



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΝΤΑΓΙΑ ΦΛΟΥΤΟΥΡΑ Α.Μ.: 17319

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΕΛΠΙΝΙΚΗ ΛΑΪΟΥ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επιληψία αποτελεί μια σοβαρή και χρόνια νευρολογική πάθηση η οποία προσβάλλει τη λειτουργία του εγκεφάλου των ασθενών με αποτέλεσμα να βιώνουν διάφορες διαταραχές, τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές που επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή τους. Η φαρμακευτική θεραπεία αλλά και ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικοί παράγοντες που συμβάλουν στην καλύτερη διαχείριση της νόσου, προσφέροντας καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των διαθέσιμων σύγχρονων μεθόδων για την αντιμετώπιση και νοσηλευτική φροντίδα νέων ενηλίκων ασθενών με επιληψία.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar και επίσης χρησιμοποιήθηκαν επιστημονικά άρθρα από την βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η επιληψία είναι μια ασθένεια η οποία χρήζει μεγάλης προσοχής από τους νοσηλευτές και ο ρόλος τους στη φροντίδα και στην προσέγγιση των ασθενών αυτών είναι πολύ σημαντικός. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι και να έχουν καλές γνώσεις για την ασθένεια αυτή, έτσι ώστε η παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς τους να είναι αποτελεσματική. Πολύ σημαντικό είναι, επίσης, οι νοσηλευτές πέραν της βασικής φροντίδας που προσφέρουν στους ασθενείς αυτούς, να τους παρέχουν και ψυχολογική υποστήριξη καθώς και να έχουν τις γνώσεις για να τους εκπαιδεύσουν έτσι ώστε να είναι σε θέση να ελέγξουν τις κρίσεις τους. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται πολύ σε αυτούς τους ασθενείς λόγω της ασθένειας τους, διότι πρέπει να αντιμετωπίσουν την ασθένεια σε καθημερινή βάση και πολλές φορές να κάνουν και βασικές υποχωρήσεις στη ζωή τους. Η εκπαίδευση για την αυτοδιαχείριση της επιληψίας είναι πολύ σημαντική διότι με αυτό τον τρόπο η ζωή των ασθενών γίνεται πιο εύκολη.

Συμπεράσματα: Συνοψίζοντας διαπιστώνουμε πως η επιληψία είναι μια νόσος αρκετά διαδεδομένη στο νέο πληθυσμό, που εγκυμονεί κινδύνους ως προς την ικανοποίηση

βασικών αναγκών της καθημερινότητας. Πάραυτα η εξέλιξη της διαχείρισης και θεραπείας της είναι εμφανής και η ένταξη νοσηλευτών επιληψίας αποτελεί βασικό βοήθημα για την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: Επιληψία, νέοι ασθενείς, ο ρόλος του νοσηλευτή, φροντίδα

ABSTRACT

Background: Epilepsy is a severe and chronic neurological disease that affects the function of the patients' brain, resulting in various disorders, both physical and psychological, which negatively affect their life. Pharmaceutical therapy and the role of the nurse are important factors that contribute to better management of the disease, offering better quality of life to patients.

Aim: The purpose of the present work is the investigation of available contemporary methods for dealing with and providing nursing care to young adult patients with epilepsy.

Methods: A search of international literature was performed on the PubMed and Google Scholar electronic databases, and scientific articles from the Library of the University of Ioannina were also used. The study material consisted of scientific articles published primarily over the last decade in English and Greek.

Results: Epilepsy is a disease that needs a lot of attention from nurses and their role in caring for and approaching these patients is very important. In particular, nurses should be specialized and have good knowledge of this disease, so that their care for patients is effective. It is also very important that nurses, in addition to the basic care they offer to these patients, provide them with psychological support as well as having the knowledge to educate them so that they can control their seizures. The quality of life is greatly affected in these patients due to their illness because they have to deal with the illness on a daily basis and often face major setbacks in their lives. Self-management education on epilepsy is very important because in this way patients' lives become easier.

Conclusions: In summary, we find that epilepsy is a disease quite common in the young population that carries risks in terms of meeting basic needs of everyday life. Nevertheless, the evolution of its management and treatment is evident in and the integration of epilepsy nurses is a key asset for the better quality of life of patients.

Key - words: epilepsy, young adults, nurse's role, care

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με την στήριξη της μου έδωσε τη δυνατότητα να ολοκληρώσω τις σπουδές μου. Επίσης, σημαντικοί σε αυτά τα χρόνια φοίτησης ήταν και οι φίλοι μου που ήταν πάντα στο πλευρό μου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κυρία Λαΐου Ελπινίκη, η οποία με βοήθησε με τη σωστή καθοδήγηση στην υλοποίηση της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
Α' ΜΕΡΟΣ: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ	
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	9
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	10
1.3 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	11
1.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	13
1.5 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	14
1.6 Η ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	15
1.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	16
1.8 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	19
1.9 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	20
1.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	22
1.10.1 Φαρμακευτική θεραπεία.....	22
1.10.2 Χειρουργική επέμβαση.....	22
1.10.3 Κετογενική δίαιτα.....	23
1.10.4 Νευροδιαμόρφωση.....	24
1.11 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	24
1.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	25
1.12.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια επιληπτικού επεισοδίου.....	26
Β' ΜΕΡΟΣ : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
2 ΣΚΟΠΟΣ.....	27
3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	27

3.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ.....	27
3.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	27
3.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ.....	28
3.4. ΕΞΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	28
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	30
4.1 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΕΞΙΔΕΙΚΕΥΜΕΝΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	36
4.2 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	39
4.3 ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	40
4.4. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	44
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	46

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιληψία είναι μια χρόνια νόσος που χαρακτηρίζεται από επιληπτικές κρίσεις, οι οποίες εμφανίζονται σε σύντομα διαστήματα λόγω διαταραχών των νευρώνων του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να προκαλούνται πολλαπλές διαταραχές στο άτομο, όπως διαταραχές στη συνείδηση και στις αισθητηριακές ικανότητες του (Γιωτάκη, 2014). Μελέτες δείχνουν πως η επιληψία είναι μια από τις πιο συχνές και σοβαρές χρόνιες νευρολογικές παθήσεις. Επηρεάζει όλες τις ηλικίες και πάνω από 50 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από επιληψία σε όλο τον κόσμο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (Shi et al., 2017).

Ειδικότερα, η επιληψία ορίζεται από την εμφάνιση τουλάχιστον δύο επεισοδίων επιληπτικών κρίσεων άγνωστης αιτιολογίας, ενώ οι ασθενείς που πάσχουν από επιληψία έχουν μεγάλες πιθανότητες να εμφανίζουν συνεχώς επιληπτικές κρίσεις (Brust, 2012). Είναι μια επιδεινούμενη διαταραχή που παρατηρείται στο νευρικό σύστημα λόγω της ξαφνικής εκφόρτισης των εγκεφαλικών νευρώνων, με αποτέλεσμα τη στιγμή της κρίσης να προκαλούνται απώλεια συνείδησης και στιγμιαία διαταραχή της αίσθησης του ατόμου (Henok & Lamaro, 2017). Οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες, τις γενικευμένες, τις ατελείς και τις μη κατηγοριοποιημένες κρίσεις (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

Συγκεκριμένα, οι γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται σε:

- *γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις*, οι οποίες έχουν διάρκεια δύο με πέντε λεπτά και ξεκινούν με την τονική φάση, στην οποία το άτομο χάνει αμέσως τις αισθήσεις του και τα χέρια και τα πόδια του βρίσκονται σε ακαμψία. Η διάρκεια της τονικής φάσης συνήθως διαρκεί 30 δευτερόλεπτα έως και λίγα λεπτά. Έπεται η κλονική φάση, όπου γίνεται ρυθμική μυϊκή σύσπαση των άκρων και παρατηρούνται διάφορες διαταραχές π.χ. ο ασθενής ανοιγοκλείνει ακούσια τα βλέφαρα του, παρατηρείται απώλεια ούρων ή κοπράνων, έκκριση αφρώδους σιέλου κ.α.. Μετά την κρίση ο ασθενής νιώθει εξαντλημένος και δε θυμάται τι έχει συμβεί.
- *αφαιρετικές επιληπτικές κρίσεις*, στις οποίες παρατηρείται απώλεια συνείδησης και το βλέμμα του ασθενούς επικεντρώνεται σε ένα σημείο. Συνήθως οι κρίσεις αυτές προκύπτουν σε παιδιά και διαρκούν λίγα δευτερόλεπτα.

- *μυοκλονικές επιληπτικές κρίσεις*, οι οποίες δεν έχουν μεγάλη διάρκεια και ο ασθενής εμφανίζει συσπάσεις ή δυσκαμψία των άκρων.
- *ατονικές επιληπτικές κρίσεις*, όπου παρατηρείται απώλεια μυϊκού τόνου και έτσι ο ασθενής πέφτει, οι οποίες είναι λίγων δευτερολέπτων (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

Οι ατελείς επιληπτικές κρίσεις χωρίζονται σε: 1) απλές ατελείς, όπου ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του αλλά είναι σε ευάλωτη ψυχολογική κατάσταση και νιώθει διάφορες άλλες ενοχλήσεις. 2) σύνθετες ατελείς, όπου γίνονται αυτόματες κινήσεις από τον ασθενή, που αφού περάσει η κρίση, δεν τις θυμάται. Τέλος, οι μη κατηγοριοποιημένες επιληπτικές κρίσεις που δεν εντάσσονται στις παραπάνω κατηγορίες (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η επιληψία ως ασθένεια υπήρχε από την αρχαιότητα και κυλούσε παράλληλα με την ανθρώπινη ύπαρξη. Ήταν γνωστή με διαφορετικές ονομασίες με την πάροδο των χρόνων όπως “ ιερή νόσος ” και “ ασθένεια που στάλθηκε από τους θεούς ” επειδή στα παλιά τα χρόνια πίστευαν πως η επιληψία είναι μια θεϊκή ασθένεια. Πολλά έγγραφα και γραπτά στοιχεία που έχουν ανακαλυφθεί, αποκαλύπτουν πως αρχαίοι πολιτισμοί όπως οι Βαβυλώνιοι, οι Αιγύπτιοι και οι αρχαίοι Έλληνες αναφέρονταν στην επιληψία. Ωστόσο, όσον αφορά πιο σύγχρονες περιόδους, αναφορές για την ασθένεια γίνονται από την Ινδική, την Ιρανική και την Κινέζικη ιατρική. Τα αίτια της επιληψίας ποικίλαν λόγω της θρησκείας και εποχής μέχρι τον 18^ο αιώνα, όπου συνέχιζαν να περιγράφουν την επιληψία ως μια ιδιοπαθής πάθηση που πήγαζε από τον εγκέφαλο. Τον 19^ο και 20^ο αιώνα η εξέλιξη όσον αφορά στη γνώση για την επιληψία ήταν φανερό και παρατηρείται περισσότερη έμφαση στην αιτιολογία, την ταξινόμηση της επιληψίας αλλά και την παθοφυσιολογία (Panteliadis et al., 2017) .

Η επιληψία φαίνεται να είναι γνωστή από το 2000 π.Χ.. Ειδικότερα, έχει βρεθεί κείμενο στο οποίο ο συγγραφέας περιγράφει στην Ακκαδική γλώσσα ασθενή με συμπτώματα της επιληψίας: σπασμούς στα άκρα, ανοιχτά μάτια και αφρούς από το στόμα, δίχως ο ασθενής να έχει συνείδηση της κατάστασης. Στην αρχαία Αίγυπτο αναφέρονταν σε ιατρικά κείμενα ασθενείς που εμφάνιζαν πέντε στάδια της νόσου,

όπως έντονο τρέμουλο, και φαινόταν οι κρίσεις αυτές να οφείλονται στον ερεθισμό του φλοιού του εγκεφάλου, ως αποτέλεσμα ενός σοβαρού τραύματος που είχε προκληθεί (Magiorkinis et al., 2010).

Επίσης, οι Βαβυλώνιοι πίστευαν πως η επιληψία προερχόταν από τα κακά πνεύματα, ενώ τον 6ο αιώνα π.Χ. ένας Ινδός ιατρός απέρριψε αυτή την έννοια και περιέγραψε την επιληψία ως μια εγκεφαλική δυσλειτουργία. Τέλος, στην αρχαία Ελλάδα, ο Ιπποκράτης όρισε την επιληψία ως μια ξεχωριστή ασθένεια και υποστήριξε πως είναι ένδειξη οργής των θεών αλλά και μια διαταραχή η οποία προκαλείται από τον εγκέφαλο (Magiorkinis et al., 2010). Με το πέρασμα των χρόνων και μέχρι τον 18^ο αιώνα μ.Χ. η ιατρική σημείωσε σημαντικές εξελίξεις μέσα από ερευνητικές μελέτες για την επιληψία, καταρρίπτοντας την άποψη ότι η επιληψία είναι μία θεϊκή τιμωρία (Magiorkinis et al., 2014).

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιληψία είναι μια ασθένεια από την οποία προσβάλλεται ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων παγκοσμίως, σχεδόν 50 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο. Το 80% του πληθυσμού που πάσχει από επιληψία ανήκει σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (Espinosa-Jovel et al., 2018). Έρευνες που έχουν γίνει σε χώρες της Ευρώπης δείχνουν πως το ποσοστό το οποίο έχει ενεργή επιληψία είναι 3,1-3,4 εκατομμύρια άνθρωποι και το ένα τέταρτο από τον πληθυσμό αυτό είναι παιδιά και έφηβοι, το 55% είναι ενήλικες και 15-20% είναι οι ηλικιωμένοι (Forsgren et al., 2005). Σε μια άλλη μελέτη αναφέρεται πως ασθενείς με επιληψία που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 16-60 ετών (μέσος όρος ηλικίας 40 ετών) είχαν μόνο μια πρόκληση σπασμών ενώ οι ασθενείς που ήταν κάτω των 12 ετών είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια υποτροπή της νόσου (Rizvi et al., 2017).

