesofageaalisen refluksin oireista voi olla myös märehtiminen. Märehtimistä eli ruminaatiota havaitaan useimmiten älyllisesti kehitysvammaisilla lapsilla, imeväisikäisillä pojilla ja teini-ikäisillä tytöillä. Märehtimisjakso ajoittuu yleensä päiväsaikaan ja sen kesto on keskimäärin yksi tunti. (Grönlund 2007.)

### 3.2 Kipu

Refluksin aiheuttama kipu ilmenee yleensä vatsakipuna, retrosternaalisen eli rintalastan takana sijaitsevan kivun sijasta, koska pienillä lapsilla ei ole kykyä paikallistaa eikä kuvata kipua tarkasti. Kipu voi olla vaikeaa tunnistaa, koska se voi ilmetä itkuisuutena ja ärtyisyytenä, ja se voidaan helposti sekoittaa koliikkikivusta johtuvaksi. Lasten vatsakivun taustalta löytyviä syitä on refluksin lisäksi useita, kuten toiminnalliset vatsavaivat, aineenvaihdunnalliset tai kasvaimesta johtuvat syyt. (Grönlund 2007; Lindahl 2013, 177.)

Kipu voi aiheuttaa lapselle liitännäisoireilua. Lapsi voi oppia, että kipu ilmaantuu aina aterioiden jälkeen ja tämän takia alkaa vältellä syömistä ja kieltäytyä siitä. Lasten pitkittyneet vastavaivat voivat heikentää lapsen elämänlaatua ja ne voivat johtaa esimerkiksi vatsavaivojen kroonistumiseen, psyykkisiin ongelmiin tai migreeniin. (Grönlund 2007; Lindahl 2013, 177.)

Lasten kipu on aina todellista ja oire jostakin. Lasten kivunsietokyky on kehityksellisistä syistä huonompi kuin aikuisilla ja tämän vuoksi he kärsivät siitä enemmän. Kivulias kokemus säilyy lapsen mielessä pitkään, ja kivun pelko voi vaikeuttaa lapselle tehtäviä tutkimuksia ja hoitoa. Kipu voi olla ohimenevä ja siedettävä oire, mutta se aiheuttaa lapselle kuitenkin aina ylimääräistä tuskaa ja kärsimystä. (Viheriälä 2009, 464.)

### 3.3 Apneakohtaukset & uniongelmat

Lindahl (2013, 178) kirjoittaa, että vaarallisin gastroesofageaalisen refluksin manifestaatio eli ilmentymä on apneakohtaukset (hengityskatkokset). Ne tulevat yleensä alle puolivuotiaille lapsille syömisestä jälkeen tämän ollessa nukkumassa. Pahimmillaan apnea voi vaatia elvytystä. Äkillisen apneakohtauksen taustalta löytyy yleensä usein jokin muu syy kuin refluksi. On silti erittäin tärkeää tutkia myös sen yhteys apneaan, koska patologiseen refluksiin liittyvä mahdollinen kätkeytkuolema on ehkäistävässä hoitamalla refluksi.

Gastroesofageaalisen refluksin suhdetta apneoihin on tutkittu, ja on huomattu, että refluksi ei tapahdukaan apneaa edeltävästi, vaan useimmiten vasta apnean jälkeen. Ashorn (2001, 204) kirjoittaa, että 21 vauvalle tehtiin pH-rekisteröinti GER:in toteamiseksi ja unirekisteröinti apneoiden selvittämiseksi. Tässä tutkimuksessa todettiin, että 90 %:ssa tapauksista apnea edelsi takaisinvirtausepisodia ja vain 6 %:ssa GER oli havaittu ennen apneaa. Refluksi on siis hyvin yleistä apneavauvoilla ja apneakohtaukset näyttävät provosoivan takaisinvirtausta.

Lapsuusiän yleisimpiin ongelmiin kuuluvat unihäiriöt voivat olla merkki refluksista. Erilaisten neuropsykiatristen häiriöiden lisäksi unihäiriöitä voivat aiheuttaa erilaiset somaattiset sairaudet, kuten GER. Refluksista kärsivät lapset voivat oirehtia öisin esimerkiksi nieleskelemällä ja maiskuttele-malla. Lapsi voi myös nukkua levottomasti ja heräillä yöllä normaalia her-

kemmin ja havahtua unesta herkemmin. Nämä oireet häiritsevät nukkumista, ja tästä syystä lapsen saama uni voi olla hyvinkin katkonaista. (Paavonen, Pesonen, Heinonen, Almqvist & Rääkkönen 2007; Törölä 2012.)

Jos unihäiriöt johtuvat jostakin somaattisesta sairaudesta kuten GER:istä voidaan unihäiriön erotusdiagnostiikassa pitää nyrkkisääntönä sitä, että lapsi ei rauhoitu millään apukeinolla. Jos unihäiriöiden taustalla on jokin uniassosiaatio-ongelma, on lapsi nopeasti rauhoiteltavissa. Refluksia sairastava lapsi voi kuitenkin kärsiä samanaikaisesti myös uniassosiaatio-ongelmasta, eli lapsi on kyvytön nukahtamaan ilman aikuisen apua. (Saarenpää-Heikkilä & Paavonen 2008.)

### 3.4 Neurologiset oireet & silent reflux

GER:in harvinaisempiin oireisiin kuuluvat neurologisten oireiden kaltaiset oireet. Nämä oireet voivat olla hankalia yhdistää GER:iin, koska ne eivät suoranaisesti viittaa ruoansulatuskanavan ongelmiin. Kuitenkin on muistettava, että nekin voivat kuulua gastroesofageaalisen refluksen laajakirjoiseen oireiluun. (Kesälä 2009; Kokkonen 2002, 169.)

Neurologisia oireita voivat olla pään tai hartioiden nykiminen, pienten lasten toistuva hyperekstensio eli yliojentumistaipumus tai pään taaksepäin vetäminen. Vartalon ja pään stereotyyppistä taaksepäin vetämistä kutsutaan Sandiferin oireeksi ja tämä voi siis kertoa myös refluksista. Näillä oireilla refluksista kärsivä lapsi yrittää ilmeisesti helpottaa ruokatorvesta aiheutuvaa kipua. (Kesälä 2009; Kokkonen 2002, 169.)

Yksi refluksen muodoista ja oireiluista on nimetty Silent refluxiksi. Tämä tarkoittaa sitä, että lapsi kärsii refluksista, mutta se on hyvin hankala huomata selkeästi ulkoapäin. Sen sijaan, että lapsi oksentaisi tai pulauttaisi ruokatorveen nousseen mahalaukun sisällön hän nielaiseekin sen takaisin. Tämä on kuitenkin haitallisempaa lapselle, koska mahansisältö on kauemman aikaa ruokatorvessa kuin silloin, jos lapsi oksentaisi refluksen vuoksi. (Blanch 2010.)

### 3.5 Hengitysteiden oireet

Refluksen oireisiin voi kuulua myös hengitystieoireita ja se voi provosoida alahengitystieinfektioita, kurkunpääntulehduksia tai keuhkokuumeita. Refluksiin liittyvä keuhkokuumeilu voi erottua sillä, että se reagoi huonosti mikrobilääkkeisiin, ja voi hoitamattomana johtaa jopa krooniseen keuhkoputkitulehdukseen ja bronkiektasioihin eli keuhkoputken laajentumiin. Hengitystieoireita voi ilmestyä, jos mahansisältöä pääsee henkitorven puolelle. Hengitysteihin liittyviä refluksen oireita voivat olla yöyskä, nielemiskipu ja ruokahaluttomuus. (Kesälä 2009; Lindahl 2013, 178; Ruuska 2002, 298.)

