

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Teemu Laukkanen

Epileptisesti oireileva potilas

Opinnäytetyö 2015

Tiivistelmä

Teemu Laukkanen

Epileptisesti oireileva potilas, 26 sivua

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2015

Ohjaajat: lehtori Riitta Kalpio, Saimaan ammattikorkeakoulu ja sairaanhoitaja

(YAMK) Tuija Halko-Liukkonen, neurologinen asiantuntijahoitaja, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri.

Sairaanhoitajia työskentelee monissa erilaisissa terveydenhoidon yksiköissä ja tehtävissä, joissa kaikissa on mahdollista kohdata epileptisesti oireilevia potilaita. Epilepsiaa sairastaa suomalaisista noin 1 %.

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena kuvata, millaista on epileptisesti oireilevan aikuisen potilaan hoitotyö. Työssä oli tavoitteena selvittää millaista epileptinen oireilu on sekä mikä on sairaanhoitajan rooli epileptiakohtauksen saaneen aikuisen potilaan hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin teoreettisen kirjallisuuskatsauksen keinoin. Aineisto kerättiin pääasiassa suomenkielisistä tietokannoista, jotka olivat yleisesti luotettaviksi tiedettyjä.

Tulokset osoittivat, että yleisimmät epilepsia kohtaustyytit jaetaan oireiden mukaan paikallisalkuisiin, yleistyneisiin sekä tuntemattomiksi jääneisiin kohtauksiin. Yleisimpiä paikallisalkuisen kohtauksen oireityyppejä ovat aurat, motoriset oireet sekä tajunnanhämmärtymiskohtaus. Yleistyneen epileptiakohtauksen oireityypit ovat toonis-klooninen, tooninen, klooninen, atooninen, myokloninen sekä poissaolo-kohtaus. Kohtaustyyppi määritellään tuntemattomaksi, mikäli sen oirekuvasta ei ole riittävästi tietoa. Sairaanhoitajan rooli epileptiakohtauksen saaneen potilaan hoitotyössä jakautuu kolmeen pääosioon, peruselintoimintojen turvaaminen ja seuranta, lääkehoidon toteuttaminen ja vasteen seuranta sekä oireilun havainnointi ja raportointi. Lisäksi tärkeimpiin tehtäviin kuuluu tarkka ja selkeä kirjaaminen, potilaan voinnin seuraaminen sekä ohjaus.

Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien opinnoissa sekä lisätä jo työelämässä olevien tietoisuutta aihealueesta. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla opintomateriaalin tuottaminen sairaanhoidon sekä ensihoidon opiskelijoille. Myös oppaan tekeminen yhteistyössä sellaisten hoitotyöyksiköiden kanssa, joissa kohdataan epileptisesti oireilevia potilaita, voisi olla jatkotutkimuksen aiheena.

Asiasanat: epileptiakohtaus, oireilu, sairaanhoitaja, rooli

Abstract

Teemu Laukkanen

Epileptic seizure patient, 26 pages

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2015

Instructor: Senior Lecturer Ms Riitta Kalpio, Saimaa University of Applied Sciences, neurological expert nurse Ms Tuija Halko-Liukkonen.

Nurses work in a wide variety of health departments where they have the possible encountering patients with epileptic symptoms. Approximately 1% of Finnish people suffer from epilepsy.

In this thesis the main objective was to study the nursing of an adult patient with epileptic symptoms. The goal was to examine the epileptic symptoms and what the role of the nurses are in treating the patient. The thesis was carried out as a theoretical literature review. The data were collected mainly from a Finnish database.

The results showed that the most common seizure types are divided into local, generalized and unknown seizures. The most common on local seizures are aura, motor and awareness seizures. Generalized epileptic seizures are the tonic-clonic, tonic, clonic, atonic, myoclonic and absence. Nurse's role in seizure patient's nursing care is divided into three main categories; securing vital functions and monitoring, medical treatment and follow-up response, observing and reporting of symptoms.

These results can be used in nursing studies and working life. The subject for further research could be the production of study material for medical care and emergency care students.

Keywords: epileptic, seizure, nurse, role

Sisällys

1	Johdanto.....	5
2	Epilepsia sairautena	6
2.1	Epilepsiakohtaus.....	6
2.2	Etiologia ja esiintyvyys	7
2.3	Diagnostiikka	8
2.4	Hoito	9
3	Sairaanhoitajan opinnot ja osaaminen.....	10
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	11
5	Opinnäytetyön toteutus.....	11
6	Tulokset.....	14
6.1	Epileptinen oireilu	14
6.1.1	Paikallisalkuiset epilepsiakohtaukset.....	14
6.1.2	Yleistyneet epilepsiakohtaukset	16
6.1.3	Luokitukseltaan tuntemattomat kohtaukset	18
6.1.4	Pitkittänyt kouristuskohtaus	18
6.2	Sairaanhoitajan rooli epilepsiakohtauksen saaneen aikuisen potilaan hoidossa.....	19
6.2.1	Kouristeleva potilas sairaanhoitajan vastaanotolla ja päivystyksessä.....	19
6.2.2	Oireiden havainnointi ja kohtausanamneesi.....	20
7	Pohdinta.....	22
	Lähteet.....	24

1 Johdanto

Opinnäytetyöni aiheena on epileptisesti oireilevan aikuisen potilaan hoitotyö. Kyseessä on katsaus aihepiiristä olevaan tutkimustietoon kirjallisuuskatsauksen keinoin. Sairaanhoidajia työskentelee monissa erilaisissa terveydenhoidon yksiköissä ja tehtävissä, joissa kaikissa on mahdollista kohdata epileptisesti oireilevia potilaita. Suomessa epilepsiaa sairastaa noin 1 % koko väestöstä eikä epilepsiaan sairastuminen katso ikää (Epilepsialiitto 2015). Sairaanhoidajien opinnoissa epilepsiaa sairautena käsitellään melko niukasti ja pintapuolisesti. Tämän vuoksi koen tarpeelliseksi lisätä tietämystä epilepsiasta sairautena, epileptisen oireilun esiintymismuodoista sekä sairaanhoidajan roolista epileptisesti oireilevan potilaan hoitotyössä. Epilepsiadiagnoosi perustuu pitkälti silminnäkijöiden ja potilaan omaan kertomukseen, joten sairaanhoidajalla on tärkeä rooli potilaan ja kohtauksen sattuessa paikallaolleiden haastattelussa ja kerätyn tiedon raportoinnissa.

Aiemmin opinnoissani tekemiäni tehtävien pohjalta tiesin, ettei epileptistä oireilua ole kuvattu kovinkaan laajasti suomenkielisissä julkaisuissa. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyö-tietokannasta, Theseuksesta, löytyy muutamia tuoreita epilepsiaa käsitteleviä opinnäytetöitä. Salla Mäkelä (2015) on kuvannut työssään epilepsian aikaisempaa hoitoa ja sitä millaista se on tänä päivänä. Teresa Korkkalan (2014) opinnäytetyöstä (Lasten ja nuorten epilepsia: Oppaan päivitys Vaasan keskussairaalan lastenneurologian yksikölle) löytyy suppea kuvaus erilaisista epilepsiakohtausoireista. Epilepsiaa omaisen näkökannalta on tarkasteltu Henna Näsänen ja Jenna Viitalan opinnäytetyössä (2013) Epilepsiapotilaan hoito omaisen näkökulmasta. Ilona Mustonen ja Laura Saarelainen ovat opinnäytetyössään (2012) Nuorten kokemuksia epilepsiasta pitkäaikaissairautena ja kokemuksia hoidosta haastatelleet nuoria 16–24-vuotiaita kerätäkseen tietoa heidän ajatuksistaan ja kokemuksista epilepsiasta. Epileptistä oireilua esiintyy kaiken ikäisillä, mutta tässä opinnäytetyössä keskitytään aikuisen potilaan hoitotyöhön. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksista olisi hyötyä niin sairaanhoidajaksi opiskeleville kuin jo ammatissa toimiville.