Ορισμένες καταστάσεις όπως οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις καθώς και οι λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) φαίνεται να είναι από τις βασικότερες και συχνότερες αιτίες που προκαλούν επιληψία στις μη ανεπτυγμένες χώρες (Espinosa-Jovel et al., 2018). Επίσης, το ποσοστό των ανθρώπων που

αντιμετωπίζουν σοβαρές συνέπειες από την επιληψία είναι σχετικά υψηλό, καθώς κυμαίνεται στο 61,4 ανά 100.000 άτομα τον χρόνο. Ωστόσο, η εκδήλωση της νόσου σε νέους ανθρώπους φαίνεται να μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου χάρη από διάφορους παράγοντες, με βασικότερο τις συνθήκες ζωής (Beghi, 2020). Εντούτοις, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) παρατηρείται μια άνοδος της πρόωρης θνησιμότητας νέων ασθενών ηλικίας 20-45 ετών λόγω αιφνίδιου θανάτου, η οποία είναι κατά 27 φορές υψηλότερη σε σύγκριση με αυτή του πληθυσμού στον οποίο η νόσος βρίσκεται υπό έλεγχο (Devinsky et al., 2016).

1.3. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Ο εγκέφαλος μαζί με το νωτιαίο μυελό αποτελούν ΚΝΣ, του οποίου η σωστή λειτουργία είναι σημαντική για ενέργειες που είναι απαραίτητες για τον οργανισμό μας, όπως η σκέψη και η μάθηση. Ο εγκέφαλος αποτελείται από φαιά και λευκή ουσία και τον περιβάλλουν τρεις προστατευτικές μεμβράνες, οι μήνιγγες, οι οποίες από μέσα προς τα έξω είναι η χοριοειδής μήνιγγα, η αραχνοειδής μήνιγγα και η σκληρά μήνιγγα. Στον υπαραχνοειδή χώρο υπάρχει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), που βρίσκεται μεταξύ της χοριοειδούς και της αραχνοειδούς μήνιγγας. Ο εγκέφαλος διακρίνεται σε (Moore et al., 2012):

- Τελικό εγκέφαλο (ή τελεγκέφαλο), που αποτελείται από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια, τα οποία χωρίζονται σε τέσσερις λοβούς. Συγκεκριμένα στο μπροστινό τμήμα, γίνεται ο διαχωρισμός του μετωπιαίου λοβού και του βρεγματικού λοβού μέσω της κεντρικής σχισμής. Ο κροταφικός λοβός βρίσκεται κάτω από την πλάγια αύλακα και οι ινιακοί λοβοί διαχωρίζονται μέσω της βρεγματο-ινιακής σχισμής από τους βρεγματικούς και τους κροταφικούς λοβούς. Έτσι με τη σειρά, στον πρόσθιο κρανιακό βόθρο βρίσκονται οι μετωπιαίοι λοβοί, στο έξω τμήμα του βρίσκονται οι κροταφικοί λοβοί και οι ινιακοί λοβοί βρίσκονται προς τα πίσω και πάνω από την παρεγκεφαλίδα.
- Διάμεσο εγκέφαλο, που αποτελεί την κεντρική μοίρα του εγκεφάλου και τον σχηματίζουν ο επιθάλαμος, το ραχιαίο θάλαμο και ο υποθάλαμος.

- Μέσο εγκέφαλο, που είναι το τμήμα του εγκεφάλου στο οποίο δύο εγκεφαλικές συζυγίες συνδέονται με τον μέσο εγκέφαλο, συγκεκριμένα το 3^ο και το 4^ο εγκεφαλικό νεύρο. Μεταξύ του μέσου και του οπίσθιου βόθρου βρίσκεται το ρυγχαίο μέρος του εγκεφαλικού στελέχους. Μεταξύ του μέσου εγκεφαλικού ρυγχαίου και του προμήκη μυελού, η γέφυρα περιλαμβάνει το εγκεφαλικό στέλεχος και βρίσκεται στην πρόσθια μοίρα του οπίσθιου κρανιακού βόθρου. Επίσης η γέφυρα έχει σχέση με το 5^ο εγκεφαλικό νεύρο.
- Προμήκη μυελό, που περιλαμβάνει τμήμα του εγκεφαλικού στελέχους και πορεύεται στον νωτιαίο μυελό. Ο νωτιαίος μυελός υπάρχει μέσα στο οπίσθιο κρανιακό βόθρο. Εγκεφαλικά νεύρα που έχουν σχέση με τον προμήκη μυελό είναι το 9^ο, το 10^ο και το 12^ο εγκεφαλικό νεύρο. Το 6^ο και το 8^ο έχουν σχέση με την ένωση της γέφυρας και προμήκη μυελού.
- Παρεγκεφαλίδα, που βρίσκεται μέσα στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο. Καταλαμβάνει τη μεγάλη μάζα του εγκεφάλου που βρίσκεται πίσω από τη γέφυρα και τον προμήκη μυελό καθώς και κάτω από την οπίσθια μοίρα των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Η παρεγκεφαλίδα αποτελείται από δύο πλάγια ημισφαίρια που σμίγουν μεταξύ τους με μια στενή μέση μοίρα, τον σκώληκα (Moore et al., 2012).

Ο νωτιαίος μυελός βρίσκεται μέσα στην σπονδυλική στήλη και είναι η συνέχεια προς τα κάτω του προμήκη μυελού που φτάνει μέχρι την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Αποτελείται από νευρικό ιστό και καλύπτεται από τις τρεις μήνιγγες του εγκεφάλου και ενδιάμεσα της αραχνοειδούς και της χοριοειδούς μήνιγγας βρίσκεται ΕΝΥ. Τον νωτιαίο μυελό περιλαμβάνουν 31 ζεύγη νεύρων που χωρίζονται σε τρία πλέγματα, το αυχενικό πλέγμα, το βραχιόνιο πλέγμα και το οσφυϊκό πλέγμα (Mulroney & Mayers, 2010).

1.4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα χωρίζεται σε δύο τμήματα, το ΚΝΣ και το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (ΠΝΣ). Και τα δύο αυτά συστήματα έχουν βασικό ρόλο για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού έτσι ώστε να πραγματοποιεί διάφορες δραστηριότητες. Στο ΚΝΣ ανήκει ο εγκέφαλος μαζί με το νωτιαίο μυελό, ενώ στο ΠΝΣ ανήκουν τα νεύρα, τα νευρικά γάγγλια και οι αισθητικοί υποδοχείς. Επίσης το ΠΝΣ διακρίνεται σε δύο τμήματα το κινητικό και το αισθητικό, από τα οποία στέλνει πληροφορίες μέσω των αισθητήριων νευρών για να καταλήξουν στο ΚΝΣ (Mulroney & Mayers, 2010).

Στο ΚΝΣ, όπως προαναφέρθηκε, ανήκει ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός. Ο τελικός εγκέφαλος (τελεγκέφαλος) έχει δύο ημισφαίρια, που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμίδες νευρών, δηλαδή το μεγάλο μεσολόβιο και μικρότερους σύνδεσμούς (πρόσθιος, οπίσθιος και ιπποκάμπιοι). Τα δύο ημισφαίρια απαρτίζονται από τον έξω εγκεφαλικό φλοιό δηλαδή τη φαιά ουσία και την εσωτερική λευκή ουσία. Ο *διεγκέφαλος* είναι το τμήμα του εγκεφάλου που βρίσκεται μεταξύ των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και του στελέχους, και αποτελείται από το *θάλαμο* και τον *υποθάλαμο*. Αυτά τα δύο τμήματα έχουν σημαντικούς ρόλους τόσο για τη μεταφορά και επεξεργασία των πληροφοριών προς τον εγκεφαλικό φλοιό όσο και για τη ρύθμιση για τη μεταφορά ερεθισμάτων (πληροφοριών) (Mulroney & Mayers, 2010).

Αναλυτικά, ο ρόλος του θάλαμου είναι να μεταφέρει προς τον εγκεφαλικό φλοιό τις αισθητικές πληροφορίες αλλά και η τροποποίηση των κινητικών πληροφοριών. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει και ο υποθάλαμος, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη ρύθμιση διαφόρων δραστηριοτήτων του οργανισμού όπως της θερμοκρασίας του σώματος, του αναπαραγωγικού συστήματος, της πείνας και της δίψας, της ισορροπίας νερού και αλάτων, των κιρκαδικών ρυθμών, του αυτόνομου νευρικού συστήματος και τέλος είναι υπεύθυνος για τη ρύθμιση των ενδοκρινών λειτουργιών. Μεταξύ του νωτιαίου μυελού και του εγκεφαλικού φλοιού βρίσκεται η παρεγκεφαλίδα, η οποία ενώνει τόσο τις αισθητικές όσο και τις κινητικές πληροφορίες μεταξύ τους από το έσω ους με αποτέλεσμα την ιδιοδεκτικότητα, δηλαδή την ακούσια στάση του σώματος, αλλά και για τον προσανατολισμό και την κίνηση. Το εγκεφαλικό στέλεχος καταλαμβάνει το χαμηλότερο μέρος του εγκεφάλου και εκεί γίνεται η

ρύθμιση των αυτόνομων λειτουργιών όπως των καρδιαγγειακών και αναπνευστικών λειτουργιών του οργανισμού (σε αυτό συμβάλει και η γέφυρα), της κατάποσης, του εμετού αλλά και του αντανακλαστικού του βήχα (Mulroney & Mayers, 2010).

Τέλος το ΠΝΣ αποτελείται από κινητικούς και αισθητικούς νευρώνες και χωρίζεται σε δύο τμήματα, το σωματικό και το αυτόνομο τμήμα. Στο σωματικό τμήμα υπάρχουν οι κινητικές ίνες που νευρώνουν τους σκελετικούς μύες του σώματος. Στο αυτόνομο τμήμα υπάρχουν οι κινητικές και αισθητικές νευρικές ίνες που είναι υπεύθυνες για τον αυτόματο έλεγχο του ομοιοστατικού μηχανισμού στα όργανα (Mulroney & Mayers, 2010).

1.5. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Όπως έχει προαναφερθεί οι επιληπτικές κρίσεις διαταράσσουν τη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου και αυτό μπορεί να συμβεί με διάφορους τρόπους, με αποτέλεσμα η αιτιολογία για την εμφάνιση της νόσου να μην είναι μόνο μια αλλά να είναι πολλαπλή (Goldenberg, 2010). Η αιτιολογία των επιληπτικών κρίσεων διακρίνεται σε γενετική, σε διαρθρωτική-μεταβολική και σε αίτια τα οποία δεν έχουν γίνει ακόμα γνωστά. Στις περιπτώσεις που θεωρούνται γενετικής αιτιολογίας έχει παρατηρηθεί πως οι επιληπτικές κρίσεις δεν αποτελούσαν το βασικό σύμπτωμα της διαταραχής. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την επιληψία γενετικής αιτιολογίας, στις περιπτώσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται το σύνδρομο Dravet, οι εμπύρετες κρίσεις, η ανεπάρκεια γλυκόζης και το σύνδρομο West (Syvertsen et al., 2015).

Στις περιπτώσεις επιληψίας διαρθρωτικής μεταβολικής αιτιολογίας, το εγκεφαλικό και οι αιματοεγκεφαλικές αιχμές αποτελούσαν τις κύριες αιτίες της επιληψίας. Στις περιπτώσεις άγνωστης αιτιολογίας, συνήθως η αιτιολογία θεωρείται ότι είναι γενετική αλλά χωρίς να έχει γίνει διάγνωση. Οι ασθενείς που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία εμφανίζουν επιληπτική εγκεφαλοπάθεια και αναπτυξιακή καθυστέρηση χωρίς όμως να έχει διαπιστωθεί μία συγκεκριμένη αιτία (Syvertsen et al., 2015).

Συγκεκριμένα, ο υψηλός πυρετός που συμβαίνει πιο συχνά σε παιδιά αποτελεί μια βασική αιτία για την εκδήλωση της επιληψίας, επίσης οι διάφοροι τραυματισμοί που

μπορεί να υποστεί κάποιος στο κεφάλι είναι μια σοβαρή κατάσταση και αποτελεί μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, ακόμα η επιληψία μπορεί να προκληθεί και από κάποιες άλλες νευρολογικές παθήσεις του εγκεφάλου σε ηλικιωμένους ασθενείς όπως είναι το Alzheimer (Goldenberg, 2010).

Έρευνες αναφέρουν πως για να γίνει αντιληπτή η παθολογική προέλευση της επιληψίας θα πρέπει ο ασθενής να υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία. Όμως, η παθολογική προέλευση μπορεί να διαφέρει σύμφωνα με την ηλικία, όπου σε μικρότερη ηλικία παρατηρούνται συνήθως νευροαναπτυξιακές διαταραχές καθώς και παρεγκεφαλιδικές κύστεις. Στην εφηβική και ώριμη ηλικία η παθολογική προέλευση της επιληψίας συνδέεται συχνότερα με εσωκροταφική σκλήρυνση και νεοπλάσματα. Τέλος, στην μεγαλύτερη ηλικία παρατηρείται συνήθως αυξημένος επιπολασμός της επιληψίας διότι υπάρχει αυξημένη εμφάνιση νευροεκφυλιστικών νοσημάτων, αγγειακών εγκεφαλικών βλαβών καθώς και νεοπλασιών (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2016).

1.6. Η ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η επιληπτική κρίση συμβαίνει όταν τα νεύρα του εγκεφάλου (προσωρινά) δεν εμφανίζουν φυσιολογική λειτουργία κατά τη μεταξύ τους επικοινωνία με αποτέλεσμα να συμβεί μια σύγχυση του νευρωνικού πλέγματος. Από την ταραχή αυτή του νευρωνικού δικτύου μπορεί να αναδειχθούν πολλά συμπτώματα, όπως επίσης και το σημείο του εγκεφάλου από το οποίο έχει προκληθεί η επιληπτική κρίση. Έτσι, η δημιουργία των επιληπτικών κρίσεων συνήθως συμβαίνει όταν η διέγερση του εγκεφάλου είναι υψηλή αλλά και όταν η αναστολή του είναι μειωμένη (Moshé et al., 2015).

Η παθοφυσιολογία της επιληψίας αφορά την επιληπτογένεση και την ικανότητα μετάπτωσης του εγκεφάλου που δεν εμφανίζει επιληψία σε εγκέφαλο με ικανότητα να δημιουργήσει επιληπτικές κρίσεις. Η διαδικασία της επιληπτογένεσης είναι αποτέλεσμα μιας διαταραχής μεταξύ της διεγερτικής και ανασταλτικής δραστηριότητας σε νευρωνικό δίκτυο. Ο εγκέφαλος σε αυτή την περίπτωση υπερλειτουργεί και όταν αυτό επικρατεί διακόπτεται η φυσιολογική νευρωτική λειτουργία και αυτό μπορεί να επηρεάσει και άλλα νευρωτικά δίκτυα. Έτσι, τόσο για

τις γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις όσο και για την εστιακή επιληψία ευθύνονται διάφορα επιληπτογόνα δίκτυα. Στη φάση της γενικευμένης επιληψίας τα δίκτυα αυτά απλώνονται με αποτέλεσμα οι θαλαμοκορτικές δομές του εγκεφάλου να παγιδευτούν, ωστόσο στην εστιακή επιληψία τα επιληπτογόνα δίκτυα εμπλέκουν σε ένα ημισφαίριο τα νευρωτικά κυκλώματα (Thijs et al., 2019). Για τη μετέπειτα παρέμβαση που θα γίνει για τη θεραπεία, είναι πολύ βασικό να έχει βρεθεί το σημείο των δομών που δυσλειτουργεί και διαμορφώνει τις επιληπτικές κρίσεις (Moshé et al., 2015).

