



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ: Γόγολος Ιωάννης, Α.Μ.: 655

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. Λαΐου Ελπινίκη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α' ΜΕΡΟΣ

Περίληψη.....	2
Abstract.....	4
1. Εισαγωγή.....	6
1.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	7
1.2 Ανατομία.....	8
1.2.1 Η Ανατομία του Νευρικού Συστήματος.....	8
1.2.2 Η Ανατομία του Νευρικού Κυττάρου.....	9
1.2.3 Η Ανατομία του Εγκεφάλου.....	10
1.3 Φυσιολογία.....	12
1.3.1 Η Φυσιολογία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.....	12
1.3.2 Η Φυσιολογία του Νευρικού Κυττάρου.....	12
1.3.3 Η Φυσιολογία του Εγκεφάλου.....	13
1.4 Η Παθοφυσιολογία της Επιληψίας.....	15
1.5 Τα αίτια της Επιληψίας.....	16
1.6 Η Κλινική Εικόνα της Επιληψίας.....	16
1.7 Η Διάγνωση της Επιληψίας.....	18
1.8 Η Ταξινόμηση των Επιληψιών της Διεθνούς Ένωσης κατά της Επιληψίας (ILAE).....	20
1.9 Η Θεραπεία της Επιληψίας.....	22
1.10 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στην Επιληψία.....	24

Β' ΜΕΡΟΣ

2. Σκοπός.....	27
3. Υλικό και Μέθοδος.....	27
3.1 Στρατηγική Ηλεκτρονικής Αναζήτησης.....	27
3.2 Κριτήρια Επιλεξιμότητας.....	28
3.3 Εξαγωγή και Σύνθεση Δεδομένων.....	28
4. Αποτελέσματα.....	30
4.1 Εκπαιδευτικές Παρεμβάσεις.....	38
4.2 Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις.....	43
4.3 Παρεμβάσεις από Νοσηλευτές Εξειδικευμένους στην Επιληψία και λοιπούς Επαγγελματίες Υγείας.....	46
5. Συμπεράσματα.....	51
Βιβλιογραφία.....	54

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επιληψία θεωρείται χρόνια νευρολογική πάθηση και έχει παρατηρηθεί από τα αρχαία χρόνια. Καθώς, η κοινωνία και η επιστήμη εξελίσσονται και αλλάζουν με ρυθμούς γεωμετρικής προόδου, έτσι και η θεραπευτική, εκπαιδευτική και κοινωνική προσέγγιση της νόσου της επιληψίας μεταβάλλεται και εξελίσσεται ραγδαία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και η βιβλιογραφική ανασκόπηση των σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα ενηλίκων και ανηλίκων ατόμων με επιληψία και τις επιδράσεις σύγχρονων θεραπευτικών, ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στη διαχείριση της επιληψίας.

Μεθοδολογία: Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με τη βοήθεια των μηχανών αναζήτησης PubMed και Google Scholar. Στην PubMed χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος αναζήτησης *Epilepsy AND nurs* AND intervention* και ως φίλτρα η αγγλική γλώσσα, έτος δημοσίευσης η τελευταία πενταετία και κατηγορία επιστημονικών περιοδικών *νοσηλευτικά περιοδικά*. Τα κριτήρια ένταξης ερευνητικών άρθρων στην ανασκόπηση αφορούν ασθενείς με επιληψία, φροντιστές ασθενών με επιληψία, θεραπευτικές παρεμβάσεις, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, νοσηλευτική φροντίδα και μελέτη αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε μεθοδική αναζήτηση για επιπρόσθετα βιβλιογραφικά στοιχεία στις βιβλιοθήκες του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το τελικό δείγμα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης αποτέλεσαν 16 επιστημονικά άρθρα.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα σύγχρονων ερευνητικών μελετών δείχνουν ότι κατάλληλα σχεδιασμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση των επιληπτικών κρίσεων και βελτίωση της ποιότητας ζωής ενώ σε επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να οδηγήσουν σε βελτίωση της γνώσης της επιληψίας, αντιμετώπιση των φόβων, πιο εύκολη συζήτηση, αύξηση της προσοχής και ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την ενημέρωση περί επιληψίας. Επιπρόσθετα, τα ευρήματα που αφορούν ψυχοκοινωνικές εκβάσεις, περιλαμβάνουν μείωση των ποσοστών κατάθλιψης, πιο σωστή διαχείριση του ψυχικού βάρους, του άγχους, του stress και των δύσκολων συναισθημάτων και εντονότερη κοινωνική υποστήριξη των ατόμων με επιληψία. Τα αποτελέσματα όσον αφορά το ρόλο του νοσηλευτή

αναφέρουν αυξημένη εμπιστοσύνη που δείχνουν τα άτομα ως προς τη διαχείριση της κατάστασής τους από έναν εξειδικευμένο νοσηλευτή, βελτίωση της αυτοδιαχείρισης και αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων με επιληψία και ανάπτυξη πιο σωστών πλάνων φροντίδας.

Συμπεράσματα: Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την επιληψία προάγουν την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών ενώ και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι αναγκαίες και αποσκοπούν στην αποστιγματοποίηση και την πιο εύκολη κοινωνική επανένταξη των ατόμων με επιληψία. Η εμπλοκή ενός εξειδικευμένου νοσηλευτή επιληψίας υποστηρίζεται από τα άτομα με επιληψία και από τις οικογένειές τους διότι προσδίδει εμπιστοσύνη και σιγουριά όταν εφαρμόζεται μέσα από ένα άρτιο πλάνο φροντίδας. Είναι σημαντικό να γίνουν συντονισμένες προσπάθειες στο χώρο της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης σχετικά με την επιληψία, όχι μόνο των ατόμων που πάσχουν και των συγγενών τους αλλά και του γενικού πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά: Επιληψία, Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις, Νοσηλευτική Φροντίδα, Θεραπεία, Εκπαίδευση, Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις.

ABSTRACT

Introduction: Epilepsy is considered a chronic neurological condition and has been observed since the ancient times. As society and science evolve and change at a geometric pace, so does the therapeutic, educational, and social approach of epilepsy.

Aim: The purpose of this study was to investigate the international literature and to perform a literature review of the current research data on the role of the nurse in the care of adults and underage people with epilepsy and the effects of modern therapeutic, psychosocial and educational interventions in the management of epilepsy.

Methodology: The present work was done using the PubMed and Google Scholar search engines. In PubMed the search algorithm used was *Epilepsy AND nurs* AND intervention*. Filters were also used to retrieve articles in *English*, published within the *last five years* in *nursing journals*. The criteria for the inclusion of research articles in the review were to report on patients with epilepsy, caregivers of patients with epilepsy, therapeutic interventions, psychosocial interventions, educational interventions, nursing care and studies of the effectiveness of the interventions. In addition, a methodical search was conducted for additional bibliographies in the libraries of the University of Ioannina. The final sample of the literature review consisted of 16 scientific articles.

Results: The results of modern research studies show that properly designed interventions at the level of treatment can lead to a reduction in seizures and improve the quality of life while at an educational level they can lead to improved knowledge of epilepsy, coping with fears, easier discussion, increase of attention and patient satisfaction with regards to information about epilepsy. In addition, the findings on psychosocial outcomes include a reduction in depression rates, better management of mental weight, anxiety, stress and difficult emotions, and stronger social support for people with epilepsy. The results regarding the role of the nurse report that individuals show increased confidence in the management of their condition by a specialized nurse, development of communication tools for epileptic patients, improvement of

self-management and self-care of people with epilepsy and development of better care plans.

Conclusions: Therapeutic interventions for epilepsy promote a better quality of life of patients while psychosocial interventions are necessary and aim at de-stigmatization and easier social reintegration of people with epilepsy. The role of a specialist epilepsy nurse is positively supported by people with epilepsy and their families because it gives confidence and reassurance when applied through an optimal care plan. It is important to make coordinated efforts in the field of education and information about epilepsy not only for the sufferers and their relatives but also for the general population.

Keywords: Epilepsy, Nursing Interventions, Nursing Care, Treatment, Education, Psychosocial Interventions.

1. Εισαγωγή

Η επιληψία ήταν μία από τις πρώτες διαταραχές του εγκεφάλου που περιγράφηκαν 3000 χρόνια πριν, από τους βαβυλώνιους. Οι άνθρωποι αρχικά πίστευαν ότι τα άτομα με επιληψία καταβάλλονταν από δαίμονες ή θεούς. Στη συνέχεια, ο Ιπποκράτης το 400 π.χ. πρότεινε ότι επρόκειτο για μία διαταραχή του εγκεφάλου (Σιδηροπούλου, 2015). Στο βιβλίο του, «Ιερή Ασθένεια», ανέφερε ότι η επιληψία έχει φυσικά αίτια όπως οι άλλες ασθένειες. Ωστόσο, η σύγκρουση μεταξύ των επιστημονικών εξηγήσεων της επιληψίας και δημοφιλών δεισιδαιμονιών παρατηρείται σε όλη την ιστορία της επιληψίας μέχρι και σήμερα (Wolf, 2014).

Η επιληψία είναι μία από τις πιο συχνές και σοβαρές εγκεφαλικές διαταραχές και επηρεάζει πάνω από 70 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Οι περισσότεροι ασθενείς με επιληψία έχουν καλή πρόγνωση και στα παιδιά τα συμπτώματα υποχωρούν σταδιακά. Ωστόσο σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών, τα συμπτώματα παραμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Σιδηροπούλου, 2015). Στις Η.Π.Α., περίπου το 0.6% του πληθυσμού εμφανίζει υποτροπιάζοντα επεισόδια σπασμών και ποσοστό άνω του 75% αυτών αποδίδεται σε επιληψία (McPhee et al., 2009). Το 60-70% των ασθενών, που υπόκεινται σε θεραπεία με αντιεπιληπτικά φάρμακα, σταδιακά απαλλάσσεται από τις κρίσεις ενώ για τους υπόλοιπους η κατάσταση παραμένει με ποικίλες αλλαγές στην ένταση και τη συχνότητα των κρίσεων (Σιδηροπούλου, 2015).

Η επιληψία είναι κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από δύο ή περισσότερες επιληπτικές κρίσεις, που δεν προκαλούνται από άμεσα αναγνωρίσιμο αίτιο. Η επιληπτική κρίση είναι ένα παροξυσμικό επεισόδιο μεταβολής του νευρικού συστήματος του ανθρώπου (Τριανταφύλλου, 2007). Όταν αυτή η κατάσταση, της επιληπτικής κρίσης χαρακτηρίζεται από απώλεια συνείδησης και γενικευμένο σπασμό όλων των μυών του σώματος που διαρκεί μερικά λεπτά ή περισσότερο, ο τύπος αυτός της επιληψίας καλείται γενικευμένη επιληπτική κρίση ή επιληψία *grand mal*. Σε άλλες περιπτώσεις, μια επιληπτική κρίση μπορεί να χαρακτηρίζεται από σύντομη απώλεια της προσοχής κατά την οποία ο ασθενής φαίνεται να έχει προσηλωμένο βλέμμα και να μην απαντά σε κανένα. Αυτός ο τύπος επιληψίας ονομάζεται γνήσια αφαίρεση ή επιληψία *petit mal* και συμβαίνει κυρίως σε μικρά παιδιά (Browner et al., 2014).

Η επιληψία και οι επιληπτικές κρίσεις μπορούν να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή. Σε πολλούς ασθενείς με επιληψία, οι κρίσεις είναι πιο συχνές κατά τη διάρκεια του ύπνου γιατί σε αυτή την κατάσταση υπάρχει αυξημένος συγχρονισμός της νευρωνικής δραστηριότητας του οργανισμού. Στις γυναίκες με επιληψία, οι κρίσεις εμφανίζονται περισσότερο την εβδομάδα της έμμηνου ρύσης ή στην ωορρηξία (Browner et al., 2014). Ανεξάρτητα του τύπου των σπασμών είναι εξαιρετικά σημαντικό να μπορούμε να αναγνωρίζουμε πότε συμβαίνει ένας σπασμός ή έχει συμβεί ήδη. Πρέπει επίσης να μπορούμε να διακρίνουμε αν το νέο επεισόδιο διαφέρει από τα προηγούμενα. Επιπλέον, πρέπει να γνωρίζουμε όχι μόνο εάν έχει συμβεί ξανά στο παρελθόν ή συμβαίνει τώρα, αλλά και να αναγνωρίζουμε τη φάση του ασθενούς μετά τους σπασμούς καθώς και τις επιπλοκές τους (Browner et al., 2014). Δυστυχώς, η διάγνωση της επιληψίας συνεχίζει να φέρει μεγάλο ψυχοκοινωνικό βάρος και γι' αυτό ο όρος διαταραχή κρίσεως ή παροξυσμού χρησιμοποιείται συχνά για να εξομαλύνει το κοινωνικό στίγμα (Lezak et al., 2018).

1.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), μέχρι 50 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, ποσοστό που αντιστοιχεί σε συχνότητα τουλάχιστον 50 ανά 100.000 του γενικού πληθυσμού, θα εμφανίσουν επιληψία κάποια στιγμή της ζωής τους. Ειδικότερα, 10% του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών εμφανίζει κάποια είδους κρίση σε κάποια στιγμή στην ζωή του. Επίσης, 0.7%-1% του πληθυσμού αυτού εμφανίζει υποτροπιάζουσα επιληψία ενώ 3%-4% εμφανίζει επιληψία κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η συχνότητα της επιληψίας είναι υψηλότερη λόγω παραγόντων όπως οι αυξημένες λοιμώξεις του εγκεφάλου που προκαλούνται από μικροοργανισμούς (Benjamin et al., 2018).

Ακόμη, το 5% του πληθυσμού θα παρουσιάσει τουλάχιστον μία επιληπτική κρίση κατά την διάρκεια της ζωής του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το άτομο είναι επιληπτικό (Σταματοπούλου και συν., 2012). Άτομα τα οποία έχουν υποστεί μία μόνο, είτε γενικά λίγες μόνο επιληπτικές κρίσεις, δε θεωρούνται ότι πάσχουν από την «νόσο» της επιληψίας, η οποία είναι μία χρόνια κατάσταση. Όμως και αυτά τα περιστατικά μελετώνται μαζί με τις χρόνιες καταστάσεις (Benjamin et al., 2018).

Η επιληψία παρουσιάζεται κυρίως σε παιδιά (βρέφη έως και εφήβους) και στο γηραιότερο πληθυσμό πάνω από 60 ετών με τη μεγαλύτερη επίπτωση (περίπου 75%) να παρατηρείται σε ηλικίες κάτω των 20 ετών. Μεταξύ 0,5-1% των παιδιών παθαίνουν ένα μη επαναλαμβανόμενο, μοναδικό μη προκλητό επεισόδιο σπασμών. Τέλος, έχει εκτιμηθεί ότι ποσοστό από 2% έως 4% των παιδιών της Ευρώπης και της Αμερικής, έχουν εμφανίσει τουλάχιστον μια επιληπτική κρίση που συνήθως συνδυάζεται με εμπύρετο νόσημα, πριν την ηλικία των τεσσάρων ετών (Σταματοπούλου και συν., 2012).

1.2 Ανατομία

1.2.1 Η ανατομία του Νευρικού Συστήματος

Το νευρικό σύστημα είναι το σύστημα που μεταδίδει μηνύματα μέσω πληροφοριών ή ερεθισμάτων που επεξεργάζεται ο οργανισμός. Στον άνθρωπο η μεταβίβαση της πληροφορίας φιλτράρεται μέσω τριών κυτταρικών επιπέδων (Moore et al., 2013). Τα τρία είδη κυττάρων που εμπλέκονται στη διαδικασία μετάφρασης των ερεθισμάτων που παίρνει ο οργανισμός από το φυσικό περιβάλλον είναι τα αισθητικά κύτταρα, τα νευρικά κύτταρα ή νευρώνες και τα μυϊκά κύτταρα. Τα νευρικά κύτταρα παρεμβάλλονται λειτουργικά μεταξύ των αισθητικών και των μυϊκών κυττάρων. Επιπλέον, ένα νευρικό κύτταρο είναι δυνατόν να μεταδίδει ένα ερέθισμα σε έναν αριθμό μυϊκών κυττάρων ή σε άλλα νευρικά κύτταρα δημιουργώντας έτσι ένα νευρικό δίκτυο (Sherwood, 2016).

Στο ανθρώπινο σώμα υπάρχει διάχυτο το νευρικό δίκτυο και όλα τα σπλάγχνα, αιμοφόρα αγγεία και οι αδένες νευρώνονται από αυτό. Αυτό το δίκτυο ονομάζεται φυτικό ή σπλαγγχνικό ή αυτόνομο νευρικό σύστημα (Platzer et al., 2011). Αυτό το γενικευμένο νευρικό σύστημα μπορεί να διαχωριστεί σε δύο ανταγωνιστικά μεταξύ τους νευρικά υποσυστήματα, το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, τα οποία σε συνδυασμό είναι υπεύθυνα να διατηρούν την ισορροπία στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, δηλαδή παίζουν κύριο ρόλο στην διατήρηση της ομοιόστασης (Kahle et al., 2010).

Επίσης, εκτός από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, σε κάθε ανθρώπινο οργανισμό, υπάρχει και το σωματικό νευρικό σύστημα. Το σωματικό νευρικό σύστημα αποτελείται από το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και το περιφερικό νευρικό

σύστημα (ΠΝΣ). Τα μέρη του ΚΝΣ είναι τα νευρικά κύτταρα ή νευρώνες, ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός ενώ τα μέρη του ΠΝΣ είναι τα νεύρα και τα γάγγλια, τα οποία νευρώνουν την κεφαλή, τον κορμό και τα άκρα (Platzer et al., 2011). Αμφότερες, και οι δύο μοίρες εξυπηρετούν την ενσυνείδητη αντίληψη, την εκούσια κινητικότητα και την επεξεργασία μηνυμάτων (Kahle et al., 2010). Το ΚΝΣ λαμβάνει τα ερεθίσματα μέσω των αισθητικών προσαγωγών νεύρων και μετά απαντά στέλνοντας οδηγίες μέσω των κινητικών απαγωγών νεύρων στους μυς (Kahle et al., 2010).

1.2.2 Η ανατομία του Νευρικού Κυττάρου

Το νευρικό κύτταρο, γαγγλιακό κύτταρο ή νευρώνας, αποτελεί τη λειτουργική μονάδα του νευρικού συστήματος. Κάθε νευρώνας αποτελείται ανατομικά από το περικάρυο (κυτταρικό σώμα), τους δενδρίτες, τον νευράξονα και τις αποφυάδες (Platzer et al., 2011). Το περικάρυο αποτελεί το κέντρο λειτουργίας του νευρικού κυττάρου. Αυτή η δομή εμπεριέχει τον πυρήνα του νευρικού κυττάρου και αποτελεί το τροφικό κέντρο του κυττάρου και των αποφυάδων. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο πυρήνας του νευρικού κυττάρου περιέχει ένα μεγάλο ποσοστό σε πυρήνιο, που είναι είδος χρωματίνης (Kahle et al., 2010). Οι δενδρίτες, είναι οι θέσεις οι οποίες δέχονται τις νευρικές ώσεις, εφόσον οι αποφυάδες άλλων νευρώνων καταλήγουν σε αυτούς. Ουσιαστικά, αυξάνουν την έκταση της εξωτερικής επιφάνειας του κυττάρου μέσω των διακλαδώσεών τους. Ο νευράξονας, κατευθύνει τη νευρική ώση και, αρχικά, δημιουργεί τον εκφυτικό κώνο ή αξονικό λοφίδιο, την περιοχή δηλαδή που ξενικά η νευρική ώση. Επίσης, ο νευράξονας καλύπτεται από το μυελώδες έλυτρο, το οποίο αποτελείται από μυελίνη που περιέχει λιπίδια (Platzer et al., 2011).