2 Epilepsia sairautena

Epilepsia on neurologinen aivosairaus, jossa epileptisten kohtausten lisäksi mahdollisesti ilmenee ongelmia myös neurologisessa, kognitiivisessa, sosiaalisessa sekä psyykkisessä toimintakyvyssä. Epilepsia ilmenee kohtauksellisina oireina, jotka ovat seurausta aivojen hermosolujen sähköisen toiminnan häiriöistä. Epilepsiaksi kutsutaan neurologisten oireyhtymien aiheuttamaa sairausryhmää. Oireyhtymät ovat toisistaan poikkeavia syntyperältään ja oireiltaan, mutta jokaisessa esiintyy erityyppisiä kohtausoireita. (Kälviäinen & Keränen 2006, 332; Käypä hoito 2014.)

2.1 Epilepsiakohtaus

Epilepsiakohtaukset jaotellaan kahteen pääluokkaan oireiden ja tutkimus- sekä kuvantamislöydöksen mukaan. Kohtaukset ovat joko paikallisalkuisia tai yleistä. (Kälviäinen & Keränen 2006, 337.) Lisäksi kohtausta voidaan pitää luokittelemattomana, mikäli kohtauksen kulusta ja oireista ei tiedetä tarpeeksi (Käypä hoito 2014).

Paikallisessa kohtauksessa sähköinen purkaushäiriö pysyy muuttumattomana samassa aivojen osassa. Paikallisalkuiseen kohtaukseen ei välttämättä liity tajuttomuutta eikä muistin menetystä, vaan kohtaus esiintyy tuntemuksena tai havaittavissa olevana oireena. (Kälviäinen & Keränen 2006, 337.) Ennen paikallista kohtausta voi ilmetä ennakko-oireita, jotka voivat olla muun muassa näkö-, haju-, maku- ja kuuloharjoja. Ennakko-oireiden jälkeen potilaan toiminta pysähtyy, tajunta hämärtyy sekä ulkoisiin ärsykkeisiin reagoiminen ei onnistu. Myös raajojen nykinät, tuijottelu, epämielekäs automaattinen toiminta sekä poikkeava käytös voivat liittyä paikallisalkuiseen epileptiseen kohtaukseen. (Atula 2015.) Kohtauksen aikana potilas voi myös menettää osittain tajuntansa sekä menettää muistinsa kohtauksen ajalta. Kohtauksen jälkeen potilaalla on usein jälkioireita, kuten sekavuutta ja väsymystä. (Kälviäinen & Keränen 2006, 337-338.)

Yleistyvässä kohtauksessa sähköinen purkaushäiriö alkaa samanaikaisesti molemmissa aivojen puoliskoissa. Tämän tyyppisessä kohtauksessa henkilö usein menettää tajuntansa ilman ennakko-oireita. Tajunnanmenetys kestää yleensä sekunneista muutamiin minuutteihin. Kohtaukseen voi liittyä rajua vartalon ja

raajojen symmetristä kouristelua. Kouristelu voi ilmetä myös toonisena jäykistelynä, nykyinä tai lihasten jäntevyyden menetyksenä. (Kälviäinen & Keränen 2006, 337-338.) Henkilöltä saattaa tahattomasti mennä virtsan sekä ulosteen pidättämiskyky. Myös kielen pureminen leukalihasten kouristelun vuoksi on mahdollista. Yleistynyt epileptiakohtaus voi ilmetä myös lyhytaikaisena tajunnanmenetyksenä ilman kouristuksia. Kohtauksen jälkeen potilas on usein väsynyt ja tokkurainen, eikä hän muista itse tapahtumia. Myös lihaskivut ovat mahdollisia kouristelun jälkeen. (Atula 2015.)

Usein epileptinen kohtaus menee itsestään ohi alle viidessä minuutissa. Kohtauksen kestäessä yli viisi minuuttia puhutaan pitkittyneestä kohtauksesta, joka voi aiheuttaa hapenpuutetta, asidoosia sekä lihaskudoksen hajoamista. Tämän vuoksi pitkittynyt kouristuskohtaus vaatii nopeaa hoitoa. (Käypä hoito 2009.) Lisäksi aivosoluvaurion vaara lisääntyy kouristelun kestäessä yli kymmenen minuuttia (Lindsberg & Varpula 2015) ja yli puolentunnin kouristelu puolestaan lisää kuolleisuuden ja vammautumisen riskejä (Kälviäinen & Keränen 2006, 337-338).

Status epilepticus tarkoittaa kohtausta, joka on kestänyt yli kolmekymmentä minuuttia, tai sitä, että kohtaukset ovat toistuneet tunnin aikana neljästi ja että kohtaukset tulevat niin tiheään että potilas ei toivu niiden välissä. (Käypä hoito 2009.) Pitkittynyt kouristuskohtaus voi myös olla kouristukseton eli nonkonvulsiivinen status epilepticus (Liimatainen, Ollikainen & Peltola 2011).

2.2 Etiologia ja esiintyvyys

Aivojen hermosolut pitävät yhteyttä sähköisten viestien avulla. Mikäli jokin osa aivoista vaurioituu tai solut ovat toisiinsa nähden poikkeavasti, aiheutuu aivojen sähköisen toiminnan häiriöitä. Epileptistä oireilua aiheuttaa hermosolujen liiallinen ja poikkeava toiminta, joka on purkauksellista. Aivojen vaurioituessa jäljelle jääneet hermosolut joutuvat järjestäytymään uudelleen, ja ne ottavat vaurioituneiden solujen tehtäviä omikseen. Tällöin voi aivojen normaali sähköinen toiminta voi häiriintyä. (Kälviäinen & Keränen 2006, 334.)

Erilaiset epilepsiat jaetaan kolmeen luokkaan, geneettinen, rakeenteellinen tai aineenvaihdunnallinen ja tuntematon niiden aiheuttavan syyn mukaan. Geneet-

tisessä epilepsia luokituksessa epilepsia aiheutuu geneettisestä häiriöstä, joka on tiedossa, ja kohtausten voidaan osoittaa olevan sairauden pääoire. Rakenteellisessa tai aineenvaihdunnallisessa luokituksessa kohtausten aiheuttaja on tiedossa tai aivojen rakenteessa voidaan osoittaa olevan poikkeama. Tällaisia aiheuttajia voivat olla muun muassa aivovamma, aivojenverenkierronhäiriöstä aiheutunut vaurio tai infektion jälkitila. Jos epilepsian aiheuttajaa ei pystytä tunnistamaan, jää luokitukseksi tuntematon. (Kälviäinen 2015.)

Epilepsialiiton (2015) mukaan noin 56000 suomalaista sairastaa epilepsiaa. Kälviäisen ja Keräsen (2006) mukaan 8-10 prosentilla väestöstä on elämänsä aikana epileptistä oireilua, joista epilepsiakohtaus uusiutuu 60-80 prosentilla. Riski kohtausten uusiutumiseen pienenee, mitä kauemmin aikaa on kulunut edellisestä kohtauksesta. Miehillä epilepsia on 1,5 kertaa yleisempää naisiin verrattuna (Atula 2015).