1.7. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Παρόλο που η κατάταξη της επιληψίας μπορεί να περιλαμβάνει πολλούς τρόπους, η Διεθνής Ένωση Κατά της Επιληψίας (ILAE) προτείνει (McPhee 2001) η ταξινόμηση των σπασμών να γίνεται σε *μερικές ή εστιακές και γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις*. Στους μερικούς ή εστιακούς σπασμούς γίνεται ερεθισμός σε ένα μόνο μέρος του εγκεφάλου σε αντίθεση με τους γενικευμένους όπου ο ερεθισμός γίνεται σε όλο τον εγκέφαλο. Ωστόσο, ένας ασθενής δεν εμφανίζει μόνο μια μορφή της επιληψίας αλλά έχει μεγάλες πιθανότητες να παρουσιάζει περισσότερες μορφές και αυτή η κατάσταση αποτελεί τους μικτούς σπασμούς (LeMone et al, 2014).

Οι εστιακοί επιληπτικοί σπασμοί διακρίνονται σε *απλή μερική επιληψία*, στην οποία δεν χαρακτηρίζονται από τη διαταραχή της συνείδησής, και σε *σύνθετη μερική επιληψία* όπου επηρεάζεται η συνείδηση του ατόμου. Έτσι, κλινικές εκδηλώσεις της *απλής μερικής επιληψίας* περιλαμβάνουν κυρίως την κινητική λειτουργία αλλά και αισθητικά σημεία ή αυτονομικά καθώς και ψυχικά. Συγκεκριμένα, από την επηρεασμένη κινητική περιοχή στον φλοιό του εγκεφάλου, παρουσιάζονται επαναλαμβανόμενες ετερόπλευρες μυϊκές συσπάσεις στο σώμα και ειδικά στο πρόσωπο ή στο δάχτυλο του χεριού, τα οποία όμως μπορεί να παραμείνουν μόνο σε ένα σημείο αλλά και να εξαπλωθούν σε διάφορα σημεία του σώματος. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις που παρουσιάζει ο ασθενής εμφανίζονται όταν έχει επηρεαστεί η αισθητική λειτουργία του εγκεφάλου (LeMone et al, 2014).

Οι διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος έχουν ως συμπτώματα την ταχυκαρδία, την υπόταση, την υπέρταση, φόβο που αισθάνεται ο ασθενής χωρίς να υπάρχει κάποιος παράγοντας που να προκαλεί φόβο, ψυχικές εκδηλώσεις και οργή.

Στη *σύνθετη μερική επιληψία*, όπως προαναφέρθηκε, επηρεάζεται η συνείδηση του ασθενή. Παρατηρείται ο ασθενής να κάνει άσκοπες κινήσεις, να τραβάει τα ρούχα του αλλά και μια διαμόρφωση στα χείλη του, συγκεκριμένα σε μια επιληπτική κρίση που θα του συμβεί, δεν είναι σε θέση να καταλαβαίνει τι του συμβαίνει. Άρα, δεν έχει επαφή με το περιβάλλον και την πραγματικότητα και αφού τελειώσει η κρίση συνήθως ο ασθενής δεν θυμάται τι του συνέβη. Για να αποκτήσει εντελώς την συνείδηση του και να συνέλθει στην πραγματικότητα θα πρέπει να περάσει ένα διάστημα ωρών (LeMone et al, 2014).

Στους γενικευμένους επιληπτικούς σπασμούς υπάρχει διαταραχή σε πιο σοβαρό βαθμό καθώς επηρεάζονται τα δύο ημισφαίρια αλλά και ο υποθάλαμος, το άνω εγκεφαλικό στέλεχος και τα βασικά γάγγλια. Οι συνηθέστερες μορφές σε αυτή την κατηγορία σπασμών είναι οι *αφαιρετικές* και οι *τονικοκλονικές* κρίσεις. Οι *αφαιρετικές επιληπτικές κρίσεις* παρουσιάζονται στους ενήλικες όμως είναι πιο συχνές σε παιδιά και διαφέρουν στη συχνότητα διότι μπορεί να είναι από ελάχιστες μέχρι και εκατοντάδες την ημέρα. Το παιδί στη φάση της κρίσης θα σταματήσει οποιαδήποτε κινητική δραστηριότητα, χάνει πάλι την συνείδηση του και δεν αντιδράει στα ερεθίσματα και θα έχει ένα προσηλωμένο βλέμμα. Η διάρκεια των κρίσεων κυμαίνεται συνήθως από 5 έως 10 δευτερόλεπτα και 30 δευτερόλεπτα σε πιο σπάνιες περιπτώσεις. Όταν συμβαίνει η κρίση τη στιγμή αυτή τα βλέφαρα αρχίζουν να παίζουν και παρατηρείται και πλατάγιασμα των χειλιών (LeMone et al, 2014).

Από την άλλη, στους ενήλικες παρατηρούνται πιο συχνά οι *τονικοκλονικοί* σπασμοί, οι οποίοι έχουν συχνά ένα χαρακτηριστικό που καλείται *αύρα* πριν συμβεί η κρίση και άλλοτε οι σπασμοί συμβαίνουν χωρίς κανένα σύμπτωμα. Οι *τονικοκλονικοί* σπασμοί διακρίνονται στην *τονική φάση* και σε *κλονική φάση*. Στην *τονική* φάση όπου εμφανίζεται η αύρα, ο ασθενής μπορεί να βιώσει διάφορα συμπτώματα όπως να αισθανθεί μια μεταλλική γεύση στο στόμα του ή και μια άσχημη οσμή καμένου λάστιχου καθώς και φωτεινές λάμψεις (LeMone et al, 2014).

Η απώλεια συνείδησης και οι οξείες τονικές μυϊκές συσπάσεις αποτελούν την αρχική φάση των τονικών σπασμών και διαρκούν περίπου 15 δευτερόλεπτα μέχρι και 1 λεπτό. Έτσι ο ασθενής χάνει την συνείδηση του και δεν είναι σε θέση να ελέγχει τις κινήσεις του με αποτέλεσμα να πέφτει κάτω, με τη χαρακτηριστική θέση που ονομάζεται «οπισθότονος». Στη θέση αυτή το σώμα του ασθενή είναι πολύ σφιγμένο και συγκεκριμένα οι σιαγόνες του, τα χέρια και τα πόδια του βρίσκονται σε έκταση. Άλλα χαρακτηριστικά της τονικής φάσης είναι επίσης η ακράτεια ούρων και

κοπράνων, η αναπνοή που σταματάει και ο ασθενής παρουσιάζει κυάνωση, και οι κόρες του ματιού που είναι σε μυδρίαση. Ακόμα, ένα άλλο χαρακτηριστικό που παρατηρείται κατά τη μυϊκή σύσπαση είναι ο ασθενής να βγάζει μια κραυγή από την αναπνοή που εξέρχεται από τους πνεύμονες (LeMone.et al, 2014).

Η κλονική φάση συμβαίνει αφού έχει προηγηθεί η τονική φάση, έτσι μαζί με την τονικοκλονική φάση έχουν διάρκεια όχι παραπάνω από 60-90 δευτερόλεπτα. Η εναλλασσόμενη σύσπαση και χάλαση των μυών στα άκρα μαζί με υπεραερισμό αποτελούν χαρακτηριστικά της κλονικής φάσης, όπου τα μάτια του ασθενή στρίβουν προς τα πίσω και βγάζει αφρούς από το στόμα του ενώ τα συμπτώματα υποχωρούν σιγά σιγά. Αφού έχει συμβεί η κλονική φάση, ο ασθενής είναι αναισθητός χωρίς να αντιδράει στα ερεθίσματα, και η φάση αυτή ονομάζεται μετακριτική φάση. Στη συνέχεια, ο ασθενής αναπνέει ήρεμα και βαθμιαία επανέρχονται οι αισθήσεις του, όμως όταν ξυπνήσει υπάρχει περίπτωση να βρίσκεται σε ταραχή. Επίσης, ο ασθενής λόγω της κόπωσης, της κεφαλαλγία και των μυϊκών πόνων υπάρχει περίπτωση να πέσει σε βαθύ ύπνο για πολλές ώρες (LeMone.et al, 2014).

Γενικά, οι τονικοκλονικοί σπασμοί μπορεί να αποβούν μοιραίοι και να καταλήξουν ακόμα και σε θάνατο διότι δεν έχουν κάποιο προειδοποιητικό χαρακτηριστικό και έτσι οι ασθενείς μπορεί να πάθουν από κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κατάγματα, εγκαύματα μέχρι και τροχαία ατυχήματα. Ωστόσο, μια πιο σοβαρή διαταραχή που συμβαίνει κατά την επιληπτική δραστηριότητα, και είναι σημαντικό να αναφερθεί, είναι η επιληπτική κατάσταση. Στη φάση αυτή οι επιληπτικές κρίσεις είναι έντονες και συνεχιζόμενες με μικρά ενδιάμεσα διαστήματα ηρεμίας και συνήθως αποτελούν τους γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς. Παράλληλα, άλλο ένα χαρακτηριστικό είναι η δυσκολία στην αναπνοή διότι οι πολυάριθμες μυϊκές συσπάσεις φράζουν τον αεραγωγό. Στην περίπτωση που η επιληπτική κατάσταση επιμένει, η πιθανότητα να προκληθούν μια σειρά από διαταραχές όπως, υποξία, οξέωση, υπογλυκαιμία, υπερθερμία καθώς και εξάντληση είναι αρκετά μεγάλη (LeMone et al, 2014).

1.8. Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται πως υπάρχει διαφωνία μεταξύ των επιστημόνων ως προς την ταξινόμηση και την περιγραφή της επιληψίας (Παπαγιαννοπούλου & Γούσια, 2011). Ωστόσο, η ταξινόμηση που έχει προτείνει η ILAE (Διεθνής ένωση κατά της Επιληψίας) παρατηρείται ότι είναι η πιο αποτελεσματική και πρακτική. Η ταξινόμηση αυτή διαχωρίζει αρχικά την επιληψία από τις επιληπτικές κρίσεις, ορίζοντας πως οι επιληπτικές κρίσεις έχουν μια αρχή και ένα τέλος, ενώ η επιληψία αποτελεί μια χρόνια δυσλειτουργία. Έτσι, η Διεθνής ένωση κατά της Επιληψίας ταξινομεί την επιληψία σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με την εστία της επιληπτικής κρίσης. Ειδικότερα, οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται σε (Σταματοπούλου και συν., 2012):

1. *εστιακές συσχετιζόμενες με την εντόπιση*, οι οποίες ανάλογα με την αιτιολογία περιλαμβάνουν ιδιοπαθείς, συμπτωματικές και την κρυπτογενείς επιληψίες
2. *γενικευμένες επιληψίες*, που επίσης έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με τις εστιακές, δηλαδή ανάλογα με την αιτιολογία περιλαμβάνουν ιδιοπαθείς, κρυπτογενείς και συμπτωματικές επιληψίες
3. *επιληψίες και σύνδρομα που είναι ακαθόριστα ως προς την εντόπιση*
4. *ειδικά σύνδρομα συσχετιζόμενα με συγκεκριμένες καταστάσεις* (Σταματοπούλου και συν., 2012).

Ειδικότερα, στις ιδιοπαθείς επιληψίες τα αίτια που τις προκαλούν οφείλονται περισσότερο σε γενετική προέλευση, δηλαδή η επιληψία προκαλείται πιθανόν λόγω κληρονομικότητας. Στην συμπτωματική επιληψία υπάρχει εμφανής αιτία που την προκαλεί δηλαδή βλάβες που συμβαίνουν στον φλοιό του εγκεφάλου και τέλος, στην κρυπτογενή επιληψία η αιτιολογία που την προκαλεί είναι αδύνατον να καθοριστεί (Σταματοπούλου και συν., 2012).

Η επιληψία βάσει της διαγνωστικής κατηγορίας διακρίνεται σε τρεις τύπους (Σταματοπούλου και συν., 2012):

- I. *Σχετιζόμενες με εντόπιση* (εστιακές, τοπικές και μερικές) επιληψίες και σύνδρομα. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ιδιοπαθείς επιληψίες που η έναρξη τους σχετίζεται με την ηλικία, συμπτωματικές επιληψίες που εκδηλώνονται με απλές μερικές κρίσεις, συμπτωματικές επιληψίες με

σύνθετες μερικές κρίσεις, συμπτωματικές με δευτερεύοντες γενικευμένες κρίσεις και κρυπτογενείς επιληψίες όπου δεν είναι γνωστό αν το σύνδρομο είναι ιδιοπαθές ή συμπτωματικό.

- II. Σε γενικευμένες επιληψίες και σύνδρομα, που περιλαμβάνουν γενικευμένες ιδιοπαθείς επιληψίες όπου η έναρξη σχετίζεται με την ηλικία, γενικευμένες κρυπτογενείς ή συμπτωματικές επιληψίες και γενικευμένες συμπτωματικές επιληψίες.
- III. Σε επιληψίες και σύνδρομα που δεν έχουν προσδιοριστεί εάν είναι εστιακές ή γενικευμένες, που περιλαμβάνουν α) νεογνικές κρίσεις, οι οποίες εκδηλώνονται με γενικευμένες και με εστιακές κρίσεις β) την σοβαρή μυοκλονική επιληψία βρεφικής ηλικίας που εκδηλώνεται και με γενικευμένες και με εστιακές κρίσεις γ) την επιληψία με συνεχή εκφόρτιση συμπλέγματος αιχμής-κύματος κατά τη διάρκεια βραδυκυματικού ύπνου που εμφανίζεται και με γενικευμένες κρίσεις και με εστιακές δ) επίκτητη επιληπτική αφασία που εκδηλώνεται και με γενικευμένες και με εστιακές κρίσεις ε) άλλες μη καθορισμένες επιληψίες που δεν προσδιορίζονται παραπάνω και εκδηλώνονται και με γενικευμένες και με εστιακές κρίσεις και τέλος ζ) χωρίς σαφή γενικευμένα ή εστιακά χαρακτηριστικά (Σταματοπούλου και συν., 2012).