Ο νευράξονας σπάει σε κλάδους (παράπλευροι άξονες) και στη συνέχεια διαιρείται σε τελικά δενδρίλια και κάθε ένα από αυτά καταλήγει σε μικρές τελικές διογκωμένες δομές που ονομάζονται τελικά κομβία. Αυτά με την σειρά τους εφάπτονται με νευρικά ή μυϊκά κύτταρα (Kahle et al., 2010). Εδώ αξίζει να ειπωθεί ότι η μετάδοση του ερεθίσματος στα υπόλοιπα κύτταρα συμβαίνει στα τελικά κομβία, τα οποία σχηματίζουν μία σύναψη με την επιφάνεια της μεμβράνης του επόμενου κυττάρου (Sherwood, 2016).

Οι αποφυάδες είναι προεκτάσεις του περικαρύου του νευρικού κυττάρου. Μπορεί να είναι πολυδιακλαδιζόμενες, μακρές (π.χ. νευράξονας) ή βραχείες (π.χ. δενδρίτες). Σημαντικό είναι να σημειωθεί, ότι ταξινομούμε τους νευρώνες ανάλογα με τον αριθμό των αποφυάδων τους. Έτσι μπορούν να χαρακτηριστούν ως μονόπολοι, δίπολοι ή πολύπολοι. Στην πλειοψηφία τους είναι πολύπολοι αλλά πολλοί είναι τύπου Golgi, δηλαδή με βραχύ άξονα ή τύπου Deiter με μακρύτερους άξονες (Platzer et al., 2011).

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι όταν οι νευρώνες φτάσουν στο τελικό στάδιο της ωριμότητάς τους, είναι ανίκανοι να διαιρεθούν περαιτέρω, δηλαδή είναι αδύνατη η οποιαδήποτε αύξηση ή αντικατάστασή τους (Platzer et al., 2011). Ο αριθμός των νευρικών κυττάρων σε κάθε άτομο είναι σταθερός από τη γέννησή του και καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του, εκτός και αν εμφανιστεί κάποια νευρολογική ασθένεια εκφυλιστικής φύσεως και μειώσει σημαντικά τον αριθμό των νευρικών κυττάρων του οργανισμού (Kahle et al., 2010).

1.2.3 Η ανατομία του Εγκεφάλου

Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα και περιβάλλεται από μία οστέινη κάψα. Το καλυπτήριο όργανο του εγκεφάλου είναι οι κρανιακές μήνιγγες, στις οποίες παράγεται και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (Platzer et al., 2011). Οι μήνιγγες συναντώνται και στο νωτιαίο μυελό με ακριβώς την ίδια δομή και ονομάζονται νωτιαίες μήνιγγες. Αυτά τα καλύμματα μεσοδερμικής προέλευσης εμφανίζονται με τρεις μορφές. Η εξωτερική στοιβάδα είναι πιο ισχυρή και ανθεκτική και ονομάζεται σκληρή μήνιγγα, ενώ η εσωτερική στοιβάδα αποτελείται από τις λεπτομήνιγγες οι οποίες έχουν δύο μέρη, την αραχνοειδή μήνιγγα και την χοριοειδή μήνιγγα. Η αραχνοειδής μήνιγγα εφάπτεται με την έσω επιφάνεια της σκληρής μήνιγγας και διαχωρίζεται από αυτήν με τον υποσκληρίδιο χώρο. Επίσης, η αραχνοειδή μήνιγγα περικλείει και τον υπαραχνοειδή χώρο όπου παράγεται το εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Η αραχνοειδής μήνιγγα έρχεται σε επικοινωνία με τη χοριοειδή μέσω ενός πυκνού δικτύου δοκιδίων και διαφραγμάτων. Η χοριοειδής μήνιγγα περιέχει πολλά αιμοφόρα αγγεία και έρχεται σε απευθείας επαφή με τον εγκέφαλο (Drake et al., 2007). Με αυτόν τον τρόπο ο εγκέφαλος πάντα είναι προστατευμένος, σε όλη την διάρκεια της ζωής του, από οστέινα τοιχώματα και από ένα μαλακό υγρό (Kahle et al., 2010).

Όταν ο εγκέφαλος κόβεται σε τομές, η επιφάνεια διατομής παρουσιάζει τη λευκή και τη φαιά ουσία. Η φαιά ουσία αποτελείται από σύνολα σωμάτων νευρικών κυττάρων και η λευκή ουσία από νευρικές ίνες (Platzer et al., 2011). Στο μεγαλύτερο μέρος του εγκεφάλου η φαιά ουσία βρίσκεται στην εξωτερική επιφάνεια του εγκεφάλου και σχηματίζει τον εγκεφαλικό φλοιό ενώ η λευκή ουσία βρίσκεται εσωτερικά και περικλείεται από τη φαιά ουσία. Αυτή η διάταξη είναι αντίθετη με αυτή που παρατηρείται στο νωτιαίο μυελό (Kahle et al., 2010).

Ο εγκέφαλος υπόκειται σε διάφορες διαιρέσεις, από τις οποίες η πιο αντιπροσωπευτική είναι η εμβρυολογική. Σύμφωνα με αυτή, ο εγκέφαλος διαιρείται σε πέντε μοίρες: το τελικό εγκέφαλο, το διάμεσο εγκέφαλο, το μέσο εγκέφαλο, τον οπίσθιο εγκέφαλο και τον έσχατο εγκέφαλο (Moore et al., 2013). Ο τελικός εγκέφαλος αποτελείται από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, τα οποία διαιρούνται στο νεοχιτώνιο και τον ρινικό εγκέφαλο. Το νεοχιτώνιο εμπεριέχει το μετωπιαίο λοβό, το βρεγματικό λοβό, το κροταφικό λοβό, τον ινιακό λοβό και το κεντρικό λοβό ή αλλιώς τη νήσο του Reil (Moore et al., 2013). Επίσης, ο τελικός εγκέφαλος απαρτίζεται από τους συνδέσμους, που είναι το μεσολόβιο, ο πρόσθιος σύνδεσμος, η ψαλίδα, ο σύνδεσμος της ψαλίδας και το διαφανές διάφραγμα, και από τους πυρήνες, που είναι ο κερκοφόρος, ο φακοειδής, ο τανιοειδής και τέλος από τον αμυγδαλοειδή πυρήνα (Drake et al., 2007). Ο διάμεσος εγκέφαλος αποτελείται από τον υποθάλαμο, τους δύο θαλάμους, το μεταθάλαμο, τον επιθάλαμο και τη τρίτη κοιλία. Στην συνέχεια, ανατομικά ο μέσος εγκέφαλος απαρτίζεται από το τετράδυμο πέταλο, τα εγκεφαλικά σκέλη και τον υδραγωγό του εγκεφάλου ή του Sylvius. Εάν προχωρήσουμε περαιτέρω, θα δούμε ότι ο οπίσθιος εγκέφαλος συγκροτείται από τη γέφυρα, τη παρεγκεφαλίδα και ένα τμήμα της τέταρτης κοιλίας. Τέλος, ο έσχατος εγκέφαλος συνιστάται από τον προμήκη μυελό και από το υπόλοιπο μέρος της τέταρτης κοιλίας, αφού ένα μέρος της ανήκει στον οπίσθιο εγκέφαλο (Moore et al., 2013). Τέλος, σύμφωνα με τους κλασσικούς ανατόμους, υπάρχουν 12 ζεύγη εγκεφαλικών νεύρων ή, όπως ονομάζονται αλλιώς, εγκεφαλικές συζυγίες, τα οποία βοηθούν στην ομαλή λειτουργία των δεξιοτήτων και ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού (Platzer et al., 2011).

1.3 Φυσιολογία

1.3.1 Η Φυσιολογία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Οι ενέργειες και οι αντιδράσεις των ανθρώπων διεκπεραιώνονται μέσω πολύπλοκων, αυστηρά οργανωμένων, διακριτών διεργασιών του ΚΝΣ. Πολλές από τις διεργασίες και λειτουργίες του ΚΝΣ, όπως η ρύθμιση της αναπνοής ή η λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος, είναι βασικές για τη διατήρηση της ζωής (Sherwood, 2016). Το ΚΝΣ αποτελείται από τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, ενώ αυτά καλύπτονται από στρώματα νευρικού ιστού (Silverthorn, 2018). Το ΚΝΣ δέχεται τις πληροφορίες από την προσαγωγό μοίρα του ΠΝΣ. Έπειτα, εφόσον οι πληροφορίες έχουν περάσει στο ΚΝΣ και έχουν επεξεργαστεί κατάλληλα, μεταβιβάζονται μέσω της απαγωγού μοίρας του ΠΝΣ προς τα όργανα – τελεστές ή εκτελεστικά όργανα, δηλαδή τους μύες και τους αδένες που εκτελούν τις εντολές που έχουν σταλεί από το ΚΝΣ ώστε να έχουν το δυνατότερο επιθυμητό αποτέλεσμα (Sherwood, 2016).

1.3.2 Η φυσιολογία του Νευρικού Κυττάρου

Ο νευρώνας ή νευρικό κύτταρο είναι η βασική και λειτουργική μονάδα του νευρικού συστήματος. Είναι η μικρότερη τετριμμένη μονάδα στο νευρικό σύστημα που μπορεί να φέρει εις πέρας τις λειτουργίες του συστήματος (Silverthorn, 2018). Οι νευρώνες έχουν μακριές προεκτάσεις έξω από το κυτταρικό σώμα. Το κυτταρικό σώμα είναι το κέντρο ελέγχου του κυττάρου εφόσον εμπεριέχει τον πυρήνα του ενώ προεκτάσεις μπορεί να είναι οι δενδρίτες, που λαμβάνουν τα εισερχόμενα μηνύματα ή οι άξονες που μεταφέρουν εξερχόμενες πληροφορίες (Platzer et al., 2011).

Βάσει της φυσιολογίας τους οι νευρώνες ταξινομούνται ανάλογα με τη λειτουργία τους σε αισθητικούς – προσαγωγούς νευρώνες, που μεταφέρουν ερεθίσματα σχετικά με τη θερμοκρασία, τη πίεση, το φως και άλλα εξωγενή ερεθίσματα από τους αισθητικούς υποδοχείς στο ΚΝΣ. Η δεύτερη κατηγορία νευρώνων είναι οι διάμεσοι νευρώνες που είναι εξ' ολοκλήρου κομμάτι του ΚΝΣ, εμφανίζουν ποικιλομορφία και έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν με πολλούς νευρώνες. Η τρίτη κατηγορία νευρώνων είναι οι απαγωγοί νευρώνες και σε αυτή τη κατηγορία βρίσκονται τόσο οι σωματικοί κινητικοί νευρώνες όσο και οι νευρώνες του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το χαρακτηριστικό των απαγωγών νευρώνων είναι οι απολήξεις τους

που ονομάζονται τελικά κομβία και παίζουν σημαντικό ρόλο στη μεταφορά των μηνυμάτων από το ένα νευρικό κύτταρο στο άλλο (Silverthorn, 2018).

Σημαντικό επίσης είναι να αναφερθεί ότι η περιοχή όπου το άκρο ενός άξονα συναντά το κύτταρο στόχο του ονομάζεται σύναψη. Ο νευρώνας που μεταφέρει το σήμα στη σύναψη ονομάζεται προσυναπτικό κύτταρο ενώ ο νευρώνας που λαμβάνει το σήμα στη σύναψη καλείται μετασυναπτικό κύτταρο. Ο στενός χώρος μεταξύ των δύο κυττάρων ονομάζεται συναπτική σχισμή και οι συνάψεις στο ΚΝΣ μπορεί να είναι είτε χημικής είτε ηλεκτρικής φύσης, και οι δύο ειδών συνάψεις όμως μετατρέπονται σε χημικά σήματα που περνούν από κύτταρο σε κύτταρο μέσω συνδέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στα νευρικά κύτταρα. Η ηλεκτρική σύναψη έχει διπλή κατευθυντήρια γραμμή και είναι πολύ πιο γρήγορη από τη χημική σύναψη, πράγμα που καθιστά την επικοινωνία των κυττάρων μέσω ηλεκτρικών συνάψεων πολύ πιο εύκολη. Οι ηλεκτρικές συνάψεις επιτρέπουν σε πολλούς νευρώνες του ΚΝΣ να συντονίζονται και πυροδοτούνται ταυτόχρονα. Παρ' όλα αυτά, η πλειοψηφία των συνάψεων στο σώμα είναι χημικές (Silverthorn, 2018).

1.3.3 Η Φυσιολογία του Εγκεφάλου

Μία βασική αρχή που θεωρείται αξίωμα στη μελέτη της λειτουργίας του εγκεφάλου είναι ότι μία λειτουργία, για παράδειγμα η κίνηση ενός δαχτύλου, όσο απλή και να φαίνεται είναι δυνατό να απασχολεί αρκετές περιοχές του εγκεφάλου (Silverthorn, 2018). Υπάρχουν αρκετοί τρόποι με τους οποίους μπορούμε να μελετήσουμε τη λειτουργική δραστηριότητα του εγκεφάλου: Μπορούμε να μελετήσουμε μεμονωμένα τους νευρώνες και την λειτουργία τους ή μπορούμε να μελετήσουμε μία ομάδα νευρώνων και το πώς αυτοί αλληλεπιδρούν με άλλες δομές του νευρικού συστήματος ή να ερευνήσουμε τη συμπεριφορά ή τη φυσιολογική απόκριση και να καταλήξουμε στα νευρολογικά κυκλώματα που δημιούργησαν αυτή τη συμπεριφορά ή απόκριση (Silverthorn, 2018).

Στην προκειμένη περίπτωση, θα μελετήσουμε τη λειτουργία του εγκεφάλου βάσει της δομής του. Ο εγκέφαλος μπορεί να διαιρεθεί δομικά σε έξι μέρη, τον εγκεφαλικό φλοιό, τα βασικά γάγγλια, το θάλαμο, τον υποθάλαμο, τη παρεγκεφαλίδα και το εγκεφαλικό στέλεχος (Sherwood, 2016). Ξεκινώντας την ανάλυση της λειτουργίας του εγκεφάλου από τον εγκεφαλικό φλοιό, παρατηρούμε ότι αυτό το

μέρος του εγκεφάλου ρυθμίζει λειτουργικά την αντίληψη των αισθητικών ερεθισμάτων, τον εκούσιο έλεγχο των κινήσεων, τη γλώσσα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τις ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες όπως η σκέψη, η μνήμη, κρίση, η λήψη αποφάσεων, η δημιουργικότητα και η συνείδηση του εαυτού. Στη συνέχεια, υπάρχουν τα βασικά γάγγλια τα οποία παίζουν βασικό ρόλο για τη ρύθμιση της λειτουργίας της αναστολής του μυϊκού τόνου, το συγχρονισμό των αργών παρατεταμένων κινήσεων και τη καταστολή των άσκοπων ή ανεπιθύμητων κινήσεων. Ακόμη, ένα σημαντικό κομμάτι στη λειτουργία του εγκεφάλου κατέχει ο θάλαμος. Ο θάλαμος είναι ενδιάμεσος σταθμός αναμετάδοσης για το σύνολο των ανερχόμενων αισθητικών πληροφοριών που δέχεται ο εγκέφαλος και ρυθμίζει την αδρή αντίληψη των αισθητικών ερεθισμάτων και τον βαθμό συνείδησης και συμμετέχει και στον έλεγχο των κινήσεων (Sherwood, 2016).

Ο υποθάλαμος λειτουργικά καθορίζει τη ρύθμιση πολλών ομοιοστατικών λειτουργιών, όπως η θερμοκρασία, η δίψα, η διούρηση και η πρόσληψη τροφής. Ακόμη, είναι σημαντικός συνδετικός κρίκος ανάμεσα στο νευρικό και στο ενδοκρινικό σύστημα, έχει εκτεταμένες δράσεις και λειτουργίες στη διαμόρφωση των συναισθηματικών και των συμπεριφορικών προτύπων και συμμετέχει στη ρύθμιση του κύκλου ύπνου – εγρήγορσης. Επιπρόσθετα, άκρως σημαντική θεωρείται και η συνεισφορά της παρεγκεφαλίδας στη συνολική λειτουργία του εγκεφάλου. Η παρεγκεφαλίδα διατηρεί την ισορροπία του σώματος, συγχρονίζει τις συσπάσεις πολλών μυϊκών ομάδων και σχεδιάζει και ξεκινάει τις εκούσιες κινητικές δεξιότητες (Sherwood, 2016).

Τέλος, το εγκεφαλικό στέλεχος αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των λειτουργιών του εγκεφάλου. Το εγκεφαλικό στέλεχος είναι η περιοχή ανάδυσης των περισσότερων κρανιακών νεύρων, το κέντρο ελέγχου του καρδιαγγειακού, αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος, ρυθμίζει τα αντανακλαστικά που σχετίζονται με την ισορροπία και τη στάση του σώματος, παραλαμβάνει και επεξεργάζεται το σύνολο της συναπτικής τροφοδότησης από τον νωτιαίο μυελό, καθώς ενεργοποιεί και διεγείρει τον εγκεφαλικό φλοιό, και συμμετέχει στη ρύθμιση του κύκλου του ύπνου – εγρήγορσης (Sherwood, 2016).

1.4 Η Παθοφυσιολογία της Επιληψίας

Η επιληψία είναι μία χρόνια διαταραχή κατά την οποία επαναλαμβάνονται αυτόματα και ανά διαστήματα επιληπτικές κρίσεις. Η επιληπτική κρίση είναι η αιφνίδια, υπερβολική και ανεξέλεγκτη ηλεκτρική εκφόρτωση των νευρώνων στον εγκέφαλο που μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στη συνείδηση, στη συμπεριφορά και στις κινητικές και αισθητηριακές ικανότητες του ατόμου. Η βλάβη μπορεί να είναι ιδιοπαθής ή δευτεροπαθής και να εκδηλώνεται μετά από τραυματισμούς (Γιωτάκη, 2014). Σε μερικές μορφές ιδιοπαθούς επιληψίας φαίνεται να υπάρχει γενετική βάση. Για τις δευτεροπαθείς μορφές επιληψίας φαίνεται να ευθύνονται κακώσεις, νεοπλασίες, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, λοιμώξεις ή και κάποια γενικευμένη εστιακή βλάβη του εγκεφάλου (McPhee, 2009).

Οι κρίσεις γενικότερα έχουν δύο βασικές κατηγορίες, τις εστιακές κρίσεις και τις γενικευμένες κρίσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν και υποδιαίρεσεις σύμφωνα με τα αίτια και τα συμπτώματα. Οι εστιακές κρίσεις είναι κρίσεις κατά τις οποίες οι ομάδες των νευρώνων που εκφορτίζονται παραμένουν επικεντρωμένες σε μία περιοχή του εγκεφαλικού φλοιού ενός εκ των δύο ημισφαιρίων. Από την άλλη πλευρά, οι γενικευμένες κρίσεις έχουν να κάνουν με τη συμμετοχή και των δύο ημισφαιρίων στην εκφόρτιση των νευρώνων σε κατάσταση κρίσης (Τριανταφύλλου, 2007).

