



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γνώσεις κλινικών νοσηλευτών για την αναγνώριση και αντιμετώπιση
επιληπτικών σπασμών ενηλίκων

Σπουδάστριες :
Αποστολάκη Ελισάβετ
Λύκου Αναστασία

Ηράκλειο 2008

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	3
3. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	4
4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	5
5. ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΨΙΩΝ.....	7
6. ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗΣ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΕΚΦΟΡΤΙΣΗΣ...8	
7. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.....	9
7.1 Γενικευμένες κρίσεις.....	9
7.2 Εστιακές κρίσεις.....	13
7.3 Αταξινόμητες κρίσεις.....	15
7.4 Status epilepticus.....	15
8. ΑΙΤΙΑ – ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	15
9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.....	19
10. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	20
10.1 Κύρια διαφορική διάγνωση των επιληπτικών κρίσεων.....	21
11. ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.....	21
12. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	22
12.1 Φαρμακευτική θεραπεία.....	22
12.2 Κετογόνος δίαιτα.....	23
12.3 Χειρουργική θεραπεία.....	24
13. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΨΙΩΝ.....	25
14. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	26
15. ΡΟΛΟΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	27
15.1 Στοιχεία για την αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης της επιληψίας από εξειδικευμένο νοσηλευτή.....	29

15.2 Ο πολύπλευρος ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή.....	31
16. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	32
17. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ.....	35
18. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	38
19. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΜΑΔΩΝ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	57
20. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	61
21. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	64
22. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιληψία δεν γνωρίζει γεωγραφικά, κοινωνικά ή εθνικά σύνορα. Οι επιληπτικές κρίσεις είναι μεταξύ των πιο κοινών σοβαρών νευρολογικών διαταραχών. Επηρεάζει τόσο άνδρες όσο και γυναίκες και μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία παρόλο ότι πιο σύντομα παρατηρείται στην βρεφική, παιδική και εφηβική ηλικία. Ο καθένας από εμάς μπορεί να επηρεαστεί από επιληπτικές κρίσεις. Μέχρι 5% του πληθυσμού παγκοσμίως μπορούν να παρουσιάσουν μια μεμονωμένη επιληπτική κρίση σε κάποια περίοδο της ζωής τους (A. Krumholz et all, Neurology, 2007).

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Μια επιληπτική κρίση είναι μια βραχείας διάρκειας εγκεφαλική διαταραχή που προκαλείται από αυξημένες εκφορτίσεις φλοιωδών και υποφλοιωδών νευρώνων με ακόλουθες ποικίλες διαταραχές ανάλογα με την εντόπιση, ένταση και έκταση των παθολογικών εκφορτίσεων. Εκτός από τη διαταραχή της συνείδησης και τις μυϊκές συσπάσεις είναι επίσης δυνατόν να συμβαίνουν και άλλες μεταβολές, όπως για παράδειγμα στη σκέψη, συμπεριφορά, μνήμη, συναισθήματα και αίσθηση (Ellie Z. Franges, 2006).

Ο όρος επιληψία χρησιμοποιείται για να καθορίσει μια ομάδα εγκεφαλικών νοσημάτων με ετερογενή αιτιολογία σε ασθενείς που έχουν εκδηλώσει τουλάχιστον δύο αυτόματες επιληπτικές κρίσεις χωρίς να έχει βρεθεί κάποια προφανής αιτία ή εκλυτικός παράγοντας για αυτές. Μια πρώτη επιληπτική κρίση δεν σημαίνει ότι ο ασθενής πάσχει από επιληψία (Shafer HM et al, 2007).

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Ο όρος “επιληψία” εμφανίστηκε στη γαλλική γλώσσα το 1503. Σχηματίστηκε από τη λατινική λέξη *epilepsia*, η οποία προέρχεται από το ελληνικό ρήμα *επιλαμβάνειν* (καταλαμβάνω, προσβάλλω αιφνίδια). Ο Ιπποκράτης το 400 π.Χ. έγραψε ότι η ιερά νόσος, ένδειξη της οργής των Θεών, δεν είχε κατά τη γνώμη του “τίποτα πιο θεϊκό ή πιο ιερό από τις άλλες νόσους ούτε στη φύση της ούτε στην προέλευσή της”. Στη ρωμαϊκή εποχή η εμφάνιση μιας επιληπτικής κρίσης σε έναν από τους συμμετέχοντες στις συνελεύσεις των δικαστών αποτελούσε ένα γεγονός που προκαλούσε φόβο, θέτοντας υπό αίρεση τις κρατικές υποθέσεις. Στο μεσαίωνα η ασθένεια παρομοιαζόταν με δαιμονική επικράτηση (P. Thomas, A. Arzimanoglou, *Epilepsies*, 2002).

Κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού του XIX αιώνα, σημειώθηκαν σημαντικές πρόοδοι στην ορολογία, τη νευροπαθολογία και τη θεραπεία της επιληψίας. Ο Esquirol (1815) διαχώρισε “τις σοβαρές κρίσεις από τις ελαφρές κρίσεις, αυτές που στα νοσοκομεία ονομάζονται Grand και Petit Mal αντίστοιχα”. Ο Bouchet και ο Cazauvielh (1825) και αργότερα ο Sommer (1880) περιέγραψαν την σκλήρυνση του υπόκαμπου. Παράλληλα δημοσιεύτηκαν κλινικές παρατηρήσεις από τον Calmeil (1824), ο οποίος μελέτησε την επιληπτική κατάσταση με κινητικά φαινόμενα. Στη Γενεύη ο Herpin (1852, 1867) απομόνωσε τα κύρια σημεία της νεανικής μυοκλονικής επιληψίας. Στην Αγγλία αυτό το κίνημα της λεπτομερούς κλινικής ανάλυσης το ακολούθησαν οι Reynolds (1861), Gowers (1885), Turner (1907) και Jackson (1873). Ο Locock (1857) καθιέρωσε τα βρωμιούχα σαν την πρώτη αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία για την επιληψία. Ο Horsley το 1886 πραγματοποίησε την πρώτη θεραπευτική νευροχειρουργική επέμβαση σε έναν ασθενή, ο οποίος παρουσίαζε εστιακές επιληπτικές κρίσεις. Το έργο του John Hughlings Jackson (1825 - 1911) κυριαρχεί στη βιβλιογραφία της επιληπτολογίας του δεύτερου μισού του XIX αιώνα. Του οφείλουμε σημαντικές προόδους στη γνώση της επιληψίας, η οποία, μετά απ’ αυτόν, πέρασε οριστικά από το χώρο της ψυχιατρικής στο χώρο της νευρολογίας (P. Thomas, A. Arzimanoglou, *Epilepsies*, 2002).

Στη διάρκεια του XX αιώνα, χάρη στην εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, πραγματοποιήθηκαν σημαντικές πρόοδοι στη γνώση της επιληψίας. Οι πρόοδοι είναι καταρχήν θεραπευτικές με την ανακάλυψη της αντιεπιληπτικής δράσης της

φαινοβαρβιτάλης από τον Hauptmann (1912) και αργότερα της φαινουτοΐνης από τους Merritt και Putnam (1938). Οι πρόοδοι είναι επίσης διαγνωστικές με την εισαγωγή το 1920 από τον Hans Berger (1873 - 1941), της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας. Αυτή η τεχνική επέτρεψε, χάρη στις μεταγενέστερες εργασίες των Frederick & Erna Gibbs, William Gordon Lennox, Grey Walter, Henri Gastaut και πολλών άλλων, μία καινούρια προσέγγιση στην κατανόηση των επιληψιών διαχωρίζοντας τις κρίσεις ανάλογα με τα κλινικά και νευροφυσιολογικά χαρακτηριστικά τους. Στο Μόντρεαλ οι εργασίες του Wilder Penfield (1891 - 1976) και του Herbert Jasper (1906), έθεσαν από το 1938 τα θεμέλια της χειρουργικής της επιληψίας. Οι εργασίες του Henri Gastaut (1915 - 1995) και της σχολής της Μασσαλίας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από αυστηρή παρατήρηση και περιγραφή των κρίσεων και της ηλεκτροεγκεφαλογραφικής έκφρασής τους, οδήγησαν στην πρώτη (1970) και στη συνέχεια στη δεύτερη (1981) διεθνή ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων. Αυτές οι πρόοδοι στην ταξινόμηση επιτρέπουν επίσης τη συνάφεια των επιστημονικών εργασιών διευκολύνοντας, με την υιοθέτηση μιας κοινής γλώσσας, την επικοινωνία ανάμεσα στους νευρολόγους και τους επιληπτολόγους όλου του κόσμου. Στη σύγχρονη εποχή η παρακλινική αξιολόγηση απλοποιείται χάρη στην πρόοδο των απεικονιστικών μεθόδων της μορφολογίας του εγκεφάλου (αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία) και της λειτουργίας του. Αυτές οι πρόοδοι εξηγούν την ανανέωση του ενδιαφέροντος για τις χειρουργικές μεθόδους αντιμετώπισης. Παράλληλα νέα αντιεπιληπτικά φάρμακα τελειοποιούνται και κυκλοφορούν στο εμπόριο ενώ η βασική έρευνα, που αφορά κυρίως στους νευροχημικούς μηχανισμούς και στη μοριακή γενετική της επιληψίας, γνωρίζει σημαντική πρόοδο (P. Thomas, A. Arzimanoglou, Epilepsies, 2002).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η επιληψία, μία από τις συχνότερες χρόνιες νευρολογικές παθήσεις, αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Είναι μια συνηθισμένη διαταραχή που βρέθηκε σε όλες τις χώρες και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. (L. Forsgren et al, European Journal of Neurology, 2005). Ωστόσο οι επιδημιολογικές εργασίες για την επιληψία ήταν πάντοτε δύσκολο να πραγματοποιηθούν εξαιτίας των σημαντικών μεθοδολογικών αποκλίσεων. Πράγματι, η επιληψία είναι πολύμορφη στην κλινική έκφρασή της όπως και στα αίτιά της. Ανομοιογένεια χαρακτηρίζει τις περισσότερες πτυχές της επιληψίας. Τα κριτήρια ορισμού ποικίλουν ανάλογα με τις μελέτες:

ορισμένες περιλαμβάνουν υποτροπιάζουσες κρίσεις καθώς και μεμονωμένες κρίσεις, ενώ άλλες αποκλειστικά υποτροπιάζουσες κρίσεις. Τα διαγνωστικά κριτήρια μπορεί να είναι δύσκολο να ελεγχθούν, επειδή παραδείγματος χάριν όλα τα επεισόδια απώλειας συνείδησης δεν είναι αναγκαστικά επιληπτικής φύσης. Εξάλλου τα δίκτυα μέριμνας διαφέρουν ανάλογα με την υγειονομική υποδομή της χώρας και οι ισχύουσες ταξινομήσεις των επιληπτικών κρίσεων και των επιλησιών δεν υιοθετούνται πάντα στην επιδημιολογική πρακτική. Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων αποτελεί τη σημαντικότερη παράμετρο(L. Forsgren et al, European Journal of Neurology, 2005).