1.9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για να γίνει μια ακριβής διάγνωση της νόσου είναι πολύ σημαντικό να έχει προηγηθεί μια σωστή και λεπτομερή λήψη ιστορικού που θα ξεκινά από την εμβρυική ζωή, τις συνθήκες του τοκετού καθώς και τα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου με επιληψία, δίνοντας έμφαση στα νοσήματα που έχει περάσει στην παιδική του ηλικία και ακόμα μεγαλύτερη προσοχή στα νοσήματα που είχαν μεγάλη διάρκεια όπως αμνησία, κατάγματα του κρανίου ή και ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα (Βασιλόπουλος και συν., 2008). Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, για να τεθεί η διάγνωση της επιληψίας θα πρέπει στο ιστορικό του ασθενή να έχουν προηγηθεί δυο επιληπτικές κρίσεις τουλάχιστον σε διάστημα μεγαλύτερο των 24 ωρών. Επίσης, οι κλινικο-εργαστηριακές εξετάσεις στις περιπτώσεις επιληψίας τείνουν να δείχνουν μεγαλύτερες πιθανότητες

εμφάνισης νέων επεισοδίων, καθώς και κάποιο επιληπτικό σύνδρομο (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2016).

Ο οικογενειακός γιατρός σε συνεργασία με τον νευρολόγο, εξετάζοντας την κατάσταση του ασθενή, μπορούν να καταλήξουν σε μια σωστή διάγνωση διευκρινίζοντας εάν τα επεισόδια αντιπροσωπεύουν επιληπτικές κρίσεις και σε αυτή την περίπτωση, σε ποιο επιληπτικό σύνδρομο κατηγοριοποιούνται. Έτσι η σωστή και έγκυρη διάγνωση θα διευκολύνει πολύ τη ζωή των ασθενών, τόσο την καθημερινότητα τους όσο και την υγεία τους. Πολλές φορές η διάγνωση της επιληψίας είναι δύσκολη διότι υπάρχουν μη επιληπτικές εκδηλώσεις που μιμούνται τις επιληπτικές κρίσεις όπως η συγκοπή, ο υπερβολικός ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας και οι ψευδοεπιληπτικές κρίσεις αλλά και πραγματικές επιληπτικές κρίσεις που προκαλούνται από μη νευρολογική κατάσταση, οι οποίες δυσκολεύουν τη σωστή διάγνωση (Blume, 2003).

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ) αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων. Σε HEΓ πρέπει να υποβληθούν οι ενήλικες ασθενείς των οποίων το κλινικό ιστορικό δείχνει ότι η κρίση προέρχεται από την επιληψία ενώ θα πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς με συγκοπή επειδή μπορεί να υπάρξει ψευδώς θετικό αποτέλεσμα. Με το HEΓ εντοπίζεται η εμφάνιση ενός συγκεκριμένου τύπου επιληψίας ενώ επίσης το HEΓ προειδοποιεί και για επανεμφάνιση της κρίσης (Jackson, 2014). Το HEΓ και η κλινική εξέταση φαίνεται να μην επαρκούν σε ασθενείς με δυσκολία διάγνωσης όποτε θα πρέπει να υποβληθούν ακόμα σε μια άλλη μέθοδο από την οποία μπορεί να γίνει και η τελική διάγνωση τους, αυτή της μακροχρόνιας παρακολούθησης βίντεο-HEΓ (Thijs et al., 2019). Το βίντεο-HEΓ χρησιμοποιείται για να γίνει μια σωστή ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων αλλά και για τον καλύτερο ορισμό της έναρξης της επιληψίας (Fong, 2001). Άλλες εξετάσεις που πρέπει να γίνουν στον ασθενή για τη διάγνωση της επιληψίας είναι η μαγνητική τομογραφία, η οποία επιτρέπει την υψηλή ανάλυση, την πολυεπίπεδη απεικόνιση και είναι μη επεμβατική εξέταση, κ.α. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να αναγνωρίσει παθολογικά ευρήματα του εγκεφάλου και έτσι να βρει γρήγορα τον ιστό που πάσχει στον εγκέφαλο. Επίσης, ένα σημαντικό σύνδρομο της επιληψίας, η ιπποκάμπος σκλήρυνση, μπορεί να καταγραφεί από τη μαγνητική τομογραφία και στη συνέχεια η αντιμετώπιση της μπορεί να γίνει χειρουργικά (Fong, 2001).

1.10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1.10.1. Φαρμακευτική θεραπεία

Η επιληψία συχνά είναι μια χρόνια νόσος με διαταραχές του εγκεφάλου οι οποίες δεν υποχωρούν αυτόματα, με εξαίρεση την καλοήγη εστιακή επιληψία της παιδικής ηλικίας. Για το λόγο αυτό γίνεται με μεγάλη προσοχή η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (Βασιλόπουλος et al., 2008). Η μονοθεραπεία αποτελεί μια καλή αρχή για τη θεραπεία της επιληψίας. Συγκεκριμένα, η καρβαμαζεπίνη είναι ένα φάρμακο το οποίο χορηγείται συνήθως για να αντιμετωπιστούν οι εστιακές κρίσεις, καθώς σε ερευνητικές μελέτες που έχουν γίνει μέχρι τώρα δεν έχει βρεθεί κανένα φάρμακο το οποίο να έχει καλύτερα αποτελέσματα για τις κρίσεις αυτές. Επίσης, το βαλπροϊκό οξύ είναι ένα φάρμακο που από παλιά χορηγείται για τις γενικευμένες τονοκλονικές κρίσεις και αποτελεί και σήμερα την πρώτη επιλογή για τη θεραπεία τους αλλά έχουν εισαχθεί και άλλα φάρμακα όπως η λαμοτριγίνη και η λεβετιρακετάμη ως φάρμακα πρώτης επιλογής. Συγκεκριμένα, για τις γενικευμένες κρίσεις χορηγείται βαλπροϊκό οξύ (Valproat) ένα πιο αποτελεσματικό φάρμακο σε σύγκριση με τα υπόλοιπα, όμως πρόσφατες μελέτες αναφέρουν πως το φάρμακο αυτό δεν συνιστάται για τις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία διότι υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης γενετικών διαταραχών στο παιδί εάν δεν τηρούνται οι όροι μιας προγραμματισμένης εγκυμοσύνης.

1.10.2. Χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική επέμβαση, από την άλλη, θεωρείται μια σημαντική θεραπεία για τα άτομα στα οποία η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι τόσο ισχυρή για τη θεραπεία της επιληψίας (Tomson & Söderberg Löfdal, 2020). Για να υποβληθεί ο ασθενής στη χειρουργική επέμβαση είναι σημαντικό να έχει κάνει μια σειρά προεγχειρητικών εξετάσεων που θα καθορίσουν ακριβώς το επιληπτικό τμήμα του εγκεφάλου (Perucca et al., 2018).

Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα που χορηγούνται για την επιληψία στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται να μην είναι αποτελεσματικά. Ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει πως οι ασθενείς οι οποίοι είχαν πάρει αντιεπιληπτικά φάρμακα εξακολουθούσαν να εμφανίζουν επιληπτικές κρίσεις ενώ όσοι είχαν ελεγχόμενες επιληπτικές κρίσεις είχαν σοβαρές παρενέργειες από τα φάρμακα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μια

αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία. Έτσι για όσους δεν έχουν καλή πρόγνωση της νόσου η χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του παθογόνου τμήματος στον εγκέφαλο αποτελεί την τελική θεραπεία. Η γενετική θεραπεία μπορεί επίσης να αντικαταστήσει την φαρμακευτική αγωγή και έτσι με την κατάλληλη επέμβαση στο παθολογικό τμήμα του εγκέφαλου γίνεται η αντιμετώπιση με τοπικά αποτελέσματα βέβαια (Simonato, 2014).

1.10.3. Κετογενική διαίτα

Η κετογενική διαίτα έχει βρεθεί πως είναι αποτελεσματική στην επιληψία, ιδίως στην παιδική ηλικία εφόσον οι φαρμακευτική αγωγή δεν είχε κάποιο αποτέλεσμα. Η θεραπεία αυτή περιλαμβάνει μια διαίτα σύμφωνα με την οποία πρέπει να καταναλωθούν τροφές υψηλές σε λιπαρά, χαμηλές σε πρωτεΐνες και επίσης τροφές που είναι χαμηλές σε υδατάνθρακες. Μελέτες της μεθόδου αυτής για τη θεραπεία της επιληψίας έδειξαν πως ένα καλό ποσοστό των παιδιών που έβαλαν στη διατροφή τους φαγητά με αυτά τα συστατικά είχαν μια σημαντική μείωση των επιληπτικών κρίσεων κατά 50% (Perucca et al., 2018).

Σύμφωνα με άλλη μελέτη, σημαντικό είναι την περίοδο που ο ασθενής θα ξεκινήσει τη διαίτα να βρίσκεται υπό παρακολούθηση για να ελεγχθεί το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα αλλά και οι κετόνες στα ούρα. Με την παρακολούθηση του ασθενή στο νοσοκομείο δίνονται και οδηγίες στους συγγενείς του για τη σωστή χρήση των ταινιών μέτρησης σακχάρου (Dextrostix), για να μπορούν να ελέγχουν τα επίπεδα σακχάρου, και των ταινιών Multistix για την παρακολούθηση της κετόνης στα ούρα (Corrola et al., 2002). Επίσης, έχει βρεθεί ότι ασθενής θα πρέπει να παραμένει νηστικός για τουλάχιστον 24-48 ώρες έτσι ώστε να πραγματοποιείται η κέτωση ταχύτερα. Η διαφορά, με τις επιληπτικές κρίσεις να μειώνονται σημαντικά, παρατηρήθηκε ακόμα και όταν ο ασθενής βρισκόταν στην περίοδο της νηστείας, σύμφωνα με τους Freeman & Vining (Freeman & Vining, 1999 in Stafstrom et al., 2003).

1.10.4. Νευροδιαμόρφωση

Η νευροδιαμόρφωση αποτελεί μια επιπλέον λύση για τη θεραπεία της επιληψίας. Σε περίπτωση που η χειρουργική θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική ή δεν είναι εφικτή για να πραγματοποιηθεί, η νευροδιέγερση μπορεί να είναι μια τεχνική για καλύτερα αποτελέσματα ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της νόσου. Μπορεί να χορηγηθεί είτε με ανοιχτό βρόχο, δηλαδή μετά από προγραμματισμό, είτε με κλειστό βρόχο σε περίπτωση μιας επιληπτικής κρίσης. Η τεχνική αυτή επιτρέπει την εφαρμογή ηλεκτρικών παλμών στον εγκέφαλο και σε περιφερικά νεύρα με αποτέλεσμα να εξαφανιστούν οι τυχόν κρίσεις που έχουν εμφανιστεί. Τα αποτελέσματα αυτής της τεχνικής, όταν είναι προγραμματισμένη η διέγερση στο κολπικό νεύρο, αλλά και η βαθιά εγκεφαλική διέγερση, φαίνεται να είναι αρκετά ικανοποιητικά καθώς σε ασθενείς έχει παρατηρηθεί μια σημαντική μείωση κατά 50% της συχνότητας των επιληπτικών κρίσεων και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους ενώ υπάρχει περίπτωση να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης για τον ξαφνικό απροσδόκητο θάνατο στην επιληψία (SUDEP) (Thijs et al, 2019).

1.11. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η ιδανική πρόγνωση της επιληψίας είναι μια κατάσταση στην οποία οι ασθενείς απαλλάσσονται πλήρως από τις επιληπτικές κρίσεις. Ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, πάνω από 70%, έχουν μακροχρόνια μείωση των επιληπτικών κρίσεων, με τους περισσότερους ασθενείς να εμφανίζουν ύφεση μέσα στην πενταετία από τη στιγμή της διάγνωσης τους. Διάφορα γνωρίσματα είναι σημαντικά για την καλή πρόγνωση της επιληψίας, όπως η ηλικία που ξεκίνησαν οι επιληπτικές κρίσεις, ο αριθμός των επιληπτικών κρίσεων που εμφάνιζαν οι ασθενείς στην αρχική φάση της εκδήλωσης της νόσου καθώς και η γρήγορη ανταπόκριση στα αντιεπιληπτικά φάρμακα ενώ επίσης και τα ηλεκτροεγκεφαλικά ευρήματα βοηθάνε για να έχουν οι ασθενείς μια καλή πρόβλεψη της ασθένειάς τους (Sander, 2003).

Η πρόγνωση της επιληψίας διερευνάται συνήθως σε χώρες με χαμηλό εισόδημα και σε ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο όμως δεν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική θεραπεία. Η αιτιολογία της επιληψίας αποτελεί τον βασικό προγνωστικό παράγοντα που θα δείξει εάν οι επιληπτικές κρίσεις θα επανεμφανιστούν. Σύμφωνα με τον Sander,

η πρόγνωση περιλαμβάνει τέσσερις διαβαθμίσεις: α) την εξαιρετική πρόγνωση, στην οποία παρατηρείται μια σημαντική υποχώρηση των συμπτωμάτων, β) την καλή πρόγνωση, όπου η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βελτιώσει τις κρίσεις και να παρατηρηθεί μια αυτόματη ελάττωση των κρίσεων, γ) την αβέβαιη πρόγνωση, δηλαδή όταν οι κρίσεις μπορούν να ελεγχθούν με φάρμακα όμως όταν γίνει η διακοπή τους μπορεί να εμφανιστούν υποτροπές της νόσου και τέλος δ) την κακή πρόγνωση όπου παρόλη τη φαρμακευτική θεραπεία οι σπασμοί επαναλαμβάνονται συνεχώς (Beghi 2020).

Παρόλη την καλή πρόγνωση που μπορεί να έχει, σε ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που πάσχει από επιληψία και έχει ελεγχόμενες επιληπτικές κρίσεις δεν αποκλείεται ο αυξημένος κίνδυνος θανάτου σε σχέση με ασθενείς που δεν πάσχουν από επιληψία. Συγκεκριμένα, περισσότερο κινδυνεύουν άτομα τα οποία έχουν διαγνωστεί με μακροχρόνια επιληψία και είναι νέα σε ηλικία. Επίσης, ασθενείς που έχουν υποστεί τραύματα και σοβαρές επιληπτικές κρίσεις διατρέχουν υψηλό κίνδυνο (Sander, 2003).