Astmaa sairastavilla lapsilla tulisi epäillä refluksia, jos astman hoito ei tehoa odotetusti, ja astmalääkkeillä ei saada kunnollista vastetta oireilulle. Pienten lasten kohdalla hengitysteiden vinkunan onkin todettu liittyvän refluksiin

jopa 64 %:lla tapauksista. Näissä tapauksissa refluksen hoidolla on astmalääkityksen tarve vähentynyt. Isompien lasten kohdalla on huomattu refluksioireilun huonontavan astman tasapainoa. (Kesälä 2009; Ruuska 2002, 298.)

### 3.6 Isomman lapsen oireet

Refluksen oireet isommalla lapsella ovat usein erilaisia kuin pienellä lapsella. On myös mahdollista, että lapsen oireilu voi kasvaessa muuttua hyvinkin paljon. Osa oireista voi kadota kokonaan lapsen kasvaessa, mutta tilalle voi tulla kokonaan uusiakin oireita. Refluksi voi olla kokonaan hävinnytkin, mutta saattaa palata esimerkiksi stressin tai vilustumisen yhteydessä. (Isomman lapsen refluksi. n.d.) Tuomela (2011) kertoo, että gastroesofageaalista refluksista kärsineistä lapsista 4-vuoden iässä oireilee enää 30 %. Yli 15-vuotiailla oireita on enää 10–15 %:lla.

Isompien lasten refluksioireet muistuttavat jo paljon aikuisten oireita. Röyhtäily, ruoan ja hapon virtaus takaisin suuhun sekä rintalastan takana tuntuva kipu ovat tyypillisiä oireita. Myös syömisongelmat, ruokahaluttomuus, nielemiskipu, äänen käheys, anemia ja hampaiden kiillevauriot ovat tyypillisiä isompien lasten oireita. Isoilla lapsilla selkeää refluksia voidaan hoitaa ilman sen tarkempia tutkimuksia oireita lievittämällä. (Grönlund 2007; Kesälä 2009; Ashorn 2010, 439–440.)

### 3.7 Vaikutus perheeseen

Refluksen oireilla on suuri vaikutus perheen arkeen. Lapsen oireista riippuen, monet arkipäiväiset asiat voivat olla erittäin haastavia refluksiperheissä. Usein ruokailutilanteet ovat vaativia refluksen ollessa selkeästi kytköksissä ruokailemiseen. Huoltajien kotitöiden määrä myös lisääntyy oksennusten ja pulauttelujen myötä. (Suomen refluksi 2011.)

Vanhemmat voivat helposti väsyä refluksilapsen haastavien ja usein runsaiden oireilujen myötä. Tämä voi vaikuttaa perheen sosiaaliseen elämään, joka saattaa väsymyksen myötä kaventua, ja väsymys ja stressi voivat heikentää pahimmillaan myös vanhempien fyysistä terveyttä. Vanhemmat joutuvat lääkärikäyntien ja tutkimusten vuoksi tekemään järjestelyjä omien töidensä vuoksi ja pitkään jatkunut lapsen sairastelu voi olla taloudellisestikin rankkaa. (Suomen refluksi 2011.)

## 4 REFLUKSIN HOITO

Gastroesofageaalisen refluksen hoidon tavoitteina on estää takaisinvirtausta tapahtumasta, ja samalla hillitä refluksioireita, jotta lapsi pystyisi toteuttamaan normaalisti arjen toimintoja, kuten ruokailuja ja nukkumista. Lapsen kehityksen kannalta on myös tärkeää turvata lapsen normaali painon nousu. Refluksin hoito jakaantuu kolmeen osaan: elämäntapahoitoon eli konservatiiviseen hoitoon, lääkehoitoon ja kirurgiseen hoitoon. (Grönlund 2007; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 156.)

Ensimmäinen hoitokeino on aina konservatiivinen hoito, joka auttaakin suurimpaan osaan imeväisikäisten refluksivaivoista. Konservatiivisella hoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka on lasta säästävää, rajoitetuilla menetelmillä annettua hoitoa, ja usein siihen ei sisälly leikkaushoitoa. Myös vanhemmilla lapsilla esiintyvään lievään refluksiin voi olla apua konservatiivisesta hoidosta. Jos muutaman viikon hoitokokeilu konservatiivista hoitoa ei auta, on harkittava operatiivista eli leikkaushoitoa. (Lindahl 2013, 179.)

Konservatiivinen hoito vaikuttaa kolmeen gastroesofageaaliseen refluksiin liittyvään osaan. Se tuo helpotusta itse refluksiin, refluoidun sisällön happamuuteen sekä ruokatorven limakalvoärsytykseen. Tavoitteena konservatiivisella hoidolla on saada pidettyä refluksi ja siihen liittyvät komplikaatiot siedettävässä muodossa ja hallinnassa siihen asti, kunnes lapsen kasvu on tarpeeksi kypsytännyt ruokatorvi-mahalaukkurajaa. Konservatiiviseen hoitoon kuuluvat: asento-hoito, ruokavalion ja syömistapojen huomioiminen sekä suun hoito. (Lindahl 2013, 179.)

#### 4.1 Asento-hoito

Yksi tärkeimmistä konservatiiviseen hoitoon kuuluvista muodoista on asento-hoito. Sen pääperiaatteena on, että lapsen ruokatorvi on korkeammalla kuin mahalaukku. Tämä mahdollistuu, kun lasta pidetään 45–60 asteen kohoasennossa, ja tämän voi toteuttaa joko lapsen ollessa puoli-istuvassa asennossa selällään tai mahallaan. Asento on tärkeä saada pidettyä ympäri vuorokauden samana. Isompien lasten kohdalla asento-hoitoa voidaan toteuttaa sängyn päädyn kohottamisella. (Lindahl 2013, 180.)

Australialainen tutkimus- ja kehittämissäätiö Joanna Briggs instituutti on julkaissut näyttöön perustuvat suositukset ennenaikaisesti syntyneen lapsen parhaaseen fysiologiseen kehittymiseen. Näissä suosituksissa on maininta myös gastroesofageaalisesta refluksista ja asentohoidosta. Suosituksissa kerrotaan, että vatsallaan ja vasemmalla kyljellään oleminen vähentää huomattavasti refluksikohtauksien määrää, niiden voimakkuutta ja kestoa yhden tunnin kuluttua syöttämisestä. (JBI 2010.)

#### 4.2 Ruokavalio & syöminen

Refluksin hoidossa lapsen syömisasennolla on suuri merkitys. Lieväoireisten pienten lasten kohdalla vanhempien on hyvä tietää, että lapsen syöttäminen kohoasennossa tai istualtaan helpottaa oireita refluksin ollessa vahvasti sidonnainen ruokailemiseen. Tämä puoli-istuva kohoasento olisi hyvä säilyttää niin ruokailutilanteissa kuin muissakin tilanteissa päivän aikana, ja onkin huomattu, että esimerkiksi babysitterin avulla tämä asento on helppo toteuttaa pienilläkin lapsilla. (Lindahl 2013, 180; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 156.)

Ravinnon kiinteyttäminen tuo helpotusta refluksioireisiin. Varsinkin jos lapsen ravintona on pelkkää maitoa, olisi hyvä antaa sen lisäksi jotakin so-

semaista ruokaa. Sosemaisen ruoan antamisella yritetään estää mahalaukusta ravinnon läikkymistä takaisin ruokatorveen. Aivan pienten imeväisikäisten kohdalla kiinteitä ruokia voidaan antaa jo aiemmin kuin yleiset ravitsemussuositukset sanovat, koska sen on nähty olevan hyödyllistä tähän oireiluun. (Ashorn 2010, 440; Lindahl 2013, 180; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 157.)