Οι επιληπτικές κρίσεις είναι δυναμικές και χαρακτηρίζονται από εξελισσόμενη ηλεκτρική εκφόρτιση. Έτσι, οι έντονα εστιακές κρίσεις ή απλές εστιακές μπορούν να καταλήξουν σε διάχυτες κρίσεις ή σύνθετες εστιακές. Αυτές συνήθως αποπίπτουν σε γενικευμένες κρίσεις (Benjamin et al., 2018). Σημαντικό είναι να αναφερθεί και ο όρος *επιληπτικό σύνδρομο*, το οποίο είναι ένα σύνολο σημείων, συμπτωμάτων και άλλων στοιχείων, όπως τύπος κρίσεων, εντόπιση βλάβης, βαρύτητα και διάρκεια της κατάστασης, τα οποία συνιστούν μία και μοναδική επιληπτική κατάσταση. Ακόμη, ως επιληπτική νόσο ορίζουμε την επιληπτική κατάσταση που έχει μία ειδική και σαφώς καθορισμένη αιτιολογία. Τέλος, όλες οι κρίσεις που γίνονται στη διάρκεια μίας μέρας λογίζονται ως μία κρίση (Τριανταφύλλου, 2007).

1.5 Τα Αίτια της Επιληψίας

Στην ιδιοπαθή επιληψία δεν εντοπίζεται καμία οργανική ή ειδική βλάβη του εγκεφάλου (Γιωτάκη, 2014). Οι ιδιοπαθείς επιληψίες θεωρούνται γενετικά καθοριζόμενες και σε πολλές περιπτώσεις σχετίζονται με την ηλικία του ασθενούς (Τριανταφύλλου, 2007). Η γενετική προδιάθεση έχει αναγνωριστεί ως αίτιο της νόσου και οφείλεται σε μεταλλαγμένα γονίδια ή σε συγγενή έλλειψη ορισμένων πρωτεϊνών, ή σε εμφάνιση παθολογίας στα γονίδια που ελέγχουν την μετανάστευση των νευρώνων (Γιωτάκη, 2014).

Οι δευτεροπαθείς επιληπτικές κρίσεις δεν υπάγονται στον όρο επιληψία με την τυπική έννοια. Εμφανίζονται μετά από εγκεφαλική βλάβη που η αιτιολογία της κυμαίνεται ανάλογα με διάφορες παθολογικές καταστάσεις με γνώμονα τον εγκέφαλο. Επομένως, τα δευτεροπαθή αίτια της επιληψίας είναι ο όγκος του εγκεφάλου, το τραύμα του εγκεφάλου, η μεταβολική οξέωση ή αλκάλωση, το σύνδρομο στέρησης αλκοόλ, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η υπογλυκαιμία, το stress, η υπερβολική σωματική δραστηριότητα και η χρήση ναρκωτικών ουσιών (Γιωτάκη, 2014). Άλλα δευτεροπαθή αίτια μπορεί να είναι επίσης οι λοιμώξεις του ΚΝΣ, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι αγγειακές δυσπλασίες, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και κάποια εκφυλιστικά νοσήματα όπως η νόσος του Huntington, η νόσος του Wilson και η νόσος Jacob – Creutzfeld. (Τριανταφύλλου, 2007).

1.6 Η Κλινική Εικόνα της Επιληψίας

Οι επιληπτικές κρίσεις είναι παροδικά επεισόδια σημείων και συμπτωμάτων και κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τα κλινικά τους σημεία και τα συμπτώματα που εμφανίζονται ανάλογα με την περίπτωση. Όπως αναφέρθηκε ήδη, οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται γενικά σε δύο τύπους, εκείνες που ξεκινούν από μία περιοχή του εγκεφαλικού φλοιού και ονομάζονται εστιακές και εκείνες που ξεκινούν διάχυτα σε όλο τον εγκεφαλικό φλοιό (Benjamin et al., 2018), ενώ υπάρχει και τρίτη κατηγορία κρίσεων που ονομάζονται μη κατηγοριοποιημένες επιληπτικές κρίσεις (Γιωτάκη, 2014).

Οι γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις είναι μία από τις τρεις βασικές κατηγορίες κρίσεων. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις ή

αλλιώς grand-mal κρίσεις. Σε τέτοιου είδους κρίσεις, συμμετέχουν ταυτόχρονα και τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια και διαρκούν 2-5 λεπτά. Οι κρίσεις αυτές ξεκινούν με την τονική φάση, η οποία διαρκεί από 30 δευτερόλεπτα έως και λίγα λεπτά και χαρακτηρίζεται από ξαφνική αύξηση του μυϊκού τόνου, μυϊκή ακαμψία των χεριών και των ποδιών και άμεση απώλεια των αισθήσεων. Στην συνέχεια, ακολουθεί η κλονική φάση που διαρκεί αρκετά λεπτά και χαρακτηρίζεται από ρυθμική σύσπαση των άκρων. Κατά τη φάση αυτή, ο ασθενής δαγκώνει ακούσια την γλώσσα του, ανοιγοκλείνει ακούσια τα βλέφαρα, έχει απώλεια ούρων ή κοπράνων και εμφανίζει κύανωση. Η φάση τελειώνει με χαλάρωση, ενώ μία ώρα αργότερα ο ασθενής εμφανίζει λήθαργο, εξάντληση και σύγχυση. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν μόνο τονικές ή μόνο κλονικές κρίσεις (Γιωτάκη, 2014).

Οι αφαιρετικές επιληπτικές κρίσεις είναι μία άλλη κατηγορία γενικευμένων επιληπτικών κρίσεων. Ονομάζονται και petit-mal κρίσεις και εμφανίζονται κυρίως σε παιδιά με οικογενειακή κληρονομικότητα. Οι κρίσεις αυτές είναι σύντομες, διαρκούν δευτερόλεπτα με περιόδους απώλειας της συνείδησης, επικέντρωσης του βλέμματος στο πουθενά με τα βλέφαρα να φτερουγίζουν, ενώ ο μικρός ασθενής χάνει την επαφή με το περιβάλλον. Κατά την στιγμή της κρίσης υπάρχει πτώση αντικειμένων από τα χέρια του ασθενή εάν κρατάει κάτι. Εφόσον, η κρίση τελειώσει το παιδί συνεχίζει κανονικά την εργασία του (Γιωτάκη, 2014).

Άλλη μία κατηγορία γενικευμένων επιληπτικών κρίσεων είναι οι μυοκλονικές επιληπτικές κρίσεις που χαρακτηρίζονται από σύντομες συσπάσεις ή δυσκαμψία των άκρων που διαρκούν λίγα δευτερόλεπτα. Τέλος, άλλη μια κατηγορία γενικευμένων επιληπτικών κρίσεων είναι οι ατονικές επιληπτικές κρίσεις, που χαρακτηρίζονται από απώλεια του μυϊκού τόνου και διαρκούν λίγα δευτερόλεπτα ενώ οδηγούν τον ασθενή σε πτώση κατά την διάρκεια της εμφάνισής τους (Γιωτάκη, 2014).

Η δεύτερη μεγάλη κατηγορία επιληπτικών κρίσεων είναι οι εστιακές επιληπτικές κρίσεις. Αυτές οι κρίσεις είναι γνωστές και ως ατελείς ή και μερικές και εμφανίζουν δύο βασικές υποκατηγορίες. Η πρώτη υποκατηγορία είναι οι απλές εστιακές κρίσεις, που είναι εντοπισμένες σε κάποιο τμήμα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εξελιχθούν σε γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις. Ο ασθενής καθ' όλη τη διάρκεια του επεισοδίου διατηρεί τις αισθήσεις του. Αναφέρει ότι διαισθάνεται μία «αύρα» δηλαδή μία ιδιαίτερη αίσθηση που είναι γνώριμη και

ενοχλητική. Ακόμη, οι εστιακές κρίσεις μπορούν να εμφανιστούν είτε με έκπτωση είτε χωρίς έκπτωση της λειτουργικότητας του ασθενούς που εμφανίζει την κρίση. Επίσης, ο ασθενής εμφανίζει ετερόπλευρη κίνηση του άκρου και ψυχικές διαταραχές που συνοδεύονται από ταχυκαρδία (Benjamin et al., 2018).

Στην άλλη μεριά του φάσματος των εστιακών επιληπτικών κρίσεων υπάρχουν οι σύνθετες εστιακές επιληπτικές κρίσεις που χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένους «αυτοματισμούς», δηλαδή ορισμένες κινήσεις και χειρισμούς τους οποίους ο ασθενής δε θυμάται μετά το τέλος των κρίσεων που εμφανίζει. Συνήθως, τα μάτια του ασθενούς είναι πάντα ανοιχτά και η διάρκεια της κατάστασης είναι 1-3 λεπτά. Τα χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κρίσης αντανακλούν τη θέση έναρξης της κρίσης στον εγκεφαλικό φλοιό. Η θέση της εστίας είναι σημαντική διότι βοηθά στη διάγνωση (Benjamin et al., 2018).

Μια πιο σπάνια κατηγορία επιληπτικών κρίσεων είναι οι μη κατηγοριοποιημένες επιληπτικές κρίσεις, που δεν εμφανίζουν κανένα κοινό χαρακτηριστικό με τις εστιακές ή με τις γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις (Γιωτάκη, 2014). Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί και ένα αρκετά χαρακτηριστικό είδος επιληψίας, το οποίο είναι ευρέως γνωστό ως status epilepticus. Αυτή η μορφή της επιληψίας και των επιληπτικών κρίσεων χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη διάρκεια επιληπτικών κρίσεων, συνήθως διαρκεί περισσότερο από 5 λεπτά, ή από επαναλαμβανόμενες κρίσεις μέσα σε ένα πιο ευρύ χρονικό διάστημα, το οποίο είναι περίπου 30 λεπτά. Αυτή η κατάσταση αποτελεί επιπλοκή που μπορεί να προέλθει από όλους του τύπους των επιληπτικών κρίσεων. Τα συνήθη αίτια της είναι η απότομη διακοπή της αντιεπιληπτικής θεραπείας, οι καταστάσεις σωματικού και ψυχικού stress, οι μεταβολικές διαταραχές και η τοξικότητα από το αλκοόλ και άλλες βλαβερές ουσίες (Γιωτάκη, 2014).

1.7 Η Διάγνωση της Επιληψίας

Η διάγνωση της επιληψίας και των επιληπτικών κρίσεων βασίζεται κατά κόρον στο ιστορικό και στις διαγνωστικές εξετάσεις (Γιωτάκη, 2014). Οπότε, για την αντικειμενική αξιολόγηση ενός επεισοδίου μεταβολής της λειτουργίας του νευρικού συστήματος ως επιληπτικού ή όχι, χρειάζεται ένας συνδυασμός πληροφοριών και εξετάσεων (Τριανταφύλλου, 2007).

Η εξαγωγή των πληροφοριών για τον ασθενή και για την παροξυσμική διαταραχή θα γίνει εύκολα μέσω της λήψης ενός ιστορικού, είτε από τον ίδιο τον ασθενή ή από κάποιον άνθρωπο του στενού κύκλου του εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση επικοινωνήσει. Το ιστορικό θα πρέπει να είναι λεπτομερές και να καλύπτει τη συνολική εικόνα της κατάστασης του ασθενούς, δηλαδή να καλύπτει το ατομικό, το κοινωνικό και το κληρονομικό φάσμα του ασθενούς και της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Το ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει προηγούμενες ασθένειες, θεραπείες, νοσηλείες, τυχόν χρήση ναρκωτικών ουσιών, τραυματισμούς. Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό επιληψίας, αυτό θα πρέπει να περικλείει πληροφορίες για τον τύπο και την συχνότητα των κρίσεων, την ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων και τις ανά διαστήματα ληφθείσες θεραπείες. Επίσης, οι ερωτήσεις που θα πρέπει να γίνουν θα πρέπει να περιλαμβάνουν ερωτήσεις του τύπου, «τι προηγήθηκε της κρίσης;», «πως ξεκίνησε η κρίση;», «πως εξελίχθηκε;», «υπήρχαν κινητικά φαινόμενα;», «ο ασθενής δάγκωνε την γλώσσα του ή είχε απώλεια ούρων ή κοπράνων;», «πόσο κράτησε η κρίση;», «πως τελείωσε η κρίση;» και «υπήρξαν φαινόμενα μετά την κρίση;» (Τριανταφύλλου, 2007).

Στις συνήθεις διαγνωστικές εξετάσεις συμπεριλαμβάνονται το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, η μαγνητική και η αξονική τομογραφία (Γιωτάκη, 2014). Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι η σημαντικότερη διαγνωστική εξέταση για τις επιληπτικές κρίσεις και την επιληψία. Τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά ευρήματα βοηθούν στην τεκμηρίωση της διάγνωσης, τη σωστή ταξινόμηση των κρίσεων, την αναγνώριση του επιληπτικού συνδρόμου και τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Σε συνάρτηση με τα κατάλληλα ευρήματα, οι επιληπτικόμορφες εκφορτώσεις στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα που εμφανίζονται με τη μορφή αιχμηρών κυμάτων ή χαρακτηριστικών αιχμών, υποστηρίζουν ισχυρά τη διάγνωση της επιληψίας. Ειδικότερα, η βίντεο-ηλεκτροεγκεφαλογραφική απεικόνιση βοηθά στην ακριβή καταγραφή και προσδιορισμό της εστίας της κρίσης και καθορίζει τους κατάλληλους υποψήφιους για νευροχειρουργική αντιμετώπιση της νόσου (Benjamin et al., 2018).

Ακόμη, η μαγνητική τομογραφία είναι ένας τρόπος με τον οποίο μπορεί να παρατηρηθεί η επιληψία σε έναν πιθανό πάσχοντα. Αυτή η διαγνωστική εξέταση θα πρέπει να γίνεται σε κάθε ασθενή με υποψία επιληψίας. Η νευροαπεικόνιση μέσω της μαγνητικής τομογραφίας θα πρέπει να εξετάζεται επαναληπτικά σε περίπτωση που εμφανιστεί κάποια ανεξήγητη αλλαγή στο πρότυπο των επιληπτικών κρίσεων,

οπότε θα πρέπει να αξιολογηθεί η πιθανότητα νέας βλάβης (Benjamin et al., 2018). Εάν, δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί μαγνητική τομογραφία τότε μία αξονική τομογραφία με έγχυση σκιαγραφικού είναι αρκετά ικανοποιητική, αφού και σε αυτή την εξέταση αναδεικνύονται οι εγκεφαλικές δυσπλασίες που έχουν προκληθεί κατά την επιληπτική κρίση (Τριανταφύλλου, 2007).

Τέλος, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων ή η τομογραφία εκπομπής μονήρους πρωτονίου μπορούν να βοηθήσουν στην απεικόνιση της μεταβολικής δραστηριότητας του εγκεφάλου. Τα ευρήματα σε αυτές τις δύο διαγνωστικές εξετάσεις μπορεί να υπάρχουν ακόμα και όταν η δομή του εγκεφάλου κατά τη μαγνητική τομογραφία που έχει γίνει φαίνεται φυσιολογική (Benjamin et al., 2018).

1.8 Η Ταξινόμηση των Επιληψιών της Διεθνούς Ένωσης κατά της Επιληψίας (ILAE)

Η σημαντικότητα της ταξινόμησης των επιληψιών έχει οδηγήσει κατά καιρούς, τη Διεθνή Ένωση κατά της Επιληψίας, να δημοσιεύσει ταξινομήσεις οι οποίες αφορούν τις επιληψίες και τα επιληπτικά σύνδρομα και ξεχωριστά τις επιληπτικές κρίσεις. Δηλαδή σύμφωνα με τις διεθνείς ταξινομήσεις γίνεται μία σαφής διάκριση μεταξύ των επιληψιών και επιληπτικών κρίσεων. Μία επιληπτική κρίση έχει μία αρχή και ένα τέλος ενώ η επιληψία εμπίπτει περισσότερο στην χρονιότητα (Σταματοπούλου και συν., 2012).

Στη διεθνή ταξινόμηση αναφέρεται ότι ανάλογα με την εστία της επιληπτικής κρίσης οι επιληψίες διακρίνονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: α) στις εστιακές συσχετιζόμενες με την εντόπιση, που χαρακτηρίζονται ως ιδιοπαθείς, συμπτωματικές ή κρυπτογενείς, β) στις γενικευμένες επιληψίες, που και αυτές χαρακτηρίζονται ως ιδιοπαθείς, συμπτωματικές ή κρυπτογενείς, γ) στις επιληψίες και σύνδρομα που είναι ακαθόριστα ως προς την εντόπιση και δ) σε ειδικά σύνδρομα συσχετιζόμενα με συγκεκριμένες καταστάσεις. Ανάλογα με τις αιτίες που προκαλούν τις επιληπτικές κρίσεις, οι εστιακές και οι γενικευμένες επιληψίες διακρίνονται σε ιδιοπαθείς, που βασίζονται στην προδιάθεση του εγκεφάλου να προκαλέσει επιληπτική κρίση και εδώ πιθανολογείται κυρίως η γενετική προδιάθεση, σε συμπτωματικές, όταν έχουμε εμφανή αιτία που προξένησε την επιληπτική κρίση π.χ. κάποιες επίκτητες βλάβες του

εγκεφαλικού φλοιού, και σε κρυπτογενείς στις οποίες δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί η αιτία εμφάνισης (Σταματοπούλου και συν., 2012).

Παράλληλα, οι τύποι επιληψίας με βάση τη διαγνωστική κατηγορία διακρίνονται σε:

- i) σχετιζόμενες με την εντόπιση επιληψίες (εστιακές, τοπικές και μερικές) και σύνδρομα, που μπορεί να είναι ιδιοπαθείς, με έναρξη που βασίζεται στην ηλικία, συμπτωματικές με απλές μερικές κρίσεις, συμπτωματικές με σύνθετες μερικές κρίσεις, συμπτωματικές με δευτερευόντως γενικευμένες κρίσεις ή κρυπτογενείς με άγνωστο αν το σύνδρομο είναι ιδιοπαθές ή συμπτωματικό,
- ii) γενικευμένες επιληψίες και σύνδρομα που χαρακτηρίζονται ως γενικευμένες ιδιοπαθείς με έναρξη σχετιζόμενη με την ηλικία, γενικευμένες κρυπτογενείς ή συμπτωματικές επιληψίες ή και γενικευμένες συμπτωματικές επιληψίες και
- iii) επιληψίες και σύνδρομα που δεν είναι καθορισμένο αν είναι εστιακές ή γενικευμένες, οι οποίες μπορεί να είναι νεογνικές κρίσεις και με γενικευμένες και με εστιακές κρίσεις, σοβαρή μυοκλονική επιληψία βρεφικής ηλικίας και με γενικευμένες και με εστιακές κρίσεις, επιληψία με συνεχή εκφόρτιση συμπλέγματος αιχμής – κύματος κατά τη διάρκεια βραδυκυματικού ύπνου και με γενικευμένες και με εστιακές κρίσεις, επίκτητη επιληπτική αφασία και με γενικευμένες και με εστιακές κρίσεις, άλλες μη καθορισμένες επιληψίες που δεν προσδιορίζονται και με γενικευμένες και με εστιακές κρίσεις και επιληψίες και σύνδρομα χωρίς γενικευμένα ή εστιακά χαρακτηριστικά.