1.12. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η επιληψία είναι μια ασθένεια στην οποία οι ασθενείς καλούνται να έρθουν αντιμέτωποι με διάφορες δυσάρεστες καταστάσεις καθώς και ψυχοκοινωνικές προκλήσεις στην πορεία της ζωής τους. Αποτελεί μια ασθένεια που μπορεί να φέρει κοινωνικό στίγμα με αποτέλεσμα οι ασθενείς να νιώθουν περιορισμένοι τόσο στην απασχόληση τους, λόγω των κινητικών δυσκολιών που τους προκαλεί η νόσος, αλλά και στις κοινωνικές και εκπαιδευτικές ευκαιρίες που τους δίνονται (Smith et al., 2015).

Έτσι λοιπόν, οι νοσηλευτές κατέχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην επίτευξη σωστής φροντίδας των ασθενών με επιληψία, με την παροχή κατάλληλων πληροφοριών αλλά και εκπαιδεύοντας τους ασθενείς στην αυτοδιαχείρισή της επιληψίας και συζητώντας επίσης μαζί τους αλλά και με τις οικογένειες τους για τις εναλλακτικές θεραπείας που επιθυμούν. Επίσης, βασικό είναι οι νοσηλευτές να φροντίζουν οι οικογένειες των ασθενών να έχουν καλές γνώσεις πρώτων βοηθειών για να αντιμετωπίσουν σωστά τις επιληπτικές κρίσεις(Smith et al., 2015).

Άλλος ένας σημαντικός ρόλος που έχουν οι νοσηλευτές είναι αυτός της υποστήριξης των ασθενών με επιληψία αλλά και της εκπαίδευσης του ευρύτερου

κοινού για να υπάρξει διαφορετική στάση προς αυτούς τους ασθενείς. Ακόμα, με τη βοήθεια ερωτήσεων που μπορούν να γίνουν στους ασθενείς, οι νοσηλευτές μπορούν να αξιολογήσουν τις βασικές ανάγκες τους και στη συνέχεια να τις ικανοποιήσουν. Μέσα από κατάλληλες ερωτήσεις, οι νοσηλευτές μπορούν να καταλάβουν εάν οι ασθενείς έχουν ή όχι επαρκή γνώση για τη νόσο τους, εάν είναι σε ετοιμότητα για τη θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων, καθώς και τους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν τόσο κοινωνικούς όσο και εκπαιδευτικούς ή εργασιακούς, την ψυχολογική κατάσταση τους κ.α. (Smith et al., 2015).

1.12.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια επιληπτικού επεισοδίου

Είναι πολύ σημαντικό οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ένα επιληπτικό επεισόδιο να είναι άμεσες, όπως να ενημερωθεί άμεσα γιατρός σε περίπτωση που οι σπασμοί διαρκούν περισσότερο από το συνηθισμένο, όταν μετά από έναν μεγάλο σπασμό ακολουθεί και άλλος χωρίς στο ενδιάμεσο να έχει ανακτήσει ο ασθενής τις αισθήσεις του, καθώς και όταν στην έναρξη των σπασμών ο ασθενής πέσει και χτυπήσει το κεφάλι του και δεν έχει τις αισθήσεις του. Επίσης, οι οικογένειες των ασθενών θα πρέπει εκπαιδεύονται ώστε να έχουν γνώσεις για το τι πρέπει να κάνουν σε περίπτωση επιληπτικής κρίσης, δηλαδή ότι α) δεν μετακινούμε τον ασθενή β) δεν περιορίζουμε τις κινήσεις του γ) δεν βάζουμε αντικείμενα στο στόμα του δ) δεν δίνουμε τίποτα στον ασθενή να πιεί (Σταματοπούλου και συν., 2012).

Συγκεκριμένα, οι παρευρισκόμενοι σε ένα επιληπτικό επεισόδιο θα πρέπει να:

1. Διατηρούν την ψυχραιμία τους και να χρονομετρούν την κρίση
2. Απομακρύνουν αντικείμενα γύρω από τον ασθενή που μπορούν να του προκαλέσουν τραυματισμό κατά τη διάρκεια της κρίσης
3. Χαλαρώνουν τα ρούχα του ασθενή και βγάζουν τα γυαλιά του σε περίπτωση που φοράει
4. Τοποθετούν τον ασθενή σε θέση ανάνηψης. Στόχος είναι η διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού
5. Γυρίζουν το κεφάλι του στο πλάι ώστε να μην καταπιεί ενδεχόμενα εμέσματα
6. Τοποθετούν κάτι μαλακό κάτω από το κεφάλι του
7. Δείχνουν κατανόηση στον ασθενή μετά την κρίση (Σταματοπούλου και συν., 2012).

2. ΣΚΟΠΟΣ

Από τις προηγούμενες ενότητες της παρούσας εργασίας γίνεται αντιληπτό ότι η επιληψία αποτελεί μια σοβαρή και χρόνια νευρολογική πάθηση η οποία προκαλεί στους ασθενείς που ζουν με αυτή ποικίλες διαταραχές, τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές. Επίσης, γίνεται αντιληπτό ότι οι νοσηλευτές μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην προαγωγή των καλύτερων δυνατών εκβάσεων που αφορούν την υγεία των ατόμων αυτών. Η διερεύνηση και ανασκόπηση σύγχρονων επιστημονικών άρθρων της διεθνούς βιβλιογραφίας που εξέτασαν το ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα ενηλίκων ατόμων που πάσχουν από επιληψία αποτέλεσε τον βασικό σκοπό της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που ακολουθεί.

3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με τη βοήθεια της μηχανής αναζήτησης Pubmed για την εύρεση της κατάλληλης επιστημονικής βιβλιογραφίας. Χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος *epilepsy AND nurs* AND care* με φίλτρα ελληνική ή αγγλική γλώσσα, έτος δημοσίευσης την τελευταία πενταετία και ηλικία μελετώμενου πληθυσμού ενήλικες 19+ ετών.

3.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ

Συμπεριελήφθησαν ερευνητικές μελέτες εφόσον το ερευνητικό τους ερώτημα αφορούσε α) ενήλικες ασθενείς με επιληψία β) θεραπευτικές παρεμβάσεις γ) αξιολόγηση παρεμβάσεων που αφορούσαν νοσηλευτική φροντίδα ως προς οποιαδήποτε έκβαση και ήταν δημοσιευμένες σε επιστημονικό περιοδικό την τελευταία δεκαετία. Αποκλείστηκαν ερευνητικά πρωτόκολλα, μελέτες που δεν

αφορούσαν ασθενείς με επιληψία ή δεν αναφέρονταν σε ενήλικες ασθενείς με επιληψία και περιλήψεις συνεδρίων.

3.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

Η διαδικασία επιλογής μελετών απεικονίζεται στο Σχήμα 1. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των πλήρων κειμένων των τίτλων που θεωρήθηκαν σχετικοί με το σκοπό της εργασίας βάσει των κριτηρίων επιλεξιμότητας και καταγράφηκαν οι λόγοι αποκλεισμού των μελετών.

Η αναζήτηση στην Pubmed απέδωσε 123 τίτλους. Από την ανάγνωση των τίτλων και των συνοδών περιλήψεων τους σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας επιλέχθηκαν προς ανάγνωση 15 πλήρη κείμενα. Μετά από ανάγνωση των πλήρων κειμένων των επιστημονικών άρθρων σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας, το υλικό της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης αποτέλεσαν 11 δημοσιεύσεις επιστημονικών μελετών.

3.4. ΕΞΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

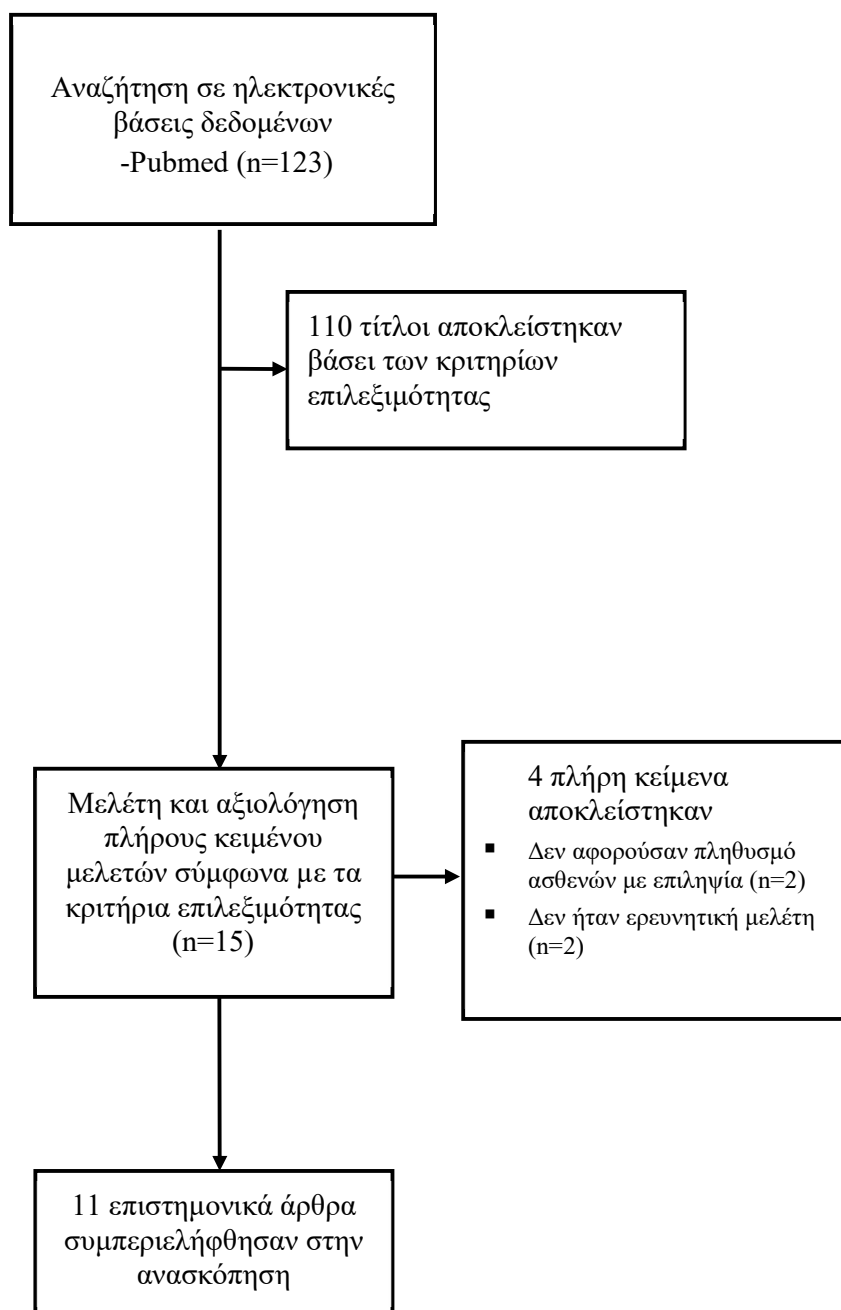
Τα βασικά χαρακτηριστικά των επιλεγμένων μελετών (επίθετο πρώτου συγγραφέα, χρονολογία δημοσίευσης, είδος μελέτης, σκοπός μελέτης, κύρια ευρήματα) εξάχθηκαν και αποτυπώθηκαν με τη μορφή πίνακα (Πίνακας 1). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση του περιεχομένου τους, η οποία οδήγησε σε οργάνωση και αναφορά των σύγχρονων ερευνητικών ευρημάτων σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή στην φροντίδα ενηλίκων που πάσχουν από επιληψία, σε θεματικές ενότητες.

Εντοπισμός

Διαλογή

Επιλεξιμότητα

Συμπερίληψη



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
Higgins et al., (2018a), Ιρλανδία	Ποσοτική μελέτη με χρήση ερωτηματολογίων σε 505 ασθενείς με επιληψία.	Σύγκριση του επιπέδου φροντίδας μεταξύ ασθενών με επιληψία που έλαβαν φροντίδα από εξειδικευμένο νοσηλευτή επιληψίας (ESN) και εκείνων που δεν έλαβαν τέτοια φροντίδα.	Η παρακολούθηση των ασθενών από τους ειδικούς νοσηλευτές επιληψίας φάνηκε να είναι αποτελεσματικότερη καθώς βρέθηκε ότι παρείχαν στους ασθενείς τους περισσότερες πληροφορίες και μεγαλύτερη υποστήριξη σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν φροντίδα από ειδικούς νοσηλευτές.
Higgins et al. (2018b), Ιρλανδία	Μελέτη μικτής μεθοδολογίας σε 12 νοσηλευτές, 24 μέλη διεπιστημονικής ομάδας και 35 ασθενείς με επιληψία.	Διερεύνηση του ηγετικού ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή επιληψίας.	Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές επιληψίας έχουν ηγετικό ρόλο στην: α) εξέλιξη των υπηρεσιών και βελτίωση της πρακτικής β) καλλιέργεια των ικανοτήτων εντός της επιστημονικής ομάδας, γ)ανάπτυξη εκπαιδευτικών

			προγραμμάτων για τους ασθενείς δ) άσκηση επιρροής μέσω επιτροπών ε) προώθηση του ρόλου τους.
Higgins et al. (2019), Ιρλανδία	Ποιοτική μελέτη σε 35 ασθενείς με επιληψία, 12 ειδικούς νοσηλευτές επιληψίας και 24 πολυεπιστημονικά μέλη με χρήση συνεντεύξεων.	Διερεύνηση του κλινικού ρόλου των εξειδικευμένων νοσηλευτών επιληψίας.	Οι ειδικοί νοσηλευτές επιληψίας κατέχουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών με επιληψία για την αυτοδιαχείριση της ασθένειας τους καθώς και στην ενημέρωση, την παρακολούθηση και την θεραπεία της νόσου. Όμως, παρατηρήθηκε και έλλειψη γνώσεων σχετικά με την παροχή πληροφοριών για τη διάγνωση και την παροχή πληροφοριών για τον ξαφνικό θάνατο από την νόσο.
Kaddumukasa et al. (2019), ΗΠΑ	Ποιοτική μελέτη με 48 συμμετέχοντες (31 ασθενείς με επιληψία και 17 φροντιστές τους) με χρήση συνέντευξης.	Διερεύνηση των εμποδίων στη φροντίδα των ατόμων με επιληψία.	Το κύριο εμπόδιο στη φροντίδα της επιληψίας είναι οι περιορισμένες γνώσεις για την επιληψία των ατόμων με επιληψία και των φροντιστών τους. Η βελτίωση της ευαισθητοποίησης και των γνώσεων σχετικά με την επιληψία εντός των κοινοτήτων και οι κατάλληλες υπηρεσίες