Ravinnon kiinteyttäminen voi tapahtua myös aivan pienten vauvojen kohdalla rintamaidon tai äidinmaidonkorvikkeen käytön yhteydessä. Törölä (2012) kirjoittaa, että refluksoireiden vähentämiseksi voidaan nesteitä sakeuttaa. Nesteiden sakeuttamisella saadaan hankaloitettua mahansisällön nousua takaisin ruokatorveen, kun nesteet ovat sakeammassa muodossa.

Ruokailukertojen määrällä on myös väliä. Lapsen olisi hyvä syödä useasti päivässä ja pieniä määriä kerrallaan. Ruokailujen jälkeen tulisi välttää rajuja ponnisteluja tai nostelua ja kumartelua. Ennen nukkumaanmenoa ei myöskään suositeltaisi syötävän runsaita aterioita. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 157; Satakunnan sairaanhoitopiiri 2007, potilasohje.)

Ruoanvalmistuksessa tulisi suosia ruoan keittämistä, hauduttamista ja uunissa tai mikroaaltouunissa kypsentämistä. Joidenkin ruoka-aineiden on myös todettu voivan pahentaa oireita, kuten sitrushedelmät, tuoremehut, limsat ja voimakkaasti maustetut tai rasvaiset ruuat. Myös jotkin muut ruoka-aineet voivat aiheuttaa oireita, ja lapsen ruokavaliota onkin hyvä tarkastella suhteutettuna oireisiin. (RISA 2012; Satakunnan sairaanhoitopiiri, potilasohje 2007; Tuomela 2011.)

Isompien lasten kohdalla on myös huomioitava kofeiinin, tupakan ja alkoholin käyttö, koska ne voivat aiheuttaa oireita. Imeväisikäisten refluksilasten kohdalla tulisi huomioida imettävän äidin ruokavaliota. Jos äiti imettää lasta, tulisi hänenkin huomioida oman ruoka-valionsa sopivuus refluksoireiden helpottamiseksi. (RISA 2012; Satakunnan sairaanhoitopiiri, potilasohje 2007; Tuomela 2011.)

#### 4.3 Suun hoito

Refluksin aiheuttama mahalaukun hapan sisältö aiheuttaa myös suun terveydelle ongelmia. Suun limakalvoille voi ilmestyä esimerkiksi haavaumia. Mahalaukusta nousevien happojen vaikutusta voidaan vähentää suun huuhtelemisella. Tämä toteutetaan heti refluksin jälkeen huuhtelemalla suu vedellä, fysiologisella keittosuolalla tai happoja neutralisoivalla lääkeaineella. (Honkala 2009.)

Hampaat kärsivät usein myös refluksista. Hampaiden pinnat, erityisesti etuhampaiden kielenpuoleiset pinnat, voivat syöpyä mahan happaman sisällön vuoksi. Refluksilasten onkin erityisen tärkeää huolehtia hampaiden hoidosta. Hampaita ei kuitenkaan tule harjata heti refluksikohtauksen jälkeen, koska hampaiden kiille on tällöin jo vaurioitunut, ja vaurioituisi vain lisää hankaamisesta. Fluorihammastahnan ja ksylitolituotteiden säännöllisellä käytöllä saadaan ehkäistyä hampaiden reikiintymistä ja liiallista syöpymistä. Hampaiden harjauksen jälkeen voidaan käyttää lisäksi erityisgeeliä

korjaamaan suun mineraalitasapainoa ja neutraloimaan plakin pH:ta. (Honkala 2009.)

#### 4.4 Lääkehoito

Refluksi lievöireisena ei vaadi jatkuvaa lääkitystä. Jos kuitenkin lääkkeitä on päädyttään, on vaihtoehtoja monia. Lääkkeet voidaan jakaa vaikutusmekanismien mukaan eri ryhmiin. Osa lääkkeitä suojaa ruokatorven limakalvoa mahahappojen aiheuttamalta ärtymiseltä, osa pinnoittaa ruoan ja estää sitä pääsemästä nousemaan ruokatorveen, osa neutraloi mahahappoja ja osa vähentää mahahappojen vapautumista. Lisäksi voidaan antaa mahalaukun tyhjentymistä nopeuttavaa lääkettä, jotta ruoka liikkuisi nopeammin eteenpäin ruoansulatuskanavassa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 157; Törolä 2012.)

Lasten refluksin lääkehoitona käytettäviä lääkkeitä on useita. Päädyttäessä lyhytaikaiseen hoitoon voidaan käyttää alginaattia sisältävää lääkettä, jota käytetään aina aterioiden jälkeen. Alginaatti estää mahalaukun sisältöä virtaamasta ruokatorveen tekemällä mahalaukun sisällön päälle kelluvan sitkeän kerroksen. (Ashorn 2010, 440; Lindahl 2013, 180.)

Lasten refluksin hoidossa on aikaisemmin käytetty lisäksi lääkettä, jonka vaikuttava aine oli sisapridi, mutta tämän lääkkeen valmistaminen lopetettiin vuonna 2012. Sisapridi lääke auttoi tehokkaasti refluksiin nopeuttamalla vatsan ja suolen toimintaa niin, että vatsa tyhjeni nopeammin ja refluksikohtaukset vähenivät. Tämä lääke oli erityislupavalmisteen käyttöön mahdollisesti liittyvien sydänkomplikaatioiden vuoksi. Läkettä saaneiden lasten vointia seurattiin säännöllisesti mm. EKG-tutkimuksilla eli tutkimmalla lapsen sydänkäyrää. Kuitenkin tällä hetkellä lääke on pois markkinoilta. (Lindahl 2013, 180; Refluksilapset ry:n tiedote Prepulsid-läkkeen lopettamisesta n.d.)

#### 4.5 Leikkaushoito

Kirurginen hoito on refluksin hoitomuodoista viimeinen. Siihen lähdetään, jos lapsella on jokin anatominen poikkeavuus, kuten esofagusstruktuura tai barretin ruokatorvi (ruokatorven alaosan limakalvon muuttuminen suolen limakalvon kaltaiseksi), vaikea esofagiitti eli ruokatorven tulehdus tai konservatiivinen hoito on todettu tehottomaksi. Leikkaushoidon tavoitteena on estää refluksia toteutumasta pidentämällä intra-abdominaalista eli vatsansisäistä ruokatorvea ja muodostamalla läppä ruokatorvi-mahalaukkurajaan. Tätä kutsutaan fundoplikaatioksi. Refluksileikkauksia tehdään vuosi vuodelta vähemmän, mihin on syynä lääkehoidon kehittyminen ja refluksin hoidossa käytettävien lääkkeiden hinnan selvä aleneminen. Leikkaushoito on kuitenkin edelleen tarpeellinen hoitomuoto refluksiin. (Lindahl 2013, 180; Luostarinen 2011.)

Lasten kirurgisessa hoidossa voidaan käyttää samoja menetelmiä, mitä aikuistenkin fundoplikaatioissa käytetään. Fundoplikaatiotekniikoista lapsille soveltuvia ovat Nissen, Thal, Boix-ochoa ja Toupet. Lasten fundoplikaatio

voidaan toteuttaa avoimena leikkauksena tai laparoskooppisesti eli vatsaontelon täyhystyksessä. (Lindahl 2013, 180.)