Τέλος, μελέτες έχουν δείξει ότι η ταξινόμηση των επιληπτικών συνδρόμων και επιληψιών όπως προτείνεται από τη Διεθνή Ένωση κατά της Επιληψίας έχει αρκετά καλή πρακτική εφαρμογή με ικανοποιητικά αποτελέσματα (Σταματοπούλου και συν., 2012).

1.9 Η Θεραπεία της Επιληψίας

Η θεραπεία της επιληψίας και των επιληπτικών κρίσεων είναι είτε φαρμακευτική είτε χειρουργική. Στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της επιληψίας και των επιληπτικών κρίσεων συνήθως τα αντιεπιληπτικά φάρμακα δεν ενδείκνυται σε ασθενείς που έχουν εμφανίσει μονή κρίση. Πρέπει τα επεισόδια να είναι παρατεταμένα και πολλαπλά για να δοθεί αντιεπιληπτική θεραπεία. Επίσης, δεν υπάρχει κάποιο ιδανικό αντιεπιληπτικό φάρμακο, αλλά όλα μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες (Benjamin et al., 2018).

Στις γενικευμένες κρίσεις συνήθως χορηγούμε βαλπροϊκό νάτριο ή λαμοτριγίνη, που αποτελούν και τη θεραπεία εκλογής. Δεύτερης γραμμής θεραπεία θεωρείται η κλωβαζάμη, η τοπιραμάτη, η λεβετιρακετάμη και η ζωσιναμίδη (Benjamin, et al., 2018). Ειδικότερα, στη γενικευμένη τονικοκλονική κρίση δίνεται φαινοβαρβιτάλη, πριμιδόνη και καρβαμαζεπίνη (Γιωτάκη, 2014). Από την άλλη πλευρά, οι εστιακές επιληπτικές κρίσεις αντιμετωπίζονται με τη χορήγηση φαινοτοΐνης, που είναι ευρέως χρησιμοποιούμενη σε τέτοιες καταστάσεις. Άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στις εστιακές κρίσεις μπορεί να είναι η καρβαμαζεπίνη, η φαινοβαρβιτάλη, η πριμιδόνη, η γκαμπαπεντίνη, το βαλπροϊκό και η κλοναζεπάμη. (Benjamin et al., 2018).

Στην ιδιαίτερη κατάσταση του Status Epilepticus, η θεραπεία προβλέπει ταχεία υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Πρώτο απ' όλα, εάν είναι εφικτό πρέπει να γίνει διασωλήνωση, στη συνέχεια ενυδάτωση και στο τέλος να χορηγηθεί οξυγόνο. Στη φαρμακευτική αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης φάρμακο εκλογής είναι οι βενζοδιαζεπίνες και πιο συγκεκριμένα η λοραζεπάμη. Οι βενζοδιαζεπίνες διακόπτουν τους σπασμούς πιο γρήγορα. Επίσης, χορηγείται και η φαινοτοΐνη λόγω της παρατεταμένης δράσης της σαν αντιεπιληπτικό. Αν δεν διακοπεί η κρίση δίνουμε φαινοβαρβιτάλη. Τέλος, αν η κρίση δεν μπορεί να ρυθμιστεί με φαρμακευτική αγωγή τότε θα εφαρμοστεί αναισθησία με στόχο τον νευρομυϊκό αποκλεισμό (Γιωτάκη, 2014).

Γενικά, στους περισσότερους ασθενείς η επιληψία είναι φαρμακευτικά ελεγχόμενη. Παρ' όλα αυτά ορισμένες φορές η επιληψία χαρακτηρίζεται ως ανθεκτική στη φαρμακευτική θεραπεία. Σε μία τέτοια περίπτωση η επιληψία είναι

επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς διότι αυτά τα άτομα δεν μπορούν να εκτελέσουν διεργασίες στην καθημερινή τους ζωή που σε πολλούς είναι απλές, για παράδειγμα δεν μπορούν να οδηγήσουν. Επίσης, στιγματίζονται προσωπικά αλλά και κοινωνικά. Όμως, η λύση έρχεται μέσω της χειρουργικής αντιμετώπισης (Benjamin et al., 2018).

Σε επιλεγμένα περιστατικά, η νευροχειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να σταματήσει τις κρίσεις, ξαναφέροντας την νευρολογική λειτουργία πάλι πίσω στο φυσιολογικό. Ο ακριβής εντοπισμός μίας μικρής επιληπτικής εστίας που είναι δυνατόν να αφαιρεθεί με ασφάλεια προϋποθέτει εκτεταμένη διερεύνηση σε εξειδικευμένο κέντρο αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών (Benjamin et al., 2018). Ειδικότερα, η διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου, κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, επιφέρει με άγνωστο μηχανισμό τον έλεγχο των κρίσεων σε ένα μέρος των ασθενών που χειρουργούνται με αυτή την μέθοδο (Γιωτάκη, 2014).

Τέλος, αρκετό έδαφος τα τελευταία χρόνια κερδίζει και η διατροφική θεραπεία της επιληψίας μέσω της κετογόνου δίαιτας. Η κετογόνος δίαιτα είναι μία δίαιτα πλούσια σε λιπαρά με περιορισμένους υδατάνθρακες και πρωτεΐνες. Είναι προσεκτικά σχεδιασμένη για να προκαλέσει μία κατάσταση κέτωσης που είναι παρεμφερή με την ασιτία, ενώ ταυτόχρονα αποδίδει επαρκείς θερμίδες στον οργανισμό. Η κετογόνος δίαιτα είναι αποτελεσματική στη γενικευμένη επιληψία αλλά και στην ανθεκτική μορφή των κρίσεων (Benjamin et al., 2018). Με την έναρξη αυτής της δίαιτας παρατηρούνται υπνηλία, ναυτία, έμετοι και διαταραχές της συμπεριφοράς, τα οποία είναι φυσιολογικά συμπτώματα που εμφανίζονται λόγω της κέτωσης (Thomas & Arzimanoglou, 2002). Παρ' όλα αυτά, είναι αρκετά δύσκολο να διατηρήσει κανείς σε βάθος χρόνου μία τέτοια διατροφή, οπότε χρειάζεται ένας αφοσιωμένος και συνεργάσιμος φροντιστής αλλά και ένας ειδικά εκπαιδευμένος διαιτολόγος (Benjamin et al., 2018).

1.10 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στην Επιληψία

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με επιληπτικές κρίσεις εστιάζεται στην παροχή φροντίδας κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά την κρίση, καθώς και στην εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του. Ο ασθενής με επιληπτικές κρίσεις παρουσιάζει ποικιλία αντιδράσεων σε πραγματικές ή πιθανές μεταβολές της κατάστασης της υγείας του. Οι παρεμβάσεις που περιγράφονται σε αυτό το μέρος της εργασίας, επικεντρώνονται στην προαγωγή της σωματικής και ψυχολογικής άνεσης και ασφάλειας του ασθενούς (LeMone et al., 2014).

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά όλων των πλάνων φροντίδας και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι η ίδια η προαγωγή της υγείας. Οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας σε άτομα που εμφανίζουν επεισόδια σπασμών κεντρίζουν το ενδιαφέρον τους στη διδασκαλία των τρόπων μείωσης της συχνότητας της επιληπτικής δραστηριότητας και στην προαγωγή της ασφάλειας. Σε μία τέτοια περίπτωση ένας ενεργός νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ικανός να τονίσει στον ασθενή τα εξής σημεία: τη σημασία της ανά περιόδους παρακολούθησης από τον ιατρό και τον νοσηλευτή, την τήρηση των επισκέψεων στον ιατρό, τη συνεχή λήψη της αντιεπιληπτικής αγωγής τηρώντας πάντα και τις οδηγίες του γιατρού ακόμη και όταν δεν παρατηρούνται κρίσεις. Επίσης, σωστό θα ήταν να ενημερώνονται οι πάσχοντες για τους απαράβατους νόμους που πρέπει να διέπουν τις επιληπτικές διαταραχές π.χ. αυτά τα άτομα δεν πρέπει να οδηγούν ούτε να εκτελούν έντονες σωματικές ασκήσεις. Ακόμη, οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για τις φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, κυρίως ανεπιθύμητες ενέργειες, των αντισπασμωδικών φαρμάκων (Σαχίνη-Καρδάση και συν., 1997).

Παράλληλα, η εκπαίδευση του ασθενούς μπορεί να περιλαμβάνει επεξήγηση των λόγων πίσω από κάθε περιορισμό, ώστε να αισθάνεται ότι όλα είναι υπό έλεγχο και να μετριάζονται τα αρνητικά συναισθήματα για την κατάστασή του, ενώ σημαντική είναι και η προαγωγή της κατανόησης της φύσης των επιληπτικών κρίσεων στην επαγγελματική κοινότητα, στο σχολείο και στη βιομηχανία (Σαχίνη-Καρδάση και συν., 1997). Επιπλέον, κατά την εκπαίδευση του ασθενούς σημαντική είναι και η αναφορά στην κατ' οίκον φροντίδα του, η οποία αποτελεί σημείο μεγάλης βαρύτητας στη νοσηλευτική φροντίδα και σημαντική παρέμβαση πάνω στην ασθένεια. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο πρέπει να ακολουθείται μία συστηματική

εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς καθώς και της οικογένειάς του. Είναι βασικό σε αυτού του είδους την εκπαίδευση να συμμετάσχουν και τα μέλη της οικογένειάς του ασθενούς ώστε να μπορέσουν να ενημερωθούν για την αντιμετώπιση των σπασμών και της φροντίδας της επιληψίας πριν, μετά και κατά την διάρκεια των κρίσεων (LeMone et al., 2014).

Επίσης, πιθανά σημεία τα οποία μπορούν να αναφερθούν σε μία συζήτηση μεταξύ του νοσηλευτή, του ασθενή και της οικογένειας του ασθενή θα μπορούσαν να είναι τα εξής: ο ασθενής να φέρει πάντα μία καρτέλα με τα στοιχεία του και την νόσο του, ο ασθενής να αποφεύγει τα αλκοολούχα ποτά και τον καφέ, ο ασθενής να πλένεται σε ντους και όχι σε μπανιέρα διότι υπάρχει κίνδυνος πτώσης εάν εμφανιστεί επιληπτικό επεισόδιο. Ακόμη, μπορούν να συζητηθούν οι παράγοντες που μπορούν να πυροδοτήσουν ένα επιληπτικό επεισόδιο και να δοθεί απαραίτητη σημασία στην «αύρα», εάν αυτή υπάρχει σαν προστάδιο της κρίσης, και να γίνει ενημέρωση για χρήσιμες υπηρεσίες και ιδρύματα όπως η Αμερικανική Εταιρεία Επιληψίας και το Ίδρυμα Επιληψίας (LeMone et al., 2014).

Επιπλέον, σημαντική είναι και η διδασκαλία του ασθενούς και των μελών της οικογένειας σε περίπτωση κρίσης όπου κρίνεται αναγκαίο να ακολουθηθούν τα παρακάτω βήματα: τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι, χαλάρωση οποιουδήποτε αντικειμένου σφίγγει την περιοχή του τραχήλου, ο ασθενής δεν πρέπει να καθλωθεί κάτω, τοποθέτηση του ασθενή στο πλάι. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει επίσης να είναι εξοικειωμένα στο να αναγνωρίζουν ορισμένα σημεία κατά τη διάρκεια ή μετά την κρίση, όπως την διάρκειά της, εάν υπάρχει αργή αποκατάσταση ή δευτερεύουσα κρίση, ή δυσκολία στην αναπνοή ή εάν υπάρχουν σημεία τραυματισμού (LeMone et al., 2014).

Ταυτόχρονα, η υγειονομική εκτίμηση παίζει μεγάλο ρόλο για την αξιολόγηση της συνολικής εικόνας του ασθενούς. Αυτό το μέρος της νοσηλευτικής διεργασίας διεξάγεται μέσω της λήψης ιστορικού και της φυσικής εξέτασης. Μέσω του ιστορικού μπορούμε να λάβουμε πληροφορίες για προηγούμενες κρίσεις, για την ηλικία πρώτης εμφάνισης των κρίσεων, για τον χρόνο εκδήλωσης της πλέον πρόσφατης κρίσης, για τα προειδοποιητικά συμπτώματα που εμφανίζονται υπό την μορφή μίας «αύρας» που αισθάνεται ο πάσχων, για την προφυλακτική αντισπασμωδική θεραπεία και τις ιδιαίτερες ανησυχίες του ασθενούς σχετικά με την

κατάσταση την οποία βιώνει. Ακόμη, η φυσική εξέταση μέσω νοσηλευτικών εκτιμήσεων, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την κρίση, κατά τις οποίες περιγράφονται αναλυτικά οι κλινικές εκδηλώσεις της κρίσης, βοηθούν στην ακριβή διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς και στην θεραπεία του (LeMone et al., 2014).

Συνολικά, ένας νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή και να παρεμβαίνει σε καταστάσεις όπως η «αύρα», η απότομη απώλεια συνείδησης, η επιληπτική κραυγή, η πτώση στο έδαφος, η τονική ή κλονική σύσπασση των μυών της γλώσσας και των άκρων, το σφίξιμο της κάτω γνάθου, οι απώλειες, το παροδικό κώμα, η σύγχυση, η υπνηλία και ο πονοκέφαλος. Όταν εμφανίζονται τέτοιες καταστάσεις, οι νοσηλευτές θα πρέπει να βρίσκονται σε εγρήγορση για να δώσουν τις πρώτες βοήθειες (Σαχίνη-Καρδάση και συν, 1997).

Οι πρώτες βοήθειες περιλαμβάνουν την προστασία από βλάβη με τοποθέτηση του ασθενούς σε ασφαλές σημείο και διατήρηση ανοικτού αεραγωγού με τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση. Όταν η συνείδηση του ασθενούς επανέλθει μετά από περίπου 2-5 λεπτά ο νοσηλευτής θα πρέπει να υποστηρίζει συναισθηματικά τον ασθενή και επαναφέρει τον προσανατολισμό του μετά την κρίση. Ακόμη, σημαντική είναι και η εξακρίβωση του παράγοντα που προκάλεσε την κρίση αλλά και η διαδικασία βοήθειας του ασθενή να καταλάβει την φύση των κρίσεων και να λαμβάνει την αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή. Οι παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν αποτελούν βασική δουλειά για τον νοσηλευτή, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα του ασθενούς και πρέπει να έχει την γνώση και την ικανότητα να εκτιμά τις μεταβολές στην κατάσταση του ασθενούς και να προτείνει και να εφαρμόζει αλλαγές στο σχέδιο φροντίδας της νόσου της επιληψίας (Σαχίνη-Καρδάση και συν, 1997).

Εκτός από τα πρακτικά κομμάτια της νοσηλευτικής παρέμβασης, ένας νοσηλευτής θα πρέπει να συμπεριλάβει στο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας και παρεμβάσεις που αφορούν στη ψυχοκοινωνική διάσταση του ασθενή. Συνήθως, τέτοιου είδους ασθενείς κατακλύζονται από διάχυτο άγχος, το οποίο εμφανίζεται δικαιολογημένα διότι αυτοί οι πάσχοντες έχουν στο μυαλό τους πολλά ερωτήματα σε σχέση με το μέλλον τους, που συμπεριλαμβάνουν προβληματισμούς για το εάν θα σπουδάσουν, θα δουλέψουν ή θα κάνουν οικογένεια. Επίσης, πολλές φορές ο

ασθενής αισθάνεται αμηχανία σχετικά με την πιθανότητα να πάθει μία κρίση σε δημόσιο χώρο και φόβο ότι δεν θα γίνει κοινωνικά αποδεκτός ως απόρροια της ασθένειάς του. Τέτοιου είδους συναισθήματα αυξάνουν την αγωνία του ατόμου με επιληψία. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βρει τρόπους να μπορέσει να συμβουλευτεί τον ασθενή, δηλαδή θα πρέπει να παρέχει στο ασθενή στήριξη εξηγώντας του ότι όλες οι ανησυχίες του είναι απολύτως φυσιολογικές. Με αυτόν το τρόπο ανακουφίζεται ο ασθενής διότι η κατανόηση που λαμβάνει από το νοσηλευτή τον κάνει να ανοίγεται και σπέρνει το έδαφος για περαιτέρω συζητήσεις. Ακόμη, ο νοσηλευτής θα πρέπει να κατατοπίσει τον ασθενή ώστε να καταλήξει σε μία δραστηριότητα ή δραστηριότητες που θα γεμίζουν ευχάριστα τον χρόνο του.

Επιπλέον, σημαντική κρίνεται και η πληροφόρηση του ασθενούς για τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας και ομάδες αλληλοϋποστήριξης στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί. Η συζήτηση με άλλα άτομα μπορεί να αλλάξει τον τρόπο σκέψης του ασθενή και ο ασθενής να αποκτήσει μία πιο ρεαλιστική εικόνα αντιμετώπισης της κατάστασής του. Τέλος, πολύτιμη είναι και η παροχή πληροφοριών στον ασθενή για τα εργασιακά του δικαιώματα και τους νομικούς περιορισμούς που έχει στην χρήση μηχανών ή κατά την οδήγηση (LeMone et al., 2014).

2. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και η βιβλιογραφική ανασκόπηση των σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα ενηλίκων και ανηλίκων ατόμων με επιληψία και τις επιδράσεις σύγχρονων θεραπευτικών, ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στη διαχείριση της επιληψίας.

3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1. Στρατηγική Ηλεκτρονικής Αναζήτησης

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με τη βοήθεια δύο μηχανών αναζήτησης, των PubMed και Google Scholar. Στην PubMed χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος

αναζήτησης *Epilepsy AND nurs* AND intervention* και ως φίλτρα η αγγλική γλώσσα, ως έτος δημοσίευσης η τελευταία πενταετία και στη κατηγορία επιστημονικών περιοδικών, τα νοσηλευτικά περιοδικά.