			παροχής υγειονομικής περίθαλψης για την επιληψία θα συμβάλουν στη μείωση των εμποδίων και στη βελτίωση της φροντίδας.
Leenen et al. (2017), Ολλανδία	Μελέτη σκοπιμότητας μιας ομαδικής παρέμβασης σε 52 ασθενείς με επιληψία, 37 συγγενείς και 6 νοσηλευτές με χρήση συνεντεύξεων	Αξιολόγηση της σκοπιμότητας, της πιστότητας και της αποδοχής μιας πολυσύνθετης ομαδικής εκπαιδευτικής παρέμβασης αυτοδιαχείρισης (MCI) και διερεύνηση της γνώμης των συγγενών και των φροντιστών σχετικά με την παρέμβαση.	Η παρέμβαση MCI φάνηκε να είναι αρκετά αποτελεσματική καθώς το ποσοστό που συμμετείχε ήταν υψηλό και οι συνεδρίες που πραγματοποιήθηκαν φάνηκαν ωφέλιμες στους ασθενείς, στους συγγενείς και στους φροντιστές. Επίσης, η κοινωνική υποστήριξη από έναν συγγενή αλλά και η ανταλλαγή ιδεών με άλλους ασθενείς με επιληψία θεωρήθηκαν σημαντικές.
Ozanne et al. (2016), Σουηδία	Ποιοτική μελέτη στην οποία τέθηκαν ανοιχτές ερωτήσεις σε 80 ασθενείς με επιληψία πριν και μετά την υποβολή τους σε επέμβαση για την επιληψία.	Διερεύνηση των πεποιθήσεων των ασθενών πριν την χειρουργική τους επέμβαση για την επιληψία αλλά και των εμπειριών τους μετά από την επέμβαση.	Πριν την επέμβαση οι ασθενείς πίστευαν ότι μετά την επέμβαση θα έχουν μια καλύτερη κοινωνική ζωή, ότι θα είχαν λιγότερες επιληπτικές κρίσεις και φάρμακα καθώς και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, όμως ένιωθαν και άγχος για τις πιθανές επιπλοκές

			μετά την επέμβαση. Μετά την επέμβαση, μερικοί από τους ασθενείς δήλωσαν ότι είχαν λιγότερα συμπτώματα, είχαν απαλλαγεί από τους φόβους και τις ανησυχίες τους και αισθανόντουσαν σαν να είχαν μια καινούρια ζωή, όμως ορισμένοι ανέφεραν ότι λόγω των ψυχολογικών και των νευρολογικών παρενεργειών που είχαν, η ζωή τους είχε γίνει πιο δύσκολη.
Ozanne et al. (2017), Σουηδία	Ποιοτική, περιγραφική μελέτη σε 25 ασθενείς με επιληψία και 15 επαγγελματίες υγείας.	Διερεύνηση των απόψεων για την παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενειών όπως η επιληψία και το Parkinson, με την βοήθεια της τεχνολογίας με τη μορφή φορητών συσκευών.	Οι φορητές συσκευές που μελετήθηκαν οδήγησαν σε σημαντικές βελτιώσεις στη θεραπεία αλλά και παρείχαν πληροφορίες για την αντιμετώπιση της ασθένειας στους συμμετέχοντες. Ωστόσο, παρόλο που οι φορητές συσκευές εκτιμήθηκαν από τους ασθενείς για την εύκολη χρήση τους, τους προβλημάτισαν για τυχόν ασαφείς πληροφορίες που τους παρείχαν οι συσκευές.

Pfäfflin et al. (2016), Γερμανία	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη σε 187 ασθενείς με επιληψία.	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εξειδικευμένων νοσηλευτών επιληψίας ως προς την ικανοποίηση από τις γνώσεις και τις συμβουλές που πρόσφεραν στους ασθενείς.	Η παροχή συμβουλών και η υποστήριξη των ασθενών από εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας βοήθησαν τους ασθενείς στην αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων που εμφάνιζαν από την νόσο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου όπου παρείχαν φροντίδα στους ασθενείς χωρίς συμβουλές και πληροφορίες σχετικά με την επιληψία.
Ring et al. (2018), Ηνωμένο Βασίλειο	Τυχαιοποιημένη μελέτη σε 312 άτομα με επιληψία και διανοητική αναπηρία.	Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης με νοσηλευτές EpAID και της οικονομικής αποδοτικότητας της για την αντιμετώπιση της ασθένειας σε ασθενείς με επιληψία.	Δεν παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση χάρη στην παρέμβαση EpAID σε ασθενείς με διανοητική αναπηρία και επιληψία σε σύγκριση με τους ασθενείς που λάμβαναν τη συνηθισμένη θεραπεία. Ωστόσο, οι ασθενείς που είχαν μέτρια διανοητική αναπηρία, πιθανόν να είχαν μείωση στη σοβαρότητα των επιληπτικών κρίσεων.

Rizvi et al. (2016), Καναδάς	Προοπτική μελέτη σε 200 ασθενείς με επιληψία.	Εκτίμηση των χαρακτηριστικών των ασθενών με επιληψία στον χώρο αναμονής τους κατά τη διάρκεια μιας επείγουσας κατάστασης.	Το μοντέλο SSC που εφαρμόστηκε ήταν αποτελεσματικό ως προς το χρόνο αναμονής, ο οποίος μειώθηκε κατά 70,5%. Επίσης, το μοντέλο αυτό εξηγεί καλύτερα τη διάγνωση και ενημερώνει για προσέγγιση των ασθενών στη φροντίδα.
Zheng et al. (2019), Κίνα	Προοπτική μελέτη σε 184 ασθενείς με επιληψία.	Αξιολόγηση ενός διεπιστημονικού προγράμματος ως προς την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης, τη συμμόρφωση στη λήψη φαρμάκων καθώς και την επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών.	Το διεπιστημονικό πρόγραμμα αποδείχτηκε αποτελεσματικό στη διαχείριση της επιληψίας. Κατά τη διάρκεια της μελέτης, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της συχνότητας των επιληπτικών κρίσεων, η ποιότητα ζωής των ασθενών άλλαξε προς το καλύτερο με το άγχος και την κατάθλιψη να εμφανίζουν σημαντική μείωση και οι ασθενείς μπορούσαν να λαμβάνουν τα αντιεπιληπτικά τους φάρμακα με μεγαλύτερη ευκολία λόγω της εκπαίδευσης που έλαβαν.

4.1 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΕΞΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Μια τυχαιοποιημένη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από τους Pfäfflin και συν. (2016), εξέτασε την αποτελεσματικότητα των συμβουλών που έδιναν εξειδικευμένοι νοσηλευτές επιληψίας στους ασθενείς με επιληψία. Συγκεκριμένα, η παρέμβαση της μελέτης στόχευε στη βελτίωση των νοσηλευτών επιληψίας στην παροχή πληροφοριών και συμβουλών για την επιληψία καθώς και στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή. Για τους σκοπούς της μελέτης σχηματίστηκαν δυο ομάδες, μια ομάδα ελέγχου όπου παρείχαν τυπική φροντίδα στους ασθενείς και μια ομάδα παρέμβασης στην οποία ειδικοί νοσηλευτές επιληψίας (EN) παρείχαν περισσότερες συμβουλές και πληροφορίες στους ασθενείς. Οι ασθενείς απάντησαν ένα ερωτηματολόγιο πριν τη φροντίδα τους στην κλινική καθώς και μετά από 6 μήνες. Στη μελέτη συμμετείχαν 200 ασθενείς οι οποίοι είχαν ηλικία από 16 ετών και άνω, οι οποίοι με τυχαία σειρά έλαβαν φροντίδα είτε από τους ειδικούς νοσηλευτές επιληψίας είτε από την ομάδα ελέγχου, ενώ από την μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς που είχαν μαθησιακές και γλωσσικές δυσκολίες (Pfäfflin et al., 2016).

Στους ασθενείς της παραπάνω μελέτης δοθήκαν ερωτηματολόγια για να εκτιμηθούν οι βασικές ανάγκες τους. Τα θέματα αφορούσαν την επιληψία και τα διάφορα προβλήματα που τους προκαλεί η ασθένεια, όπως παρενέργειες από τα φάρμακα, προβλήματα στην καθημερινότητα τους όπως στην οδήγηση, προβλήματα που πιθανόν να αντιμετώπιζαν στη δουλειά τους ή και στην οικογένεια τους, κοινωνικά προβλήματα και δυσκολίες που αντιμετώπιζαν οι έγκυες γυναίκες με επιληψία. Ανάλογα με τα προβλήματα που αντιμετώπιζε ο κάθε ασθενής, οι νοσηλεύτριες έδιναν πληροφορίες και συμβουλές που θα τους βοηθούσαν να έχουν την ασθένεια τους υπό έλεγχο. Η ικανοποίηση από τους εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, διότι οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές παρείχαν υψηλής ποιότητας φροντίδα και ασθενείς που είχαν μεγαλύτερη ανάγκη από συμβουλές έδειξαν αντίστοιχα αύξηση στην ικανοποίηση (Pfäfflin et al., 2016).

Μια μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από τους Higgins και συν. (2018a), επικεντρώθηκε στη σύγκριση του επιπέδου φροντίδας μεταξύ 244 ασθενών με επιληψία που είχαν λάβει φροντίδα από εξειδικευμένη νοσηλεύτρια επιληψίας (ESN) και 261 ασθενών με επιληψία που δεν έλαβαν τέτοιου είδους φροντίδα. Ειδικότερα,

μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά της επιληψίας αλλά και οι εμπειρίες που είχαν οι ασθενείς όταν έλαβαν φροντίδα αλλά και πληροφορίες για την ασθένεια τους. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε ερωτήσεις για τη φροντίδα που έλαβαν και έπρεπε να την αξιολογήσουν με τη βοήθεια κλιμάκων όπου το 1 αντιστοιχούσε στο <<δεν συμφωνώ καθόλου>> ενώ το 5 αντιστοιχούσε στο <<συμφωνώ απόλυτα>>. Επίσης, δύο ερωτήσεις είχαν σχέση με τη συναισθηματική υποστήριξη, οι οποίες απαντήθηκαν με διαφορετική κλίμακα, δηλαδή από το 1 <<καθόλου ικανοποιημένοι>> μέχρι το 10 <<πολύ ικανοποιημένοι>>. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών το ερωτηματολόγιο περιείχε μια κλίμακα από το 0 (καθόλου ποιότητα ζωής) μέχρι το 100 (μέγιστη ποιότητα ζωής). Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα έπρεπε να έχουν διαγνωσθεί με επιληψία και να είναι ηλικίας άνω των 18 ετών, για ένα χρόνο να έχουν παρακολουθήσει μια υπηρεσία με ή χωρίς εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας και να μην έχουν διανοητική αναπηρία ή άνοια. Τα στοιχεία που προέκυψαν από τη μελέτη συγκεντρώθηκαν σε ένα διάστημα δύο χρόνων από το 2014 μέχρι 2016 (Higgins et al., 2018a).

Τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης έδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ της φροντίδας που έλαβαν οι ασθενείς με επιληψία από εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν. Ειδικότερα, από την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης βρέθηκε πως οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές επιληψίας πρόσφεραν καλύτερη φροντίδα και παρείχαν στους ασθενείς που είχαν υπό την επίβλεψή τους περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια τους, συμμετείχαν πιο πολύ στη φροντίδα τους και οι ασθενείς αυτοί επίσης μπορούσαν να συζητήσουν εύκολα με τους νοσηλευτές ESN επειδή τους είχαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη (Higgins et al., 2018a).

Μια μικτή μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από τους Higgins και συν. (2018b), επιστράτευσε ποιοτικές και ποσοτικές ερωτήσεις με βασικό σκοπό τη διερεύνηση του ηγετικού ρόλου των νοσηλευτών επιληψίας αλλά και την ανάδειξη της διαφοροποίησης τους στην υγειονομική περίθαλψη στην Ιρλανδία όπου πολλές φορές οι ασθενείς με επιληψία επισκέπτονται το τμήμα επειγόντων περιστατικών ενώ θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν από τα τμήματα εξωτερικών ιατρείων για να ενημερωθούν και να λάβουν συμβουλές σχετικά με την ασθένεια τους. Η ερευνητική υπόθεση της μελέτης ήταν πώς οι νοσηλευτές επιληψίας θα μπορούσαν να παρέχουν λύσεις για μία ασφαλή και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη. Η μελέτη περιλάμβανε συνολικά 71 συμμετέχοντες από τους οποίους οι 12 ήταν ειδικοί νοσηλευτές επιληψίας, 24 ήταν

άτομα διεπιστημονικής ομάδας και 35 ήταν άτομα με επιληψία και μέλη από τις οικογένειές τους. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που περιλάμβαναν ερωτήσεις σχετικά με τον ρόλο των ειδικών νοσηλευτών επιληψίας, τις συνέπειες αυτού καθώς και τις δυσκολίες που αντιμετώπησαν στη διασφάλιση των αρχών του ρόλου τους (Higgins et al., 2018b).

Τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης ανέδειξαν πέντε σημαντικά θέματα οσον αφορά στις αλλαγές που έφεραν οι νοσηλευτές αυτοί στις υπηρεσίες υγείας. Τα θέματα αυτά ήταν α)η εξέλιξη των υπηρεσιών και βελτίωση της πρακτικής αφού παρατηρήθηκαν κενά στις υπηρεσίες από τους ειδικούς νοσηλευτές β)η καλλιέργεια των ικανοτήτων εντός της επιστημονικής ομάδας, μέσα από την εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας για την παροχή καλύτερων υπηρεσιών γ)η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για ασθενείς με επιληψία για την καλύτερη διαχείριση της ασθένειας τους μετά από παρατήρηση έλλειψης γνώσεων σχετικά με αυτήν δ)η άσκηση επιρροής μέσω επιτροπών και άσκησης πιέσεων και ε)η προώθηση του ρόλου του ειδικού νοσηλευτή βοηθώντας άλλους νοσηλευτές να αναπτύξουν νέες υπηρεσίες (Higgins et al., 2018b).