2.3 Diagnostiikka

Epilepsian lääketieteellinen diagnoosi edellyttää, että potilaalla on ollut vähintään yksi epileptinen kohtaus ja että, potilaalla on aivoissa havaittava pitkäaikainen epilepsiakohtauksille altistava tekijä. Kuitenkin ennen epilepsiadiagnoosin saamista, potilaalla on pystyttävä toteamaan olevan taipumus toistuviin epilepsiakohtauksiin, mikä käytännössä vaatii vähintään kaksi epilepsiakohtausta. Epilepsiadiagnoosia tehdessä on tärkeää, että muut epileptisiä kohtauksia mahdollisesti aiheuttavat sairaudet ovat poissuljettu. Myös kohtaustyyppien tai -tyypin, epilepsiaoireyhtymän tunnistaminen sekä mahdollisen aivojen rakenteellisen vaurion selvittäminen ovat epilepsiadiagnoosia tehdessä tärkeitä. Potilaan ja mahdollisten silminnäkijöiden kertomuksen perusteella selvitetään kohtaustyyppi. Kliinisten tutkimusten avulla erotetaan kohtaus muista epileptistä oireilua muistuttavista elimistön häiriötiloista. Elektroenkefalogrammi eli EEG on tärkeä apuväline aivojen sähköisen toiminnan tutkimisessa. Aivojen rakenteellista muutosta tai poikkeavuutta epäiltäessä tehdään aivojen kuvantaminen magneettitutkimuksella. (Käypä hoito 2014.)

2.4 Hoito

Epilepsian hoidon tavoitteena on löytää potilaalle sopivin hoitomuoto, jolla potilaan kohtaukset loppuvat ja joista aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittavaikutuksia. Usein epilepsian hoito aloitetaan vasta toisen epileptisen kohtauksen jälkeen. Kuitenkin joissakin tilanteissa, kuten pitkittyneessä kouristuskohtauksessa, lääkitys tulee aloittaa jo ensimmäisen kohtauksen jälkeen. Epilepsian ensisijainen hoitomuoto on lääkehoito, mutta etenkin vaikean epilepsian hoidossa voidaan hyödyntää kirurgiaa sekä ruokavaliohoitoa. Epilepsiaa sairastava potilas tarvitsee seurantaa ja ohjausta sairautensa kanssa. (Käypä hoito 2014.)

Epilepsian lääkehoidolla tarkoitetaan pitkäaikaista ja kohtauksia ehkäisevää lääkitystä. Tavoitteena on löytää mahdollisimman pieni lääkeannos, jolla kohtaukset pysyvät poissa ja jolla haittavaikutukset ovat mahdollisimman pienet. Epilepsian hoidossa käytettävä ensisijainen lääke valitaan epilepsian kohtaus-tyypin mukaan. (Käypä hoito 2014.) Epilepsiapotilaista 60–70 prosentilla epilepsia saadaan kohtauksettomaksi lääkityksellä. Yhdistelmähoitoa vaativaa epilepsiaa harvemmin saadaan täysin kohtauksettomaksi, mutta yleensä kohtaukset lievenevät. (Kälviäinen & Keränen 2006, 343-349.)

Vaikeahoitoinen epilepsia, johon lääkkeellä tai niiden yhdistelmillä ei saada vastetta, voidaan mahdollisesti hoitaa kirurgisesti. Epilepsiakirurgiassa poistetaan tai eristetään aivoista epileptogeeninen alue. Potilailla, joilla epileptogeenisen alueen poisto tai eristäminen ei onnistu, voidaan joskus aivokurkiainen halkaista tai sitä voidaan stimuloida. Kirurgiseen hoitoon valitun potilaan tulee olla yhteistyökykyinen ennen leikkausta, sen aikana sekä sen jälkeen. (Käypä hoito 2014.)

Jos epilepsialääkkeillä ei saada tarpeellista vastetta tai jos niistä aiheutuu kohtautonta haittaa eikä kirurginen hoito ole mahdollista, voidaan epilepsiaa hoitaa myös ruokavaliohoidolla. Epilepsian hoidossa käytetään ketogeenistä ruokavaliota, jossa rajoitetaan hiilihydraattien sekä proteiinien saantia, jolloin energia saadaan pääsääntöisesti rasvoista. Tällaisessa ruokavaliossa aivot käyttävät glukoosin sijaan ketoaineita energialähteenään. (Käypä hoito 2013.)

3 Sairaanhoidajan opinnot ja osaaminen

Sairaanhoidajana voi toimia Valviran myöntämällä ammatinharjoittamisluvalla terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö (Valvira). Sairaanhoidajaopinnot alkavat teoriaopinnoilla, joihin melko alusta asti liittyy mukaan kliinisen hoitotyön käytännön harjoitteet, jotka yhdistävät opitun teorian ja käytännön toisiaan tukevaksi kokonaisuudeksi. Saimaan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman mukaan tavoitteena on valmistaa sairaanhoidajaopiskelija toimimaan erilaisissa työympäristöissä hoitotyön ammattilaisena. Sairaanhoidaja (amk) tutkinnon laajuus on 210 opintopistettä (op), joka koostuu 75 op ammatillisesta harjoittelusta sekä loput teoriaopinnoista, simulaatioista ja opinnäytetyöstä. Opintoihin kuuluu valinnaisia osuuksia, joiden avulla opiskelija voi ohjata omaa ammatillista suuntautumistaan. Ensimmäisenä vuonna perehdytään eettiseen ja turvalliseen hoitotyöhön, seuraavana vuonna kehitetään hoitotyönkliinisiä taitoja. Kolmantena vuonna opitaan soveltamaan hoitotaitoja käytännön työhön sekä suoritetaan valinnaiset opinnot. Viimeiselle vuodelle jää syventävä harjoittelua sekä opinnäytetyön viimeistely. (Saimaan ammattikorkeakoulu.)

Theseuksesta löytyy useita opinnäytetöitä, joissa on selvitetty kirjallisuuskatsauksen keinoin sairaanhoidajien ammatillista osaamista. Männikkö (2011) on selvittänyt opinnäytetyössään vastavalmistuneen sairaanhoidajan osaamista. Tuloksista käy ilmi, että valmistuneen sairaanhoidajan osaaminen koetaan hyväksi tai keskinkertaiseksi. Oksanen (2012) on selvittänyt sairaanhoidajan ammatillista osaamista systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tuloksista selviää, että sairaanhoidajien parasta osaamisaluetta on eettisiin arvoihin perustuva hoitotyö ja päätöksenteko, potilaan hoidon suunnittelu sekä potilaan ohjaus. Sairaanhoidajien heikompaa osaamisaluetta ovat näyttöön perustuvan tutkimustiedon hyödyntäminen, työntekijöiden perehdyttäminen sekä opiskelijoiden ohjaus.