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Ο Hauser και συν. πραγματοποίησαν μία προοπτική επιδημιολογική μελέτη επί πέντε δεκαετίες στην αμερικανική κομητεία του Olmsted στο Rochester στη Μιννεσότα. Θεωρήθηκαν σαν φορείς μίας ενεργού μορφής της ασθένειας οι ασθενείς για τους οποίους η διάγνωση της επιληψίας είχε τεθεί με κριτήριο τις αυτόματες υποτροπιάζουσες κρίσεις, όσοι λάμβαναν συνεχή αντιεπιληπτική αγωγή και όσοι είχαν παρουσιάσει μία κρίση μέσα στα πέντε προηγούμενα έτη (P. Thomas, A. Arzimanoglou, Epilepsies, 2002). Με βάση την επικράτηση της επιληψίας σε διάφορες μελέτες, ο εκτιμώμενος αριθμός αναγνώρισης παιδιών και εφήβων στην Ευρώπη με ενεργό επιληψία είναι 0.9 εκατ. Σε ηλικίες 20 – 64 ετών είναι 1.9 εκατ. Και στις ηλικίες 65 ετών και άνω είναι 0.6 εκατ. Περίπου το 20 – 30% του πληθυσμού με επιληψία έχουν περισσότερες από μια κρίση ανά μήνα. Επομένως περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχουν επιληψία οποιαδήποτε στιγμή. Ο συνολικός αριθμός ανθρώπων που είχαν ή ακόμα παρουσιάζουν επιληψία υπολογίζεται περίπου στα 100 εκατομμύρια ανθρώπων (L. Forsgren et al, European Journal of Neurology, 2005).

ΕΠΙΠΤΩΣΗ

Η ειδική επίπτωση ανάλογα με τον τύπο της κρίσεως είναι δύσκολο να υπολογιστεί με ακρίβεια. Οι παλιές μελέτες αποδείκνυαν μία υπεραντιπροσώπηση των γενικευμένων κρίσεων. Στις πιο πρόσφατες μελέτες, εξαιτίας μιας πιο αυστηρής

συλλογής των κλινικών δεδομένων οι εστιακές κρίσεις είναι οι συχνότερες. Η ειδική επίπτωση ανάλογα με την αιτία παραμένει στις περισσότερες περιπτώσεις θεωρητική, εξαιτίας του πολυπαραγοντικού χαρακτήρα της παθήσεως. Οι γενετικοί παράγοντες έχουν αξιολογηθεί σε πολυάριθμες μελέτες και φαίνεται ότι εμπλέκονται σε ποικίλο βαθμό σε όλες τις μορφές επιληψίας. Σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις, οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι άγνωστοι.

Η σχετική επίπτωση των διαφόρων επιληπτικών συνδρόμων βρίσκεται επί του παρόντος σε διαδικασία αξιολόγησης. Η υιοθέτηση μίας ταξινόμησης κατά σύνδρομα προσαρμοσμένη στις ανάγκες των επιδημιολογικών ερευνών οφείλει να προάγει και να διευκολύνει τις αυστηρές μελέτες σ' αυτόν τον τομέα. (P. Thomas, A. Arzimanoglou, Epilepsies, 2002)

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Το ποσοστό θνησιμότητας στους επιληπτικούς ασθενείς είναι 2 έως 3 φορές υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού. Ο θάνατος μπορεί να έχει άμεση σχέση με την αιτία της επιληψίας (αλκοολισμός, όγκος, εκφυλιστική πάθηση) ή να συμβαίνει συμπτωματικά στη διάρκεια μιας κρίσης: επιληπτική κατάσταση, εισρόφηση, ασφυξία, δευτεροπαθής κρανιοεγκεφαλική κάκωση, πνιγμός. Οι ασθενείς που εμφανίζουν επιληψία με τονικοκλονικές κρίσεις φαίνεται να διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο.

Πρόσφατα πολλές εργασίες έχουν αφιερωθεί στον αυξημένο κίνδυνο ανεξήγητου αιφνίδιου θανάτου στον επιληπτικό ασθενή. Το μεγαλύτερο κίνδυνο φαίνεται να διατρέχουν οι ασθενείς που εμφανίζουν νυκτερινές επιληπτικές κρίσεις. Οι μηχανισμοί που εμπλέκονται είναι κυρίως καρδιογενείς: καρδιακή ανακοπή, οξεία καρδιακή αρρυθμία κατά την κρίση με παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. Έχουν επίσης ενοχοποιηθεί η αναπνευστική ανακοπή και η μηχανική “ασφυξία”, οι οποίες συμβαίνουν στην άμεση μετακριτική φάση. Ωστόσο τα φυσιολογικά ευρήματα στην αυτοψία καθιστούν τα αίτια του θανάτου υποθετικά (P. Thomas, A. Arzimanoglou, Epilepsies, 2002).

ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΨΙΩΝ

Η επιληψία αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Ωστόσο η ιατρο - οικονομική εκτίμηση αυτής της κατηγορίας παθήσεων προσκρούει σε πολυάριθμες μεθοδολογικές δυσκολίες. Στην οικονομία της υγείας η πλέον χρησιμοποιούμενη μέθοδος για να εκτιμηθεί το κόστος μιας πάθησης συνίσταται στον πολλαπλασιασμό του επιπολασμού της πάθησης με το μέσο ατομικό κόστος της παρακολούθησης. Το τελευταίο είναι το άθροισμα του άμεσου ιατρικού και μη ιατρικού κόστους και του έμμεσου κόστους. Το ιατρικό κόστος περιλαμβάνει το αθροιστικό κόστος των επισκέψεων στα ιατρεία, των εισαγωγών στα νοσοκομεία, των διαγνωστικών εξετάσεων, της φαρμακευτικής αγωγής και των εξετάσεων παρακολούθησης. Θα πρέπει επίσης να προστεθούν το κόστος ενός προεγχειρητικού ελέγχου και αυτό μιας πιθανής χειρουργικής επέμβασης. Το μη ιατρικό κόστος περιλαμβάνει το αθροιστικό κόστος της φροντίδας σε ιδρύματα, των κοινωνικών παροχών, μιας πιθανής αλλαγής του τρόπου ζωής, των εξόδων μετακίνησης καθώς και τα έξοδα που βαρύνουν το περιβάλλον του ασθενούς όπως δαπάνες φύλαξης, ή δαπάνες διακοπής της εργασίας. Το έμμεσο κόστος είναι δύσκολο να αξιολογηθεί και αφορά την πλειονότητα των ποσών που δαπανώνται.

Μια μελέτη υπολογίζει το ετήσιο κόστος της επιληψίας στις ΗΠΑ στα 12.5 δισεκατομμύρια δολάρια το 1995. Η πλειοψηφία του άμεσου κόστους που δόθηκε ήταν στις διαγνωστικές εξετάσεις, ιατρική περίθαλψη και φαρμακευτική αγωγή, που προδιαγράφεται στο χρόνο της αρχικής αξιολόγησης για την διαταραχή επιληπτικών κρίσεων ή λανθασμένη διάγνωση επιληπτικών κρίσεων.

Τα λάθη δεν είναι μόνο δαπανηρά αλλά μπορεί επίσης να προκαλέσουν προβλήματα στον ασθενή . Λάθη στη διάγνωση, στη κατάταξη κρίσεων και πρόγνωση είναι γνωστό ότι οδηγεί σε ακατάλληλες αποφάσεις σχετικά με τη χρήση ή επιλογή αντιεπιληπτικών φαρμάκων. (Shafer HM et al, 2007).

ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗΣ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΕΚΦΟΡΤΙΣΗΣ

Είναι αποδεκτό από πολύ καιρό ότι οι εστιακές κρίσεις γεννιούνται σε μία περιορισμένη περιοχή του εγκεφαλικού φλοιού, την επιληπτογόνο ζώνη. Τα ηλεκτρο-κλινικά χαρακτηριστικά των κρίσεων εξαρτώνται από την ενεργοποίηση των επιληπτογόνων δικτύων. Αυτή η ενεργοποίηση αφορά διάφορες δομές, που επιστρατεύονται κατά συνέχεια από την κριτική εκφόρτιση, η οποία προέρχεται από την επιληπτογόνο ζώνη (Juan J. Zarranz et al, Neurologia, 2006).

Η εμφάνιση μιας επιληπτικής εκφόρτισης προϋποθέτει την ύπαρξη μιας ιδιοπαθούς ή επίκτητης διαταραχής της νευρονικής διεγερσιμότητας. Δύο παράγοντες χαρακτηρίζουν τους επιληπτικούς νευρώνες: η *υπερδιεγερσιμότητα*, η οποία ορίζεται ως η τάση ενός νευρώνα να δίνει γένεση σε επαναλαμβανόμενες εκφορτίσεις σαν απάντηση σ' ένα ερέθισμα, το οποίο φυσιολογικά δεν προκαλεί παρά ένα δυναμικό ενεργείας και ο *υπερσυγχρονισμός*, ο οποίος ορίζεται ως η ιδιότητα μιας ομάδας νευρώνων να παράγουν συγχρόνως σειρές δυναμικών (Juan J. Zarranz et al, Neurologia, 2006). Αυτές οι στοιχειώδεις ηλεκτροφυσιολογικές διαταραχές μπορούν να προέλθουν από διάφορες βιοχημικές ανωμαλίες που τροποποιούν τις ιδιαίτερες ιδιότητες των νευρωνικών μεμβρανών: ανωμαλίες των τασεοεξαρτώμενων διόδων του νατρίου, του ασβεστίου ή του καλίου, έλλειμμα στις μεμβρανικές ΑΤΡάσες που είναι υπεύθυνες για τη μεταφορά ιόντων, δυσλειτουργία της ανασταλτικής νευροδιαβίβασης μέσω γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), αύξηση της διεγερτικής νευροδιαβίβασης μέσω των διεγερτικών αμινοξέων όπως το γλουταμικό και το ασπαρτικό (Juan J. Zarranz et al, Neurologia, 2006).