Lasten refluksin kirurgisen hoidon pitkäaikaistulokset ovat aikuisten hoitotuloksia selkeästi huonommat. Tämä selittyy sillä, että lapsena fundoplikaatioon joutuvat ovat usein vaikeasti vammaisia. HYKS:n (Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala) lastenkliniikalla 1985–1989 kirurgisesti hoidetuista potilaista joka neljännellä purkaantui fundoplikaatio 2,5 vuoden seurannassa. Niissä paikoissa, joissa fundoplikaatioihin päädytään herkemmin, on purkautumisprosentti pienempi. Näiden purkaantumisten takia järjestetään kirurgista hoitoa saaneille lapsipotilaille pitkäaikainen endoskooppinen seuranta. (Lindahl 2013, 180.)

## 5 VANHEMPIEN OHJAAMINEN

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista antaa potilaalle oikeuden saada riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa, jotta potilas voi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tämä tieto on potilaalle annettava eri tavoin toteutetulla potilasohjauksella, jonka lähtökohtana on potilaskeskeisyys. Potilasohjauksen kehittämisessä tulisi lisäksi ottaa huomioon potilaan omat kokemukset. Lasten ollessa potilaina on potilasohjauksen kohteena usein lasten puolesta vanhemmat. Lasten sairaudet ja vammat vaativat vanhemmilta erityistä huolenpitoa ja tietoa asiasta. Tähän he tarvitsevat hoitotyön ammattilaisten tukea. (Anttila & Salanterä 2008, 77; Montin 2008, 5.)

Perheiden tarvitsema tuen määrä vaihtelee. On hyvin yksikölistä, miten paljon kukin perhe tarvitsee tietoa ja ohjausta ollessaan terveydenhuollon asiakkaana. Hyvän hoitotyön lähtökohtana on kuitenkin aina toimiva yhteistyö perheen ja hoitohenkilökunnan välillä. Tärkeää on, että hoitajat antavat perheelle ja vanhemmille heidän tarvitsemaansa tietoa ymmärrettävällä kielellä ja kuuntelevat ja kannustavat perhettä. (Anttila & Salanterä 2008, 58–59.)

Ohjaaminen hoitotyössä tarkoittaa auttamismenetelmää, jolla hoitaja oman vuorovaikutuksensa avulla antaa potilaalle tukea tämän oman toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisyyden vahvistamiseksi. Ohjaamiseen haasteen tuo se, että ohjaajan on osattava keskeinen tietotaito ohjattavasta asiasta ja myös tiedettävä miten hyvä ohjaaminen tapahtuu. Pelkkä tiedon välittäminen toiselle ei kuitenkaan riitä, jos tämä tieto ei johda toimintaan ja soveltamiseen arkielämässä. Ohjaajan tulee löytää keinoja, joilla tiedon saa konkretisoitua ohjattavalle hänelle parhaiten sopivalla tavalla. (Eloranta & Virkki 2011, 7–8.)

### 5.1 Kirjallinen ohjaaminen

Kirjallinen ohjausmateriaali on tarpeen tilanteissa, joissa suullisen ohjauksen toteutusajaksi on vähäistä. Kirjallista ohjausmateriaalia voivat olla erilaiset oppaat ja ohjeet, ja niiden koko voi vaihdella yhden sivun mittaisesta ohjeesta useamman sivun pituisiin oppaisiin tai pieniin kirjasiin. Olennai-



nen osuus ohjeissa on niiden oikeellisuus ja tiedon kerrontatapa. Ensisijainen tavoite kirjallisella ohjausmateriaalilla on potilaiden kasvatus ja keino antaa vastaukset potilaita askarruttaviin kysymyksiin. (Alaperä, Antila, Blomster, Hiltunen, Honkanen, Honkanen, Holtinkoski, Konola, Leiviskä, Meriläinen, Ojala, Pelkonen & Suominen 2006, 66; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124.)

Kirjallisten ohjeiden tulee olla selkeästi kirjoitettuja, jotta väärinkäsityksiä ei pääsisi tapahtumaan. On tutkittu, että kirjalliset ohjeet ovat usein kirjoitettu potilaille liian vaikeasti, ja näin ne tulevat väärinymmärretyiksi. Onkin tärkeää, että kirjallisen ohjeistuksen ymmärrettävyyteen on panostettu, ettei se heikentäisi muuten annettua hyvää ohjausta. Huonosti toteutettu ohjeistus voi myös luoda potilaalle tarpeettomia pelkoja ja lisätä huolestuneisuutta. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

Hyvä opas on kirjoitettu potilaalle tai asiakkaalle, ei ammattilaisille. Siinä olevan tiedon on oltava ajantasaista ja virheetöntä. Hyvän oppaan esitystapa on selkeä ja se etenee loogisesti. Looginen esitystapa ilmenee esimerkiksi sairauden hoito-oppaassa niin, että ensiksi oppaassa on sairauden kuvaus ja sitä seuraa sairauden ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Ohjeessa ja oppaassa loogisuus tarkoittaa asiakkaalle samaa kuin tärkeysjärjestys. On siis tärkeää esittää tärkeimmät asiat ensin. (Eloranta & Virkki 2011, 74–75.)

Ohjeen ulkomuodon tulee olla helppolukuinen. Tärkeät asiat ja otsikoinnit on hyvä korostaa tekstistä erottuviksi, esimerkiksi lihavoimalla teksti. Alleviivauksia sen sijaan kannattaa välttää, sillä ne voivat tehdä tekstistä hankalaa lukea. Kirjallisia ohjeita on hyvä elävöittää kuvilla, joiden avulla jokin asia saadaan selkeämmäksi, mutta niiden tulee olla perusteltuja. Ohjeessa toteutetun ohjauksenkin on oltava perusteltua. Pelkkä neuvominen ilman perusteita ei saa ihmistä muuttamaan tapoja. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76.)

### 5.2 GER-lapsen vanhempien ohjaaminen

Refluksilasten vanhempien ohjaamisessa korostuvat arkipäiväisissä asioissa, kuten syömisessä ja nukkumisessa lapsen refluksin huomioiminen. Tärkeintä on, että lapsi olisi mahdollisimman paljon pystyasennossa. Isompien lasten kanssa tämä on helpompaa toteuttaa, heidän liikkuessaan jo omatoimisesti. Vauvojen kohdalla tämä vaatii vanhemmilta erityistä huomioimista. (Refluksivauvan hoito arjessa n.d.; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 157.)

Kaikista tärkeintä vauvoilla on syömisten jälkeen vauvan pitäminen pystyasennossa. Vauvojen kantamiseen tulisi vanhempien kiinnittää myös huomiota. Vauvan vatsalle painetta tuottavia asentoja tulisi välttää. Tällaisia kantamisasentoja ovat muun muassa seuraavat: vauvan kantaminen olkapäällä ja vauvan kantaminen lantiolla käsivarsi vauvan ympärillä. Olisi myös tärkeää huomioida vauvan ympäristön ärsykkeet jos vauva vaikuttaa kivuliaalta, levottomalta ja on itkuinen. Ärsykejä ovat esimerkiksi liian kirkas valaistus ja ympäristön meteli. Nämä ärsykkeet tulisi vaimentaa ja luoda vauvalle rauhallinen tila. (Refluksivauvan hoito arjessa n.d.)

American Academy of Pediatrics suosittelee alle 12 kuukauden ikäisten refluksivauvojen nukuttamista selällään kätkytkuoleman välttämiseksi. Ainoana poikkeuksena pidetään vauvoja, joilla aspiraatoriski tai muut refluktiaudin komplikaatioista ovat todennäköisiä. Näille vauvoille voidaan suositella mahallaan makuuasennossa nukuttamista. (Bernardy 2007, 527.)