Valmistuvana sairaanhoidajana oma urasuunnitelmani on suuntautua päivystyshoitotyöhön, jota ajatellen olen valinnut valinnaiseksi opintojaksoksi päivystyshoitotyön sekä suorittanut valinnaisen sekä syventävän harjoittelun terveyskeskus- ja erikoissairaanhoidon päivystyksessä. Päivystyshoitotyön valinnaiset opinnot koostuivat hoidontarpeen arvioinnista sekä erilaisten potilasryhmien

akuuttihoitosta. Opintojaksoon sisältyy paljon käytännön harjoitteita. Sairaanhoidajan perusopintoihin kuuluu hoidontarpeen arviointi sekä ensiavun aloittaminen tarvittaessa. Tämä opinnäytetyö keskittyy epilepsia-kohtauksen ensiapuun ja epileptisen oireilun havainnointiin, joka kuuluu sairaanhoitajan ammatilliseen perusosaamiseen.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata epilepsiaa sairautena sekä sairaanhoitajan osuutta epileptisesti oireilevan aikuisen potilaan hoitotyössä. Opinnäytetyössä keskitytään erityisesti epileptisen oireilun kuvaamiseen, kohtauksen ensiaputoimiin sekä sairaanhoitajan rooliin epilepsia-kohtauksen oireiden havainnoinnissa ja raportoinnissa. Tavoitteena on, että työtä voitaisiin tulevaisuudessa hyödyntää sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnoissa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaista on epileptinen oireilu?
2. Mikä on sairaanhoitajan rooli epilepsia-kohtauksen saaneen aikuisen potilaan hoidossa?

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö on toteutettu teoreettisen kirjallisuuskatsauksen keinoin. Epilepsiaa löytyy paljon kirjallisuuden lähteistä, mutta epileptistä oireilua on kuvattu suomenkielisissä lähteissä melko suppeasti. Opinnäytetyön toteutustavaksi valittiin teoreettinen kirjallisuuskatsaus, koska näin mahdollistuu aiheesta aiemmin julkaistun tiedon kerääminen valikoidusti yhdeksi aineistoksi. Kootusta tiedosta muodostettiin kuvaus epileptisestä oireilusta ja sairaanhoitajan osaamisesta epilepsian hoitotyössä. Suomenkieliset kirjalliset sekä sähköiset lääketieteelliset lähteet pohjautuvat suurelta osin neurologi Reetta Kälviäisen julkaisemiin aineistoihin. Epilepsia-kohtaustyyppit ovat valikoituneet Kälviäisen julkaisussa Epilepsian uudet termit ja luokitus (2015) kuvattujen yleisimpien kohtaustyyppien mukaan.

Kirjallisuuskatsaus on tutkimustekniikka, jonka avulla voidaan tutkia millaisia tutkimuksia valitusta aiheesta on olemassa. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen alkaa tutkimuskysymysten määrittämisellä ja valitsemalla käytettävät tietokannat, joista hakuja tehdään. Seuraavaksi määritetään hakutermit sekä seula, jonka perusteella löydettyjä tutkimuksia otetaan mukaan tarkasteluun. Valittujen hakutermin perusteella suoritetaan haku tietokantoihin ja valitaan seulan mukaiset tutkimukset, joista koostetaan tulokset tutkitusta aiheesta. (Salminen 2011.)

Aineisto työtä varten on kerätty internetlähteistä sekä manuaalisesti etsityistä lähteistä. Ennen varsinaisten hakujen tekemistä olin perehtynyt aikaisempien oppimistehtävien pohjalta aiheeseen, ja minulla oli käsitys, mistä kirjallisuuskatsauksessa käsiteltävää aineistoa kannattaa alkaa etsiä. Tiedonhaun tavoitteena oli suorittaa mahdollisimman kattava haku luotettavia lähteitä käyttäen. Tiedonhakuja suoritin suomenkielisiin luotettavaksi tiedettyihin tietokantoihin. Epilepsia sairauteen löytyy erittäin laajasti tutkittua tietoa, joten tutkimukseen valittiin suuren määrän sijasta keskeisimpiä laadukkaita aineistoja ja julkaisuja. Internet-hakuja suoritettiin seuraavien sivustojen hakukoneilla

- Terveysportti
- Käypä hoito
- Duodecim-lehti
- Hoitotiede-lehti
- Medic
- Theseus

Manuaalisen haun osalta aineiston keruussa on hyödynnetty Duodecimin tuottaman Neurologia-teoksen Kälviäisen ja Keräsen (2006) kirjoittamaa lukua Epilepsia.

Aineiston keruussa oli alkuperäisenä tarkoituksena keskittyä suomenkielisiin lähteisiin, mutta epileptistä oireilua kuvaavia lähteitä löytyi mielestäni liian suppeasti. Tämän vuoksi käytin lähteenä myös englanninkielisiä, kansainvälisen epilepsiajärjestön International League Against Epilepsy tuottamia materiaaleja.

Hakujen tekemiseen kului aikaa runsaasti, koska epilepsiaa sairautena on käsitelty laajalti erilaisissa tutkimuksissa ja julkaisuissa. Hakusanoina käytin epilepsia, epileptinen, epileps*, epilepsiakohtaus ja epilepsiakohtau*. Taulukossa 1 on esitetty hakujen osumien lukumäärät hakuportaaleittain.

	Duodecim-lehti	Käypä hoito	Medic	Terveysportti	Theseus
epilepsia	>400	221	75	488	1043
epileps*	>400	269	108	863	1827
epileptinen	146	120	77	138	147
epilepti*	>400	165	83	380	534
epilepsiakohtaus	13	7	2	22	62
epilepsiakohtau*	103	23	3	71	203

Taulukko 1. Hakutulokset hakusanoina ja hakuportaaleittain.

Hakujen perusteella valittiin opinnäytetyöhön mukaan otettavat julkaisut ja tutkimukset. Valinnan kriteereinä oli, että aineisto on mahdollisimman tuoretta ja että se vastaa tutkimuskysymyksiin. Koska epileptistä oireilua on käsitelty suomenkielisissä julkaisuissa niukasti, kelpuutettiin mukaan hieman vanhempiakin julkaisuja.

Aineiston analyysi aloitettiin valitsemalla ensin sellaiset julkaisut ja tutkimukset, joissa käsiteltiin epilepsiakohtausta ja epileptistä oireilua. Niiden perusteella koottiin kuvaus epileptisestä oireilusta ja kohtaustyypeistä. Seuraavassa vaiheessa valittiin sellaiset aineistot, joissa käsiteltiin sairaanhoitajan roolia epileptisesti oireilevan potilaan hoitotyössä.

Kylmä ja Juvakka (2007) mainitsevat luotettavuuden olevan tieteellisen tutkimuksen perusta. Luotettavuuden kannalta tärkeinä asioina he mainitsevat tutkimuksen uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden sekä siirrettävyyden. Tässä työssä koko opinnäytetyöprosessin ajan tiedon haussa ja analy-

soinnissa kiinnitettiin huomiota luotettavuuteen. Lähteeksi kelpuutettiin vain yleisesti luotettavaksi tunnettujen hakuportaalien kautta löytyneitä julkaisuja. Jokaiselle opinnäytetyössä kuvatulle asialle on pyritty löytämään useampi lähdemateriaali, joissa eri tutkijat esittävät asian samalla tavalla. Opinnäytetyötä varten minun ei ole tarvinnut hankkia tutkimuslupia, koska työtä ei ole tehty minkään organisaation näkökulmasta, vaan julkisia tutkimuksia ja artikkeleita hyödyntäen. Opinnäytetyön ohjauksessa on ollut apuna työelämänohjaaja, jolta olen saanut neuvoja työn toteutukseen käytännön hoitotyön näkökulmasta.