Η πιο στοιχειώδης έκφραση της επιληπτικής εκφόρτισης στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα επιφάνειας είναι το σύμπλεγμα αιχμή-κύμα. Η αιχμή προέρχεται από ένα άθροισμα νευρωνικών παροξυσμικών εκπολώσεων, οι οποίες δίνουν γένεση σε ριπές δυναμικών ενεργείας. Το βραδύ κύμα προκύπτει από το άθροισμα των επαναπολώσεων των νευρωνικών σωμάτων από τα εξερχόμενα ρεύματα καλίου και τα εισερχόμενα ρεύματα χλωρίου, τα οποία συνδέονται με την ενεργοποίηση του υποδοχέα GABA A. Το βραδύ κύμα μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελεί την ηλεκτροφυσιολογική έκφραση ενός προστατευτικού φαινομένου με σκοπό να περιοριστεί η διάχυση των διεγερτικών εκφορτίσεων (Juan J. Zarranz et al, Neurologia, 2006).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Η διεθνής ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων (1981) διακρίνει με τη συμφωνία των κλινικών και ΗΕΓ κριτηρίων τρεις κύριες κατηγορίες: τις γενικευμένες κρίσεις, τις εστιακές κρίσεις και τις αταξινόμητες κρίσεις

Μία τέτοια ταξινόμηση επιτρέπει τη χρήση καθορισμένων όρων, για να μη συγχέεται πλέον η περιγραφή των κρίσεων και αυτή των επιληψιών και για να αποφευχθεί η εμμονή απαρχαιωμένων εννοιών ("κροταφικές αφαιρέσεις",

"ψυχοκινητική κρίση"), των οποίων η χρήση αποτελεί πηγή ασάφειας (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006) .

Γενικευμένες κρίσεις

Στις γενικευμένες κρίσεις, η εκφόρτιση, είναι από την αρχή διαδεδομένη στα δύο ημισφαίρια και φαίνεται να αφορά ταυτόχρονα το σύνολο του εγκεφαλικού φλοιού. Τα κλινικά χαρακτηριστικά αυτών των κρίσεων δεν εμφανίζουν κανένα σημείο που να μπορεί να τις συνδέσει με ένα εντοπισμένο ανατομολειτουργικό σύστημα στο ένα από τα δύο ημισφαίρια. Οι κινητικές εκδηλώσεις, εφόσον υπάρχουν, είναι από την αρχή αμφοτερόπλευρες και συμμετρικές. Οι κριτικές ΗΕΓ εκδηλώσεις χαρακτηρίζονται από εκφορτίσεις αιχμών, πολυαιχμών, συμπλεγμάτων αιχμής - κύματος ή πολυαιχμής - κύματος αμφοτερόπλευρες, σύγχρονες και συμμετρικές στα δύο ημισφαίρια (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

Είδη Γενικευμένων Κρίσεων

Μόνο έξι τύποι κρίσεων περιλαμβάνονται σ' αυτή την ομάδα: αφαιρέσεις (τυπικές ή άτυπες), μυοκλονικές κρίσεις, τονικές κρίσεις, κλονικές κρίσεις, τονικοκλονικές κρίσεις, ατονικές κρίσεις.

► Αφαιρέσεις

Οι αφαιρέσεις είναι κρίσεις μικρής διάρκειας που χαρακτηρίζονται πρωτίστως από αλλοίωση (ελάττωση ή κατάργηση) της συνείδησης (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

- Τυπικές αφαιρέσεις

Οι τυπικές αφαιρέσεις (αφαιρέσεις Petit Mal) παρουσιάζουν αιφνίδια έναρξη και λήξη. Συνοδεύονται από μία αμφοτερόπλευρη εκφόρτιση, σύγχρονη και συμμετρική από συμπλέγματα αιχμής – κύματος. Αυτή η εκφόρτιση, ρυθμική και μεγάλου εύρους, εμφανίζεται πάνω σε μία φυσιολογική βασική δραστηριότητα.

Οι τυπικές αφαιρέσεις απαντώνται στις επιληψίες με αφαιρέσεις της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

- *Άτυπες αφαιρέσεις*

Οι άτυπες αφαιρέσεις χαρακτηρίζονται από προοδευτική έναρξη και λήξη, γενικά μεγαλύτερη διάρκεια και συχνά μία λιγότερο έκδηλη αλλαγή του επιπέδου συνείδησης. Σε άλλες είναι παρόντα στοιχεία τονικά, ατονικά και / ή μυοκλονικά πιο έκδηλα και λιγότερο συμμετρικά απ' ότι στις τυπικές αφαιρέσεις. Είναι δυνατή μια ατονία του σώματος με προοδευτική πτώση στο έδαφος, κατά κανόνα ελάχιστα τραυματική. Αυτός ο τύπος κρίσεων απαντάται κυρίως στις επιληπτογόνους εγκεφαλοπάθειες των παιδιών, όπου σπάνια αποτελούν το μοναδικό τύπο κρίσεων (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

➤ **Μυοκλονικές κρίσεις**

Οι μυοκλονίες χαρακτηρίζονται από ταυτόχρονη σύσπαση αγωνιστών και ανταγωνιστών μυών, που επιφέρει ένα αιφνίδιο και βραχύ τίναγμα, με ποικίλη εντόπιση και ένταση. Αυτά τα τινάγματα αλληλεπιδρούν με την κινητική δραστηριότητα και προξενούν αδεξιότητα, πτώση αντικειμένων και απότομη πτώση εφόσον επεκτείνονται στα κάτω άκρα.

Οι μυοκλονίες αποτελούν συμπτώματα με μη μονοσήμαντα χαρακτηριστικά. Οι γενικευμένες μυοκλονικές κρίσεις χαρακτηρίζονται από αμφοτερόπλευρα και συμμετρικά τινάγματα που επέρχονται χωρίς αντιληπτή αλλαγή του επιπέδου συνείδησης. Συνοδεύονται στο επιφανειακό ΗΕΓ από μία εκφόρτιση αμφοτερόπλευρων, συμμετρικών και σύγχρονων συμπλεγμάτων πολυαιχμής – κύματος (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

➤ **Κλονικές κρίσεις**

Οι κλονικές κρίσεις συμβαίνουν εκλεκτικά στο μικρό παιδί, ενίοτε στα πλαίσια πυρετικών σπασμών. Συνίστανται σε αμφοτερόπλευρα κλονικά τινάγματα, ενίοτε ασύμμετρα, προοδευτικά επιβραδυνόμενα, ποικίλης διάρκειας που συνοδεύονται από αλλαγή του επιπέδου συνείδησης και μετακριτική σύγχυση. Το ΗΕΓ αναδεικνύει λίγο πολύ ρυθμικές εκφορτίσεις συμπλεγμάτων αιχμής – κύματος ή

πολυαιχμής – κύματος (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

► Τονικές κρίσεις

Οι τονικές κρίσεις χαρακτηρίζονται από μία μόνιμη μυϊκή σύσπαση, μη παλμική, που διαρκεί τουλάχιστον μερικά δευτερόλεπτα και συνδέεται με μία αλλαγή του επιπέδου συνείδησης, άπνοια και άλλες φυτικές διαταραχές. Ανάλογα με την τοπογραφία διαχωρίζονται σε αξονικές τονικές κρίσεις, που αφορούν στους μυς του λαιμού και της κεφαλής, σε αξονο – ριζομελικές τονικές κρίσεις που εκτείνονται στην ωμική και πυελική ζώνη και σε ολικές τονικές κρίσεις που αφορούν κυρίως στα άκρα. Οι τονικές κρίσεις προκαλούν απότομες πτώσεις και τραυματισμούς. Απαντώνται εκλεκτικά στις επιληπτογόνους εγκεφαλοπάθειες των παιδιών ή συνδέονται με άλλους τύπους κρίσεων (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

► Ατονικές κρίσεις

Οι ατονικές κρίσεις χαρακτηρίζονται από κατάργηση του τόνου θέσεως που προξενεί μία απότομη και τραυματική πτώση. Ενίοτε περιορίζονται σε μία απλή πτώση της κεφαλής προς τα εμπρός. Εάν είναι παρατεταμένες, το άτομο παραμένει στο έδαφος για πολλά λεπτά σε κατάσταση πλήρους μυϊκής χάλασης. Απαντώνται εκλεκτικά στις επιληπτογόνους εγκεφαλοπάθειες των παιδιών (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

► Τονικοκλονικές κρίσεις

Οι τονικοκλονικές κρίσεις (κρίσεις Grand Mal) είναι οι συχνότερες γενικευμένες κρίσεις. Ξεκινούν χωρίς πρόδρομα σημεία και στη συνέχεια εξελίσσονται σε τρεις φάσεις: τονική, κλονική και λύσης.

Η τονική φάση διαρκεί 10 έως 20 δευτερόλεπτα. Ξεκινά με μία κραυγή. Η συνείδηση καταργείται από την αρχή. Η συνεχής τονική σύσπαση αφορά το σύνολο των σκελετικών μυών, αρχικά σε κάμψη μετά σε έκταση. Παρατηρούνται σημαντικές διαταραχές (ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, μυδρίαση, ερυθρότητα του προσώπου, βρογχική υπερέκκριση, υπερέκκριση σιέλου).

Η κλονική φάση διαρκεί περίπου 30 δευτερόλεπτα. Η διαλείπουσα χαλάρωση της τονικής μυϊκής σύσπασης προκαλεί αμφοτερόπλευρα, σύγχρονα, έντονα τινάγματα, τα οποία προοδευτικά αραιώνουν για να διακοπούν απότομα. Η άπνοια, παρούσα από την αρχή της κρίσης, εκφράζεται με κυάνωση του προσώπου (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

Η φάση της λύσης (ή μετακριτική) διαρκεί από μερικά λεπτά έως μερικές δεκάδες λεπτών. Αμέσως μετά την κλονική φάση, το άτομο, υποτονικό και ακίνητο, παρουσιάζει βαθιά θόλωση της συνείδησης και πλήρη μυϊκή χαλάρωση. Μπορεί να παρατηρηθεί απώλεια ούρων, ενίοτε κοπράνων. Η αναπνοή επανέρχεται, ευρεία και θορυβώδης. Εμποδίζεται από τη βρογχική υπερέκκριση και την υπερέκκριση σιέλου. Εάν το άτομο δεν κοιμηθεί αυθόρμητα, το επίπεδο συνείδησης προοδευτικά βελτιώνεται και η θόλωση δίνει τη θέση της σε μία πνευματική σύγχυση ποικίλλουσας έντασης και διάρκειας που ενίοτε συνοδεύεται από αυτοματισμούς. Στο τέλος της κρίσης ή στην αφύπνιση, ο ασθενής παραπονείται συχνά για κεφαλαλγία και πόνο στα άκρα που ενίοτε συσχετίζεται με μέτρια αύξηση των μυϊκών ενζύμων στον ορό, έμμεσο βιολογικό σημείο της κρίσης.

(Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

Εστιακές κρίσεις

Στις εστιακές κρίσεις, η παροξυσμική εκφόρτιση αφορά αρχικά ένα περιορισμένο τομέα των φλοιωδών δομών, την επιληπτογόνο ζώνη. Αυτή η ζώνη αποτελείται από ένα νευρωνικό πληθυσμό απομονωμένο σ' ένα σημείο του ενός μόνο ημισφαιρίου. Τα πρώτα κλινικά σημεία της κρίσης έχουν μεγάλη εντοπιστική αξία, επειδή εκφράζουν την αποδιοργάνωση της επιληπτογόνου ζώνης και / ή των γειτονικών δομών (Anne G. Caicoya, Todos los derechos reservados, 2007).

Η επακόλουθη αποδιοργάνωση αυτών των δομών ευθύνεται για την ποικιλία που παρατηρείται στην σημειολογική έκφραση των κρίσεων στους διάφορους ασθενείς. Ωστόσο η σημειολογία, παραμένει σταθερή σε κάθε κρίση στον ίδιο ασθενή, εφόσον υπάρχει μόνο μία επιληπτογόνος ζώνη. Η τελική σημειολογική έκφραση της κρίσης προκύπτει από τη διαδοχή στο χώρο και στο χρόνο ενός αριθμού στοιχειωδών κλινικών σημείων, θετικών και αρνητικών. Οι ΗΕΓ εκδηλώσεις των εστιακών κρίσεων είναι μονόπλευρες και εστιακές τουλάχιστον στην αρχή της κρίσης. Η εκφόρτιση μπορεί να παραμείνει εστιακή, να διαδοθεί σε ένα σημείο ή στο σύνολο ενός ημισφαιρίου, ή να διεγείρει το σύνολο των δύο ημισφαιρίων,

προκαλώντας *δευτεροπαθή γενίκευση* (Anne G. Caicoya, Todos los derechos reservados, 2007).

Είδη εστιακών κρίσεων

Οι εστιακές κρίσεις, εξαιρετικά πολύμορφες, χωρίζονται σε απλές εστιακές κρίσεις, σύνθετες εστιακές κρίσεις και δευτεροπαθώς γενικευμένες κρίσεις (Anne G. Caicoya, Todos los derechos reservados, 2007).

► Απλές εστιακές κρίσεις

Εξ' ορισμού, οι απλές εστιακές κρίσεις χαρακτηρίζονται από ακεραιότητα της συνείδησης. Επομένως αυτό θα πρέπει να πιστοποιηθεί κατά τη διάρκεια της κρίσης και στο τέλος της να εξεταστεί αν το περιεχόμενό της έχει απομνημονευτεί. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε παραπάνω η εκτίμηση του επιπέδου της συνείδησης μπορεί να αποδειχτεί δύσκολη.

Οι απλές εστιακές κρίσεις χωρίζονται σε:

- Απλές εστιακές κρίσεις με κινητικά φαινόμενα
- Απλές εστιακές κρίσεις με αισθητικά ή αισθητηριακά σημεία
- Απλές εστιακές κρίσεις με φυτικά συμπτώματα
- Απλές εστιακές κρίσεις με ψυχικά φαινόμενα

(Anne G. Caicoya, Todos los derechos reservados, 2007)

► Σύνθετες εστιακές κρίσεις

Η ύπαρξη διαταραχής της συνείδησης, εξαρχής ή δευτερογενώς, ορίζει τις σύνθετες εστιακές κρίσεις. Σ' αυτό το πλαίσιο, η διεθνής ταξινόμηση διαχωρίζει τις απλές εστιακές κρίσεις που ακολουθούνται από αλλαγή του επιπέδου συνείδησης, μετατρέπομενες μ' αυτό τον τρόπο σε σύνθετες εστιακές κρίσεις και τις σύνθετες εστιακές κρίσεις που ξεκινούν από την αρχή με διαταραχή της επικοινωνίας (Anne G. Caicoya, Todos los derechos reservados, 2007).

Ο όρος “σύνθετες εστιακές κρίσεις” αντιστοιχεί σε εκφορτίσεις των οποίων η έναρξη και η εξάπλωση ποικίλουν. Καλύπτει εξαιτίας αυτού ένα μεγάλο αριθμό κλινικών καταστάσεων που δεν περιορίζονται σε καμία περίπτωση μόνο στις κρίσεις του κροταφικού λοβού.

Οι σύνθετες εστιακές κρίσεις συνοδεύονται συνήθως από αυτόματες δραστηριότητες, οι οποίες είναι ακούσιες κινητικές εκδηλώσεις. Μία θόλωση της συνείδησης δεν είναι απαραίτητη για την εμφάνιση αυτών των αυτοματισμών: σε ορισμένες καταστάσεις αυτές οι κινητικές συμπεριφορές γίνονται αντιληπτές σαν αληθινές αναγκαστικές και ανεμπόδιστες πράξεις (Anne G. Caicoya, Todos los derechos reservados, 2007).

Αταξινόμητες κρίσεις

Ορισμένες κρίσεις παραμένουν αταξινόμητες, είτε από την έλλειψη επαρκών κλινικών πληροφοριών (για παράδειγμα ορισμένες νυχτερινές επιληπτικές κρίσεις), είτε λόγω μιας παραπλανητικής σημειολογίας (για παράδειγμα ορισμένες νεογνικές κρίσεις) (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

Status epilepticus

Είναι άλλη μια μορφή επιληψίας απειλητική για τη ζωή. Ορίζεται ως η συνεχόμενη κρίση με δραστηριότητες που διαρκούν περισσότερο από 30 λεπτά ή επαναλαμβανόμενες κρίσεις με μειωμένη δραστηριότητα του επιπέδου συνείδησης μεταξύ των κρίσεων (Ellie Z. Franges, 2006). Η διάρκεια βέβαια 5 λεπτών είναι αρκετή για να καταστραφούν οι νευρώνες και η κρίση είναι απίθανο να σταματήσει έως εκείνη την στιγμή (J. Stephen Huff et al, MD, Status epilepticus, e medicine, 2007).

Η αιτία είναι συχνά μια αιφνίδια διακοπή των επιληπτικών φαρμάκων, αλλά επίσης μπορεί να προκύψει από την τοξικότητα των φαρμάκων ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Ellie Z. Franges, 2006).

ΑΙΤΙΑ – ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Οποιαδήποτε κατάσταση η οποία επηρεάζει την ανατομία και την λειτουργία του εγκεφάλου μπορεί να οδηγήσει σε επιληψία. Όμως όλοι οι ασθενείς οι οποίοι έχουν μια συγκεκριμένη εγκεφαλική νόσο δεν θα αναπτύξουν κατά ανάγκη όλοι επιληψία. Οι αιτίες επιληπτικών κρίσεων μπορεί να είναι γενετικές ή επίκτητες. Η επιληψία είναι μια αναταραχή με πολλές πιθανές αιτίες.

Έχει υπολογιστεί ότι τουλάχιστον οι μισές από όλες τις επιληψίες είναι το αποτέλεσμα εστιακών τραυμάτων εγκεφάλου (Harvey Simon, MD, the New York Times, 2007).

Μερικά από τα συχνά αίτια επιληπτικών κρίσεων είναι:

➤ Περιγεννητικοί παράγοντες

Αναπτυξιακά προβλήματα ή τραυματισμοί κατά τη διάρκεια του τοκετού (οι κρίσεις αρχίζουν συνήθως στην παιδική ηλικία ή την πρόωρη παιδική ηλικία) (L. Cameron, MD, Ehealth, 2004).

➤ Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Η πιθανότητα επιληψίας μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση ποικίλλει από 5 έως 50% (L. Cameron, MD, Ehealth, 2004).

Ο κρανιο-εγκεφαλικός τραυματισμός μπορεί να επιφέρει μια δευτερεύουσα επιληψία. Υπάρχουν τρεις παράγοντες που δείχνουν έναν μεγαλύτερο κίνδυνο της δευτερεύουσας κρίσης σε ένα κρανιο-εγκεφαλικό τραυματισμό:

-Διάρκεια της μετα-τραυματικής αμνησίας. Η μεγαλύτερη διάρκεια μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερο κίνδυνο. Η μετα-τραυματική αμνησία μπορεί να διαρκέσει μεταξύ σύντομων λεπτών και αρκετών εβδομάδων ή μηνών

-Η παρουσία εστιακών νευρολογικών σημείων

-Η παρουσία τραυματισμού στην εγκεφαλική φλοιώδη επιφάνεια

Εάν δεν υπάρχει κανένας από τους παραπάνω παράγοντες, ο κίνδυνος για μια μετα-τραυματική επιληψία υπολογίζεται περίπου σε 2% των περιπτώσεων. Αντίθετα, αν υπάρχει εμφάνιση των παραπάνω παραγόντων ο κίνδυνος ανέρχεται σε 40% (Gimeno Alava, Apice, 2004).

➤ Όγκοι εγκεφάλου

Επίπτωση σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι πιο συχνή μετά από την ηλικία των 30 ετών. Σπάνια εμφανίζονται σε παιδιά και εφήβους. Η επιληψία λόγω όγκων είναι υπεύθυνη για το 10 έως 15% των επιληπτικών κρίσεων (Gimeno Alava, Arice, 2004).

➤ Μεταβολικοί παράγοντες

Ανάμεσα στις οξείες ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η υπονατρίαμια και η υποκαλιαιμία είναι ιδιαίτερα επιληπτογόνες. Η υπογλυκαιμία εκφράζεται με μεμονωμένες τονικοκλονικές κρίσεις, ενώ η υπεργλυκαιμία με υπερωσμωτικότητα. Οι μεταβολικές διαταραχές μπορεί να έχουν επίπτωση σε ανθρώπους οποιασδήποτε ηλικίας (Gimeno Alava, Arice, 2004).

- Η εγκεφαλική παράλυση, ο αυτισμός, και διάφορες άλλες αναπτυξιακές διαταραχές μπορούν επίσης να προκαλέσουν επιληψία (Gimeno Alava, Arice, 2004).

➤ Λοιμώδεις νόσοι

AIDS

Βακτηριακή ή παρασιτική μηνιγγίτιδα

Εγκεφαλίτιδα

Απόστημα εγκεφάλου

Οξείες βαριάς μορφής μολύνσεις οποιουδήποτε μέρους του σώματος

Χρόνιες μολύνσεις (L. Cameron, MD, Ehealth, 2004).

➤ Τοξικοί παράγοντες

Επαγγελματική έκθεση σε τοξικούς παράγοντες. Η υψηλή έκθεση σε ορισμένες χημικές ουσίες, όπως στο μόλυβδο, μονοξειδίο του άνθρακα και άλλες χημικές ουσίες έχει συνδεθεί με τις κρίσεις (L. Cameron, MD, Ehealth, 2004).