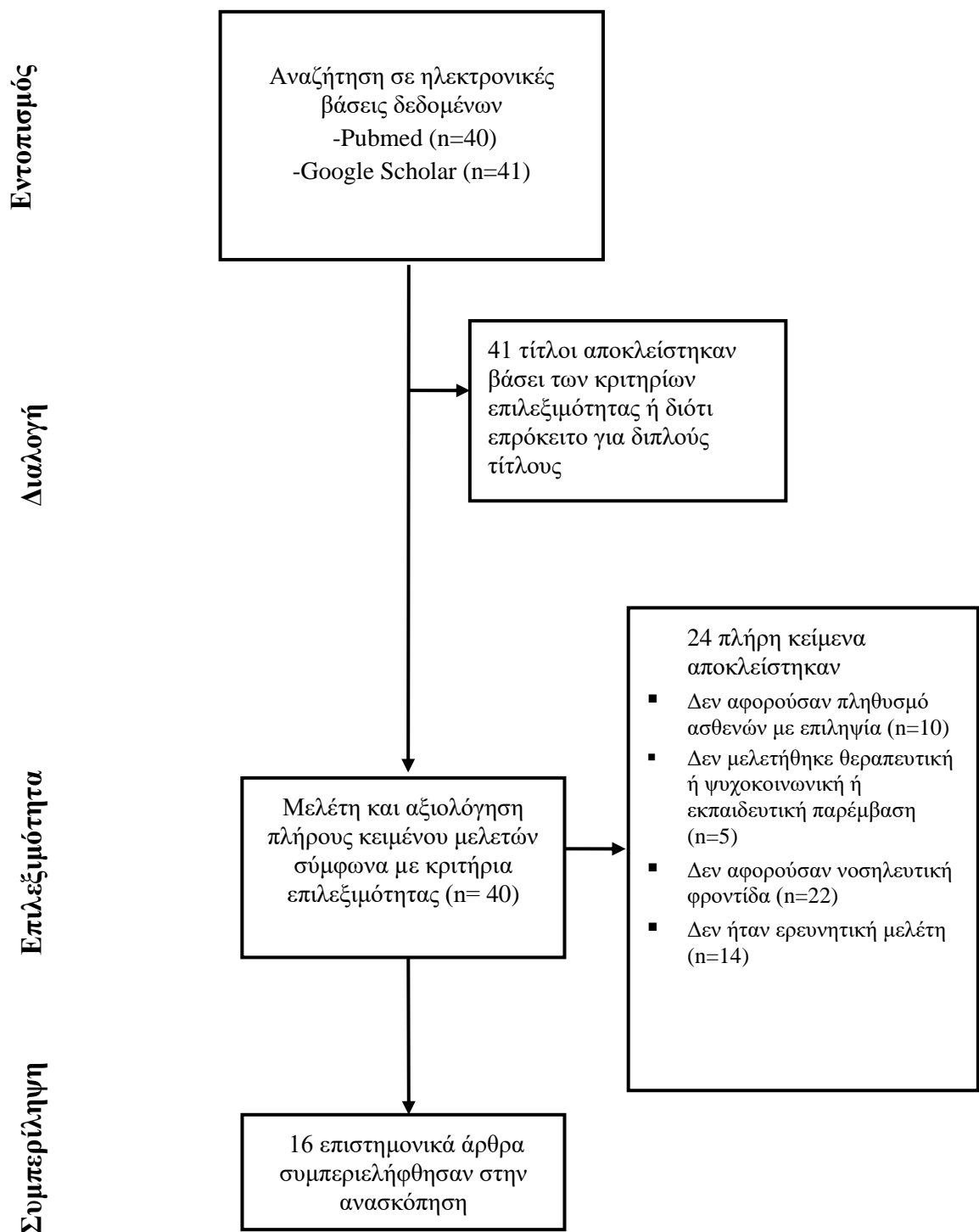
Στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar πραγματοποιήθηκε σύνθετη αναζήτηση με όλες τις λέξεις *epilepsy, intervention* και με τουλάχιστον μία από τις λέξεις *nursing, care, program, education, educational, psychosocial, trial, study* στον τίτλο του άρθρου για τα έτη δημοσίευσης μεταξύ 2016 και 2020.

3.2. Κριτήρια Επιλεξιμότητας

Συμπεριελήφθησαν ερευνητικές μελέτες εφόσον το ερευνητικό τους ερώτημα αφορούσε α) ασθενείς με επιληψία, φροντιστές ασθενών με επιληψία, β) θεραπευτικές παρεμβάσεις, γ) ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, δ) εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, ε) μελέτη της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, στ) νοσηλευτική φροντίδα, και οι οποίες ζ) ήταν δημοσιευμένες σε επιστημονικό περιοδικό. Αποκλείστηκαν ερευνητικά πρωτόκολλα, μελέτες που δεν αφορούσαν ασθενείς με επιληψία, περιλήψεις συνεδρίων καθώς και πτυχιακές εργασίες.

3.3 Εξαγωγή και Σύνθεση Δεδομένων

Τα βασικά χαρακτηριστικά των επιλεγμένων μελετών (επίθετο πρώτου συγγραφέα, χρονολογία δημοσίευσης, είδος μελέτης, σκοπός μελέτης, κύρια ευρήματα) εξάχθηκαν και αποτυπώθηκαν με τη μορφή πίνακα (Πίνακας 1). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση του περιεχομένου τους, η οποία οδήγησε σε οργάνωση και αναφορά των σύγχρονων ερευνητικών ευρημάτων σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα ασθενών με επιληψία και την επίδραση που έχουν οι νέες θεραπευτικές, ψυχοκοινωνικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση της επιληψίας και των επιληπτικών κρίσεων σε θεματικές ενότητες, ανάλογα με το είδος και το περιεχόμενο των παρεμβάσεων που μελετήθηκαν. Ακολούθησε αφηγηματική σύνθεση του περιεχομένου των μελετών, η οποία παρατίθεται στην ενότητα που ακολουθεί.



Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής PRISMA

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα των μελετών που εντάχθηκαν στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση συνοψίζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Πίνακας σύνοψης των άρθρων που πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας

Συγγραφέας (και συν.), έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος Μελέτης	Σκοπός της Μελέτης	Κύρια Ευρήματα
Brook et al. (2015), ΗΠΑ	Ποιοτική μελέτη σε 26 σχολικούς νοσηλευτές σχετικά με την επιληψία, με χρήση συνεντεύξεων.	Διερεύνηση της παροχής εκπαίδευσης και πόρων στο προσωπικό που φροντίζει παιδιά σχολικής ηλικίας με επιληπτικές κρίσεις.	Η πλειονότητα των σχολικών νοσηλευτών αξιολόγησε τους πόρους και τις παρεμβάσεις κατάρτισης ως «πολύ χρήσιμες». Η εμπιστοσύνη των σχολικών νοσηλευτών ως προς τη διαχείριση μαθητών με επιληπτικές κρίσεις αυξήθηκε, η χρήση του σχεδίου δράσης αυξήθηκε και για το 88% των παιδιών με νέες διαγνώσεις επιληπτικών κρίσεων είχαν συμπληρώσει τεκμηρίωση. Οι σχολικοί νοσηλευτές έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αύξηση της ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών και φροντιστών επάνω στο θέμα των επιληπτικών κρίσεων.

Buelow et al. (2018), ΗΠΑ	Ποιοτική μελέτη σε ασθενείς με επιληψία, με χρήση συνεντεύξεων.	Δημιουργία και αξιολόγηση ενός εργαλείου επικοινωνίας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από νοσηλευτές για να διευκολύνει τη συζήτηση θεμάτων που σχετίζονται με την ενίσχυση της ιατρικής περίθαλψης και τη διαχείριση ασθενών με επιληψία.	Οι αξιολογήσεις του εργαλείου νοσηλευτικής επικοινωνίας για την επιληψία είχαν ως κεντρικό άξονα την χρηστικότητα και την σκοπιμότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή χρησιμότητα, ευκολία χρήσης και αποδοχή του εργαλείου. Οι νοσηλευτές μπορούν να το χρησιμοποιήσουν στις αλληλεπιδράσεις τους με τους ασθενείς με επιληψία και να παρέχει βοήθεια στην αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας της διαχείρισης των ατόμων με επιληψία και στην βελτίωση της συνολικής φροντίδας των ασθενών.
Caller et al. (2016), ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε 66 ασθενείς με επιληψία.	Ανάπτυξη και αξιολόγηση μίας παρέμβασης αυτοδιαχείρισης που στοχεύει στη γνωστική δυσλειτουργία.	Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής και στην αντικειμενική γνωστική απόδοση των ατόμων με επιληψία. Κυρίως η βελτίωση εντοπίστηκε στην προσοχή των ατόμων με επιληψία ενώ δεν υπήρξε σημαντική αλλαγή στα νούμερα που σχετίζονταν με την κατάθλιψη.
Dorris et al. (2016), Ηνωμένο Βασίλειο	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε 83 ασθενείς με επιληψία.	Αξιολόγηση παρέμβασης που στοχεύει στη βελτίωση της γνώσης της επιληψίας, των δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης και της ποιότητας	Υπήρξε σημαντική αύξηση της γνώσης της επιληψίας στην ομάδα παρέμβασης. Οι συμμετέχοντες που έλαβαν την παρέμβαση δήλωσαν πολύ πιο σίγουροι να μιλήσουν σε άλλους για την επιληψία τους. Στα μέτρα ποιότητας ζωής δεν παρατηρήθηκε σημαντική

		ζωής σε νέους με επιληψία.	αλλαγή. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν ότι η παρέμβαση τους βοήθησε στη μάθηση για την επιληψία τους (46%), στη μάθηση να αντιμετωπίζουν δύσκολα συναισθήματα (29%) και δίνοντάς τους την ευκαιρία να συναντήσουν άλλα άτομα με επιληψία (22%). Τα σχόλια των φροντιστών και των διαμεσολαβητών ήταν θετικά και το 92% των συμμετεχόντων θα πρότεινε την ομάδα σε άλλους.
Dustin et al. (2019), ΗΠΑ	Πιλοτική μελέτη σκοπιμότητας σε 30 ασθενείς με επιληψία.	Αξιολόγηση της σκοπιμότητας μιας σύνθετης εκπαιδευτικής παρέμβασης διαχείρισης της έντονης σωματικής άσκησης (EMOVE).	Τα άτομα που συμμετείχαν στην παρέμβαση EMOVE εμφάνισαν κατά μέσο όρο έξι επιληπτικές κρίσεις ανά μήνα και υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με πριν την έναρξη της παρέμβασης. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της αρχικής τιμής και των τιμών μετά από 12 εβδομάδες για τις προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας ή έκβασης για άσκηση των συμμετεχόντων, τον αριθμό των βημάτων που έκαναν, τη συχνότητα επιληπτικών κρίσεων, την ποιότητα ζωής ή του δείκτη μάζας σώματος (BMI).

Elnaser et al. (2018), Αίγυπτος	Οιονεί - πειραματική μελέτη σε 60 ασθενείς με επιληψία.	Εκτίμηση της επίδρασης ενός προγράμματος νοσηλευτικής παρέμβασης για την αυτοδιαχείριση και την κοινωνική υποστήριξη ενηλίκων επιληπτικών ασθενών.	Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις βαθμολογίες αυτοδιαχείρισης και κοινωνικής υποστήριξης από το πρόγραμμα μεταξύ πριν και μετά την παρέμβαση. Το πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης επιληψίας είχε θετική επίδραση στη βελτίωση της αυτοδιαχείρισης του ασθενούς και στον έλεγχο της νόσου του, καθώς και θετικά αποτελέσματα στην ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης.
Gurhopur et al. (2017), Τουρκία	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε 92 παιδιά με επιληψία και σε 92 γονείς των παιδιών με επιληψία.	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος αρθρωτής εκπαίδευσης για παιδιά με επιληψία και των Γονέων τους στη διαχείριση ασθένειας.	Παρατηρήθηκε βελτίωση στη γνώση των παιδιών σχετικά με την επιληψία, στην αποτελεσματικότητα που σχετίζεται με τις επιληπτικές κρίσεις και στην ποιότητα ζωής τους. Οι γνώσεις των γονέων τους σχετικά με την επιληψία επίσης αυξήθηκαν ωστόσο αυξήθηκε σημαντικά και το άγχος τους.
Hagemann et al. (2016), Γερμανία	Ελεγχόμενη πολυκεντρική μελέτη σε 222 γονείς παιδιών με επιληψία.	Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος FAMOSES για γονείς παιδιών με επιληψία.	Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στις γνώσεις των γονέων σχετικά με την επιληψία, στην αντιμετώπιση της επιληψίας και στους φόβους που σχετίζονται με την επιληψία. Επίσης, το ποσοστό των γονιών που ανέφεραν ότι συζητούσαν για την επιληψία με τα παιδιά τους αυξήθηκε. Δεν παρατηρήθηκαν επιδράσεις σε μεταβλητές που σχετίζονταν με

			την ασθένεια. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ως ‘καλό’ και ως ‘πολύ καλό’.
Haut et al. (2018), ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε 66 ασθενείς με ανθεκτική επιληψία.	Διερεύνηση συμπεριφορικών παρεμβάσεων ως θεραπεία για επιληψία και αξιολόγηση της επίδρασης μίας παρέμβασης μείωσης του στρες σε συμμετέχοντες με ανθεκτικότητα στα φάρμακα της επιληψίας.	Παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση στην εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων. Η μυϊκή χαλάρωση και η εστιασμένη προσοχή δεν διέφεραν κατά τη μείωση των επιληπτικών κρίσεων, αν και η μυϊκή χαλάρωση συσχετίστηκε με μείωση του στρες σε σχέση με την εστιασμένη προσοχή. Το καθημερινό άγχος δεν ήταν ένας από τους παράγοντες πρόβλεψης των επιληπτικών κρίσεων.
Higgins et al. (2018), Ιρλανδία	Συγχρονική συγκριτική μελέτη σε 505 ασθενείς με επιληψία.	Διερεύνηση των διαφορών ως προς τις εμπειρίες φροντίδας, την ικανοποίηση με τη φροντίδα και την ποιότητα ζωής μεταξύ ασθενών που έλαβαν φροντίδα από μία υπηρεσία με εξειδικευμένο νοσηλευτή στην επιληψία και εκείνων που έλαβαν φροντίδα από μία υπηρεσία που δεν περιελάμβανε	Τα άτομα με επιληψία που είχαν ως φροντιστές εξειδικευμένους νοσηλευτές στην επιληψία ανέφεραν ότι έλαβαν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επιληψία, συμμετείχαν περισσότερο στη φροντίδα τους, θεωρούσαν ότι η φροντίδα τους είναι πιο συντονισμένη, είχαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις παρεχόμενες πληροφορίες και μεγαλύτερη άνεση στη συζήτηση ζητημάτων σχετικά με την επιληψία, με έναν εξειδικευμένο νοσηλευτή. Τέλος, ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη που τους

		εξειδικευμένο νοσηλευτή επιληψίας.	προσφέρθηκε.
Higgins et al. (2019), Ιρλανδία	Ποιοτική μελέτη σε 12 εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας, 24 μέλη διεπιστημονικών ομάδων που συνεργάζονταν μαζί τους και 35 ασθενείς με επιληψία και μέλη των οικογενειών τους.	Περιγραφή του τρόπου με τον οποίο οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές επιληψίας εφαρμόζουν τη διάσταση της πρακτικής βασισμένης σε αποδεικτικά στοιχεία που περιλαμβάνει ο ρόλος τους.	Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές επιληψίας ήταν ενεργοί στη συλλογή, μετάφραση, εφαρμογή, δημιουργία και διάδοση των αποδεικτικών στοιχείων. Όλοι εμπλέκονταν ενεργά ή καθοδηγούσαν τον έλεγχο και την αξιολόγηση υπηρεσιών. Η ερευνητική τους δραστηριότητα αποτελείτο κυρίως από μη χρηματοδοτούμενες μελέτες μικρής κλίμακας. Οι νοσηλευτές που ήταν εξειδικευμένοι στο κομμάτι της επιληψίας λειτουργούσαν ως ηγέτες της κοινής γνώμης για την επιληψία και ως πρότυπα για τη νοσηλευτική πρακτική που βασίζεται σε τεκμήρια.
Higgins et al. (2020), Ιρλανδία	Ποιοτική μελέτη σε 35 ασθενείς με επιληψία με χρήση συνεντεύξεων και παρατηρήσεων.	Διερεύνηση και περιγραφή βοηθητικών και ανασταλτικών παραγόντων για την εφαρμογή του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή επιληψίας στην Ιρλανδία.	Αναφέρθηκε σημαντική υποστήριξη για την εφαρμογή του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή επιληψίας. Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν σχετιζόταν με την περιορισμένη μελέτη της επέκτασης των υπηρεσιών, την πολύπλοκη φύση των κλινικών περιπτώσεων, την έλλειψη υποδομών, την ευθύνη, το κόστος και τις ανησυχίες του θεράποντος ιατρού. Οι

			<p>παράγοντες που θεωρήθηκαν βοηθητικοί στην ανάπτυξη του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή επιληψίας είναι οι κατευθυντήριες γραμμές από ανώτερους συναδέλφους, το κλίμα της μάθησης και καθοδήγησης, οι ευκαιρίες δικτύωσης, και οι υποστηρικτικές υποδομές.</p>
<p>Hill et al. (2017), ΗΠΑ</p>	<p>Αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε 169 ασθενείς με επιληψία.</p>	<p>Διερεύνηση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται από νοσηλευτές και ομάδες ιατρών για την διεύρυνση της διαθεσιμότητας των κλινικών ραντεβού για ασθενείς με επιληψία.</p>	<p>Το μοντέλο ομαδικής φροντίδας γιατρού και νοσηλευτή, φάνηκε να οδηγεί κατά μέσο όρο σε αύξηση στις κλινικές συνεδρίες των ασθενών με επιληψία. Επίσης, εντοπίστηκε μεγαλύτερη τήρηση των συμβουλευτικών μέτρων για την αναζήτηση ανεπιθύμητων ενεργειών, την παροχή εξατομικευμένης εκπαίδευσης στην επιληψία και τον έλεγχο για συμπεριφορικές διαταραχές της υγείας.</p>
<p>Leenen et al. (2017), Ολλανδία</p>	<p>Μικτή προοπτική μελέτη σε 52 ασθενείς με επιληψία, 37 συγγενείς ασθενών με επιληψία και 6 φροντιστών ασθενών με επιληψία.</p>	<p>Αξιολόγηση της πιστότητας, της σκοπιμότητας και της αποδοχή μιας παρέμβασης αυτοδιαχείρισης.</p>	<p>Συνολικά, ασθενείς και συγγενείς παρακολούθησαν κατά μέσο όρο πέντε συνεδρίες. Οι συνεδρίες θεωρήθηκαν χρήσιμες από τους ασθενείς, συγγενείς και φροντιστές τους. Η συμμετοχή ενός συγγενή (κοινωνική υποστήριξη) και η ανταλλαγή ιδεών και συναισθημάτων σχετικά με την επιληψία με τους συνομηλίκους (ομότιμη υποστήριξη) αξιολογήθηκαν ως σημαντικές πτυχές.</p>

<p>Meyer et al. (2019), Γερμανία</p>	<p>Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε 200 ασθενείς με επιληψία.</p>	<p>Αξιολόγησης μιας ψηφιακής παρέμβαση γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (Emgna), σχετικά με την κατάθλιψη, το στρες, το άγχος, τους σπασμούς, τις άυρες και τις συνήθειες τρόπου ζωής, προσαρμοσμένης στις ανάγκες των ατόμων με επιληψία.,</p>	<p>Σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερες βελτιώσεις στην κατάθλιψη, το στρες, το άγχος, την κοινωνική-επαγγελματική δυσλειτουργία και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την επιληψία και στην πρόθεση για θεραπεία. Στους 3 μήνες, οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης ανέφεραν επίσης λιγότερες ημέρες εκτός εργασίας που σχετίζονταν με την ασθένεια και λιγότερες ημέρες στο νοσοκομείο τους προηγούμενους μήνες.</p>
<p>Pfafflin et al. (2016), Γερμανία</p>	<p>Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε 187 ασθενείς με επιληψία.</p>	<p>Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας νοσηλευτών εξειδικευμένων στην επιληψία που παρείχαν συμβουλευτική βάση των αναγκών των ασθενών, ως προς την ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή συμβουλών.</p>	<p>Τα άτομα με επιληψία που διαχειρίστηκε η ομάδα των εξειδικευμένων νοσηλευτών στην επιληψία εμφάνισαν μεγαλύτερη ικανοποίηση ως προς την παροχή πληροφοριών και την στήριξη που έλαβαν σχετικά με την επιληψία σε σχέση με αυτά της ομάδα ελέγχου που έλαβαν μόνο φροντίδα χωρίς συμβουλευτική. Επίσης, παρατηρήθηκε βελτίωση στις γνώσεις των ασθενών σχετικά με την επιληψία και στον τρόπο αντιμετώπισής της από αυτούς.</p>

Στην συνέχεια της ενότητας, ακολουθεί περιγραφή των άρθρων που κρίθηκαν επιλέξιμα κατά την ερευνητική αναζήτηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, οργανωμένη σε ενότητες ανάλογα με το περιεχόμενο των μελετώμενων παρεμβάσεων.