## 6 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on ammattikorkeakouluissa käytössä oleva vaihtoehto tutkimuksellisen opinnäytetyön tekemiselle. Opinnäytetyön olisi tärkeää olla työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. Lisäksi sen olisi osoitettava riittävää tietoa ja taitoa ja sen tulisi olla tutkimuksellisella asenteella tehty. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitteina on saada jokin käytännön toiminta ohjeistettua, opastettua, järjestettyä tai järjeistettyä. Tämä voi tapahtua monin eri keinoin, alasta riippuen, mutta yleensä opinnäytetyön tuotoksena syntyy käytäntöön suunnattu opas, ohje, tapahtuma tai kokous. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutuksessa näkyvät yhdessä käytännön toteutus sekä tutkimusviestinnällinen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

### 6.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämä opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan lastenosaston 3A:n kanssa. Työn tarkoitus ja tavoitteet ovat yhteistyökumppanin ja opinnäytetyön tekijän tarkoitusperiä vastaavat. Tarve työlle on lähtenyt työelämästä ja opinnäytetyön tekijän omasta mielenkiinnosta aihetta kohtaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä GER-lapsen vanhempien tietoutta lasten gastroesofageaalisen refluksen hoidosta ja antaa ohjeita hoidon toteuttamiseen. Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden eli oppaan oli tarkoituksena olla lastenosastolla työskentelevien hoitajien apuna, heidän ohjatesaan refluksia sairastavien lasten vanhempia.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä informatiivinen opas GER-lapsen hoidosta. Tämä opas oli suunniteltu vanhempia varten ja heille annettavaksi hoitajien antaman suullisen ohjauksen tueksi. Tavoitteena oli lisäksi lisätä opinnäytetyön tekijän tietämystä lasten gastroesofageaalisesta refluksista, sen oireista, hoitomuodoista ja vanhempien tukemisesta.

### 6.2 Suunnittelu

Lähdettäessä tekemään toiminnallista opinnäytetyötä, on ensimmäisenä työvaiheena aiheanalyysi eli aiheen ideointi. Tässä aiheanalyysissä on tekijän pohdittava omia kiinnostuksen kohteitaan alan opinnoissa tai esimerkiksi harjoitteluissa. Aiheen valinnassa on erittäin tärkeää, että aihe olisi itseä motivoiva, ja että opinnäytetyön tekijä kokisi voivansa syventää omaa

asiantuntemustaan aiheesta. Aiheen tulee olla myös ajankohtainen ja tulevaisuutta ajatellen tärkeä, jotta mahdollinen toimeksiantaja voisi siitä kiinnostua. (Vilkka & Airaksinen 2003, 23.)

Omaa opinnäytetyöni aihetta suunnitellessani tiesin heti, että haluan tehdä opinnäytetyöni lasten hoitotyöhön liittyen. Tiesin myös heti sairaanhoitaja-opintojeni alussa, että toiminnallinen opinnäytetyö olisi minulle sopivin tapa tehdä opinnäytetyö. Toivoin myös, että saisin työlleni yhteistyökumppanin työelämästä, jotta se olisi tarpeellinen ja lasten hoitotyön kannalta merkittävä.

Opinnäytetyön aiheen tarkempi suunnittelu alkoi keväällä 2013 ollessani harjoittelussa sairaalassa lastenosastolla. Harjoitteluni aikana pohdin aihetta opinnäytetyölleni ja pyysin apua harjoitteluni ohjaajilta. Heiltä sain idean valita aihealueekseni lasten refluksin tarkastelemisen. Syksyllä 2013 aihealue tarkentui työelämän tarpeen mukaan muotoon; ”GER-lapsen hoidosta opas vanhemmille”.

### 6.3 Toteutus

Saatuani opinnäytetyön aiheen rajattua ja yhteistyökumppanin työelämästä, oli työtä hyvä alkaa toteuttamaan. Keväällä 2014 aloitin tiedonhaun ja aloin kokoamaan teoreettista viitekehystä. Teoriatietoa hain konkreettisesti kirjastoista manuaalisella tiedonhaulla sekä sähköisesti eri tietokannoista, kuten Nellistä. Valitsin lähteikseni aineistoja, jotka olivat pääsääntöisesti 2000-luvulla tehtyjä ja jotka liittyivät lasten gastroesophageaaliseen refluksiin ja potilasohjaukseen. Hyödyllisimmiksi lähteiksi koin lääkäreiden kirjoittamat artikkelit lasten refluksista, jotka monipuolistivat oppikirjoista löytämiäni pohjatietoja aiheesta.

Kirjallisen osuuden kirjoittaminen alkoi myös keväällä 2014. Keväällä sain suunniteltua sisällysluettelon pohjan ja aloin kirjoittamaan työni teoriaosuutta. Syksyllä 2014 kouluni oli siinä vaiheessa, että sain keskittyä vain opinnäytetyön tekemiseen, ja se alkoi edistymään nopeammin. Väliseminaarin työstäni pidin marraskuussa 2014. Väliseminaarista sain opponoijalta ja ohjaavalta opettajaltani tarpeellisia neuvoja opinnäytetyön raportin rakenteeseen ja tein muutamia muutoksia teoreettiseen viitekehykseen.

Väliseminaarin jälkeen aloitin oppaan tekemisen ja tein siitä alustavan luonnoksen. Oppaan tekemisessä etsin tietoa hyvästä potilasoppaasta ja käytin löytämäni tietoa oppaan tekemisessä. Vein oppaan luonnoksen lastenosastolle kommentoitavaksi ja pyysin heidän mielipiteitään ja kehitysehdotuksiaan oppaasta. Saatuani luonnoksen kommentteineen takaisin, muokkasinkin oppaan vastaamaan lastenosaston tarpeita ja toiveita. Loppuseminaarin työstäni pidin joulukuussa 2014.

### 6.4 Opas

Opinnäytetyöni toiminnallisena tuotoksena syntyi opas GER-lapsen hoidosta vanhemmille. Opas käsittelee lasten refluksia sen synnyn ja hoidon kautta. Oppaan suunnittelussa oli tärkeää, että siitä tulisi mahdollisimman

selkeä, helppolukuinen, tiivis ja se sisältäisi kuitenkin kaiken tarvittavan tiedon vanhemmille. Oppaan teossa käytin apuna hoitotyön ohjaamisesta kertovia kirjoja ja tutkimuksia.

GER-lasten hoidossa olennaista on antaa lasten vanhemmille riittävästi tietoa ja ohjausta siitä, miten helpottaa lasten refluksin oireita. Vanhempien olisi myös hyvä tietää, mitä refluksi tarkoittaa, jotta heidän olisi helpompi ymmärtää mistä oireet johtuvat. Oppaan tarkoituksena oli olla antamassa tätä tietoa vanhemmille. Kuten kappaleessa 5.1 kirjoitin, hyvä opas ei pelkästään anna neuvoja, vaan perustelee siinä esitetyt asiat. Tämän otin huomioon tehdessäni opasta ja hoito-ohjeisiin liitin mukaan yksinkertaisia selityksiä ja syitä miksi hoito olisi hyvä toteuttaa ohjeiden mukaan.

Kyngäs ym. (2007, 126.) kuvaavat teoksessaan, että hyvässä oppaassa ilmenee selkeästi kenelle opas on tarkoitettu ja mitä tarkoitusta varten opas on tehty. Hyvinä keinoina selkeyttää ja elävöittää käsiteltäviä asioita ovat esimerkkien ja kuvausten käyttäminen. Mitä konkreettisemmin asiat saa kerrottua, sen helpompi asiakkaan on ohjeet sisäistää. Oppaassani ilmenee jo otsikossa selvästi sen käyttötarkoitus ja kenelle se on suunnattu. Tiiviistä muodosta huolimatta oppaaseen on saatu mahtumaan ohjeiden perustelut kattavasti.