Οι Higgins και συν. (2019) σε μια ποιοτική μελέτη με ατομικές συνεντεύξεις και ομάδες εστίασεις, εξέτασαν την εφαρμογή του ρόλου των εξειδικευμένων νοσηλευτών επιληψίας στην αξιολόγηση της ασθένειας, την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών αλλά και την αντιμετώπιση τους στις κλινικές. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 71 άτομα από τους οποίους οι 12 ήταν εξειδικευμένοι νοσηλευτές επιληψίας (ESN), 24 άτομα ήταν μέλη πολυεπιστημονικής ομάδας και 35 ήταν τα άτομα με επιληψία και μέλη από τις οικογένειες τους. Η διάρκεια της μελέτης ήταν τρία έτη. Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές δήλωσαν ότι ήρθαν αντιμέτωποι με ασθενείς με επιληψία και χωρίς που ανήκαν σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες καθώς και ασθενείς που είχαν διάφορα προβλήματα όπως, ασθενείς με διάφορους βαθμούς διανοητικής αναπηρίας και έγκυες γυναίκες. Συγκεκριμένα, αξιολογήθηκαν διάφορες πτυχές της ζωής των ασθενών στις οποίες συμπεριλαμβάνονταν το ψυχοκοινωνικό τους υπόβαθρο, το άγχος, η κατάθλιψη καθώς και κατάχρηση ουσιών που θα μπορούσαν να θέσουν την ζωή τους σε κίνδυνο (Higgins et al., 2019).

Η παραπάνω μελέτη έδειξε πως οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές επιληψίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη και στην εκπαίδευση των ασθενών ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται την ασθένεια τους αλλά και ως εκπαιδευτικοί, για την εκπαίδευση

των μελλοντικών ESN. Επίσης, η συγκεκριμένη μελέτη τόνισε την ανάγκη οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές να βελτιώσουν τις ικανότητες τους για την αντιμετώπιση σημαντικών νοσηροτήτων ψυχικής υγείας και την κάλυψη έγκυρης πρόσβασης (Higgins et al., 2019).

4.2 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με 312 συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε από τους Ring και συν. (2018), με σκοπό τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μιας παρέμβασης που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με επιληψία και διανοητική αναπηρία, ως προς την οικονομική αποδοτικότητα για την αντιμετώπιση της ασθένειας και την ποιότητα ζωής των ασθενών και των φροντιστών τους. Η μελέτη σύγκρινε δύο ομάδες όπου η πρώτη ήταν η ομάδα ελέγχου και η δεύτερη η ομάδα που περιλάμβανε παροχή εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα με διανοητική αναπηρία και επιληψία. Οι δύο ομάδες αξιολογήθηκαν τέσσερις εβδομάδες πριν την παρέμβαση, η οποία διήρκησε 24 εβδομάδες, και τέσσερις εβδομάδες μετά την παρέμβαση. Για τη συμμετοχή στη μελέτη, οι ασθενείς έπρεπε να είναι 18-65 ετών, να έχουν IQ ίσο ή μικρότερο από 70, να έχουν διαγνωστεί με επιληψία και να έχουν ιστορικό με τουλάχιστον μία κρίση 6 μήνες πριν την μελέτη. Απορρίφθηκαν όσοι έκαναν χρήση ουσιών και αλκοόλ αλλά και ασθενείς με μη σοβαρές σωματικές ή νευρολογικές παθήσεις. Τα δεδομένα που συλλέχτηκαν στη συνέχεια αναλύθηκαν για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση των επιληπτικών κρίσεων και την ποιότητα ζωής των ασθενών που συμμετείχαν (Ring et al., 2018).

Σύμφωνα με τους ερευνητές της παραπάνω μελέτης, η παρέμβαση εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα με διανοητική αναπηρία και επιληψία δεν φάνηκε να είναι αποτελεσματική καθώς δεν παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα που έλαβε συνηθισμένη θεραπεία. Ωστόσο, στην ομάδα παρέμβασης ήταν φανερό η οικονομική αποδοτικότητα, με μείωση του μηνιαίου κόστους στους ασθενείς αυτούς σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, οι ασθενείς με μέτρια διανοητική αναπηρία μπορεί να είχαν μια μικρή βελτίωση ως προς την ανησυχία τους για τις επιληπτικές κρίσεις που δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Ring et al., 2018).

4.3 ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Οι Zheng et al. (2019), μελέτησαν την επίδραση ενός διεπιστημονικού προγράμματος στο άγχος, την κατάθλιψη, τη συμμόρφωση στη λήψη φαρμάκων και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με επιληψία στην ανατολική Κίνα. Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Zhejiang της Κίνας, όπου πραγματοποιήθηκε η μελέτη, δημιουργήθηκαν δυο ομάδες, μια ομάδα παρέμβασης και μια ομάδα ελέγχου. Η έρευνα διήρκεσε 12 μήνες και συμμετείχαν 184 άτομα με επιληψία που με τυχαία σειρά κατανεμήθηκαν στις προαναφερθείσες ομάδες. Τα κριτήρια ένταξης στην μελέτη ήταν οι συμμετέχοντες να είναι ηλικίας 18 και άνω, ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με επιληψία και έλαβαν φαρμακευτική αγωγή για το λιγότερο 3 μήνες καθώς και ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν κάποια δυσκολία στη γραφή και στην ανάγνωση, ενώ ασθενείς οι οποίοι αντιμετώπιζαν διανοητικά προβλήματα αποκλείστηκαν από την μελέτη. Στους 12 μήνες του προγράμματος, στην ομάδα ελέγχου οι ασθενείς έλαβαν τη συνήθη φαρμακευτική αγωγή καθώς και εκπαίδευση ενώ στην ομάδα παρέμβασης έλαβαν και διεπιστημονική διαχείριση, δηλαδή τους παρείχαν γνώσεις σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία της, πληροφορίες για την εγκυμοσύνη και τρόπους αυτοδιαχείρισης. Αξιολογήσεις έγιναν πριν και μετά την ολοκλήρωση των 12 μηνών (Zheng et al., 2019).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Zheng et al (2019) έδειξαν σημαντική βελτίωση κυρίως στην ψυχολογία των ασθενών μειώνοντας το άγχος και την κατάθλιψη. Η εκπαίδευση για τη λήψη των φαρμάκων οδήγησε σε ικανοποιητικά καλύτερο έλεγχο των κρίσεων. Ακόμη, η παρέμβαση φάνηκε να είχε θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής, στην εκπαίδευση τους για την αντιμετώπιση των κρίσεων αλλά και στην κοινωνική συναναστροφή συνδέονται με την ποιότητα ζωής τους (Zheng et al., 2019).

Οι Leenen και συν. (2017), πραγματοποίησαν μια ερευνητική μελέτη σχετικά με την εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση για ασθενείς με επιληψία αλλά και την κατανόηση των ασθενών αυτών για την θεραπευτική αγωγή που τους δίνεται. Χρησιμοποιήθηκε μια παρέμβαση διαχείρισης της επιληψίας πολλαπλών συστατικών (MCI), μέσω της οποίας οι ασθενείς μπορούσαν να εκπαιδευτούν μέσω ηλεκτρονικών εργαλείων για τη διαχείριση των συμπτωμάτων τους και κυρίως για την πρόληψη και την κοινή λήψη αποφάσεων. Το MCI είναι μια παρέμβαση αυτοδιαχείρισης για ασθενείς με επιληψία και συγκεκριμένα για τους ασθενείς που έχουν υποστεί

εγκεφαλικό επεισόδιο. Στην μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια σε 52 ασθενείς με επιληψία, 37 συγγενείς και 6 επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες θα έπρεπε να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν ηλεκτρονικές συσκευές eHealth όπως smartphone, να έχουν διαγνωστεί με επιληψία και να λαμβάνουν αντιεπιληπτικά φάρμακα, να μιλάνε Ολλανδικά καθώς και να είναι άνω των 18 ετών. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν την ικανότητα και τη θέληση να συμμετάσχουν σε ομαδικές δραστηριότητες. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε σε έξι εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες διαστήματος δύο ωρών η καθεμία, από τις οποίες η μια συνεδρία ήταν αναμνηστική και έγινε 3 εβδομάδες μετά. Οι συνεδρίες είχαν δυο βασικούς σκοπούς, την εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα όπως η αυτό-παρακολούθηση μέσω συσκευής (MEMS) που ενημέρωνε τους ασθενείς για τη λήψη των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, και τη βελτίωση στην ικανότητα καθορισμού στόχων τους (Leenen et al., 2017).

Η παρέμβαση που μελετήθηκε φάνηκε να είχε θετικά αποτελέσματα. Βάσει της ανατροφοδότησης των ασθενών, των συγγενών και των επαγγελματιών υγείας, οι συζητήσεις και η ανταλλαγή ιδεών με άλλους ασθενείς σχετικά με την επιληψία ήταν πολύ σημαντικές. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν επίσης πως η εφαρμογή της παρέμβαση MCI τους βοήθησε και θα τη συνιστούσαν σε ασθενείς με επιληψία και στους συγγενείς τους. Από την άλλη πρότειναν κάποιες μικρές αλλαγές για το πρόγραμμα ώστε να μπορούν να το χρησιμοποιήσουν οι ασθενείς συχνότερα (Leenen et al., 2017).

Οι Ozanne et al. (2018) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα ηλεκτρονικών συσκευών που μετράνε τις κινήσεις των ασθενών που πάσχουν από νευρολογικές ασθένειες όπως η επιληψία και το Parkinson. Οι συσκευές αυτές περιλαμβάνουν βραχιόλια όπως και ηλεκτρόδια τα οποία τοποθετούνται στο τριχωτό της κεφαλής για την καταγραφή των κρίσεων, καθώς και έξυπνα ρούχα, και έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να παρέχουν στους ασθενείς καλύτερη ποιότητα ζωής και καλύτερη διαχείριση της ασθένειάς τους. Οι ερευνητές προχώρησαν στην εξέταση των απόψεων για την χρήση τους. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε οκτώ διαφορετικές ομάδες από τις οποίες οι έξι ήταν ομάδες που συμπεριλάμβαναν ασθενείς με επιληψία και με Πάρκινσον και οι άλλες δύο αποτελούνταν από επαγγελματίες υγείας που είχαν εμπειρία και εργάζονταν με ασθενείς με επιληψία και Πάρκινσον. Συνολικά συμμετείχαν 40 άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών με άριστες γνώσεις σουηδικής γλώσσας, ενώ ασθενείς που είχαν σοβαρότερα γνωστικά προβλήματα καθώς και όσοι είχαν κινητικές δυσκολίες αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Χρειάστηκε μία περίοδος ενός έτους περίπου για να

γίνουν οι συνεντεύξεις, που έγιναν με τη χρήση ημι-δομημένων ερωτήσεων και είχαν διάρκεια 60-110 λεπτά και οι συμμετέχοντες να φορούσαν μπλουζάκια με πρωτότυπο μακρύ μανίκι όπου είχαν τοποθετημένους αισθητήρες και περικάρπια ρολόγια (Ozanne et al., 2018).

Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικά οφέλη για τη θεραπεία και τη διαχείριση των νευρολογικών παθήσεων. Οι ασθενείς εκτίμησαν τον απλό σχεδιασμό των συσκευών διότι ήταν εύκολες στη χρήση τους αλλά και επειδή ήταν αποτελεσματικές ως προς την αντιμετώπιση και διαχείριση των ασθενειών τους. Επίσης, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι συζητήσεις που έγιναν και οι πληροφορίες που δόθηκαν μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας τους βοήθησαν αρκετά στην αντιμετώπιση της ασθένειας τους (Ozanne et al., 2018).

Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Rizvi et al. (2016), εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα ενός μοντέλου ολοκληρωμένης αξιολόγησης επιληπτικών κρίσεων (SSC). Το μοντέλο SSC χρησιμοποιήθηκε για να βοηθήσει στην πρόληψη των ασθενειών, την οργάνωση του ΗΕΓ και οι ασθενείς να υποβληθούν σε εξιδεικευμένη φροντίδα εφόσον κριθεί απαραίτητο. Αναμενόταν επίσης, το μοντέλο αυτό να έχει μείωση του χρόνου αναμονής για τους ασθενείς για γίνει η διάγνωση τους. Η μελέτη ξεκίνησε το 2011 και πραγματοποιήθηκε σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο του Καναδά, σε 200 άτομα που είχαν περάσει ένα πρώτο επεισόδιο επιληψίας. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε μια συνάντηση των ασθενών με μια νοσηλεύτρια της παρέμβασης SSC, όπου συμπλήρωσαν ένα έντυπο αξιολόγησης. Έπειτα ένας εξιδεικευμένος γιατρός επιληψίας τους εξέτασε για τη νευρολογική τους κατάσταση και πραγματοποίησε προσεκτική λήψη του ιστορικού τους. Στη συνέχεια, μετά την εξέταση ο γιατρός έκρινε εάν η κατάσταση της υγείας του κάθε ασθενή χρήζει νευρολόγου ή στην περίπτωση που οι ασθενείς δεν έπασχαν από επιληψία, ο γιατρός συνιστούσε ο ασθενής να εξεταστεί από άλλους γιατρούς αναλόγως (Rizvi et al., 2016).

Συμπερασματικά, το SSC φάνηκε να είναι μια αποτελεσματική μέθοδος, η οποία είχε θετικά αποτελέσματα σχετικά με την άμεση φροντίδα των ασθενών με επιληψία. Συγκεκριμένα, οι συγγραφείς της μελέτης αυτής υποστηρίζουν ότι η διάγνωση είναι σημαντικό να γίνεται νωρίς τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους γιατρούς διότι έτσι μπορούν να καταλήξουν στη θεραπεία και στη διαχείριση και να έχουν μια ελεγχόμενη νόσο και μια καλύτερη ποιότητα ζωής τους. Επίσης, η παρέμβαση SSC βρέθηκε να είναι αποτελεσματική για τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών στην αξιολόγηση (Rizvi et al., 2016).