➤ Κληρονομικότητα

Ο κίνδυνος κληρονομικότητας είναι ελαφρώς υψηλότερος από τον συνηθισμένο, επειδή μπορεί να υπάρξει μια γενετική τάση στην οικογένεια που καθιστά τις κρίσεις και την επιληψία πιθανότερες. Η επιληψία είναι πιθανότερο να εμφανιστεί σε έναν αδελφό ή μια αδελφή εάν το παιδί με την επιληψία έχει αρχικές γενικευμένες κρίσεις. Εξαρτάται από τον τύπο επιληψίας και τον αριθμό οικογενειακών μελών που επηρεάζονται, μόνο περίπου 4-10% των άλλων παιδιών στην οικογένεια θα έχουν επιληψία (Steven C. Schachter, MD, Epilepsy, 2003). Ο κίνδυνος για τα παιδιά των οποίων ο πατέρας έχει επιληψία είναι ελαφρώς

υψηλότερος. Εάν η μητέρα έχει επιληψία και ο πατέρας όχι, ο κίνδυνος είναι ακόμα λιγότερο από 5%. Εάν και οι δύο γονείς έχουν επιληψία, ο κίνδυνος είναι λίγο υψηλότερος. Τα περισσότερα παιδιά δεν κληρονομούν την επιληψία από έναν γονέα, αλλά η πιθανότητα κληρονομικότητας είναι υψηλότερη σε μερικούς τύπους. Σύμφωνα με τα παραπάνω ο κίνδυνος είναι χαμηλός, τα περισσότερα παιδιά ξεπερνούν την επιληψία, και οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από αυτήν είναι σε θέση να ελέγξουν τις κρίσεις με τη λήψη ιατρικής συνταγής (Steven C. Schachter, MD, Epilepsy, 2003).

- ▶ Alzheimer ή άλλες εκφυλιστικές ασθένειες εγκεφάλου στους ηλικιωμένους (L. Cameron, MD, Ehealth, 2004).

Εκλυτικοί παράγοντες επιληψίας

- ▶ Φαρμακευτικοί παράγοντες

Η διακοπή του φαρμάκου ή παράληψη να πάρει το φάρμακο είναι ο συχνότερος παράγοντας επανεμφάνισης επιληπτικών κρίσεων.

Η ξαφνική απόσυρση από ορισμένα αγχολυτικά ή καταπραϋντικά φάρμακα όπως οι βενζοδιαζεπίνες, τα βαρβιτουρικά, και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χάπια μπορεί επίσης να συμβάλει στις κρίσεις (Gimeno Alava, Apice, 2004).

- ▶ Κατάχρηση οινοπνεύματος

Η κατάχρηση οινοπνεύματος και η απόσυρση από το οινόπνευμα είναι από τους πιο συχνούς παράγοντες εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων, εφήβων και ενηλίκων. Οι κρίσεις, σχεδόν πάντα περιλαμβάνουν τις γενικευμένες τονικο-κλονικές κρίσεις, οι οποίες εμφανίζονται σε περίπου 10% των ενηλίκων κατά τη διάρκεια της απόσυρσης από το αλκοόλ. Πολλαπλές κρίσεις συμβαίνουν σε περίπου 60% αυτών των ασθενών. Η πρώτη κρίση εμφανίζεται 7 ώρες έως 2 ημέρες μετά το τελευταίο ποτό, και ο χρόνος μεταξύ της πρώτης και τελευταίας κρίσης είναι συνήθως 6 ώρες ή λιγότερος (Gimeno Alava, Apice, 2004).

- ▶ Ναρκωτικά

Η λήψη ναρκωτικών ουσιών ειδικά κοκαΐνης, έκστασης, φαικυκλιδίνης και αμφεταμινών ευνοούν την εμφάνιση των επιληπτικών κρίσεων και παρεμποδίζουν ή

αυξάνουν την αποτελεσματικότητα των αντιεπιληπτικών φαρμάκων με τη μείωση της αντιεπιληπτικής επίδρασης (Gimeno Alava, Arice, 2004).

- Οι αλλαγές των ωρών ύπνου ή η μείωση της συνηθισμένης διάρκειας ύπνου μπορεί να προκαλέσει την κρίση. Για αυτό τον λόγο είναι απαραίτητη η κανονική διάρκεια ύπνου (Gimeno Alava, Arice, 2004)
- Ο πυρετός μπορεί να προκαλέσει τις σπασμωδικές κρίσεις σε οποιοδήποτε ασθενή της επιληψίας. Όμως είναι σπάνιο ο πυρετός να καταλήξει σε επιληψία (Gimeno Alava, Arice, 2004)

- Τηλεόραση, βιντεοπαιχνίδια, ντίσκο

Στις φωτογενείς επιληψίες, μόνο 23% , των ανθρώπων που έχουν ευαισθησία οι κρίσεις τους μπορούν να επέλθουν από τα φώτα σε ορισμένη συχνότητα, όπως τα φώτα στις ντισκοτέκ καθώς επίσης και της τηλεόρασης, των βιντεοπαιχνιδιών και των υπολογιστών. Αυτοί οι άνθρωποι πρέπει να λάβουν μερικά μέτρα για να προσέξουν (Gimeno Alava, Arice, 2004)

- Φυσική ή ψυχική ανησυχία, πίεση, stress, παρατεταμένη νηστεία, σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα, έντονη άσκηση, κ.λπ. (Gimeno Alava, Arice, 2004)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Οι επιληπτικές κρίσεις αποτελούν κλινικές εκδηλώσεις κινητικές, αισθητικές, αισθητηριακές ή ψυχικές που συνοδεύονται η όχι από απώλεια συνείδησης και συνδυάζονται με μία ανώμαλη, υπέρμετρη και υπερσύγχρονη εκφόρτιση ενός λιγότερο ή περισσότερο εκτεταμένου πληθυσμού νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού. Μια μοναδική επιληπτική κρίση ή η επανάληψη επιληπτικών κρίσεων στο πλαίσιο μίας οξείας εγκεφαλικής πάθησης, δεν αποτελεί επιληπτική νόσο. Πρόκειται απλώς για "συμπτωματικές" κρίσεις που συνοδεύουν μία παροδική και αναστρέψιμη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Μπορεί να είναι σύμπτωμα ενός όγκου του εγκεφάλου, μια συστηματική διαταραχή, μόλυνση ή κάποιο σύνδρομο. Για αυτό αξίζει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και θεραπεία. (A. Krumholz et all, Neurology, 2007).

Αν και τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά δεδομένα (ΗΕΓ) είναι κύριας σημασίας στη διάγνωση των επιληπτικών κρίσεων, σε καμία περίπτωση η διάγνωση δε θα στηριχτεί μόνο σ' αυτά: δεν υπάρχει επιληψία χωρίς κλινικές κρίσεις.

Στην κλινική διάγνωση πρέπει να καθορίζονται τα γεγονότα που προηγούνται της κρίσης, όπως ζάλη, λιποθυμία ή πιθανή αύρα επιληψίας. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα περιλαμβάνουν τονικές ή κλονικές κινήσεις, καθώς και γευστικές και οσφρητικές ψευδαισθήσεις (Fisher RS et al , ILAE, IBE, 2005).

Η απότομη και απροσδόκητη εμφάνιση ενός σύντομου κλινικού επεισοδίου, του οποίου τα συμπτώματα εμφανίζονται σύμφωνα με μια λογική σειρά και αναπαράγονται με στερεότυπο τρόπο απ' το ένα επεισόδιο στο άλλο στον ίδιο ασθενή, οδηγεί φυσικά στην υπόθεση ότι πρόκειται για επιληπτικές κρίσεις.

Εάν η συνείδηση δεν καταργείται στη διάρκεια της κρίσης, η διάγνωση βασίζεται στην περιγραφή των φαινομένων από τον ασθενή. Εάν η συνείδηση καταργείται κατά τη διάρκεια της κρίσης, η διάγνωση βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στην αξιοπιστία των δεδομένων που συλλέγονται από τους μάρτυρες του επεισοδίου.

Η διάγνωση της επιληψίας βασίζεται πάνω απ' όλα σε όσο το δυνατόν λεπτομερές ιστορικό γύρω από τις συνθήκες και χαρακτηριστικά πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από την εξεταζόμενη διαταραχή, όπου δε είναι δυνατόν, υποστηρίζεται από τις παρατηρήσεις τρίτων προσώπων.

Οι εξετάσεις για τη διάγνωση της επιληψίας είναι:

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- Μαγνητική τομογραφία
- Αξονική τομογραφία
- Νευρολογική εξέταση
- Νευροαπεικόνιση

(Fisher RS et al , ILAE, IBE, 2005)

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η διάγνωση της επιληψίας είναι κλινική, βασίζεται στη λεπτομερή περιγραφή των γεγονότων που βιώνουν οι ασθενείς πριν, κατά και μετά την κρίση, και είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ένας μάρτυρας. Λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις τα διαγνωστικά λάθη θα πρέπει να αποφεύγονται. Έτσι, ο πρώτος βασικός κανόνας για τη διάγνωση της επιληψίας είναι ότι ποτέ η διάγνωση

δεν γίνεται χωρίς αδιάσειστα κλινικά στοιχεία. Αν υπάρχει κάποια αμφιβολία, θα πρέπει να αφήσουμε να περάσει χρόνος και η μετέπειτα εκδήλωση των συμπτωμάτων ίσως φανεί χρήσιμη πριν καταλήξουμε σε οριστικό συμπέρασμα (Fisher RS et al , ILAE, IBE, 2005).

Ποσοστό 20- 45% των περιπτώσεων των αθεράπευτων κρίσεων έχουν μια ψυχολογική παρά φυσική προέλευση. Με αυτήν την μορφή επιληψίας, γνωστή ως ψευδοεπιληψία ή ψυχογενής επιληψία, ο ασθενής δεν έχει καμία συνειδητή πρόθεση του καταναγκασμού κρίσης και δεν παρουσιάζει την ασυνήθιστα συναισθηματική συμπεριφορά ή τα σημάδια της υστερίας. Η ψευδοεπιληψία μπορεί συνήθως να διακριθεί από την αληθινή επιληψία χρησιμοποιώντας ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ). Η αιτία ψευδοεπιληψίας είναι άγνωστη. (Harvey Simon, MD, university of Maryland Medical Center, 2006).