6 Tulokset

Tässä kappaleessa käsitellään tutkimuskysymysten avulla saatuja tuloksia. Ensin kuvataan tutkimuskysymysten avulla millaista epileptinen oireilu on ja myöhemmin sairaanhoitajan roolia aikuisen epileptisesti oireilevan potilaan hoitotyössä. Alaotsikot on nimetty tutkimuskysymysten mukaan selventämään tulosten tarkastelua.

6.1 Epileptinen oireilu

Tässä luvussa kuvaillaan erilaisia epilepsiakohtaustyyppisiä. Tarkastelun kohteeksi on valittu suomenkielisissä lähteissä yleisimmin esiintyvät kohtaustyyppit. Kohtaukset on jaoteltu paikallisalkuisiin ja yleistyneisiin. Kustakin kohtaustyyppistä on kuvattu kohtauksen kulku ja erityispiirteet. Kohtausten kuvailemisen tarkoituksena on auttaa lukijaa ymmärtämään epileptisten kohtausten erilaiset oireet ja erityispiirteet.

6.1.1 Paikallisalkuiset epilepsiakohtaukset

Paikallisalkuisessa kohtauksessa sähköinen purkaus alkaa toisella aivopuoliskolla rajatulla alueella. Purkaus voi levitä myös molempien aivolohkojen alueelle, jolloin kyseessä on paikallisalkuinen yleistynyt epilepsiakohtaus. (Kälviäinen & Keränen 2006, 337-338.)

Epilepsiakohtausta voi edeltää tuntemus tai oire, joka ennakoi kohtausta. Tällaista ohimenevää ennakkotuntemusta kutsutaan auraksi. Aistimuksellinen aura on aistien kautta havaittavissa oleva oire, jota ei voi kliinisesti tunnistaa potilaas-

ta. Tällaisia auroja on monia erityyppisiä, joita esitellään tässä kappaleessa. (Diagnostic manual 2015a.)

Somatosensorisille auroille on ominaista tuntoaistin välityksellä esiintyvät ilmiöt. Tällaisia ovat pistelyn, puutumisen ja kivun tunne, sähköiskujen kaltaiset tunteukset sekä liikkeen tuntu. Visuaalinen aura ilmenee näköharhoina. Tyypillisiä tällaisia auroja ovat vilkkuvat tai välähtelevät valot ja kuvioden tai laikkujen näkeminen. Visuaalisen auran oireina voi olla myös näkökentän puutokset tai näön menettäminen. Auditiiivinen aura aiheuttaa kuulon häiriöitä ja harhoja, joita ovat surinat ja kohinat, äänten sävyjen vääristymät sekä yksittäiset äänet. Haju- ja makuaurat aiheuttavat näiden aistien kautta havaittavia harhoja. Hajuainstin harhat ovat usein epämiellyttäviä hajua. Makuaistin harhat ilmenevät hapan, karvaan, suolaisen, makean, ja metallin makuina. (Diagnostic manual 2015a.)

Epigastriselle auralle tyypillistä on nouseva tunne ylävatsan alueelta rintakehälle, jopa kaulan ja kurkun korkeudelle saakka. Tuntemus on epämiellyttävä, ja se ilmenee paineen ja kireyden tunteena. Kokemuksellinen aura ilmenee tunnereaktioiden, muistikokemusten sekä subjektiivisesti havaittujen ilmiöiden kautta. Ilmiöt voivat olla hallusinaatioita tai ruumiista irtaantumisen tunteita. Tässä kappaleessa on esitelty kokemuksellisia auroja. (Diagnostic manual 2015a.)

Affektiivisellä auralla ominaista ovat tunnereaktiot. Tällaisia ovat pelko, viha, masennus sekä ilon tunne. Muistin kautta ilmenevä aura aiheuttaa muistivääristymiä. Tällaisia ovat déjà vu -tuntemus, eli aiemmin koetun tunne sekä jamais vu -tuntemus, eli entuudestaan tutun asian muistamattomuus tai tunnistamattomuus. Hallusinatorinen aura ilmenee eri aistien kautta aiheuttaen todentuntuisia harhoja. Aura voi myös ilmetä todellisuuden tajun muutoksena, muunlaisena poikkeavana aistikokemuksena, päänsärkinä tai huimaavana tunteena. (Diagnostic manual 2015a.)

Motorisilla oireilla tarkoitetaan epileptisen kohtauksen aikana esiintyvää lihasten supistumista, lihasjänteiden katoamista sekä liikesarjoja. Oireet voidaan jakaa yksinkertaisiin ja monimuotoisiin oireisiin. Yksinkertaisissa motorisissa oireissa

potilaalla esiintyy nykimistä, kouristelua, jäykistymistä, spasmeja sekä kiertäviä tai epänormaaleja asentoja. (Diagnostic manual 2015b.)

Monimuotoisilla oireilla tarkoitetaan monimutkaisia liikemalleja. Ne voidaan jakaa kolmeen luokkaan, lihastyön lisääntyminen (hypermotor), negatiivinen toiminta (negative motor) sekä automaattiset liikesarjat (automatism). Lihastyön lisääntyminen ilmenee suurina laaja alaisina liikkeinä, joita voivat olla jalan polkeminen maahan, hyppiminen tai lantion liikkeet. Negatiivinen toiminta ilmenee normaalin lihastyön häiriintymisenä. Tällaista oireilua ovat yksittäiset lihasnykimät, kouristelu tai hetkellinen lihasjänteyden heikentyminen ja toiminnan pysähtyminen. Automaattiset liikesarjat ovat koordinoituja ja toistuvia liikkeitä. Tällaisia ovat maiskuttelu ja nieleskely sekä käsien ja jalkojen liikkeet. Potilas voi äännellä, nauraa, itkeä tai jäädä toistelemaan yksittäistä sanaa. (Diagnostic manual 2015b.)

Tahdosta riippumaton hermosto eli autonominen hermosto ohjaa ja säätelee eri elimistön toimintoja, kuten rauhasen eritystä ja sydänlihaksen toimintaa. Autonominen hermoston vaikutuksesta ilmenevät oireet tuntuvat outoina tai epämiellyttävinä tuntemuksina. Tällaisia oireita ovat sydämen rytmin muutokset, hikoilun lisääntyminen, kylmän ja kuumien tuntemukset sekä hengityksen tihentyminen. Oireisiin voi myös kuulua pahoinvointia sekä lisääntynyt virtsaamisen ja ulostamisen tarve. (Diagnostic manual 2015c.)

Tajunnanhämmätyiskohtauksessa henkilön tajunnantaso laskee eikä hän reagoi normaalilla tavalla ympäristön ärsykkeisiin. Kohtaukseen liittyy usein sekavuutta, edestakaisin kävelyä sekä automaattisia liikkeitä, eikä henkilö ei vastaa puhutteluun. Kohtauksen kesto on yleensä muutamia minuutteja. (Diagnostic manual 2015d.)

6.1.2 Yleistyneet epilepsia-kohtaukset

Yleistyneessä epilepsia-kohtauksessa sähköinen purkaus alkaa samanaikaisesti molemmilla aivojen puoliskoilla (Kälviäinen & Keränen 2006, 337-338.)