### 6.5 Arviointi

Osa opinnäytetyöprosessia on työn arvioiminen. Arviointi on hyvä toteuttaa kriittisesti ja samalla tutkivalla asenteella kuin koko muukin työ. Tämä arviointi kuuluu olennaisesti opinnäytetyön oppimisprosessiin ja on tärkeä vaihe sitä. Arvioitavia asioita ovat työn idean ja tarkoituksien tarkasteleminen, aikataulussa pysyminen, raportoinnin arvioiminen ja yhteistyön sujuminen mahdollisen yhteistyökumppanin kanssa. Tavoitteiden kohdalla on mietittävä miksi työtä on lähdetty tekemään ja mitä tavoitteita sille on asetettu. On tärkeää arvioida miten työn tavoitteet on onnistuttu saavuttamaan ja onko joku tavoitteista mahdollisesti jäänyt saavuttamatta. Jos johonkin tavoitteeseen ei olla päästy, on syyt tähän pystyttävä avaamaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 154–160.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyneestä ohjeistuksesta tai oppaasta tulisi kerätä jonkinlainen palaute siltä taholta, jonne tuotos on tehty. Tämä palaute on apuna omien tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa, jotta arviointi ei jäisi subjektiiviseksi. Palautteessa olisi hyvä saada vastaukset siihen, miten kohderyhmän mielestä esimerkiksi opas on onnistunut, onko se toimiva ja onko sen käytettävyys hyvä. (Vilka & Airaksinen 2003, 157.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä GER-lapsen vanhempien tietoutta lasten gastroesofageaalisen refluksin hoidosta ja antaa ohjeita hoidon toteuttamiseen. Tämä tavoite täyttyi, ja oppaaseen on tiivistetty keskeisin tieto GER-lasten hoidosta ja kerrottu konkreettiset keinot, jolla vanhemmat voivat hoitoa omatoimisesti toteuttaa. Tavoitteena ollut opinnäytetyön tekijän oman osaamisen vahvistaminen toteutui myös hyvin. Sen lisäksi, että opinnäytetyö lisäsi tietoutta lasten gastroesofageaalisesta refluksista, lisäsi se myös tietoutta vanhempien ohjaamisesta ja perhehoitotyöstä.

Opinnäytetyö toteutui aikataulun mukaisesti. Yhteistyö toimeksiantajana toimineen K-HKS:n lastenosaston kanssa sujui hyvin yhteyshenkilöiden välityksellä. Pääasiallisesti yhteydenpito tapahtui sähköpostin välityksellä ja kerran konkreettisesti tapaamalla osastolla. Osaston hoitajat antoivat arvokasta lisätietoa lasten GER:istä, jonka perusteella tein opinnäytetyöraporttiini ja oppaaseen muutamia muutoksia. Yhtenä arvokkaana tietona osastolla kerrottiin että GER:in lääkehoidossa kauan käytetyn tehokkaan lääkkeen sisapridin valmistus ja käyttö oli lopetettu. Tämä lääke oli kaikissa lähteissäni merkitty lasten refluksien hoidossa edelleen käytettäväksi lääkkeeksi ja vasta erikseen etsiessäni tietoa sen lopettamisesta, löytyi lyhyitä mainintoja ja raportteja asiasta.

Pyysin yhteistyökumppanilta lastenosastolta arviointia sinne tuottamastani oppaasta sen valmistuttua. Arvioinnissa lastenosaston henkilökunta toivoi vielä muutosta oppaan ulkoasuun, joten muokkasin ulkoasua heidän toiveitaan paremmin vastaavaksi. Oppaan sisältö oli heidän mielestään hyvä ja käytännönläheinen. Lisäksi perusasiat olivat heidän mielestään hyvin esitetty. Olin oppaan saamaan arviointiin tyytyväinen.

Raportointi työssä oli viitekehysten rajaamisen jälkeen helppoa ja sujuvaa. Tarkalla teorian rajaamisella ja otsikoinnilla on paljon merkitystä siihen, kuinka johdonmukaista ja selkeää tekstistä tulee. Hyvä aiheen rajaaminen ja otsikoiden miettiminen rauhassa ovat tärkeitä keinoja tehdä raportin sisällöstä helppolukuista ja ne pitävät työn hyvin kasassa. Opinnäytetyön raportin ulkoasu on selkeää ja vaikeat lääketieteen alan sanat on lyhyesti selitetty tekstin sisällä. Kappaleiden pituudet on pidetty lyhyinä, jotta nekin lisäisivät helppolukuisuutta.

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe oli tärkeä ja ajankohtainen niin opinnäytetyön tekijälle kuin opinnäytetyön toimeksiantajallekin. Toimeksiantajalla oli tarve saada lasten gastroesofageaalista refluksia käsittelevä hoito-opas ja opinnäytetyön tekijä halusi syventää omaa tietoaan aiheesta. Teoreettista viitekehystä tehdessä ilmeni, että lasten GER on paitsi sairaanhoitaja-koulutuksessa vähälle huomiolle jäävä lasten terveyttä haittaava tekijä, niin myös yleisesti vähän puhuttu ja tutkittu asia.

Lasten refluksista löytyvä materiaali yllätti aluksi vähäisyydellä. Oli hankalaa löytää kattavia lähteitä, joissa olisi käsitelty aihetta laajasti. Useissa lähteissä lasten gastroesofageaalinen refluksi mainittiin hyvin lyhyesti, ja opinnäytetyön teoriaosuutta tehdessäni jouduin kokoamaan pienistä paloista laajempia kokonaisuuksia. Parhaimpina lähteinä opinnäytetyölleni koin erikoislääkärin kirjoittamat artikkelit lasten refluksista ja artikkelit, jotka eivät suoraan olleet kirjoitettuja refluksista mutta liittyivät siihen jollakin tapaa. Hyvinä tiedonlähteinä olivat myös muutamat oppikirjat lasten hoitotyöstä ja gastroenterologiasta. Tärkeänä lähteenä aiheesta löytyi myös GER-lapsen asentohoitoa koskeva hoitotyön suositus.

Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt tietouttani lasten gastroesofageaalista refluksista, sen oireista, hoitomuodoista ja vanhempien ohjaamisesta.

Uskon että tulen tulevaisuudessa sairaanhoitajana työskennellessäni hyötymään opinnäytetyön myötä oppimistani asioista. Opinnäytetyötä tehdessäni olen oppinut lisäksi tekemään tiedonhakua, tutkimaan materiaaleja lähdekriittisesti, käsittelemään tietoa ja rajaamaan tietoa opinnäytetyöni tavoitteet ja tarkoitus mielessä pitäen.

Yhteistyö työelämän yhteistyökumppanin K-HKS:n lastenosaston hoitohenkilökunnan kanssa oli sujuvaa. Sain heiltä hyviä neuvoja opinnäytetyön teoriaosuutta koskien ja he auttoivat oppaan suunnittelussa. Heidän ollessa mukana opinnäytetyöprosessissa sain työhöni arvokasta tietoa työelämästä ja käytännöntietoa GER-lasten kanssa työskentelemisestä. Onnistuin tekemään opinnäytetyön tavoitteideni mukaan ja opas GER-lapsen hoidosta valmistui yhteistyökumppanin ja omien tavoitteideni mukaisesti. Opinnäytetyöni eteni ja valmistui suunnitellusti.