4.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

Οι Dustin και συν. (2019), πραγματοποίησαν πιλοτική μελέτη με σκοπό την αξιολόγηση της σκοπιμότητας και της προκαταρκτικής αποτελεσματικότητας μιας σύνθετης εκπαιδευτικής παρέμβασης ενθάρρυνσης και διαχείρισης της σωματικής άσκησης για άτομα με επιληψία (EMOVE) που στόχευε στη βελτίωση των συμπεριφορών άσκησης ενηλίκων με επιληψία. Ακολουθήθηκε σχεδιασμός επαναλαμβανόμενων μετρήσεων σε μια ομάδα 30 εξωτερικών ασθενών. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν πριν την έναρξη της παρέμβασης και 12 εβδομάδες μετά την παρέμβαση. Οι εκβάσεις που μελετήθηκαν περιλάμβαναν την αυτό-αποτελεσματικότητα και τις προσδοκίες των ασθενών σχετικά με το αποτέλεσμα της άσκησης στην επιληψία, στην κατάθλιψη, στην ποιότητα ζωής με επιληψία, στη συχνότητα επιληπτικών κρίσεων, στον μέσο αριθμό ημερήσιων βημάτων και στον δείκτη μάζας σώματος. Ο ημερήσιος αριθμός βημάτων μετρήθηκε χρησιμοποιώντας έναν περικάρπιο μετρητή παρακολούθησης της φυσικής δραστηριότητας. Τα δεδομένα που αξιολογήθηκαν σχετικά με την σκοπιμότητα της παρέμβασης περιλάμβαναν αποδεικτικά στοιχεία για την πιστότητα της θεραπείας, ως προς τον τρόπο που πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση, την υποδοχή της από τους συμμετέχοντες και την εφαρμογή της (Dustin et al., 2019).

Οι συμμετέχοντες στην πιλοτική μελέτη αξιολόγησης της παρέμβασης EMOVE ήταν άγαμοι (63%), λευκοί (53%), γυναίκες (63%), είχαν μέση ηλικία 46.7 ετών, είχαν χαμηλά επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας, υψηλές προσδοκίες για την έκβαση, έκαναν λιγότερο από 10.000 βήματα την ημέρα και είχαν κατά μέσο όρο έξι επιληπτικές κρίσεις ανά μήνα. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων μετά την παρέμβαση έδειξαν στατιστικά σημαντική βελτίωση ως προς τα συμπτώματα κατάθλιψης στους ασθενείς της ομάδας παρέμβασης ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις άλλες μελετώμενες εκβάσεις της μελέτης. Η μελέτη έδειξε ότι η παρέμβαση EMOVE ήταν εφικτή. Οι συγγραφείς της μελέτης συνέστησαν η μελλοντική έρευνα να επικεντρωθεί σε αύξηση του μεγέθους του δείγματος, στη βελτίωση της απόδοσης

της άσκησης μέσω ομαδικών ή εξατομικευμένων συνεδριών άσκησης και στην προσθήκη μιας ομάδας ελέγχου για την καλύτερη αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της παρέμβασης και των βελτιωμένων καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Dustin et al., 2019).

Οι Dorris και συν. (2016), μελέτησαν τη σκοπιμότητα και την προκαταρκτική αποτελεσματικότητα μίας ψυχοκοινωνικής παρέμβασης (PIE) που στόχευε στη βελτίωση της γνώσης της επιληψίας, των δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης και της ποιότητας ζωής σε νέους με επιληψία. Οι συμμετέχοντες ήταν 83 νεαρά άτομα με επιληψία (12-17 ετών) και τυχαιοποιήθηκαν είτε σε μια ομάδα ελέγχου (λίστα αναμονής) είτε στην ομάδα παρέμβασης, σε επτά κέντρα παιδιατρικής νευροεπιστήμης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αποκλείστηκαν συμμετέχοντες που ανέφεραν κάποιο αυτοκτονικό ιδεασμό ή/και είχαν μεγάλη βαθμολογία σε μετρήσεις αξιολόγησης της ψυχικής υγείας ή είχαν κάποια μαθησιακή δυσκολία ή κάποια άλλη νευρολογική διαταραχή. Η παρέμβαση αποτελείτο από έξι εβδομαδιαίες συνεδρίες που διαρκούσαν δύο ώρες και χρησιμοποιείτο καθοδηγούμενη συζήτηση, ομαδικές ασκήσεις και παιχνίδια ρόλων που συντονίζονταν από νοσηλευτή εξειδικευμένο στην επιληψία και κάποιο κλινικό ψυχολόγο. Μετά από τρεις μήνες παρακολούθησης, η ομάδα παρέμβασης συγκρίθηκε με τη ομάδα ελέγχου, που ήταν σε λίστα αναμονής, σε μία σειρά τυποποιημένων μέτρων. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της γνώσης για την επιληψία στην ομάδα παρέμβασης. Ακόμη, οι συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος στην παρέμβαση ήταν πολύ πιο σίγουροι στο να μιλήσουν σε άλλους για την επιληψία τους. Τα μέτρα ποιότητας ζωής δεν έδειξαν κάποια σημαντική αλλαγή (Dorris et al., 2016).

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη προκαταρκτικής αξιολόγησης της παρέμβασης PIE ανέφεραν ότι η μεγαλύτερη αξία παρακολούθησης της ομάδας παρέμβασης προερχόταν από τη βοήθεια που τους παρείχε στο: α) να μάθουν για την επιληψία τους (46%), β) να μάθουν να αντιμετωπίζουν δύσκολα συναισθήματα (29%) και γ) να συναντούν άλλα άτομα με επιληψία (22%). Τα σχόλια των φροντιστών των συμμετεχόντων και των διαμεσολαβητών που συντόνισαν τις συνεδρίες ήταν θετικά και το 92% των συμμετεχόντων θα πρότεινε την ομάδα σε άλλους. Το συμπέρασμα ήταν ότι η σύντομη ψυχοκοινωνική παρέμβαση PIE ήταν αποτελεσματική ως προς την αύξηση των γνώσεων των συμμετεχόντων για την επιληψία και τη βελτίωση της εμπιστοσύνης στη συζήτηση της επιληψίας τους με άλλους (Dorris et al., 2016).

Οι Brook και συν. (2015), μελέτησαν το πώς θα γίνει εφικτή η αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με την επιληψία στα σχολεία. Σε συνεργασία με το Ίδρυμα Επιληψίας της Μινεσότα, πραγματοποιήθηκε ένα έργο βελτίωσης της ποιότητας για την παροχή εκπαίδευσης και πόρων στο προσωπικό που φροντίζει τα παιδιά σχολικής ηλικίας. Σχολικοί νοσηλευτές εκπαιδεύτηκαν ως διαχειριστές επιληπτικών κρίσεων και ενημέρωσαν το προσωπικό σε 21 σχολεία με στόχο την ευαισθητοποίηση και την αύξηση της επίγνωσης σχετικά με την επιληψία. Οι νοσηλευτές του σχολείου επιστράτευσαν νέους πόρους για την διαχείριση των επιληπτικών κρίσεων, οδηγίες σχετικά με τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται και ενημερώσεις σχετικά με το πρόγραμμα φροντίδας που πρέπει να ακολουθείται για στη διαχείριση επιληπτικών κρίσεων. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών σχολείου αξιολόγησε τους πόρους και τις παρεμβάσεις κατάρτισης ως «πολύ χρήσιμα». Η εμπιστοσύνη των σχολικών νοσηλευτών ως προς τη διαχείριση των μαθητών με επιληπτικές κρίσεις αυξήθηκε, η χρήση του σχεδίου δράσης επιληπτικών κρίσεων αυξήθηκε και για το 88%, το αρχείο των παιδιών με νέες διαγνώσεις επιληπτικών κρίσεων είχε συμπληρωμένη τεκμηρίωση. Οι νοσηλευτές του σχολείου έπαιξαν ζωτικούς ρόλους στην αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τις επιληπτικές κρίσεις ως εκπαιδευτικοί και διαχειριστές φροντίδας (Brook et al, 2015).

Οι Hagemann και συν. (2016), ερεύνησαν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για γονείς παιδιών με επιληψία (FAMOSEs). Στόχος της μελέτης τους ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού αυτού προγράμματος. Όσο αφορά τη μέθοδο που ακολουθήθηκε, συμμετείχαν γονείς παιδιών από τη Γερμανία και την Αυστρία που συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο πριν από το πρόγραμμα και μετά από έξι μήνες αφότου είχε τελειώσει το πρόγραμμα. Η ομάδα ελέγχου γονέων που δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα επίσης απάντησε στο ίδιο ερωτηματολόγιο, δύο φορές μέσα σε ένα εξάμηνο. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με συγκεκριμένες εκβάσεις που αφορούσαν την επιληψία (π.χ. γνώση, αντιμετώπιση, φόβους) και μεταβλητές που σχετίζονται με την ασθένεια (π.χ. συχνότητα επιληπτικών κρίσεων). Επιπλέον, η ικανοποίηση των γονέων σχετικά με το πρόγραμμα FAMOSEs αξιολογήθηκε έξι μήνες μετά τη συμμετοχή τους (Hagemann et al., 2016).

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι γονείς των παιδιών με επιληψία που συμμετείχαν στο πρόγραμμα FAMOSEs βελτιώθηκαν σημαντικά ως προς τις

εξειδικευμένες γνώσεις για την επιληψία, την αντιμετώπιση της επιληψίας, τους φόβους που σχετίζονται με την επιληψία και την συζήτηση σχετικά με την επιληψία με το παιδί τους σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Δεν εντοπίστηκαν όμως επιδράσεις στις μεταβλητές που σχετίζονται με την επιληψία. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες του προγράμματος βαθμολόγησαν το πρόγραμμα γονέων FAMOSES ως “πολύ καλό” (71%) ή ως “καλό” (27%). Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την μελέτη ήταν άκρως ενθαρρυντικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μετάδοση γνώσεων και η διαδραστική προσέγγιση βοηθούν τους γονείς να αντιμετωπίσουν την επιληψία του παιδιού τους και να μειώσουν τους φόβους που σχετίζονται με την επιληψία (Hagemann et al., 2016).

Επίσης, οι Gurhorur και συν. (2017), μελέτησαν την επίδραση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για παιδιά με επιληψία και τους γονείς τους. Η μελέτη τους στόχευε να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αρθρωτής εκπαίδευσης για τη διαχείριση της επιληψίας, από διεπιστημονική ομάδα, για παιδιά με επιληψία και τους γονείς τους. Η μελέτη ήταν τυχαίοποιημένη και ελεγχόμενη. Οι ερευνητές παρουσίασαν ένα σπονδυλωτό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο περιελάμβανε οκτώ ενότητες (τέσσερις για τα παιδιά και τέσσερις για τους γονείς), στα παιδιά και στους γονείς της ομάδας παρέμβασης χρησιμοποιώντας διαδραστικές μεθόδους διδασκαλίας. Οι κλίμακες που χρησιμοποίησαν οι ερευνητές για την αξιολόγηση του προγράμματος περιελάμβαναν μετρήσεις ειδικά για την επιληψία (π.χ. γνώση, αποτελεσματικότητα που σχετίζεται με επιληπτικές κρίσεις, ποιότητα ζωής και άγχος). Η ομάδα ελέγχου που δεν συμμετείχε στο πρόγραμμα αρθρωτής εκπαίδευσης απάντησε επίσης σε όλες τις κλίμακες (Gurhorur et al, 2017).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προαναφερθείσας μελέτης, τα παιδιά της ομάδας παρέμβασης βελτιώθηκαν στατιστικά σημαντικά στη γνώση, στην αποτελεσματικότητα σχετικά με τις επιληπτικές κρίσεις και την ποιότητα ζωής σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι γονείς στην ομάδα παρέμβασης βελτιώθηκαν στατιστικά σημαντικά στις γνώσεις σχετικά με την επιληψία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, το άγχος των γονέων στην ομάδα παρέμβασης φάνηκε να αυξήθηκε σημαντικά. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης φαίνεται να δείχνουν ότι ένα πρόγραμμα αρθρωτής εκπαίδευσης για τη διαχείριση της επιληψίας με τη χρήση διαδραστικών μεθόδων διδασκαλίας βοηθά τα παιδιά με επιληψία και τους γονείς τους στη βελτίωση της γνώσης, της αποτελεσματικότητας σχετικά με τις

επιληπτικές κρίσεις και την ποιότητα ζωής. Οι ερευνητές της μελέτης συνέστησαν όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με παιδιά με επιληψία και τους γονείς τους πρέπει να παρέχουν τακτικά αυτά τα προγράμματα εκπαίδευσης (Gurhorpur et al, 2017).

Επίσης, μέσω μία άλλης μελέτης παρέμβασης, οι Leenen και συν. (2017), ανέπτυξαν και αξιολόγησαν μία παρέμβαση αυτοδιαχείρισης πολλών παραγόντων για ενήλικες με επιληψία (ZMILE) και τους συγγενείς τους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα άτομα με επιληψία πρέπει να παρακολουθούν και να διαχειρίζονται τα συμπτώματά τους. Επίσης, οι συγγενείς τους πρέπει να διαχειρίζονται το ψυχολογικό βάρος, το οποίο αντικατοπτρίζει την μειωμένη ποιότητα ζωής. Η ομαδική παρέμβαση ZMILE διήρκεσε οκτώ εβδομάδες και αποτελείτο από έξι δίωρες συνεδρίες που πραγματοποιήθηκαν από νοσηλεύτες. Τα κύρια συστατικά της παρέμβασης ήταν η παροχή εκπαίδευσης για την αυτοδιαχείριση της επιληψίας, η ενθάρρυνση της προληπτικής αντιμετώπισης, ο καθορισμός στόχων και η διευκόλυνση της κοινωνικής υποστήριξης. Οι ερευνητές μελέτησαν τη σκοπιμότητα, την πιστότητα και την αποδοχή της παρέμβασης, αξιολογώντας την απόδοση της σύμφωνα με το πρωτόκολλο, την παρακολούθηση, τη τήρηση του και τη γνώμη των ασθενών, συγγενών και φροντιστών σχετικά με την παρέμβαση. Η μέθοδος μελετήθηκε σε πενήντα δύο ασθενείς με επιληψία που ζούσαν στην κοινότητα και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων και πραγματοποίησης συνεντεύξεων με ασθενείς, συγγενείς και φροντιστές (Leenen et al., 2017).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Leenen και συν. (2017), οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν περίπου πέντε συνεδρίες. Οι συνεδρίες θεωρήθηκαν χρήσιμες από τους ασθενείς, τους συγγενείς και τους φροντιστές. Επίσης, η συμμετοχή ενός συγγενούς και η ανταλλαγή ιδεών και συναισθημάτων σχετικά με την επιληψία ανάμεσα σε συνομήλικους αξιολογήθηκαν ως σημαντικές πτυχές. Παρατηρήθηκε μεγάλη παρακολούθηση των συνεδριών της παρέμβασης ZMILE, η γνώμη για τη συγκεκριμένη παρέμβαση φάνηκε να είναι ευνοϊκή και οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι θα τη συνιστούσαν και σε άλλες παρεμφερείς ομάδες συγγενών και ασθενών. Η παρέμβαση θεωρήθηκε εφικτή σύμφωνα με ασθενείς, συγγενείς και φροντιστές (Leenen et al., 2017).

Τέλος, οι Elnaser και συν. (2018), διερεύνησαν την επίδραση ενός νοσηλευτικού προγράμματος εκπαιδευτικής παρέμβασης σχετικά με την αυτοδιαχείριση και την κοινωνική υποστήριξη σε ενήλικους ασθενείς με επιληψία. Το πρόγραμμα περιλάμβανε τη διανομή ενός μικρού βιβλίου με πληροφορίες για την επιληψία, την αυτοδιαχείρισή της και τη κοινωνική υποστήριξη, την επίδειξη, τις ατομικές συζητήσεις, τα παιχνίδια ρόλου και την ενίσχυση. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δύο κλινικά κέντρα επιληψίας και το δείγμα αποτελείτο από 60 ενήλικες επιληπτικούς ασθενείς ενώ τα εργαλεία συλλογής δεδομένων ήταν ένα ερωτηματολόγιο συνέντευξης για ασθενείς, μία κλίμακα αυτοδιαχείρισης επιληψίας και μία κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης. Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκάλυψαν ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις βαθμολογίες αυτοδιαχείρισης και κοινωνικής υποστήριξης των συμμετεχόντων στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα μεταξύ πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είχε θετική επίδραση στη βελτίωση της αυτοδιαχείρισης από τους ασθενείς και στον έλεγχο της νόσου τους καθώς και θετικά αποτελέσματα στην ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης (Elnaser et al., 2018).

4.2 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

Οι Caller και συν. (2016), μελέτησαν μία γνωστική συμπεριφορική παρέμβαση, η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής και την προσοχή των ατόμων με επιληψία. Ο στόχος της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθούν οι γνωστικές δυσκολίες στην επιληψία, οι οποίες είναι κοινές και αυξάνουν την αναπηρία. Επίσης, αναπτύχθηκε και αξιολογήθηκε μία παρέμβαση αυτοδιαχείρισης που στοχεύει στην αντιμετώπιση της γνωστικής δυσλειτουργίας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της αντικειμενικής μνήμης και της διάθεσης σε ενήλικες με επιληψία. Οι μέθοδοι που ακολουθήθηκαν κυρίως βασίζονταν στη γνωστική συμπεριφορική παρέμβαση HOBSCOTCH. Αυτή η μέθοδος αναπτύχθηκε για να ενσωματώσει την ψυχοεκπαίδευση, την εκπαίδευση αυτογνωσίας, αντισταθμιστικές στρατηγικές και την εφαρμογή αυτών των στρατηγικών στην καθημερινή ζωή των συμμετεχόντων χρησιμοποιώντας θεραπεία επίλυσης προβλημάτων. Ενήλικες ασθενείς ηλικίας 18-65 ετών με επιληψία τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες και οι δύο ομάδες έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα HOBSCOTCH διάρκειας οκτώ εβδομάδων (Caller et al., 2016).

Τα αποτελέσματα της προαναφερθείσας μελέτης έδειξαν ότι και στα δύο σκέλη της παρέμβασης HOBSCOTCH υπήρξε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής, στην αντικειμενική γνωστική απόδοση και κυρίως στην προσοχή, ενώ δεν υπήρξε σημαντική αλλαγή στα ποσοστά κατάθλιψης. Η ύπαρξη ενός τέτοιου προγράμματος είναι σημαντική, εφόσον μέσω της έρευνας οι μελετητές έδειξαν ότι το πρόγραμμα HOBSCOTCH βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής και φάνηκε να είναι μία αποτελεσματική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της γνωστικής δυσλειτουργίας σε ενήλικες με επιληψία. Οι συγγραφείς όμως συνέστησαν περαιτέρω μελέτες για την αξιολόγηση της γενίκευσης και της σχέσης κόστους και αποτελεσματικότητας αυτής της παρέμβασης (Callier et al., 2016).