Toonis-kloonisessa kohtauksessa ensimmäisessä vaiheessa kaikki lihakset jäykistyvät. Henkilö voi äännellä itkun tai valittavan voihkinnan kaltaisesti. Henkilö

menettää tajuntansa, mitä seuraa kaatuminen. Kohtaukselle on tyypillistä, että henkilö puree kieleensä. Kohtauksen jatkuessa kasvot saattavat sinertää. Jäykistymistä seuraa raajojen symmetrinen nykiminen. Hetken kuluttua nykiminen alkaa hidastua, kunnes se lopulta pysähtyy. Lihaskäntymisen rentoutuessa virtsarakon ja suolen hallinta saatetaan menettää. Kohtauksen jälkeen, tajunta palaa hitaasti ja henkilöllä voi olla jälkioireita, kuten sekavuutta ja uneliaisuutta. Kohtauksen kesto on yleensä muutamia minuutteja, mutta kohtauksen pitkittyessä tai toistuessa ilman, että henkilö palaa tajuihinsa, on kyseessä pitkittynyt epileptiakohtaus, status epilepticus. (Devinsky & Sirven 2013a.; Kälviäinen & Keränen 2006, 337-338.)

Tyypillisesti poissaolokohtauksessa henkilön tajunta alenee hetkeksi, liikkeet pysähtyvät, ja hän ei reagoi ympäristön tapahtumiin. Yksinkertaisessa poissaolokohtauksessa henkilö pysähtyy tuijottamaan tyhjyyteen muutamiksi sekunneiksi. Tällaisia kohtauksia voi olla päivän aikana useita, ja ne jäävät helposti huomaamatta. Monimuotoisessa poissaolokohtauksessa henkilö tekee tuijottamisen lisäksi jonkinlaista toistuvaa liikettä, kuten raajojen heiluttelua tai leukojen liikettä. Yleistä on myös silmien räpyttely ja katseen kääntyminen ylös. Tällainen kohtaaminen voi kestää jopa kymmeniä sekunteja. (Kälviäinen 2015; Sirven & Shafer 2014.)

Poissaolokohtaus voi olla myös epätyypillinen. Tällainen kohtaaminen on samankaltainen kuin tyypillinen poissaolokohtaus, mutta henkilö voi jossain määrin reagoida ympäristöönsä ja kohtaaminen voi alkaa ja loppua vaihteittain. Kohtauksen kesto on yleensä 5-30 sekuntia. (Sirven & Shafer 2014.)

Kloonisessa kohtauksessa potilaalla on nykivää rytmistä kouristelua raajoissa ja kasvoissa. Lihakset supistuvat ja rentoutuvat vuorotellen, eikä niiden liikettä voi pysäyttää pitelemällä raajaa paikallaan. Kohtauksen kesto on yleensä muutamista sekunneista minuuttiin, eikä potilaalla esiinny merkittäviä jälkioireita. Klooniset kohtaukset yksinään ovat harvinaisia. Yleisempiä ovat toonisklooniset kohtaukset. (Devinsky & Sirven 2013b.)

Toonisessa kohtauksessa potilaan lihaskäntymys lisääntyy äkillisesti, eikä hän pysty tietoisesti liikuttamaan itseään. Kohtauksen aikana raajat ja vartalo jäykis-

tyvät, ja jäykistyminen voi rajoittua myös yksittäisiin raajoihin. Yleensä potilas pysyy tajuissaan kohtauksen aikana, mutta kaatuu, koska ei pysty hallitsemaan itseään. Kohtaus esiintyy useimmiten unen aikana. Kohtauksen kesto on yleensä muutamia kymmeniä sekunteja. Potilaalla voi olla jälkioireita ja mahdollisesti on loukannut itseään kaatuessaan. (Devinsky & Sirven 2013c.)

Atoonisessa kohtauksessa potilaan lihasjänteys katoaa äkillisesti ja lihasvoiman vähentyessä hän menettää vartalonsa hallinnan. Tästä seuraa pään nyökähtäminen, esineiden putoaminen kädestä ja potilaan kaatuminen. Potilas säilyttää yleensä tajuntansa kohtauksen aikana. Kohtaus on lyhytkestoinen, yleensä alle 15 sekuntia, ja potilaalla on jälkioireita. (Devinsky, Sirven & Sirven 2013.)

Myoklonisessa kohtauksessa potilaan jokin yksittäinen lihas- tai lihasryhmä kouristaa muutaman sekunnin ajan. Lihas supistuu ja rentoutuu nopeasti vuoronperään. Epilepsiaoireyhtymän mukaan kohtauksella voi olla erilaisia ominaispiirteitä, kuten vartalon molemmin puolinen yhtäaikainen kouristelu. Usein kouristelua esiintyy niskan, hartioiden, olkavarsien ja kasvojen lihaksissa. Lihasnäköysten rytmitys on epäsäännöllinen, toisin kuin kloonisessa kohtauksessa. Kohtauksen aikana potilas yleensä säilyttää tajuntansa. (Eskola, Jäntti & Eriksson 2010; Devinsky & Sirven 2013d.)

6.1.3 Luokitukseltaan tuntemattomat kohtaukset

Mikäli kohtauksesta ei ole riittävästi tietoa, jotta se voitaisiin luokitella paikallis-alkuiseksi tai yleistyneeksi, jää se luokitukseltaan tuntemattomaksi. Tällaisia ovat epileptiset spasmit ja muut epämääräisiksi jääneet oireet. (Kälviäinen 2015.) Spasmilla tarkoitetaan raajojen lihasten nopeaa jäykistymistä, joka menee ohi sekunneissa. Spasmeja on vaikea erottaa ei-epileptisten syiden aiheuttamista lihasnäköyksistä sekä nukahtamiseen ja uneen liittyvistä säpsähdyksistä. (Eskola ym. 2010.)

6.1.4 Pitkittänyt kouristuskohtaus

Epileptisen kouristelukohtauksen jatkuessa yli puoli tuntia tai sen toistuessa neljästi tunnin aikana tai niin useasti, ettei potilas tule kohtausten välissä tajuihinsa, on kyseessä pitkittänyt kouristuskohtaus eli konvulsiivinen status epi-

lepticus. Pitkittynyt tajuttomuuskohtaus voi olla myös nonkonvulsiivinen status epilepticus eli kouristukseton pitkittynyt epileptiakohtaus. Tällaisessa kohtauksessa aivojen purkauksellinen toiminta jatkuu, ja tajunta on hämartynt, vaikka kouristelua ja nykinöitä ei näy potilaasta ulospäin. Kyseessä on kuitenkin vaarallinen tila, joka vaatii viipymättä hoitoa. Pitkittynyt kohtaus voi olla paikalliskaltainen tai yleistynyt. (Kälviäinen & Keränen 2006, 337-338; Liimatainen ym. 2011.)

6.2 Sairaanhoidajan rooli epileptiakohtauksen saaneen aikuisen potilaan hoidossa

Sairaanhoidaja voi kohdata epileptisesti oireilevan potilaan työskennellessään missä tahansa terveydenhuollon yksikössä ja tehtävässä. Tämän takia sairaanhoidajan on tärkeää tietää, millaista epileptinen oireilu on, millainen on kohtauksen ensiapu sekä tietää, mitä kohtauksen kulusta ja oireista tulee havainnoida. Epileptisen kohtauksen diagnosointi perustuu suurelta osin potilaan omaan kertomukseen sekä silminnäkijöiden haastatteluun, joiden perusteella muodostetaan kohtausanamneesi (Kälviäinen & Keränen 2006, 340-343). Kohtauksen alku, kulku ja oireet tulee kirjata tarkasti ja täsmällisesti, jotta niitä voidaan hyödyntää diagnoosin muodostamisessa sekä kohtauksen uusiutuessa (Poikonen 2014).