Οι Ozanne et al. (2016), μελέτησαν το τι αναμένουν οι ασθενείς με επιληψία στην προ εγχειρητική τους φροντίδα αλλά και τις εμπειρίες φροντίδας τους μετά από χειρουργείο για επιληψία. Μετά τη χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς περίμεναν σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα τους που θα άλλαζαν τη ζωή τους ως προς το καλύτερο, όπως το να έχουν καλύτερη κοινωνική ζωή, να τους δίνεται η δυνατότητα να εργαστούν, να νιώθουν περισσότερη ανεξαρτησία αλλά και να έχουν καλύτερη μνήμη και περισσότερες γνώσεις. Ωστόσο, για να προσαρμοστούν στις νέες συνήθειες μετά την χειρουργική τους επέμβαση χρειάζονται πολλά χρόνια. Για να πραγματοποιηθεί η μελέτη έγιναν ανοιχτές ερωτήσεις στους ασθενείς, ώστε οι ερευνητές να μάθουν τις ανησυχίες που είχαν οι ασθενείς πριν το χειρουργείο, ενώ μετά το χειρουργείο, σε διάστημα δύο ετών, ρωτήθηκαν εάν το χειρουργείο είχε θετικά αποτελέσματα στην υγεία τους και ποιες ήταν οι συνήθειες που είχαν αλλάξει προς το καλύτερο αλλά και σε περίπτωση που το χειρουργείο δεν ήταν αποτελεσματικό και τους δημιούργησε άλλα προβλήματα. Ακόμη έγινε χρήση ερωτηματολογίων, που συμπλήρωσαν οι ασθενείς (Ozanne et al., 2016).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Ozanne et al. (2016) ήταν θετικά καθώς έδειξαν βελτίωση της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων μετά τη χειρουργική επέμβαση που έκαναν. Οι ασθενείς προτού μπουν στη διαδικασία του χειρουργείου, πίστευαν πως μετά από αυτό θα είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και θα ελαχιστοποιηθούν οι επιληπτικές κρίσεις και τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, πράγμα που αποδείχτηκε στους μετεγχειρητικούς ελέγχους, όπου οι ασθενείς δήλωσαν βελτίωση στην υγεία και στην καθημερινότητα τους. Ωστόσο, μερικοί από τους συμμετέχοντες ασθενείς δήλωσαν πως η επέμβαση δεν ήταν τόσο αποτελεσματική σε αυτούς λόγω των ψυχολογικών και νευρολογικών παρενεργειών που είχαν μετά από αυτήν (Ozanne et al., 2016).

4.4. ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Οι Kaddumukasa et al. (2019) μελέτησαν, μέσα από την εφαρμογή μιας ποιοτικής μελέτης, τα εμπόδια που συναντούσαν ασθενείς με επιληψία και οι φροντιστές τους στην Ουγκάντα. Στη μελέτη τους συμμετείχαν συνολικά συμμετείχαν 48 άτομα, από τα οποία 31 ήταν άτομα που ζούσαν με επιληψία και 17 που ήταν φροντιστές ατόμων με επιληψία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών ήταν γυναίκες και είχαν μέση ηλικία 50 ετών, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 24 ετών. Από την έρευνα αποκλείστηκαν άτομα τα οποία είχαν επιληψία μετά από τραυματισμό στον εγκέφαλο και άτομα τα οποία δεν έδωσαν γραπτή κατάθεση για τη συμμετοχή τους. Τα δεδομένα για τα εμπόδια στην αντιμετώπιση της επιληψίας συλλέχτηκαν μέσα από συζήτηση που διήρκησε περίπου μια ώρα με χρήση ανοιχτών ερωτήσεων όπως “ποια είναι τα εμπόδια στην διαχείριση της επιληψίας σας” ή “παρακαλώ εξηγήστε τι εννοείτε” ή “μπορείτε να μου δώσετε ένα παράδειγμα” (Kaddumukasa et al., 2019).

Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν, παρατηρήθηκαν εμπόδια τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν σε τρία διαφορετικά θέματα: α)τα ατομικά εμπόδια που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς, με τα βασικότερα να είναι η έλλειψη γνώσεων για την ασθένεια τους, το άγχος και προβλήματα ψυχικής υγείας, β)τα οικογενειακά και κοινωνικά εμπόδια, με τους φροντιστές να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη φροντίδα ασθενών με επιληψία, χρησιμοποιώντας λανθασμένες μεθόδους διαχείρισης λόγω έλλειψης γνώσεων και γ)τα εμπόδια που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς στην υγειονομική τους περίθαλψη και την πρόσβαση τους σε αυτή, εξαιτίας της απόστασης που είχαν τα κέντρα υγείας από την κατοικία τους και την έλλειψη οικονομικής δυνατότητας να πληρώσουν τα μέσα μεταφοράς. Οι ασθενείς με επιληψία ανέφεραν επίσης πως οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είχαν κακή στάση απέναντι τους και μειωμένη επικοινωνία. Οι ερευνητές της μελέτης συμπέραναν ότι η εκπαίδευση των υγειονομικών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των εμποδίων για την αντιμετώπιση της επιληψίας διότι με αυτόν τον τρόπο μπορούν να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς για την ασθένεια και τους τρόπους αντιμετώπισης (Kaddumukasa et al., 2019).

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιληψία αποτελεί μια σοβαρή νευρολογική και χρόνια ασθένεια η οποία αγγίζει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού σε όλο τον κόσμο και μπορεί να προσβάλλει όλες τις ηλικίες και κυρίως τους νέους. Η νόσος αυτή έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών αλλά και στην ποιότητα ζωής τους διότι λόγω των επιληπτικών κρίσεων που εμφανίζει, αποτρέπει μια σειρά από σημαντικές δραστηριότητες στη ζωή των ασθενών που ζουν με αυτή. Επίσης, οι δυσμενείς επιδράσεις της επιληψίας παρατηρούνται και στην κοινωνική τους ζωή, με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί να αποστασιοποιούνται και να βιώνουν πολλές φορές στίγμα στα πλαίσια της κοινωνίας.

Ως σήμερα, οι ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει πως για να υπάρχει έλεγχος των επιληπτικών κρίσεων αλλά και ισορροπία στη ζωή των ασθενών με επιληψία, οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να λαμβάνουν, αναλόγως με την κατάσταση της ασθενείας τους, αντιεπιληπτική θεραπεία καθιστώντας τη βασική λύση για την ασθένεια αυτή. Παράλληλα, σημαντική θεωρείται και η φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί τόσο από τις οικογένειές τους αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα από τους εξειδικευμένους νοσηλευτές επιληψίας, οι οποίοι σύμφωνα με τη σύγχρονη ερευνητική επιστημονική βιβλιογραφία αποτελούν τον πυρήνα της φροντίδας των ασθενών αυτών. Ειδικότερα, σύμφωνα με την σύγχρονη βιβλιογραφία οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές επιληψίας μπορούν να βελτιώσουν κατά πολύ την ποιότητα ζωής των ασθενών με επιληψία, παρέχοντας πληροφορίες για την αυτοδιαχείριση των επιληπτικών κρίσεων και εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγλική βιβλιογραφία

Beghi, E., 2020. The epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology*, 54(2), p.185-191.

Brust, J., 2012. Current Diagnosis and treatment Neurology. Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Blume, W.T., 2003. Diagnosis and management o epilepsy. *Cmaj*, 168(4), p.441-448.

Coppola, G., Veggiotti, P., Cusmai, R., Bertoli, S., Cardinali, S., Dionisi-Vici, C., Elia, M., Lispi, M.L., Sarnelli, C., Tagliabue, A. and Toraldo, C., 2002. The ketogenic diet in children, adolescents and young adults with refractory epilepsy: an Italian multicentric experience. *Epilepsy Research*, 48(3), p.221-227.

Fong, G., Fong, J., 2001. Recent advances in the diagnosis and management of epilepsy. *Hong Kong Medical Journal*, 7(1), p.73-84.

Falcicchia, C., Simonato, M. and Verlengia, G., 2018. New tools for epilepsy therapy. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 12, p.147.

Goldenberg, M.M., 2010. Overview of drugs used for epilepsy and seizures: etiology, diagnosis, and treatment. *Pharmacy and Therapeutics*, 35(7), p.392.

Higgins, A., Downes, C., Varley, J., Doherty, C.P., Begley, C. and Elliott, N., 2018b. Rising to the challenge: epilepsy specialist nurses as leaders of service improvements and change (SENsE study). *Seizure*, 63, p.40-47.

Higgins, A., Downes, C., Varley, J., Doherty, C.P., Begley, C. and Elliott, N., 2019. Supporting and empowering people with epilepsy: contribution of the Epilepsy Specialist Nurses (SENsE study). *Seizure*, 71, p.42-49.

Higgins, A., Downes, C., Varley, J., Tyrell, E., Normand, C., Doherty, C.P., Begley, C. and Elliott, N., 2018a. Patients with epilepsy care experiences: comparison between services with and without an epilepsy specialist nurse. *Epilepsy & Behavior*, 85, p.85-94.

Henok, A., & Lamaro, T., 2017. Knowledge about and Attitude towards Epilepsy among Menit Community, Southwest Ethiopia. *J Health Sci*, 27(1), p. 47-58.

Jackson, M.J., 2014. Cocise guidance: diagnosis and management of the epilepsy in adults. *Clinical Medicine*, 14(4), p.422.

Kaddumukasa, M., Nalubwama, H., Kaddumukasa, M.N., Lhatoo, S., Sewankambo, N., Katabira, E., Sajatovic, M. and Blixen, C., 2019. Barriers to epilepsy care in Central Uganda, a qualitative interview and focus group study involving PLWE and their caregivers. *BMC Neurology*, 19(1), p.1-10.

LeMone, P., Burke, K. & Bauldoff, G., 2014. Medical-Surgical Nursing Critical Thinking in Patient Care. Αθήνα : Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

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, p.64-70.

Magiorkinis, E., Sidiropoulou, K., Diamantis, A., 2010. Hallmarks in the history of epilepsy: Epilepsy in antiquity. *Epilepsy & Behavior*, 17(1), p. 103-108.

Magiorkinis, E., Diamantis, A., Sidiropoulou, K. and Panteliadis, C., 2014. Highlights in the history of epilepsy: the last 200 years. *Epilepsy research and treatment*, 2014, p.13.

Moshé, S.L., Perucca, E., Ryvlin, P. and Tomson, T., 2015. Epilepsy: new advances. *The Lancet*, 385(9971), p.884-898.

Ozanne, A., Graneheim, U.H., Ekstedt, G. and Malmgren, K., 2016. Patients' expectations and experiences of epilepsy surgery—A population-based long-term qualitative study. *Epilepsia*, 57(4), p.605-611.

Ozanne, A., Johansson, D., Hällgren Graneheim, U., Malmgren, K., Bergquist, F. and Alt Murphy, M., 2018. Wearables in epilepsy and Parkinson's disease—a focus group study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 137(2), p.188-194.

Pfäfflin, M., Schmitz, B. and May, T.W., 2016. Efficacy of the epilepsy nurse: results of a randomized controlled study. *Epilepsia*, 57(7), p.1190-1198.

Perucca, P., Scheffer, I.E. and Kiley, M., 2018. The management of epilepsy in children and adults. *Medical Journal of Australia*, 208(5), p.226-233.

Panteliadis, C.P., Vassilyadi, P., Fehlert, J. and Hagel, C., 2017. Historical documents on epilepsy: from antiquity through the 20th century. *Brain and Development*, 39(6), p.457-463.

Ring, H., Howlett, J., Pennington, M., Smith, C., Redley, M., Murphy, C., Hook, R., Platt, A., Gilbert, N., Jones, E. and Kelly, J., 2018. Training nurses in a competency framework to support adults with epilepsy and intellectual disability: the EpAID cluster RCT. *Health Technology Assessment*, 22(10), p.1.

Rizvi, S., Hernandez-Ronquillo, L., Moien-Afshari, F., Hunter, G., Waterhouse, K., Dash, D. and Téllez-Zenteno, J.F., 2016. Evaluating the single seizure clinic model: findings from a Canadian Center. *Journal of the Neurological Sciences*, 367, p.203-210.

Räty, L., & Wilde-Larsson, B., 2011. Patients' perceptions of living with epilepsy: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), p. 1993-2002.

Simonato, M., 2014. Gene therapy for epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 38, p.125-130.

Shi, Y. et al., 2017. Correlates of perceived stigma for people living with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsy and Behavior*, 70, p.198-203.

Syvertsen, M., Nakken, K.O., Edland, A., Hansen, G., Hellum, M.K., Koht, J., 2015. Prevalence and etiology of epilepsy in a Norwegian county- A population based study. *Epilepsia*, 56(5), p. 699–706.

Stafstrom, C.E. and Bough, K.J., 2003. The ketogenic diet for the treatment of epilepsy: a challenge for nutritional neuroscientists. *Nutritional Neuroscience*, 6(2), p.67-79.

Sander, J.W., 2003. The epidemiology of epilepsy revisited. *Current Opinion in Neurology*, 16(2), p.165-170.

Smith, G., Wanger, J.L., Edwards, J.C., 2015. Epilepsy Update, Part 2: Nursing Care and Evidence-Based Treatment. *American Journal of Nursing*, 115 (6), p.34-44.

Tomson, T., Söderberg Löfdal, K., 2020. Sista pusselbiten på plats i översynen av epilepsivården. *Läkartidningen*. p. 117.

Thomas, S., Syam U., Devi, J.S., 2012. Predictors of seizures during pregnancy in women with epilepsy. *International League Against Epilepsy*, 53(5), p. 85-88.

Thijs, R.D, Surges, R., O'Brien, T.J, Sander, J.W, 2019. Epilepsy in adults. *The Lancet*, 393(10172), p.689-071.

Zheng, Y., Ding, X., Guo, Y., Chen, Q., Wang, W., Zheng, Y., Wang, S., Ding, Y. and Ding, M., 2019. Multidisciplinary management improves anxiety, depression, medication adherence, and quality of life among patients with epilepsy in eastern China: A prospective study. *Epilepsy & Behavior*, 100, p.106400.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Λογοθέτης, Ι. & Μυλωνάς, Ι., 2016. Νευρολογία. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.

Moore, K., Dalley, A., Agur, A., 2012. Κλινική Ανατομία. Cyprus: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Mulroney, E.S, Mayers, K.A, 2010. Netter's essential physiology. Cyprus: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Παπαγιαννοπούλου, Π. & Γούσια, Χ., 2011. Αναισθησία και Επιληψία. *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*, 9, σελ. 2-22.

Σταματοπούλου, Ε., Σταματοπούλου, Α., Πρεκατές, Α., 2012. Επιληψία-Σκοποί Φροντίδας & Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Επιληπτικό Επεισόδιο. Μία Διεθνή Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(3), σελ. 41- 47.

Χαρατσή- Γιωτάκη, Ε., 2015. Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. Ιωάννινα: NEXTOM A.E.