## 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön ja tehnyt siitä ohjeen. Tässä ohjeessa kerrotaan että tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava siinä tapauksessa, jos se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön keinoin. Keskeisiä lähtökohtia tieteellisessä käytännössä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Opinnäytetyössäni olen pitänyt mielessäni tieteelliset toimintatavat eli rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden, vaikka opinnäytetyöni ei itsessään ole tutkimuksellinen. Kuitenkin sen lähtökohtana on ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä olla tehty hyvällä tieteellisellä käytännöllä, jota kautta sen etiikka työssä näkyy. Vilka ja Airaksinen (2003, 154) kirjoittavatkin, että opinnäytetyö tulisi tehdä tutkivalla asenteella, vaikka työ olisi-kin toiminnallisena opinnäytetyönä toteutettu.

Leino-Kilpi ja Välimäki (2014, 365) kuvaavat teoksessaan Etiikka hoitotyössä, että hyvän tieteellisen käytännön voi loukata kahdella keinolla: piittaamattomuudella ja vilpillä. Tämä viittaa kirjoittamisen etiikkaan, ja siihen mihin kirjoittamansa asiat perustaa. Tehdessäni opinnäytetyötä olin tarkkana lähdekriittisyyden kanssa ja tarkkana lähteiden merkitsemisessä tekstiin ja lähdeluetteluun. Keräsin oppaassa käsittelemäni tiedon kriittisesti hoitotyön eri kirjoista ja internet-lähteistä sekä tutkimuksista joita aiheesta löysin. Etsimällä tiedot kriittisesti varmistin opinnäytetyöni luotettavuuden.

Lähteitä valittaessa yksi tärkeimmistä kriteereistä on lähteiden tuoreus. Tutkimustieto vanhenee ja muuttuu nopeasti, joten mitä uudempia ja tuoreempia käytetyt lähteet ovat, sen varmemmin tieto niissä on ajantasaista. Lähdeaineiston uskottavuutta voi myös helposti arvioida ennen siihen syvemmin perehtymistä, tarkastelemalla tiedonlähteen ikää, laatua, tunnettavuutta ja auktoriteettia. Nämä asiat huomioin opinnäytetyössäni pyrkimällä käyttämään 2000-luvulla julkaistuja lähteitä, muutamat lähteet olivat tätä vanhempia, mutta niiden antama tieto oli välttämätöntä työlle ja tuoreempia lähteitä ei niistä asioista ollut saatavilla. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.)

### 7.2 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheina lasten gastroesofagealisesta refluksista voisi olla vanhempien kokemukset aiheesta. Olisi mielenkiintoista selvittää vanhempien kokemuksia heidän saamastaan ohjauksesta GER-lapsen hoidon suhteen neuvoloissa, terveyskeskuksissa tai sairaaloissa. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla, miten tehokkaasti hoitohenkilökunta on lähtenyt etsimään syitä refluksioireille. Onko asiaa lähdetty selvittämään ja tekemään tarvittavia tutkimuksia, vai ovatko vanhemmat ehkä joutuneet etsimään itse tietoa refluksista ja vaatimaan tarkempia tutkimuksia ennen oikean diagnoosin varmistumista?

Omaan opinnäytetyöhöni liittyvä jatkotutkimusaihe voisi olla tutkimus siitä, miten tekemäni opas GER-lapsen hoidosta on auttanut lastenosaston hoitajia heidän ohjatessaan vanhempia. Ovatko he hyötäneet oppaasta ja miten opas on vaikuttanut heidän ohjaustilanteisiinsa? Mielenkiintoista olisi myös saada tietää, miten vanhemmat ovat kokeneet oppaan heitä hyödyttäneen.

## LÄHTEET

Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinkoski, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M (toim.) Potilasohjauksen haasteet- käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus, 65–76. Viitattu 23.10.2014. [http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Anttila, L. & Salanterä, S. 2008. Vanhempien odotukset ja kokemukset toteutuneesta hoitotyöstä kun lapsella on huuli-suulakihalkio. Teoksessa Monti, L (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Turun yliopisto. Turku: Uni-print, 77–90.

Ashorn, M. 2000. Patologinen takaisinvirtaus lienee perinnöllinen sairaus. *Duodecim* 116 (20), 2235.

Ashorn, M. 2001. Apnea aiheuttaa ruokatorven refluksia eikä päinvastoin. *Duodecim* 117 (2), 204.

Ashorn, M. 2010. Suoliston, maksan ja haiman sairaudet. Teoksessa Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo M. (toim.) Lastentaudit. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 436–450.

Bernardy, K. 2007. The child with a gastrointestinal alteration. Teoksessa James, S. & Ashwill, J. (toim.) *Nursing care of children*. 3.painos. Kanada: Elsevier, 507–562.

Blanch, G. 2010. What is silent reflux? Viitattu 16.10.2014. <http://www.reflux.org.au/what-is-silent-reflux/>

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia print.

Eronen, A., Kiesvaara, S. & Lommi, K. 2004. Lasten kirurginen hoitotyö. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 280–91.

Grönlund, J. 2007. Kouluikäisten vatsavaivat. Viitattu 21.10.2014. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL412007-3743.pdf>

Honkala, S. 2009. Refluksitauti ja suun terveys. Viitattu 16.10.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=trs00147](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00147)

Isomman lapsen refluksi. n.d. Refluksilapset ry. Viitattu 16.10.2014. <http://www.refluksilapset.fi/isomlapsen.html>

Jaakkola, K. 2009. Ruoansulatus kuntoon ravitsemushoidolla. Vaasa: Oy Fram Ab.



Jalanko, H. 2012. Pulauttelu ja oksentelu lapsella. Viitattu 21.10.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00475&p\\_haku=pulauttelu ja oksentelu](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00475&p_haku=pulauttelu+ja+oksentelu)

JB I. 2010. Positioning of preterm infants for optimal physiological development. *Best Practice* 14(18), 1–4, pdf-tiedosto. Viitattu 17.4.2014. <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=5391>

Kesälä, M. 2009. Pulauttelua ja röyhimistä - lasten gastroesonaalinen refluksi. Viitattu 9.10.2014. <http://www.porinlaakaritalo.fi/fi/artikkelit/22>.

Kokkonen, J. 2002. Ruoansulatuselimistön sairaudet ja toimintahäiriöt. Teoksessa Huttunen, N-P. (toim.) *Lasten ja nuorten sairaudet*. Porvoo: Bookwell Oy, 158–176.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Lasten gastroesofageaalinen refluksi (GER). n.d. Refluksilapset ry. Viitattu 16.10.2014. <http://www.refluksilapset.fi/lastenger.html>

Lindahl, H. 2013. Lasten gastroesofageaalinen refluksi. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.) *Gastroenterologia ja hepatologia*. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy, 177–181.

Luostarinen, M. 2011. Kirurgiaa tarvitaan edelleen refluksitaudin hoidossa. Viitattu 21.20.2014. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99398.pdf>

Montin, L. 2008. *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Turun yliopisto. Turku: Uniprint.

National digestive disease information clearinghouse. 2013. Gastroesophageal reflux (GER) and gastroesophageal reflux disease (GERD) in infants. Viitattu 17.10.2014. <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/gerdinfant/>

Paavonen, E.J., Pesonen, A-K., Heinonen, K., Almqvist, F. & Räikkönen, K. 2007. Hoivaten höyhensaarille. Viitattu 21.10.2014. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96816.pdf>

Refluksi ja ruokavalio. n.d. Refluksilapset ry. Viitattu 17.10.2014. <http://www.refluksilapset.fi/refluksijaruoka.html>

Refluksilapset ry:n tiedote Prepulsid-lääkkeen lopettamisesta. n.d. Refluksilapset ry. Viitattu 18.11.2014. [http://www.refluksilapset.fi/tiedote\\_prepulsid.html](http://www.refluksilapset.fi/tiedote_prepulsid.html)

Refluksivauvan hoito arjessa. n.d. Refluksilapset ry. Viitattu 24.10.2014. <http://www.refluksilapset.fi/vauvanhoitoarjessa.html>

RISA, 2012. Checklist: Reflux symptoms in infants and children under the age of 2 years. Viitattu 21.10.2014. <http://www.reflux.org.au/wp-content/uploads/2012/09/RISA-Checklist-for-doctors-V1.pdf>

Ruuska, T. 2002. Vatsavaivat. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 297–303.