Επιπρόσθετα, οι Meyer και συν. (2019), διερεύνησαν τις επιδράσεις μίας παρέμβασης γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας για την επιληψία (Emyna), η οποία βασίζεται στο διαδίκτυο και σχετίζεται με την κατάθλιψη. Γενικά, η κατάθλιψη και το άγχος είναι πολύ διαδεδομένες ψυχικές καταστάσεις σε άτομα με επιληψία, αλλά συνήθως παραμένουν μη αναγνωρίσιμες και αντιμετωπίζονται ανεπαρκώς. Ακόμη, οι περισσότερες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και θεραπείες όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι σπάνια διαθέσιμες σε άτομα με επιληψία, ωστόσο η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται πολλά υποσχόμενη. Η μελέτη των Meyer και συν. (2019) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης Emyna, στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η παρέμβαση περιελάμβανε περιεχόμενο που σχετίζεται με τη συμπεριφορική θεραπεία για τη κατάθλιψη, το stress, το άγχος, τις αιτίες σπασμών, τις αύρες και τις συνήθειες του τρόπου ζωής. Στη μελέτη συμμετείχαν 200 άτομα με επιληψία και διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής με μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα. Η αξιολόγηση του προγράμματος της παρέμβασης έγινε μετά από 3, 6 και 9 μήνες και οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε διαδικτυακά ερωτηματολόγια. Η κύρια έκβαση που μελετήθηκε ήταν η βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους 3 μήνες (Meyer et al., 2019).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Meyer και συν. (2019) έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης βίωσαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βελτιώσεις ως προς τις εκβάσεις που αφορούσαν τη κατάθλιψη, το stress, το άγχος, τη κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία και τη ποιότητα ζωής. Μέσα σε 3 μήνες, οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης ανέφεραν επίσης λιγότερες ημέρες εργασίας

που σχετίζονται με την ασθένεια και λιγότερες ημέρες στο νοσοκομείο σε σχέση με τους προηγούμενους μήνες, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου, ενώ δεν υπήρχαν τέτοιες διαφορές κατά την έναρξη της παρέμβασης. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι η παρέμβαση Emyna, όταν χρησιμοποιείται παράλληλα με τη συνήθη φροντίδα, θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της ψυχικής υγείας, της κοινωνικής εργασίας και της ποιότητας ζωής μεταξύ των ατόμων με επιληψία. Το πρόγραμμα παρέχει μια πρόσθετη επιλογή θεραπείας που θα μπορούσε να οδηγήσει σε κλινικά σχετικές μειώσεις συμπτωμάτων και να μειώσει βασικούς παράγοντες κόστους (Meyer et al., 2019).

Τέλος, οι Haut και συν. (2018) μελέτησαν συμπεριφορικές παρεμβάσεις ως θεραπεία για την επιληψία. Ο σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης μίας παρέμβασης μείωσης του stress σε συμμετέχοντες με επιληψία ανθεκτική στα φάρμακα. Όσον αφορά τη μέθοδο που ακολουθήθηκε για τη μελέτη, 66 ασθενείς με επιληψία τυχαιοποιήθηκαν σε μία από δύο πιθανές παρεμβάσεις. Οι δύο παρεμβάσεις ήταν: α) προοδευτική χαλάρωση των μυών με διαφραγματική αναπνοή (PMR) και β) έλεγχος της δραστηριότητας εστίασης προσοχής με κινήσεις άκρων. Μετά από μία περίοδο αναφοράς οκτώ εβδομάδων, οι συμμετέχοντες ξεκίνησαν 12 εβδομάδες θεραπείας. Οι καθημερινές αυτοαναφερόμενες βαθμολογίες διάθεσης και άγχους, καθώς και μετρήσεις κρίσεων ολοκληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες χρησιμοποιώντας ένα ηλεκτρονικό ημερολόγιο χωρίς να επιτρέπονται προσαρμογές φαρμάκων. Η κύρια έκβαση που αξιολογήθηκε ήταν το ποσοστό μείωσης της συχνότητας των επιληπτικών κρίσεων ανά 28 ημέρες. Οι δευτερεύουσες εκβάσεις που αξιολογήθηκαν περιλάμβαναν τη μείωση του άγχους και την αλληλεπίδραση stress και κρίσεων (Haut et al., 2018).

Τα αποτελέσματα της μελέτης στην ανάλυση της πρόθεσης για θεραπεία (intention to treat analysis) έδειξαν ότι η συχνότητα των κρίσεων μειώθηκε από την έναρξη και στις δύο ομάδες θεραπείας. Η παρέμβαση προοδευτικής χαλάρωσης των μυών και η εστιασμένη προσοχή δεν διέφεραν στη μείωση των επιληπτικών κρίσεων, αν και η προοδευτική χαλάρωση των μυών συσχετίστηκε με μείωση του stress σε σχέση με την εστιασμένη προσοχή. Το καθημερινό άγχος δεν φάνηκε να ήταν προβλεπτικός παράγοντας των επιληπτικών κρίσεων. Τόσο η παρέμβαση διαφραγματικής αναπνοής PMR όσο και η παρέμβαση εστιασμένης προσοχής έδειξαν να οδηγούν σε μειωμένη συχνότητα επιληπτικών κρίσεων σε σύγκριση με την αρχική

κατάσταση των συμμετεχόντων με εστιακές ανθεκτικές κρίσεις στα φάρμακα, πριν τις παρεμβάσεις. Η παρέμβαση διαφραγματικής αναπνοής PMR φάνηκε να είναι πιο αποτελεσματική από την εστίαση της προσοχής στη μείωση του αυτοαναφερόμενου stress (Haut et al., 2018).

4.3 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Οι Higgins και συν. (2019), διερεύνησαν το πώς οι ειδικοί σχετικά με την επιληψία νοσηλευτές (epilepsy specialist nurses / ESN) στην Ιρλανδία εφαρμόζουν την τεκμηριωμένη διάσταση της πρακτικής του ρόλου τους. Η σπουδαιότητα της προσφοράς νοσηλευτικής φροντίδας από νοσηλευτές εξειδικευμένους στην επιληψία για τα άτομα που βιώνουν την επιληψία είναι αναμφισβήτητη, ωστόσο η έρευνα σχετικά με αυτήν την πτυχή του ρόλου των νοσηλευτών είναι σχετικά μικρή. Οι μέθοδοι που ακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν ποιοτικές και συμμετείχαν 12 ειδικοί νοσηλευτές επιληψίας που εργάζονταν σε πέντε μονάδες στην Ιρλανδία, 24 μέλη μίας πολυεπιστημονικής ομάδας, που συνεργάστηκαν μαζί τους, και 35 άτομα με επιληψία και μέλη οικογένειας ατόμων με επιληψία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ατομικές και ομαδικές συνεντεύξεις, παρατήρηση και ανάλυση των διαθέσιμων τεκμηρίων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι εξειδικευμένοι στην επιληψία νοσηλευτές συμμετείχαν ενεργά ή πρωτοστατούσαν σε ελέγχους και αξιολογήσεις υπηρεσιών και χρησιμοποιούσαν τα ευρήματα για τη βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής. Η δραστηριότητα αυτή ήταν μέρος κυρίως μικρών μη χρηματοδοτούμενων ερευνητικών προγραμμάτων. Οι ερευνητές της μελέτης συμπέραναν ότι οι νοσηλευτές που είναι εξειδικευμένοι στο κομμάτι της επιληψίας λειτουργούσαν ως ηγέτες της κοινής γνώμης για την επιληψία και πρότυπα για τη νοσηλευτική πρακτική που βασίζεται σε τεκμήρια, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας νέων γνώσεων μέσω του ελέγχου και της έρευνας (Higgins et al., 2019).

Βάσει των παραπάνω, οι Higgins και συν. (2019) συνέστησαν οι οργανισμοί και οι διαχειριστές να υποστηρίξουν τους εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας διασφαλίζοντας ότι διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους και ικανότητες για τη συγκέντρωση, τη μετάφραση, την εφαρμογή, τη δημιουργία και τη διάδοση σχετικών αποδεικτικών στοιχείων. Επίσης, συνέστησαν η μελλοντική έρευνα να διερευνήσει

τον αντίκτυπο της πρακτικής που βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία για τα αποτελέσματα των ασθενών (Higgins et al., 2019).

Επιπρόσθετα, οι Pfafflin και συν. (2016), διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα των εξειδικευμένων νοσηλευτών επιληψίας και τη σχέση ικανοποίησης από την παροχή συμβουλών σχετικά με την επιληψία σε μία τυχαιοποιημένη και ελεγχόμενη δοκιμή. Οι συμμετέχοντες ήταν ασθενείς με επιληψία που υποβλήθηκαν σε θεραπεία από νευρολόγους σε κλινικές και καταγράφηκαν διαδοχικά και κατανεμήθηκαν τυχαία είτε σε ομάδα εξειδικευμένου νοσηλευτή επιληψίας είτε σε ομάδα ελέγχου. Οι ασθενείς στην ομάδα του νοσηλευτή επιληψίας ενημερώθηκαν σύμφωνα με τις ανάγκες τους από νοσηλευτές. Η ομάδα ελέγχου έλαβε τη συνηθισμένη φροντίδα χωρίς επιπλέον συμβουλευτική. Η ομάδα του νοσηλευτή επιληψίας ολοκλήρωσε ερωτηματολόγια πριν από την πρώτη διαβούλευση και 6 μήνες αργότερα ενώ η ομάδα ελέγχου συμπλήρωσε τα ίδια ερωτηματολόγια δύο φορές σε διάστημα 6 μηνών. Η κύρια μελετώμενη έκβαση ήταν η ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με τις παρεχόμενες πληροφορίες και υποστήριξη. Οι δευτερεύουσες μελετώμενες εκβάσεις ήταν η ικανοποίηση από την σχέση ασθενούς-γιατρού, η οργάνωση της θεραπείας, η γνώση της επιληψίας, η αντιμετώπιση και οι περιορισμοί στην καθημερινή ζωή. Επίσης, αξιολογήθηκαν το άγχος και η κατάθλιψη (με κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο) και η συνολική ποιότητα ζωής (Pfafflin et al., 2016).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Pfafflin και συν. (2016) έδειξαν ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με τις πληροφορίες που δόθηκαν από τους νοσηλευτές επιληψίας. Ακόμη, παρατηρήθηκε βελτίωση της υποστήριξης στην ομάδα νοσηλευτών επιληψίας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, βελτιώθηκαν οι γνώσεις επιληψίας και η αντιμετώπιση της. Η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή συμβουλών φάνηκε να εξαρτάται από τις ανάγκες των ασθενών για πληροφορίες και από το ποσό των ληφθέντων πληροφοριών. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων σε άλλες κλίμακες ειδικές για την επιληψία. Οι συγγραφείς της μελέτης συμπέραναν ότι οι νοσηλευτές επιληψίας αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών με συμβουλές και πληροφορίες σχετικά με την επιληψία και τα συναφή προβλήματα (Pfafflin et al., 2016).

Παράλληλα, οι Higgins και συν. (2018), μελέτησαν εμπειρίες ασθενών με επιληψία υπό τη φροντίδα νοσηλευτών με ή χωρίς εξειδίκευση στην επιληψία. Ο στόχος της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί εάν υπήρχαν διαφορές στις εμπειρίες φροντίδας, στην ικανοποίηση με την φροντίδα και στην ποιότητα ζωής μεταξύ ασθενών που έλαβαν φροντίδα από μία υπηρεσία με ειδικό νοσηλευτή επιληψίας και εκείνων που έλαβαν φροντίδα από μία υπηρεσία που δεν περιελάμβανε εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας. Η μελέτη έδειξε ότι, σε σύγκριση με τα άτομα με επιληψία που παρακολούθησαν μια υπηρεσία χωρίς νοσηλευτή επιληψίας, οι ασθενείς με επιληψία που παρακολούθησαν μια υπηρεσία με ένα νοσηλευτή επιληψίας ανέφεραν ότι έλαβαν μεγαλύτερη ποσότητα πληροφοριών, συμμετείχαν περισσότερο στη φροντίδα τους, η φροντίδα ήταν καλύτερα συντονισμένη και είχαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις παρεχόμενες πληροφορίες και μεγαλύτερη άνεση στη συζήτηση ζητημάτων με ένα νοσηλευτή επιληψίας. Ανέφεραν επίσης υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη που προσφέρεται. Οι συγγραφείς της μελέτης συμπέραναν ότι τα μοντέλα φροντίδας που περιλαμβάνουν νοσηλευτές επιληψίας ενισχύουν την ποιότητα των διαδικασιών φροντίδας της επιληψίας. Τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν επίσης την ανάγκη να υπάρχει ένας νοσηλευτής εξειδικευμένος στην επιληψία ως μέρος της διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας ασθενών με επιληψία (Higgins et al., 2018).

Ακόμη, οι Hill και συν. (2017), διερεύνησαν την ποιότητα ζωής επιληπτικών ασθενών που ήταν υπό τη φροντίδα εξειδικευμένου νοσηλευτή επιληψίας. Για το σκοπό αυτό πραγματοποίησαν μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης κοορτής ασθενών με επιληψία. Κατά τη διάρκεια της μελετώμενης περιόδου, οι ασθενείς είχαν λάβει φροντίδα είτε σύμφωνα με ένα μοντέλο ομαδικής φροντίδας νοσηλευτών – γιατρών ή ένα πιο παραδοσιακό μοντέλο φροντίδας μόνο γιατρού. Αυτά τα μοντέλα φροντίδας συγκρίθηκαν όσον αφορά τη τήρηση κατά την αρχική επίσκεψη των ποιοτικών μέτρων για την επιληψία της Αμερικανικής Ακαδημίας Νευρολογίας του 2014. Τα κλινικά αποτελέσματα της συχνότητας των επιληπτικών κρίσεων, εισαγωγές στα Τ.Ε.Π, τραυματισμός και θάνατος αξιολογήθηκαν κατά το επόμενο έτος. Μελετήθηκαν τα στοιχεία από 65 ασθενείς στην ομάδα ομαδικής φροντίδας νοσηλευτή - ιατρού και 104 ασθενείς στην κοόρτη του μοντέλου που περιελάμβανε μόνο γιατρό. Το μοντέλο ομαδικής φροντίδας νοσηλευτή – γιατρού είχε δει, κατά μέσο όρο, 3 περισσότερους ασθενείς ανά κλινική συνεδρία. Δεν υπήρχαν όμως

σημαντικές διαφορές μεταξύ των μελετώμενων ομάδων στα βασικά χαρακτηριστικά. Το μοντέλο ομαδικής φροντίδας νοσηλευτών – γιατρών έδειξε ισοδύναμη προσκόλληση με το μοντέλο φροντίδας μόνο από γιατρό ως προς τα ποιοτικά μέτρα επιληψίας, με ανώτερη την τήρηση των συμβουλευτικών μέτρων για την αναζήτηση ανεπιθύμητων ενεργειών, την παροχή εξατομικευμένης εκπαίδευσης για την ασφάλεια της επιληψίας και τον έλεγχο για τη συμπεριφορική υγεία. Τα δύο μοντέλα φροντίδας είχαν παρόμοια απόδοση σε όλα τα κλινικά αποτελέσματα. Οι συγγραφείς της μελέτης συμπέραναν ότι ένα μοντέλο ομαδικής φροντίδας νοσηλευτών – γιατρών που χρησιμοποιείται για την αύξηση της διαθεσιμότητας της περίθαλψης θα μπορούσε επίσης να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Hill et al., 2017).

Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη, οι Higgins και συν. (2020), διερεύνησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή του ρόλου των εξειδικευμένων νοσηλευτών επιληψίας καθώς οι πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή του ρόλου αυτού και των παραγόντων που τον επηρεάζουν κρίθηκαν ελάχιστες. Στόχος τους ήταν να περιγραφούν οι παράγοντες που είτε καταστέλλουν είτε επιτρέπουν την εφαρμογή ενός τέτοιου πλάνου νοσηλευτικής φροντίδας. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε ήταν η συλλογή ποιοτικών δεδομένων μέσω συνεντεύξεων. Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε 12 εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας, 24 μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας και 35 άτομα με επιληψία και μέλη οικογενειών ατόμων με επιληψία. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν συντριπτική υποστήριξη για τον ρόλο του εξειδικευμένου νοσηλευτή επιληψίας, ενώ προοδευτικά αναφέρθηκαν κατασταλτικοί και βοηθητικοί παράγοντες. Οι βοηθητικοί παράγοντες περιελάμβαναν την ύπαρξη εθνικών πολιτικών και κατευθυντήριων γραμμών, ηγεσίας από ανώτερους νοσηλευτικούς και ιατρικούς συναδέλφους, δικτύωσης, αυξημένων αρμοδιοτήτων, κλίματος μάθησης και καθοδήγησης και υποστηρικτικών υποδομών. Οι κατασταλτικοί παράγοντες περιελάμβαναν την περιορισμένη μελέτη για επέκταση των υπηρεσιών και τον ολοένα και πιο περίπλοκο χαρακτήρα των κλινικών περιπτώσεων σε σχέση με την ικανότητα λόγω φόρτου εργασίας, τα ελλείμματα στις υποστηρικτικές υποδομές, τις προκλήσεις σε σχέση με την προετοιμασία του ρόλου, την εφαρμογή του ρόλου, την ευθύνη του ρόλου και τις ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα του ρόλου. Οι συγγραφείς της μελέτης συμπέραναν ότι, εν τέλει, το πλαίσιο ενοποίησης για την εφαρμοσμένη έρευνα προσφέρει στους ερευνητές μία πιο

ρεαλιστική άποψη για την ανάλυση των σχέσεων μεταξύ των παραγόντων ενεργοποίησης και αναστολής, που επηρεάζουν την εφαρμογή ρόλων προηγμένης πρακτικής, σε διαφορετικές πηγές αποδεικτικών στοιχείων. Επίσης, συνέστησαν, προκειμένου να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή επιληψίας, οι διαχειριστές να αντιμετωπίσουν το ρυθμό επέκτασης των υπηρεσιών, τα μοντέλα ανάπτυξης ρόλων, τα ελλείμματα στις υποστηρικτικές δομές και τα αντιληπτά κίνητρα για την ανάπτυξη του ρόλου σχετικά με την ποιότητα, την αποδοχή και τη βιωσιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Higgins et al., 2020).