6.2.1 Kouristeleva potilas sairaanhoidajan vastaanotolla ja päivystyksessä

Sairaanhoidajan vastaanotolla ja päivystyksessä kouristelevan potilaan ensihoito aloitetaan selvittämällä jatkuuko kohtaus edelleen. Kohtauksen jatkuessa potilaan peruselintoiminnot turvataan, aloitetaan mahdollisuuksien mukaan EKG-monitorointi ja varmistetaan potilaan ilmatiet ja hengitys (Klärich-Ylönen 2014). Peruselintoimintoja arvioidaan usein ABCD-mallin mukaan

- A - airway, hengitystiet
- B – breathing, hengitys
- C – circulation, verenkierto
- D - tajunnan taso

Kouristavan potilaan ilmäteiden avoimuus varmistetaan kääntämällä potilas kyljelleen, jos mahdollista, ja taivuttamalla päätä varovasti taaksepäin. Potilaan päätä tulee suojata vahingoittumiselta. (Poikonen 2014.) Kouristuskohtauksen ensisijaisena lääkehoitona käytetään bentsodiatsepiinia, loratsepaamia ja diatsepaamia i.v-yhteyden ollessa käytettävissä tai midatsolaamia posken limakalvoille (Forss & Varpula 2015). Lääkkeen annostelu määräytyy painon ja työyksikön ohjeiden mukaisesti. Kohtauksen aikana tulee potilaalta tarkkailla

- Hengittämistä
- Ihon väriä ja lämpöä
- Tajunnantaso
- Vartalon ja pään asentoa
- Katseen suunta ja pupillien reaktioita
- Kieleen puremista ja hampaiden narskutusta
- Virtsarakon ja suolen pidätyskykyä
- Tajuttomuuden, lihasjännityksen ja kouristelun kestoaikaa ja ajankohtaa

Epilepsiakohtauksen saaneelle potilaalle tehtäviä tutkimuksia ovat Klärich-Ylösen (2014) ja Poikosen (2014) mukaan

- Verensokerin mittaaminen hypoglykemian pois sulkemiseksi
- Peruselintoimintojen mittaaminen eli verenpaine, syke ja happisaturaatio
- EKG
- Lämmön mittaaminen
- Puhallutus alkometrillä
- Verikokeiden ottaminen tarpeen mukaan

Potilas tarvitsee seurantaa, vaikka kouristelu ja muut oireet olisivat loppuneet.

6.2.2 Oireiden havainnointi ja kohtausanamneesi

Epileptisen kohtauksen oireet voivat muistuttaa muita elimistön häiriötiloista aiheutuvia oireita, ja niitä voi olla vaikea tunnistaa. Sairaanhoidajan on tärkeää tietää, millaisia oireita ja niiden kehittymistä tulee seurata, jotta niitä voidaan myöhemmin hyödyntää diagnoosin muodostamisessa.

Epileptisen kohtauksen oireet ovat sen mukaiset, missä aivojen osassa sähköinen purkaus tapahtuu. Tämän perusteella voidaan selvittää epilepsiaoireyhtymän tyyppi. (Kälviäinen & Keränen 2006, 337-338.)

Kohtausanamneesia muodostaessa on selvitettävä, mitä henkilö oli tekemässä kohtauksen alkaessa. Tiedot kohtausta edeltävistä oireista ja aktiviteeteista ovat tärkeitä erotusdiagnoosin muodostamisessa. Henkilö on voinut loukata itsensä kaatuessaan, jos kohtaus on alkanut hänen seistessään. Myös rintakipu- ja rytmihäiriötuntemukset tulee raportoida. Kohtausta voi edeltää ennakko-oire eli aura, joka on paikallisalkuinen epilepsiakohtaustyyppi. (Kälviäinen & Keränen 2006, 337-338.) Kohtauksen alku voi olla hitaasti kehittyvä, vaiheittain tai äkillisesti alkava (Poikonen 2014). Kohtauksen aikana tulee havainnoida kuinka oireet alkavat ja kehittyvät. (Kälviäinen & Keränen 2006, 340-343).

Kohtauksen päätyttyä tulee selvittää oireilun kesto. Henkilöllä voi olla kohtauksen päätyttyä jälkioireita, jotka on myös syytä ottaa huomioon kohtausanamneesissa. Tyypillisiä jälkioireita ovat uneliaisuus, sekavuus, pahoinvointi ja lihassäryt. (Kälviäinen & Keränen 2006, 337-339.)

Kohtausanamneesia muodostaessa tulee selvittää mahdolliset ulkoiset laukaisevat tekijät. Huomiota tulee kiinnittää poikkeavaan unirytmiiin, tunne-elämän kuohuihin, sairasteluun ja fyysiseen rasitukseen. Kohtausten toistuessa on huomioitava, onko kohtauksille yhteistä laukaisevaa tekijää. Erotusdiagnoosin kannalta tärkeitä selvitettäviä asioita ovat päihteiden käyttö, (myös kohtausta edeltäviltä päiviltä), lääkkeiden käyttö sekä henkilön aiemmat sairaudet. Alle kouluikäisillä lapsilla tulee ottaa huomioon kuumekouristelun mahdollisuus. (Kälviäinen & Keränen 2006, 340-343.)

Taulukossa 2 on esitetty apukysymyksien avulla kohtausanamneesin muodostaminen. Taulukko perustuu Kälviäisen ja Keräsen (2006) tajunnanhäiriökohtauksia saavan potilaan kohtausanamneesiin sekä Poikosen (2014) sairaanhoitajan vastaanoton ohjeisiin.

Oliko ennen kohtausta oireita tai ennakkotuntemuksia?	Näkö-, haju-, maku- ja kuuloaistimuksia, päänsärkyä, rytmihäiriöitä tai rintakipua
Mitä henkilö oli tekemässä kohtausten alkaessa?	Asento, levossa vai rasituksessa
Kuinka kohtaaus alkoi?	Hitaasti, vaihteittain vai äkillisesti
Millainen kohtaaus oli?	Kouristuksia, pakkoliikkeitä, miltä potilas näytti, inkontinenssi, erityis, hengitys
Kuinka kauan kohtaaus kesti?	Sekunteja vai minuutteja
Onko kohtausten päätyttyä jälkioireita?	Sekavuus, uneliaisuus, pahoinvointi, halvausoireet, kipu, kieleen pureminen
Onko tiedossa mahdollisia ulkoisia tekijöitä, jotka voivat toimia lauka-sevina tekijöinä?	Sairaudet, lääkeaineet, alkoholi, valvo-minen, tunnereaktiot, kuukautiset, tms.
Onko kohtauksia ollut aiemmin? Onko mitään yhdistävää tekijää?	Vuorokausirytmii, yms.

Taulukko 2. Apukysymyksiä kohtausanamneesin muodostamiseen.

Potilas tarvitsee ohjausta ja seuranta epilepsia-kohtauksen jälkeen. Epilepsiaa sairastavia hoitavilla yksiköillä on usein kirjallisia ohjeita ja vihkosia potilaalle mukaan annettavaksi. Epilepsiadiagnoosin jälkeen potilaalle järjestetään hoidonohjaus, jossa käsitellään potilaan lääkehoitoa ja lääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia, hoidonvasteen seuranta sekä sairauden vaikutusta jokapäiväiseen elämään. (Käypä hoito 2013).