ΚΥΡΙΑ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Ένα παροξυσμικό επεισόδιο που επιφέρει μία αλλαγή στο επίπεδο συνείδησης οδηγεί φυσικά στην επίκληση της διάγνωσης μιας επιληπτικής κρίσης. Όμως τα διαγνωστικά λάθη είναι πολύ συχνά. Η κύρια διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τις αιτίες παροξυσμικής διαταραχής των εγκεφαλικών λειτουργιών. *Οι γενικευμένες και εστιακές κρίσεις* περιλαμβάνουν: αγγειογενή και καρδιογενή συγκοπικά επεισόδια, ψευδοεπιληπτικές κρίσεις, και μόνο στις εστιακές εμφανίζεται και υπογλυκαιμία. *Οι σύνθετες εστιακές κρίσεις* περιλαμβάνουν: ψευδοεπιληπτικές κρίσεις, κρίσεις πανικού, καταστροφική συμπεριφορά. *Οι απλές εστιακές κρίσεις με κινητικά σημεία* περιλαμβάνουν: ψευδοεπιληπτικές κρίσεις. *Οι απλές εστιακές κρίσεις με αισθητικά σημεία* περιλαμβάνουν: παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, ημικρανία με αύρα. Τέλος οι *απλές εστιακές κρίσεις με ψυχικά σημεία* περιλαμβάνουν: κρίση πανικού, αμνησικό επεισόδιο (P. Thomas, A. Arzimanoglou, Epilepsies, 2002).

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Η μη συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχήμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την επανεμφάνιση επιληπτικών κρίσεων. Οι επιληπτικοί ασθενείς χρειάζεται να κάνουν

τακτικές επισκέψεις στο φορέα υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς οι οποίοι παραμένουν χωρίς κρίση για 2 έως 5 έτη και οι οποίοι έχουν φυσιολογικές νευρολογικές εξετάσεις και ομαλό ΗΕΓ μπορεί να είναι σε θέση να απογαλακτίζονται από την αντιεπιληπτική φαρμακευτική θεραπεία. Ωστόσο, ποτέ δεν πρέπει να γίνεται διακοπή των φαρμάκων τους χωρίς προηγουμένως να έχει γίνει ο απαραίτητος έλεγχος ή να έχουν συμβουλευτεί τον φορέα υγειονομικής περίθαλψης της υγείας τους. Παρόλα αυτά, μπορεί να βοηθηθεί η πρόληψη των κρίσεων με άλλους τρόπους. Εκτός από την τακτική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, να προσπαθούν να διατηρούν τακτικές ώρες στον ύπνο τους, και ισορροπημένη διατροφή με υγιεινά γεύματα. Να αποφεύγουν μεγάλες καταστάσεις stress εφόσον είναι δυνατόν και να μένουν σε επαφή με τον φορέα υγειονομικής περίθαλψης, με τη διατήρηση συναντήσεων και συνεχών επισκέψεων. Με υπομονή και επιμέλεια, μπορούν να αποκτήσουν ενεργό και ευχάριστη ζωή (Ellie Z. Franges, 2006).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η ακριβής διάγνωση του τύπου της επιληψίας είναι ζωτικής σημασίας για την εύρεση μιας αποτελεσματικής θεραπείας. Επί του παρόντος διαθέσιμες θεραπείες μπορούν να ελέγξουν τις κρίσεις τουλάχιστον σε ορισμένα είδη περίπου 80 %. Ωστόσο, άλλο ένα 20 % περίπου 600000 άτομα με επιληψία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν δυσεπίλυτες κρίσεις, και άλλα 400000 άτομα νιώθουν ότι έχουν ανεπαρκή θεραπεία. Τα στατιστικά αυτά στοιχεία καθιστούν σαφές ότι βελτιωμένες θεραπείες είναι απολύτως απαραίτητες. Η αντιμετώπιση της επιληψίας γίνεται με:

- Φαρμακευτική θεραπεία
- Κετογόνος διαίτα
- Χειρουργική θεραπεία (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μέχρι στιγμής η πιο συνηθισμένη μέθοδος για την θεραπεία της επιληψίας είναι η συνταγή αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Η πρώτη αποτελεσματική θεραπεία συστήθηκε το 1857 και παρατηρήθηκε ότι οι βρομίδες είχαν μια καταπραϋντική ουσία και φάνηκε να μειώνουν τις κρίσεις σε ορισμένους ασθενείς. Περισσότερα από 20 διαφορετικά αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι τώρα στην αγορά, με οφέλη και παρενέργειες (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

Οι συνήθεις αντιεπιληπτικές ουσίες είναι:

- Καρβαμαζεπίνη
- Φελμπαμάτη
- Γκαμπαπεντίνη
- Λαμοτριγίνη
- Φαινοτοΐνη
- Τοπιραμάτη
- Βαλπροϊκό οξύ

Ένας ασθενής με νεοδιαγνωσθείσα επιληψία, συχνά οι πρώτες συνταγές που λαμβάνει περιέχουν καρβαμαζεπίνη, λαμοτριγίνη, φαινοτοΐνη, εκτός εάν το είδος της επιληψίας επιβάλει ένα διαφορετικό είδος θεραπείας. Οι περισσότερες παρενέργειες από τα φάρμακα συχνά είναι σχετικά μικρής σημασίας, όπως η κόπωση, ζάλη ή αύξηση βάρους. Ωστόσο, σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αλλεργικές αντιδράσεις, μπορεί να συμβούν. Η φαρμακευτική αγωγή επιληψίας μπορεί επίσης να προδιαθέτει τα άτομα στην κατάθλιψη ή σε ψυχώσεις. Οι άνθρωποι με επιληψία θα πρέπει να παρατηρούν αμέσως αυτές τις διαταραχές και να απευθύνονται σε ειδικούς αν εμφανίσουν οποιοδήποτε είδος εξανθήματος κατά την διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής ή αν παρατηρήσουν τον εαυτό τους καταθλιπτικό ή ανίκανο να σκέφτεται με ορθολογικό τρόπο. Άλλα επικίνδυνα σημάδια που πρέπει να συζητηθούν αμέσως είναι ακραία κόπωση, ίλιγγος ή άλλα κινητικά προβλήματα, καθώς και κάποια δυσκολία στην ομιλία. Επίσης θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η φαρμακευτική αγωγή τους μπορεί να αλληλεπιδράσει με πολλά άλλα φάρμακα με πιθανόν επιβλαβείς τρόπους. Για το λόγο αυτό, πρέπει πάντα να αναφέρουν ποια φάρμακα παίρνουν (Stephen L. Hauser et al, Neurologia en Medicina Clinica, 2006).

ΚΕΤΟΓΟΝΟΣ ΔΙΑΙΤΑ

Η κετογόνος δίαιτα είναι μια ειδική δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη και χαμηλή σε υδατάνθρακες διατροφή, που βοηθά στον έλεγχο κρίσεων σε ορισμένα άτομα με επιληψία. Το όνομα κετογόνος, σημαίνει ότι παράγει κετόνες στο σώμα. Κετόνες σχηματίζονται όταν ο οργανισμός χρησιμοποιεί το λίπος για τις πηγές ενέργειας. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η κετογόνος διατροφή μειώνει ή αποτρέπει τις κρίσεις σε πολλούς ασθενείς των οποίων οι επιληπτικές κρίσεις μπορεί να μην ελέγχονται από τη φαρμακευτική αγωγή. Πάνω από τους μισούς που κάνουν τη δίαιτα έχουν τουλάχιστον κατά 50% μείωση του αριθμού των κρίσεων. Μερικοί ασθενείς, συνήθως 10-15%, ακόμη μπορεί να ελευθερωθούν από τις κρίσεις. Ορισμένοι συνεχίζουν να λαμβάνουν φάρμακα, άλλοι είναι σε θέση να λαμβάνουν μικρότερες δόσεις φαρμάκων ή λαμβάνουν λιγότερα απ' ό,τι πριν ξεκινήσει τη δίαιτα. Η χρονική στιγμή κατά την οποία μπορεί να ελαττωθεί η φαρμακευτική αγωγή εξαρτάται από τον ασθενή και τον νευρολόγο (Steven C. Schachter, MD, Epilepsy, 2003).

Εάν οι κρίσεις είναι καλά ελεγχόμενες για κάποιο χρονικό διάστημα, συνήθως 2 χρόνια, θα μπορούσε να σταματήσει η δίαιτα. Συνήθως, ο ασθενής σταδιακά αποσύρεται από την δίαιτα για αρκετούς μήνες ή ακόμη περισσότερο. Ακριβώς όπως συμβαίνει σε περίπτωση που διακόπτεται η φαρμακευτική αγωγή ξαφνικά, οι επιληπτικές κρίσεις μπορεί να γίνουν πολύ χειρότερα, έτσι και αν η διατροφή σταματήσει απότομα μπορεί να συμβεί το ίδιο. Συνήθως συνεχίζουν να λαμβάνουν φάρμακα μετά την διακοπή της διαίτας (Steven C. Schachter, MD, Epilepsy, 2003).

Παρενέργειες κετογόνου διαίτας

Ένα πρόσωπο που αρχίζει την κετογόνο δίαιτα μπορεί να νιώθει ατονία για λίγες ημέρες αφότου έχει ξεκινήσει τη δίαιτα. Αυτό μπορεί να επιδεινωθεί εάν ο ασθενής είναι άρρωστος όταν ξεκινάει τη δίαιτα. Άλλες παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν, για τον ασθενή που κάνει δίαιτα για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα είναι:

- Νεφρολιθίαση

- Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα
- Αφυδάτωση
- Δυσκοιλιότητα
- Επιβράδυνση ανάπτυξης ή αύξηση βάρους

(Steven C. Schachter, MD, Epilepsy, 2003)

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν οι κρίσεις δεν μπορούν να ελεγχθούν επαρκώς με τη φαρμακευτική αγωγή, η χειρουργική επέμβαση είναι μια λύση. Για να αποφασίσουμε εάν ένα πρόσωπο μπορεί να επωφεληθεί από την επέμβαση, εξετάζεται το είδος ή τα είδη των κρίσεων που πάσχει. Επίσης λαμβάνετε υπόψη η περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται και πόσο σημαντική είναι αυτή η περιοχή για την καθημερινή συμπεριφορά. Οι χειρουργοί συνήθως αποφεύγουν να χειρουργούν σε περιοχές του εγκεφάλου που είναι απαραίτητες για την ομιλία, την ακοή ή άλλες σημαντικές ικανότητες. Συχνά παρακολουθείτε εντατικά ο ασθενής πριν από την χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να εντοπιστεί η ακριβής τοποθεσία στον εγκέφαλο (Natalie Frazin, Crisis epilepticadas: Esperanza en la Investigación, 2005).