Τέλος, δεδομένου ότι οι νοσηλευτές συμμετέχουν όλο και περισσότερο στην εποπτεία της διαχείρισης ασθενών με πολύπλοκες ιατρικές παθήσεις, όπως η επιληψία, οι Buelow και συν. (2018), ανέπτυξαν ένα νοσηλευτικό εργαλείο επικοινωνίας σχετικά με την επιληψία και μελέτησαν το κατά πόσο αυτό το εργαλείο οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου με επιληψία. Στόχος της μελέτης τους ήταν να δημιουργηθεί ένα εργαλείο που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από νοσηλευτές στο χώρο της κλινικής για να διευκολύνει τη συζήτηση θεμάτων που σχετίζονται με την ενίσχυση της ιατρικής περίθαλψης και τη διαχείριση ασθενών με επιληψία. Για την αντιμετώπιση αυτής της ανάγκης, μια ομάδα εμπειρογνομόνων νοσηλευτικής επιληψίας χρησιμοποίησε μια προσέγγιση φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή για να αναπτύξει ένα Εργαλείο Επικοινωνίας Νοσηλευτικής Επιληψίας (E.E.N.E.). Αρχικά, δημιουργήθηκε ένα σύνολο θεμάτων και ερωτήσεων προς συμπερίληψη στο E.E.N.E., με βάση τα ευρήματα από μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Στη συνέχεια, οκτώ εξειδικευμένοι νοσηλευτές επιληψίας εξέτασαν και αναθεώρησαν το E.E.N.E. χρησιμοποιώντας ομάδες εστίασης και φόρουμ συζήτησης. Το αναθεωρημένο E.E.N.E. δόθηκε σε 10 νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με επιληψία αλλά δεν είχαν εμπλακεί στην ανάπτυξη του E.E.N.E. και τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν τη χρηστικότητα και τη σκοπιμότητα των θεμάτων του σε κλίμακα 5 πόντων. Οι βαθμολογίες του E.E.N.E. διακυμάνθηκαν μεταξύ 4.5, 4 και 4 για τη χρησιμότητα, την ευκολία χρήσης και την αποδοχή αντίστοιχα. Οι συγγραφείς της μελέτης συμπέραναν ότι το E.E.N.E. δείχνει υπόσχεση ως εργαλείο που οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν στις αλληλεπιδράσεις τους με ασθενείς με επιληψία για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας της διαχείρισης της ασθένειας και να συμβάλουν στη βελτίωση της συνολικής φροντίδας των ασθενών (Buelow et al., 2018).

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα πλαίσια της διερεύνησης της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα ασθενών με επιληψία και τις επιδράσεις των σύγχρονων θεραπευτικών, ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στη διαχείριση της επιληψίας, εντοπίστηκαν ευρήματα που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών σε ποικίλες εκβάσεις. Ξεκινώντας την ανάλυση των ευρημάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων από τους εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας, παρατηρείται μία ικανοποιητική ανταπόκριση των ασθενών με επιληψία στην εφαρμογή ενός κυρίαρχου ρόλου του νοσηλευτή στην εφαρμογή γενικών πλάνων συστηματικής φροντίδας της επιληψίας. Σύμφωνα με τα ερευνητικά στοιχεία που δημοσιεύτηκαν την τελευταία πενταετία, παρατηρήθηκε αύξηση των οργανωμένων σχεδίων δράσης και πλάνων φροντίδας με αποτέλεσμα τη συστηματική θεραπεία της νόσου και την αύξηση της συνολικής φροντίδας του επιληπτικού ασθενούς. Σημαντικός παράγοντας σε αυτό κρίθηκε και η συνεργασία της ιατρικής και της νοσηλευτικής διεπιστημονικής ομάδας όπου μέσω αυτής της επικοινωνίας φαίνεται να ενισχύονται τα χαρακτηριστικά της ασφάλειας, της εκπαίδευσης και της προαγωγής της υγείας στα πλαίσια του πλάνου φροντίδας, τα οποία βρίσκουν άμεση εφαρμογή στο πρόσωπο του ασθενούς με επιληψία ενώ βελτιώνουν και την ποιότητα ζωής του.

Παράλληλα, όχι μόνο η εφαρμογή αλλά και η υποστήριξη του νοσηλευτικού ρόλου στο κομμάτι της επιληψίας με βελτίωση των νοσηλευτικών πρακτικών και ανάπτυξη των νοσηλευτικών δεξιοτήτων στο θεραπευτικό κομμάτι της νόσου, είναι άξια ειδικής μνείας. Ορισμένα από τα ευρήματα σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτή επιληψίας έδειξαν αυξημένη εμπιστοσύνη του ασθενούς στη διαχείριση της επιληψίας από τους νοσηλευτές που έχουν λάβει τη συγκεκριμένη εξειδίκευση και πιο σωστή αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και των νοσηλευτών αυτών. Εξαιρετικά ενδιαφέροντα ήταν και τα ευρήματα που έχουν δημοσιευτεί για την ανάπτυξη ενός νοσηλευτικού εργαλείου επικοινωνίας σχετικά με την επιληψία και το πώς ένα τέτοιο εργαλείο μπορεί να έχει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς με επιληψία. Ουσιαστικά, αυτό το εργαλείο εάν χρησιμοποιηθεί σωστά και από εξειδικευμένους νοσηλευτές μπορεί να δώσει μία νέα δυναμική στο φάσμα της αλληλεπίδρασης και της επικοινωνίας ασθενούς και νοσηλευτή. Επίσης, σύμφωνα με

τη σύγχρονη ερευνητική βιβλιογραφία, οι νοσηλευτές μπορούν να προάγουν τις πρακτικές της αυτοδιαχείρισης και αυτοεξυπηρέτησης έχοντας ως δίαυλο τις διαπροσωπικές παρεμβάσεις που μπορεί να εφαρμοστούν στο πλάνο φροντίδας του ασθενή.

Επίσης, ενθαρρυντικά φαίνεται να είναι τα ευρήματα των μελετών που αξιολόγησαν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σχετικά με την επιληψία. Οι συμπεριληφθείσες στην παρούσα εργασία ερευνητικές μελέτες έδειξαν ότι οι ψυχοκοινωνικές αυτές παρεμβάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε βελτίωση στη καταπολέμηση της κατάθλιψης και άλλων δύσκολων συναισθημάτων, του άγχους, του stress, της κοινωνικής και επαγγελματικής δυσλειτουργίας και της ποιότητας ζωής. Ακόμη, σημαντικό αποτέλεσμα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, που έχει παρατηρηθεί, θεωρείται η διαχείριση του ψυχικού βάρους των ασθενών και των συγγενών τους αλλά και η κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη και ικανοποίηση που μπορούν να προσφέρουν σε άτομα με επιληψία. Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι συναντήσεις με άλλους επιληπτικούς ασθενείς φαίνεται να βελτιώνουν την εμπιστοσύνη και την άνεση στην συζήτηση μεταξύ επιληπτικών και άλλων ατόμων.

Επιπλέον, μπορούμε να επισημάνουμε και την αυξημένη σημασία των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στη συνολική θεραπεία της επιληψίας. Τα ευρήματα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων έδειξαν στη πλειοψηφία τους βελτίωση της γνώσης των συμμετεχόντων σχετικά με το αντικείμενο της επιληψίας. Η βελτίωση της γνώσης των εμπλεκόμενων συμμετεχόντων σχετικά με την επιληψία είναι σημαντική έκβαση διότι βελτιώνει την αντιμετώπιση της κατάστασης, μειώνει τις φοβίες, βελτιώνει την αντικειμενική γνωστική απόδοση και τη προσοχή. Ακόμη, το διαδραστικό χαρακτηριστικό της εκπαίδευσης φαίνεται να προάγει τη σωστή κατάρτιση στην επιληψία, τόσο των ατόμων με επιληψία όσο και των συγγενών τους. Παράλληλα, οι κατάλληλα σχεδιασμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να δημιουργήσουν ένα αίσθημα ικανοποίησης στους ασθενείς σχετικά με την ενημέρωση που υπάρχει επάνω στην επιληψία.

Η επιληψία είναι μία περίπλοκη παθολογική κατάσταση και, ως εκ τούτου, πολλοί άνθρωποι δυσκολεύονται να την κατανοήσουν. Η παθοφυσιολογία της ασθένειας είναι πολυπαραγοντική ενώ η αντιμετώπιση των ατόμων με επιληψία από

το κοινωνικό σύνολο δεν είναι πάντα η επιθυμητή. Όμως, εδώ πρέπει διευκρινιστεί ότι πρόκειται για μια κατάσταση διαχειρίσιμη. Ο περιορισμός της εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων γίνεται με συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή, με συχνή επανεξέταση από το θεράποντα ιατρό και οι συνεδρίες με ειδικούς ψυχολόγους είναι ζωτικές για την αποβολή του στίγματος που φέρουν οι ασθενείς και τη ψυχική αποφόρτιση τους.

Όσον αφορά τις προτάσεις για μελλοντική έρευνα, σημαντική θα ήταν η ανάπτυξη πολυδιάστατων πλάνων φροντίδας από νοσηλευτές με σκοπό την κάλυψη όλων των αναγκών των ασθενών με επιληψία. Προτεινόμενα συστατικά τέτοιων πλάνων φροντίδας είναι στοχευμένες ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό του ασθενή, η διεξοδική ανάλυση του ψυχολογικού προφίλ του ασθενούς, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με κεντρικό άξονα την αποφόρτιση του ασθενούς από το άγχος, το stress και τα αρνητικά συναισθήματα και οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που θα διευρύνουν τις γνώσεις του ασθενούς για την επιληψία και θα βελτιώνουν το ηθικό του σχετικά με την ασθένεια. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σε οργανικό επίπεδο θα πρέπει να βασίζονται στη συχνή λήψη ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων, στην υιοθέτηση σωστής φαρμακευτικής αγωγής, στη συνέπεια στη λήψη φαρμάκων και στην εφαρμογή σωστών πρώτων βοηθειών σε περίπτωση επιληπτικών κρίσεων.

Επιπρόσθετα, χρήσιμη θα ήταν και η δημιουργία μίας γενικής κλίμακας αξιολόγησης της επιληψίας, η οποία θα αξιολογεί τη συνολική εικόνα της υγείας του ασθενούς με επιληψία και την ποιότητα ζωής του.

Παράλληλα, πολύτιμη κρίνεται και η αύξηση της διαθεσιμότητας νοσηλευτικών ειδικοτήτων με σκοπό την καλύτερη κατάρτιση και εξειδίκευση των νοσηλευτών στην επιληψία και την πιο εύκολη ανάπτυξη ενός κυρίαρχου νοσηλευτικού ρόλου στην αντιμετώπιση της και άλλων νευρολογικών παθήσεων. Επίσης, η συλλογή στατιστικών στοιχείων και η διεξαγωγή αναλύσεων για τη συχνή ενημέρωση των επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με την επιληψία θα βοηθήσει στον πιο συγκροτημένο σχεδιασμό πολιτικών φροντίδας για τους ασθενείς με επιληψία και στον πιο στοχευμένο εντοπισμό των αναγκών των επιληπτικών ασθενών.

Τέλος, προτείνεται η ανάπτυξη εκπαιδευτικών σεμιναρίων σχετικά με την επιληψία που θα στοχεύουν στη βελτίωση της γνώσης του κοινού (ασθενείς, φροντιστές ατόμων με επιληψία, συγγενείς ατόμων με επιληψία, πολίτες που θέλουν να ενημερωθούν). Τέτοια σεμινάρια εκπαίδευσης θα μπορούσαν δυνητικά να βοηθήσουν στη βελτίωση της κοινωνικής υποστήριξης των ατόμων με επιληψία, την αποστιγματοποίηση τους, την καλύτερη αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων σε δημόσιους χώρους, τη κοινωνική προσαρμογή των επιληπτικών και την πιο εύκολη συζήτηση της ασθένειας τους με τρίτους.

Εν κατακλείδι, η επιληψία είναι μία παθολογική κατάσταση, η οποία είναι διαχειρίσιμη. Απαιτείται όμως συνέπεια στη λήψη των φαρμάκων, συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση ανάλογα με τα νέα δεδομένα για την ασθένεια που έρχονται στο φως, υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και τον κοινωνικό περίγυρο και άμεση δράση σε αιφνίδια επεισόδια επιληπτικών κρίσεων. Η προσπάθεια που καταβάλλεται για την αντιμετώπισή της επιληψίας θα πρέπει να είναι συλλογική για να επιτευχθεί ο απώτερος σκοπός της σταθεροποίησής της, έτσι ώστε το άτομο με επιληψία να μπορέσει να ζήσει μία όσο το δυνατόν φυσιολογική ζωή χωρίς ψυχικές και σωματικές επιβαρύνσεις

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Αγγλική Βιβλιογραφία:

- **Benjamin, I., Criggs, R. C., Fitz, J. G. & Wing, E. J.,** 2018. *Andreoli & Carpenter's Cecil Essential of Medicine*. Amsterdam: Elsevier Inc.
- **Brook, H.A., Hiltz, C.M., Kopplin, V.L. and Lindeke, L.L.,** 2015. Increasing epilepsy awareness in schools: a seizure smart schools project. *The Journal of School Nursing*, 31(4), pp.246-252.
- **Browner, B. D. & Lenworth, J.,** 2014. *Emergency Care and Transportation of the Sick and Injured*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

- **Buelow, J., Miller, W. and Fishman, J.,** 2018. Development of an epilepsy nursing communication tool: improving the quality of interactions between nurses and patients with seizures. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 50(2), p.74.
- **Caller, T.A., Ferguson, R.J., Roth, R.M., Secore, K.L., Alexandre, F.P., Zhao, W., Tosteson, T.D., Henegan, P.L., Birney, K. and Jobst, B.C.,** 2016. A cognitive behavioral intervention (HOBSCOTCH) improves quality of life and attention in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 57, pp.111-117.
- **Dorris, L., Broome, H., Wilson, M., Grant, C., Young, D., Baker, G., Balloo, S., Bruce, S., Campbell, J., Concannon, B. and Conway, N.,** 2017. A randomized controlled trial of a manual-based psychosocial group intervention for young people with epilepsy [PIE]. *Epilepsy & Behavior*, 72, pp.89-98.
- **Drake, R., Vogl, A.W. & Mitchell, A.,** 2007. *Gray's Anatomy for Students*. London: Churchill Livingstone.
- **Dustin, I., Resnick, B., Galik, E., Klinedinst, N.J., Michael, K., Wiggs, E. and Theodore, W.H.,** 2019. The feasibility and impact of the EMOVE intervention on self-efficacy and outcome expectations for exercise in epilepsy. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 51(2), p.95.
- **Elnaser, A., Gamal, M., AbdAllah, E.S., Ali, H.H. and Metwally, S.M.,** 2018. The Effect of Nursing Intervention Program on Self-Management and Social Support of Adult Epileptic Patients. *Zagazig Nursing Journal*, 14(2), pp.134-152.
- **Gürhopur, F.D.T. and Dalgiç, A.I.,** 2018. The effect of a modular education program for children with epilepsy and their parents on disease management. *Epilepsy & Behavior*, 78, pp.210-218.
- **Hagemann, A., Pfäfflin, M., Nussbeck, F.W. and May, T.W.,** 2016. The efficacy of an educational program for parents of children with epilepsy (FAMOSEs): Results of a controlled multicenter evaluation study. *Epilepsy & Behavior*, 64, pp.143-151.
- **Haut, S.R., Lipton, R.B., Cornes, S., Dwivedi, A.K., Wasson, R., Cotton, S., Strawn, J.R. and Privitera, M.,** 2018. Behavioral interventions as a treatment for epilepsy: a multicenter randomized controlled trial. *Neurology*, 90(11), pp.e963-e970.

- **Higgins, A., Downes, C., Varley, J., P. Doherty, C., Begley, C. and Elliott, N.,** 2019. Evidence-based practice among epilepsy specialist nurses in the Republic of Ireland: Findings from the SENsE study. *Journal of nursing management*, 27(4), pp.840-847.
- **Higgins, A., Downes, C., Varley, J., Tyrell, E., Normand, C., Doherty, C.P., Begley, C. and Elliott, N.,** 2018. Patients with epilepsy care experiences: comparison between services with and without an epilepsy specialist nurse. *Epilepsy & Behavior*, 85, pp.85-94.
- **Higgins, A., Murphy, R., Downes, C., Varley, J., Begley, C. and Elliott, N.,** 2020. Factors influencing the implementation of epilepsy specialist nurse role: using the consolidation framework for implementation research. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), pp.1352-1364.
- **Hill, C.E., Thomas, B., Sansalone, K., Davis, K.A., Shea, J.A., Litt, B. and Dahodwala, N.,** 2017. Improved availability and quality of care with epilepsy nurse practitioners. *Neurology: Clinical Practice*, 7(2), pp.109-117.
- **Kahle, W., Leonhardt, H. & Platzer, W.,** 2010. *Color Atlas and Textbook Of Human Anatomy: Nervous System and Sensory Organs*. Stuttgart: Thieme Medical Publishers.
- **Leenen, L.A., Wijnen, B.F., van Haastregt, J.C., de Kinderen, R.J., Evers, S.M., Majoie, M.H. and van Heugten, C.M.,** 2017. Process evaluation of a multi-component self-management intervention for adults with epilepsy (ZMILE study). *Epilepsy & Behavior*, 73, pp.64-70.
- **LeMone, P., Burke, K. M. & Bauldoff, G.,** 2014. *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care*. New Jersey: Pearson Education.
- **Lezak, M. D., Howieson D. B., Bigler E. D. & Tranel, D.,** 2012. *Neuropsychological Assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- **Lissauer, T. & Carroll, W.,** (2016). *Illustrated Textbook of Pediatrics*. London: Elsevier Ltd.
- **McPhee, S.J. & Hammer, G.D.,** 2009. *Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine*. Stamford: Prentice-Hall International Inc.
- **Meyer, B., Weiss, M., Holtkamp, M., Arnold, S., Brückner, K., Schröder, J., Scheibe, F. and Nestoriuc, Y.,** 2019. Effects of an epilepsy-specific Internet intervention (Emyna) on depression: Results of the ENCODE randomized controlled trial. *Epilepsia*, 60(4), pp.656-668.

- **Moore, K. L., Agur A. M. & Dalley, A. F., 2013.** *Clinical Oriented Anatomy*. Philadelphia: Broken Hill Publishers Ltd.
- **Pfäfflin, M., Schmitz, B. and May, T.W., 2016.** Efficacy of the epilepsy nurse: results of a randomized controlled study. *Epilepsia*, 57(7), pp.1190-1198.
- **Platzer, W. et al., 2011.** *Color Atlas of Human Anatomy*. Stuttgart: Broken Hill Publishers Ltd.
- **Sherwood, L., 2016.** *Introduction to Human Physiology*. California: Cengage Learning Inc.
- **Silverthorn, D. U., 2018.** *Human Physiology: An Intergrated Approach*. London: Pearson Education.
- **Wolf, P., 2014.** History of epilepsy: nosological concepts and classification. *Epileptic Disorders*, 16(3), 261-269.

Ελληνική Βιβλιογραφία:

- **Θωμάς, Π. & Αρζιμανόγλου, Α., 2002.** *Επιληψίες*. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- **Μπαλτόπουλος, Γ. Ι., 2001.** *Πρώτες Βοήθειες*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- **Σαχίνη-Καρδάση, Α. & Πάνου, Μ., 1997.** *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: Νοσηλευτικές Διαδικασίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- **Σιδηροπούλου, Κ., 2015.** *Βασικές αρχές λειτουργίας του νευρικού συστήματος: Από την νευροφυσιολογία στην συμπεριφορά*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάλλιπος.
- **Σταματοπούλου, Ε., Σταματοπούλου, Α. & Πρεκατές, Α., 2011.** Επιληψία-Σκοποί Φρονίδας & Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Επιληπτικό Επεισόδιο "Μία Διεθνή Βιβλιογραφική Ανασκόπηση". *Hellenic Journal of Nursing Science*, 4(3), σσ. 41-47.
- **Τριανταφύλλου, Ν. Ι., 2007.** *Η επιληψία και η θεραπεία της*. Αθήνα: Η Γωνιά του Βιβλίου.

- **Χαράτση-Γιωτάκη, Ε.,** 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.