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata epilepsiaa sairautena, epileptistä oireilua sekä sairaanhoitajan roolia epileptisesti oireilevan potilaan hoitotyössä. Suurimaksi haasteeksi nousi epileptistä oireilua kuvaavien lähteiden niukkuus. Tä-

män takia aineistonkeruussa laajennettiin hakua suunnitelluista kriteereistä huolimatta englanninkielisiin lähteisiin. Haasteista huolimatta tutkimuskysymyksiin löytyi vastaukset laadukkaita lähteitä hyödyntäen. Tuloksista käy ilmi epileptiakohtausten eri tyypit sekä oireilua on kuvattu yksityiskohtaisesti. Tuloksista leviää millaisia ovat epileptiakohtauksen ensiaputoimet sekä on kuvattu sairaanhoitajan rooli epileptisesti oireilevan potilaan hoitotyössä. Opinnäytetyön tiedonkeruun menetelmäksi valittu teoreettinen kirjallisuuskatsaus oli sopiva tällaisen aiheen käsittelyyn, jossa ilmiötä kokonaisuudessaan on käsitelty laajalti, mutta tarkemman tarkastelun kohteena olevasta osa-alueesta on niukemmin tietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin tehtävä tutkimus olisi ollut tarkempi ja luotettavampi, mutta liian laaja ja työläs tehtäväksi opinnäytetyöksi.

Epileptistä oireilua on aiemmin käsitelty Theseuksesta julkaistuissa opinnäytetöissä. Korkkalan (2014) opinnäytetyön tuloksissa kuvataan samat kohtaustyyppit kuin omassanikin, mutta hänen työssään kohtausten kuvaukset ovat suppeammat.

Opinnäytetyöni tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnoissa, esimerkiksi osana sisätautien opintojaksoa sekä työelämässä lisäämässä tietoa siitä, millaista epileptinen oireilu on. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla opintomateriaalin tuottaminen sairaanhoidon sekä ensihoidon opiskelijoille. Myös oppaan tekeminen yhteistyössä sellaisten hoitotyöyksiköiden kanssa, joissa kohdataan epileptisesti oireilevia potilaita, voisi olla jatkotutkimuksen aiheena.

Lähteet

Atula, S. 2015. Epilepsia aikuisella. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00012. Luettu 12.11.2015.

Devinsky, O. & Sirven, J. 2013a. Tonic-clonic seizures. Epilepsy foundation. <http://www.epilepsy.com/learn/types-seizures/tonic-clonic-seizures>. Luettu 2.9.2015.

Devinsky, O. & Sirven, J. 2013b. Clonic seizures. Epilepsy foundation. <http://www.epilepsy.com/learn/types-seizures/clonic-seizures>. Luettu 2.9.2015.

Devinsky, O. & Sirven, J. 2013c. Tonic seizures. Epilepsy foundation. <http://www.epilepsy.com/learn/types-seizures/tonic-seizures>. Luettu 2.9.2015.

Devinsky, O. & Sirven, J. 2013d. Myoclonic seizures. Epilepsy foundation. <http://www.epilepsy.com/learn/types-seizures/myoclonic-seizures>. Luettu 2.9.2015.

Devinsky, O., Sirven, J.I. & Sirven, J. 2013. Atonic seizures. Epilepsy foundation. <http://www.epilepsy.com/learn/types-seizures/atonic-seizures>. Luettu 2.9.2015.

Diagnostic Manual. 2015a. Focal seizures - Aura. International League Against Epilepsy (ILAE). <https://www.epilepsydiagnosis.org/seizure/aura-overview.html>. Luettu 2.9.2015.

Diagnostic Manual. 2015b. Focal seizures - Motor. International League Against Epilepsy (ILAE). <https://www.epilepsydiagnosis.org/seizure/motor-overview.html>. Luettu 2.9.2015.

Diagnostic Manual. 2015c. Focal seizures - Autonomic. International League Against Epilepsy (ILAE). <https://www.epilepsydiagnosis.org/seizure/autonomic-overview.html>. Luettu 2.9.2015.

Diagnostic Manual. 2015d. Focal seizures - Dyscognitive. International League Against Epilepsy (ILAE). <https://www.epilepsydiagnosis.org/seizure/dyscognitive-overview.html>. Luettu 2.9.2015.

Epilepsialiitto. 2015. <http://www.epilepsia.fi>. Luettu 20.10.2015.

Eskola, V., Jäntti, V. & Eriksson, K. 2010. Vastasyntyneiden kohtausoireet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126(22), 2610-2617.

Forss, N. & Varpula, T. 2015. Kouristelun hoitoperiaatteet. Akuuttihoito-opas. Terveysportti. Duodecim.

http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00811&p_haku=kouristelun. Luettu 12.11.2015.

Klärich-Ylönen, B. 2014. Epilepsia-kohtaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveystutkimus. Duodecim.

http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03660&p_haku=epilepsia-kohtaus. Luettu 12.11.2015.

Korkkala, T. 2014. Lasten ja nuorten epilepsia: Oppaan päivitys Vaasan keskussairaalan lastenneurologian yksikölle. Vaasan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201404224613>. Luettu 12.11.2015.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Kälviäinen, R. 2015. Epilepsian uudet termit ja luokitus. Kuopion yliopistollisen sairaalan julkaisu.

Kälviäinen, R. & Keränen, T. 2006. Epilepsia. Teoksessa Soimila, S., Kaste, M., Somer, H. & Alaranta, H. Neurologia. Helsinki: Duodecim. s.332-355.

Käypä hoito. 2009. Epileptinen kohtaus (pitkittynyt; status epilepticus). Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50030>. Luettu 12.11.2015.

Käypä hoito. 2013. Epilepsiat ja kuume-kouristukset (lapset). Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50059>. Luettu 12.11.2015.

Käypä hoito. 2014. Epilepsiat (aikuiset). Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50072>. Luettu 12.11.2015.

Liimatainen, S., Ollikainen, J. & Peltola, J. 2011. Nonkonvulsiivisen status epilepticuksen hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 127(15),1591-1596.

Lindsberg, P. & Varpula, T. 2015. Kouristelun diagnostiikka. Akuuttihoito-opas. Terveystutkimus. Duodecim. http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00810&p_haku=kouristelun. Luettu 12.11.2015.

Mustonen, I. & Saarelainen, L. 2012. Nuorten kokemuksia epilepsiasta pitkäaikaissairautena ja kokemuksia hoidosta. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012072913052>. Luettu 12.11.2015.

Mäkelä, S. 2015. Epilepsian hoito ennen ja nyt. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201504104167>. Luettu 12.11.2015.

Männikkö, H. 2011. Vastavalmistuneen sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Mitä viime vuosien suomalainen tutkimus kertoo? Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201103092971>. Luettu 12.11.2015.

Näsänen, H. & Viitala, J. 2013. Epilepsiapotilaan hoito omaisen näkökulmasta. Vaasan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013091815381>. Luettu 12.11.2015.

Oksanen, E. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus – Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201204054207>. Luettu 12.11.2015.

Poikonen, N. 2014. Kouristuskohtaus. Sairaanhoitajan vastaanoton ohjeet. Terveysportti. Duodecim. <http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/shk/koti>. Luettu 12.11.2015.

Saimaan ammattikorkeakoulu. <http://www.saimia.fi/fi-FI/koulutustarjonta/amk-tutkinnot/sairaanhoitaja>. Luettu 10.10.2015.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Opetusjulkaisu. Vaasan yliopisto.

Sirven, J. & Shafer, P. 2014. Absence seizures. Epilepsy foundation. <http://www.epilepsy.com/learn/types-seizures/absence-seizures>. Luettu 2.9.2015.

Valvira. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>. Luettu 10.10.2015.