Ruuska, T., Grönlund, J., Örmälä, T. & Kolho, K-L. 2008. Lasten gastroesofageaalinen refluksitauti ei ole harvinainen. Suomen Lääkärilehti 63(6), 495–499.

Saarenpää-Heikkilä, O. & Paavonen, E.J. 2008. Imeväisen uniongelmat. Viitattu 21.10.2014 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97247.pdf>

Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2007. Gastroesofageaalinen refluksi tauti (GER), potilasohje. Viitattu 21.3.2014. <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/POTILAS/OHJEETUUSI/LASTENTAUDIT/GASTROESOFAGEAALINEN%20REFLUKSITAUTI.PDF>

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1.p. Helsinki: Sanoma Pro.

Suomen refluksi 2011. Lasten refluksi. Viitattu 16.10.2014. [https://kotisivukone.fi/files/refluksi.kotisivukone.com/lasten\\_refluksitauti\\_3.pdf](https://kotisivukone.fi/files/refluksi.kotisivukone.com/lasten_refluksitauti_3.pdf)

Suomen refluksi. n.d. Ruokatorvi. Viitattu 16.10.2014. <http://www.refluksi.fi/127>

Toikka, P., Mertsola, J. & Ruuskanen, O. 1997. Kun lasta yskittää. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 113 (7), 572–577. Viitattu 20.3.2014. [http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo70141&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo70141&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=)

Tuomela, T. 2011. GER-tauti lapsilla. Luento Helsingissä 6.11.2011. Viitattu 7.10.2014. [http://www.refluksilapset.fi/pdf/GER-luento2\\_TT.pdf](http://www.refluksilapset.fi/pdf/GER-luento2_TT.pdf)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 10.11.2014. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Törölä, H. 2012. Mikä ihmeen refluksi? CP-LEHTI 2/2012. Viitattu 7.10.2014. [http://www.refluksilapset.fi/pdf/CP1202\\_refluksi.pdf](http://www.refluksilapset.fi/pdf/CP1202_refluksi.pdf)

Valtonen, R. n.d. Lasten astmasta. Viitattu 23.10.2014. <http://www.terve.fi/astma/lasten-astmasta>

Viheriälä, L. 2009. Lapsen kipu lastenpsykiatriin näkökulmasta. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 464-468.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

GER-lapsen hoito



**Lääkehoito:**

Lievät oireet eivät vaadi jatkuvaa lääkitystä. Joskus lääkehoito on kuitenkin tarpeen konservatiivisen hoidon rinnalle. Lääkäri määrää lapsen tarpeisiin parhaiten sopivan lääkeyksen. Lääkkeitä on monia erilaisia, ja ne vaikuttavat eri tavoin refluksin helpottamiseksi. Lääkkeet voidaan jakaa seuraavien vaikutusmekanismien mukaan:

- Ruokatorven limakalvoa mahahappojen aiheuttamalta ärtymiseltä suojaavat lääkkeet
- Ruokaa pinnoittavat ja sen pääsyä ruokatorveen estävät lääkkeet
- Mahahappoja neutraloivat lääkkeet
- Mahahappojen vapautumista vähentävät lääkkeet



GER:in ennuste on hyvä, suurimmalla osalla lapsista oireet helpottuvat iän myötä

Lisätietoa GER:istä:  
[www.refluksilapset.fi](http://www.refluksilapset.fi)  
[www.refluksi.fi](http://www.refluksi.fi)

Tämä opas on toteutettu Hämeen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijan (AMK) opinnäytetyönä.

Tekstit ja kuvat: Nina Rantala Kansilehden kuva: K-HKS

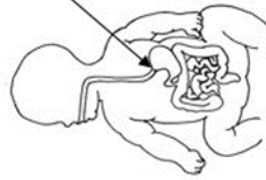
# GER-LAPSEN HOITO

## Opas vanhemmille



### Mitä GER tarkoittaa?

Gastroesofagealisella refluksilla eli GER:illä tarkoitetaan mahalaukun sisällön virtaamista takaisin ruokatorveen. Tämä luokitellaan sellaisenaan normaaliiksi ruokailuun liittyväksi tapahtumaksi, mutta jos takaisinvirtaus on voimakasta tai siihen liittyy muita oireita, on kyseessä refluksitauti. Refluksi tapahtuu, kun ruokatorven alusliikijalihakset väärään aikaan ja liian usein.



Ruokatorven alusliikijalihakset

### Miten GER-lastta hoidetaan?

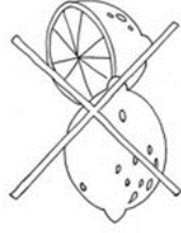
Hoidon tavoitteina on estää takaisinvirtausta, hillitä refluksioireita ja turvata lapsen normaali kasvu ja kehitys. Hoito voidaan jakaa kahteen osaan; konservatiiviseen hoitoon ja lääkehoitoon.

### Suun hoito:

- Suun huuhtelu vedellä tai happoja neutraaloivalla lääkeaineella refluksin jälkeen
- Hampaiden pesu tärkeää → ei kuitenkaan heti refluksin jälkeen
- Fluorihammastahnan ja ksylitolituotteiden käyttö suositeltavaa

### Ravitsemus:

Ravinnolla ja ruokailutavoilla voidaan helpottaa lapsen refluksioireiden voimakkuutta.



Hyviä keinoja ovat:

- Syöminen istualtaan tai kohoasennossa (sitterissä huomioitava että vauva ei pääse heiluttamaan itseään ruokailun aikana)
- Pienet annokset useasti päivän aikana
- Tiheäruokaiselle vauvalle ruokailukertojen harventaminen
- Ravinnon kiinteyttäminen ja maidon sakeuttaminen → vauvojen kohdalla soseiden antaminen tavallista aikaisemmin tai rintamaitoon/äidinmaidonkorvikkeeseen maidon sakeuttajan lisääminen
- Ennen nukkumaanmenoa ei runsaita aterioita
- Ruoka hyvin keitettyä / kypsennettyä
- Lapsen refluksioireita voivat pahentaa seuraavat ruoat: sitrushedelmät, virvoitusjuomat, suklaa, mausteinen tai rasvainen ruoka, kaaliruuat, peruna ja tomaatti
- Ruoka-aineet jotka hidastavat vatsan toimintaa aiheuttavat painetta ylöspäin -> refluksi pahenee

### Konservatiivinen hoito:

Asentohoito:

Lapsella olisi hyvä olla ainakin 30 asteen kohoasento erityisesti syömisten jälkeen ja nukkuessa. Tämä voidaan toteuttaa esim. sängyn päädyn kohotuksella. Kohoasento helpottaa lapsen oloa, kun ruokatorvi on korkeammalla kuin mahalaukku. Kohoasennon lisäksi mahallaan ja kyljellään nukkuminen vähentää refluksikohtausten määrää ja voimakkuutta. Alle 6kk:n ikäisiä vauvoja suositellaan kuitenkin nukahtettavan vain kyljellään tai selällään kätkykuolemariskin vähentämiseksi.

Rauhallinen lapsen käsittely on tärkeää, ei ylimääräistä heijausta tai hytkyttelyä. Vältettävä paineen tuottamista lapsen vatsalle (erityisesti vasemmalle puolelle) → huomioitava vaatteissa ja lasta kannettaessa.