Μπορεί να είναι δύσκολο για ένα άτομο που είχε χρόνια κρίσεις η πλήρη αποκατάσταση και η απελευθέρωση κρίσεων ακόμη και αν η επέμβαση είναι επιτυχής. Ενώ η χειρουργική επέμβαση μπορεί να μειώσει σημαντικά ή ακόμη και να σταματήσει τις κρίσεις για κάποιους ανθρώπους, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε είδος της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να επιφέρει ορισμένους κινδύνους (συνήθως μικρούς). Η επέμβαση επιληψίας δεν είναι πάντα επιτυχής στη μείωση των κρίσεων και μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές, γνωστικές ή προσωπικότητας, ακόμη και σε ανθρώπους που είναι εξαιρετικά κατάλληλοι για επέμβαση. Ακόμη και όταν η επέμβαση σταματάει τελείως τις επιληπτικές κρίσεις, είναι σημαντικό να συνεχίσουν να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρονικό διάστημα για να δοθεί στον εγκέφαλο χρόνος να προσαρμοστεί εκ νέου (Natalie Frazin, Crisis epilepticadas: Esperanza en la Investigación, 2005).

Μεταξύ 50 - 70% των ασθενών σταματάνε οι κρίσεις μετά από χειρουργική επέμβαση. Ειδικά ευνοϊκή είναι η πρόγνωση μετά την χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με χρόνια λήψη αντιεπιληπτικών φαρμάκων η οποία έχει ήδη αποδείξει

την υπεροχή της χειρουργικής επέμβασης σε σύγκριση με τη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής (Ellie Z. Franges, 2006).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΨΙΩΝ

Όταν ένας ασθενής δεν παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις για πολλά συναπτά έτη, είναι δυνατόν να διακόψει την φαρμακευτική αγωγή, ανάλογα με την ηλικία του και το είδος της επιληψίας. Τα τρία τέταρτα των ενηλίκων που δεν εμφανίζουν κρίσεις για 3 χρόνια, παραμένουν ελεύθεροι κρίσεων μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Η πρόγνωση δεν είναι τόσο ενθαρρυντική για εκείνους που λαμβάνουν περισσότερα από ένα αντιεπιληπτικά φάρμακα, αυτούς που έχουν οικογενειακό ιστορικό επιληψίας ή για τους ασθενείς οι οποίοι συνεχίζουν να έχουν ανώμαλο ΗΕΓ ενώ λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή (Stanley J. Swierzewski, III, MD, Neurology channel, 2002).

Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

Η πρόγνωση εξαρτάται από πολλούς διαφορετικούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένων

- Σύνδρομο επιληψίας
- Αν η επιληψία είναι ιδιοπαθής ή συμπτωματική
- Ηλικία έναρξης των επιληπτικών κρίσεων
- Αν οι κρίσεις είναι εύκολα ελεγχόμενες με φαρμακευτική αγωγή
- Αν υπάρχουν άλλα νευρολογικά προβλήματα προερχόμενα της επιληψίας

(Stanley J. Swierzewski, III, MD, Neurology channel, 2002)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παιδαγωγική, ψυχολογική, και κοινωνική φροντίδα του επιληπτικού ασθενή αποτελεί ένα βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης. Ο απρόβλεπτος χαρακτήρας της εμφάνισης των κρίσεων, η έδρα τους σε ένα όργανο εξαιρετικά

εύθραυστο και μυστηριώδες, η ανάγκη παρατεταμένης θεραπείας, πιθανή πηγή ενοχλητικών ανεπιθύμητων ενεργειών, η απουσία άμεσου και αντικειμενικού βιώματος της ασθένειας προκαλούν μία έντονη αίσθηση ευθραυστότητας και αποσταθεροποίηση. Ορισμένοι ασθενείς θεωρούν τον εαυτό τους δυσβάστακτα ανάπηρο από μία ελάχιστα ενεργό επιληψία. Αντίθετα, άλλοι ασθενείς παρουσιάζουν μία μη ελεγχόμενη επιληψία και τίθενται, από άρνηση απέναντι στην ασθένεια, σε καταστάσεις δυνητικά επικίνδυνες για τους ίδιους και για τους άλλους. Ο ασθενής βοηθούμενος από το γιατρό και το νοσηλευτή, πρέπει διαρκώς να αναπροσαρμόζει τη θέση του απέναντι στον εαυτό του και απέναντι στους άλλους στο πλαίσιο μιας κοινωνίας κατά κανόνα ελάχιστα επεικούς.

Εκτός από τη συχνότητα των κρίσεων και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, η αντικειμενική και υποκειμενική απήχηση της επιληψίας στην καθημερινή ζωή αποτελεί ένα από τα πιο ισχυρά κριτήρια για την αξιολόγηση της “ποιότητας ζωής” των ασθενών. Υπάρχουν διάφορες κλίμακες αυτοεκτίμησης που με αυτές μπορούμε να αξιολογήσουμε το επίπεδο της ποιότητας ζωής των επιληπτικών ασθενών (Grethe Helde et al, Epilepsy & Behavior, 2005).

Οι κίνδυνοι των επιληπτικών κρίσεων διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο των κρίσεων και την ώρα του εικοσιτετραώρου που εμφανίζονται. Θεμελιώδη παράγοντα αποτελεί η αλλαγή του επιπέδου συνείδησης και \ ή μία πτώση κατά τη διάρκεια της κρίσης. Μία επιληψία με καθημερινές απλές εστιακές κρίσεις μπορεί έτσι να προκαλεί μικρότερη αναπηρία από μία επιληψία με εβδομαδιαίες σύνθετες εστιακές κρίσεις. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν αποδιοργάνωση της συνείδησης από την αρχή χωρίς προειδοποιητικό σύμπτωμα, μειονεκτούν έναντι των ασθενών που εμφανίζουν μια δευτεροπαθή αλλαγή του επιπέδου της συνείδησης. Ορισμένοι ασθενείς ωφελούνται πράγματι από τα αρχικά δευτερόλεπτα της κρίσης για να αποφύγουν πιθανές απειλές του άμεσου περιβάλλοντος.

Για τους ασθενείς που διατρέχουν μέγιστο κίνδυνο μπορεί να είναι χρήσιμο να φέρουν μια κάρτα που να αναφέρει την ταυτότητα του ασθενούς, τα στοιχεία του θεράποντος ιατρού και των συγγενών του, ιατρικές πληροφορίες και συμβουλές μπροστά σε μία κρίση (P. Thomas, A. Arzimanoglou, Epilepsies, 2002).

ΡΟΛΟΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Πολλοί ασθενείς βρίσκουν τη διάγνωση της επιληψίας σκληρή για να συμβιβαστούν αλλά οι πληροφορίες που παρέχονται από εξειδικευμένους νοσηλευτές (E.N.), ως

συμβουλές και με τη μορφή ενημερωτικών φυλλαδίων θα μπορούσε να τους βοηθήσει να κατανοήσουν τη διάγνωση και να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους με θετικό τρόπο. Αυτό το είδος των πληροφοριών μπορεί να περιλαμβάνει:

- Γενικές πληροφορίες σχετικά με την επιληψία και τα αίτια της
- Παροχή συμβουλών, ενημέρωσης και εκπαίδευσης
- Πληροφορίες για τα είδη των κρίσεων και ότι συμβαίνει κατά τη διάρκεια της κρίσης
- Λεπτομέρειες για την αξιολόγηση και τα test (συμπεριλαμβανομένης της περιγραφής της κρίσης και την ιστορία, ΗΕΓ και απεικόνιση των νεύρων)
- Πότε και πού μπορούν να λάβουν βοήθεια περιλαμβανομένων των Ε.Ν. ,σύμβουλους με στοιχεία επικοινωνίας και στήριξη από ομάδες και εθελοντικές οργανώσεις
- Ενημέρωση για τις επιπτώσεις στον τρόπο ζωής κυρίως σε θέματα όπως η απασχόληση, σχολείο, οδήγηση, ασφάλεια, αθλητισμός, αναψυχή, σχέσεις, σχεδιασμός πριν από την εγκυμοσύνη και προγραμματισμό αντισύλληψης
- Πληροφόρηση για τα ναρκωτικά και το κατά πόσο επηρεάζουν στην εμφάνιση κρίσεων
- Πρόγνωση της νόσου και προοπτικές για το μέλλον

(John Foley et al, seizure, 2000)

Επίσης οι νοσηλευτές συμβουλεύουν τους ασθενείς και στα παρακάτω θέματα:

➤ Οικιακοί κίνδυνοι

Τα άτομα με σοβαρή μορφή επιληψίας έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να τραυματιστούν κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, για αυτό χρειάζονται προστασία. Η εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την αποφυγή κινδύνου είναι μια σύνθετη απόφαση που επιβαρύνεται με αβεβαιότητα.

Στο σπίτι του ασθενούς, οι πιο συχνό τραυματισμοί συμβαίνουν στο μπάνιο, στην κουζίνα ή κατά τη διάρκεια καθόδου ή ανόδου μιας σκάλας. Οι τραυματισμοί μπορούν να επιδεινωθούν από εγκαύματα εξ επαφής (πλάκες ψησίματος, καλοριφέρ, σίδερα) ή από εκτόξευση ζεστών υγρών (μεταφορά χύτρας, ντους). Αυτοί οι οικιακοί κίνδυνοι θα προληφθούν με απλά μέσα: έπιπλα χωρίς εξέχουσες γωνίες, χαμηλή κλίση, σύστημα ασφαλείας για τη ροή ζεστού νερού προστασία των

πλακών ψησίματος. Η αποφυγή μέτρων προστασίας μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες, μερικές φορές, απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις.

Μια συστηματική προσέγγιση της διαχείρισης κινδύνου θα μπορούσε να βελτιώσει την ισορροπία μεταξύ κινδύνου και την ποιότητα ζωής.(D. Valenga , Issues and innovations in nursing practice, 2005).

➤ Αθλητισμός

Η εξάσκηση μιας αθλητικής δραστηριότητας είναι ένας σημαντικός παράγοντας της κοινωνικής ολοκλήρωσης. Οι απαγορεύσεις εξαρτώνται από τον τύπο των κρίσεων και τον κίνδυνο να εμφανιστούν κατά την αθλητική δραστηριότητα. Ορισμένες δραστηριότητες απαγορεύονται επειδή η ζωή του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο από μία σοβαρή κρίση: υποβρύχιες καταδύσεις, ιστιοπλοΐα, αλπινισμός, εναέρια σπορ, μηχανικά σπορ. Η ιππασία πρέπει να επιτρέπεται μόνο στους καλά ελεγχόμενους ασθενείς. Ο αθλητισμός ή η γυμναστική δεν αντενδείκνυται. Η οδήγηση ποδηλάτου μπορεί να επιτραπεί ακόμη και αν υπάρχει μικρός κίνδυνος ατυχήματος. Συνιστάται να φορούν κράνος. Ο πνιγμός παραμένει η κύρια αιτία θανάτου λόγω ατυχήματος των επιληπτικών, πολύ μπροστά από τα τροχαία ατυχήματα ή τα ατυχήματα στη δουλεία. Το κολύμπι σε βαθιά θάλασσα και σε πισίνα δεν επιτρέπεται λοιπόν παρά μόνο όταν οι κρίσεις ελέγχονται καλά με την προϋπόθεση ότι το άτομο συνοδεύεται ή είναι υπό επίβλεψη. Τα ντους πρέπει να προτιμούνται από τα μπάνια. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να υπάρχει κατά τις θεραπευτικές τροποποιήσεις ή κατά τη διακοπή της θεραπείας. Για τα άλλα σπορ, ο κίνδυνος ατυχήματος δε διαφέρει σημαντικά από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Ομαδικά αθλήματα συνιστώνται (P. Thomas, A. Arzimanoglou, Epilepsies, 2002).

➤ Άδεια οδήγησης και οδήγηση αυτοκινήτου

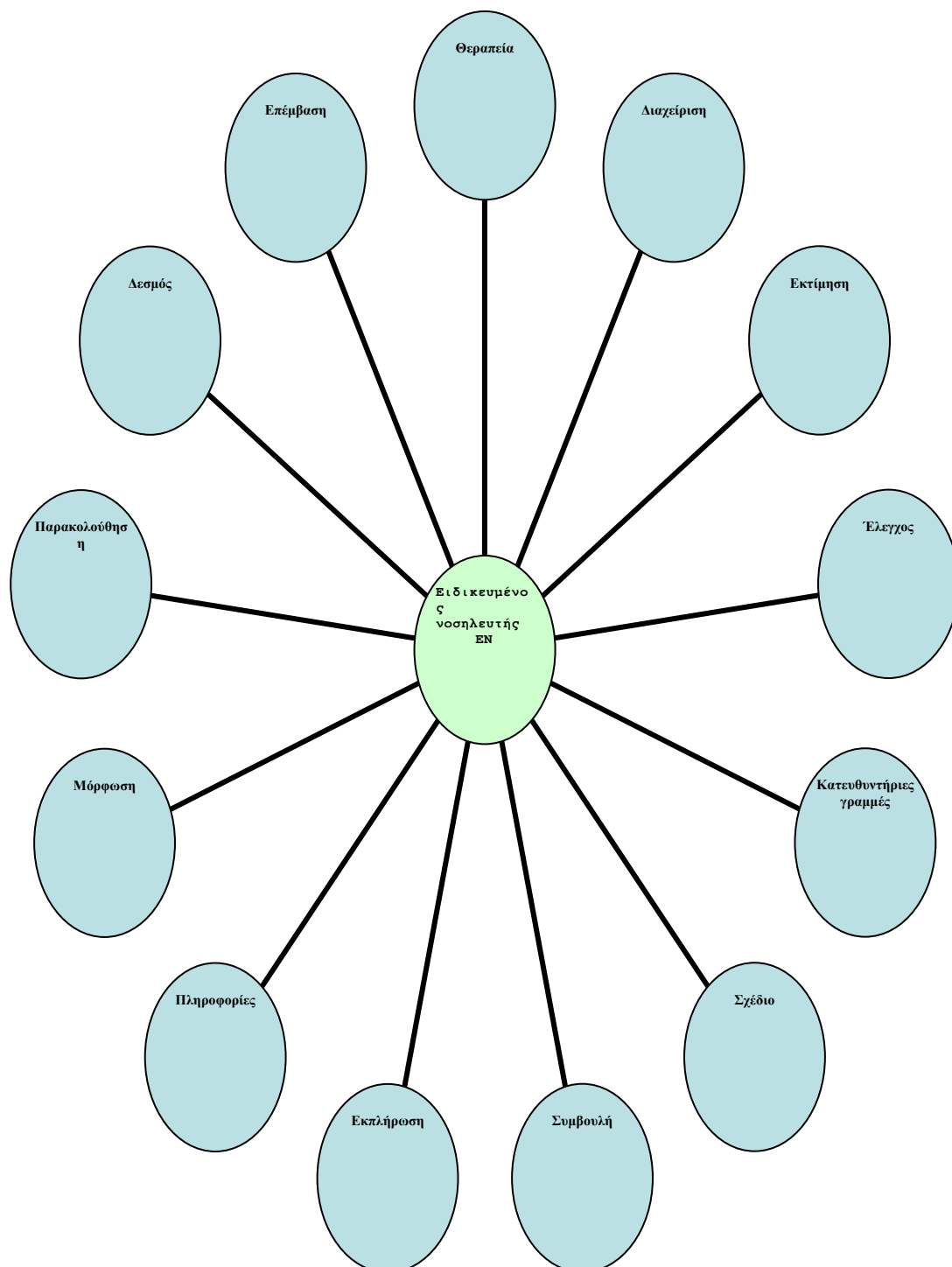
Η οδήγηση αυτοκινήτου από επιληπτικά άτομα περικλείει τον κίνδυνο τροχαίων ατυχημάτων, με συνέπεια ποικίλα ιατρικά και νομικά προβλήματα. Αυτό έχει οδηγήσει τα διάφορα κράτη να θεσπίσουν νομικούς κανόνες στην προσπάθειά τους να ελέγξουν και να ελαχιστοποιήσουν τους κινδύνους, που δυστυχώς σπανίως τηρούνται. Παρόλα αυτά όμως χορηγείται άδεια οδήγησης σε επιληπτικά άτομα εφόσον έχει περάσει ένα ή δυο έτη από την τελευταία επιληπτική κρίση. (P. Thomas, A. Arzimanoglou, Epilepsies, 2002).

Στοιχεία για την αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης της επιληψίας από
εξειδικευμένο νοσηλευτή

Η πρώτη νοσηλεύτρια εξειδικευμένη σε επιληψία βρέθηκε στο Doncaster το 1988, στο πλαίσιο μιας κοινότητας. Ωστόσο, ήταν σαν να μην υπήρχε μέχρι το 1993 όπου απέκτησε αναγνώριση για το μοναδικό της ρόλο (M. Goodwin et al, seizure, 2004). Τα στοιχεία είναι πλέον διαθέσιμα και υποστηρίζουν ότι η συνάντηση με E.N. μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρονται στους επιληπτικούς ασθενείς και στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη φροντίδα. Απόδειξη για τις αξιώσεις αυτές προέρχεται από μια τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη, η οποία είχε αναλάβει να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών που εργάζονται σε κλινικές με επιληπτικούς ασθενείς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η μελέτη αυτή περιλάμβανε 251 ενήλικες ασθενείς και έγινε στη περιοχή του Νότιου Τάμεση. Τα συνολικά συμπεράσματα από την έρευνα ήταν ότι οι νοσηλευτές ήταν εξυπηρετικοί και βοηθούσαν σε μεγάλο βαθμό τα επιληπτικά άτομα. Υπήρξε σημαντική βελτίωση στο επίπεδο των συμβουλών όσον αφορά την φαρμακευτική θεραπεία, την συμμόρφωση στην αγωγή και του τρόπου ζωής. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συμφωνούν με ορισμένες άλλες έρευνες στις οποίες η αποτελεσματικότητα E.N. στη παρέμβαση είχε εξετασθεί (John Foley et al, seizure, 2000).

Ο ΠΟΛΥΠΛΕΥΡΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



(John Foley et al, seizure, 2000)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

- Μόλις συνειδητοποιήσουμε ότι ο ασθενής κάνει κρίση, το πρώτο μας βήμα είναι να τον προστατεύσουμε από τραυματισμούς και να παρέχουμε όσο το δυνατόν μπορούμε προστασία της ιδιωτικής του ζωής από περαστικούς και περίεργους. Δεν θα τον συγκρατήσουμε ή να δοκιμάσουμε να αποτρέψουμε την κρίση, αλλά αποσύρουμε επιβλαβή αντικείμενα από γύρω του, χρησιμοποιούμε μια μέθοδο που να μην τον τρομάζει και τον οδηγούμε μακριά από σκάλες ή άλλες δυνητικά επιβλαβείς καταστάσεις (Ellie Z. Franges, 2006).
- Αν είναι σε όρθια ή καθιστή στάση τον τοποθετούμε στο πάτωμα και αφήνουμε ελεύθερο χώρο (εφόσον είναι δυνατόν) γύρω του, ειδικά γύρω από το κεφάλι του. Μετακινούμε κάθε αντικείμενο που μπορεί να βλάψει τον ασθενή, συμπεριλαμβανομένων των επίπλων. Αν είναι σε κρεβάτι, αφαιρούμε τα μαξιλάρια και βάζουμε προστατευτικό κρεβατιού (Ellie Z. Franges, 2006).
- Προστατεύουμε τον αεραγωγό του ασθενή σε όλη τη διάρκεια της κρίσης. Χαλαρώνουμε την ένδυση και αφαιρούμε τα γυαλιά αν φοράει. Δεν τοποθετούμε τίποτα στο στόμα του. Μπορεί να εμποδίσει τον αεραγωγό και μπορεί να καταπιεί ή να δαγκώσει το αντικείμενο. Μένουμε μαζί του σε όλη την διάρκεια της κρίσης, και σίγουρα να μετρούμε την διάρκεια της (Ellie Z. Franges, 2006).
- Μετά που θα έχει υποχωρήσει η κρίση, ελέγχουμε αν υπάρχει τραυματισμός στον ασθενή. Αν ο ασθενής δεν αναπνέει ή δεν έχει σφυγμό μετά την κρίση, άμεσα αρχίζουμε καρδιοαναπνευστική ανάνηψη. Διαφορετικά, τοποθετούμε τον ασθενή στο πλάι για πρόληψη εισρόφησης εκκρίσεων (Ellie Z. Franges, 2006).
- Όταν η κρίση έχει τελειώσει, τοποθετούμε τον ασθενή στο πλάι στη θέση διάσωσης, αν αναπνέει και έχει σφυγμό. Να είμαστε έτοιμοι να χορηγήσουμε οξυγόνο και φαρμακευτική αγωγή αν χρειαστεί.
(Mary Unruh Fagley, RN, MSN, Taking charge of seizure, 2007)

- Σημειώνουμε το χώρο και το χρόνο που άρχισε η κρίση και το πώς εξελίχθηκε, αν υπήρχαν προειδοποιητικά σημάδια. Πόσο διήρκεσε η τελευταία κρίση, ποιά ήταν η διάρκεια της κάθε φάσης της κρίσης, μήπως ο ασθενής εμφάνισε ακράτεια, αν έχει επίγνωση για το τι του συνέβη, αν έχασε την συνείδηση του οποιαδήποτε στιγμή. Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν μια "αύρα", αλλαγή στην οσμή, γεύση, οπτική αντίληψη, ακοή ή την συναισθηματική κατάσταση λίγο πριν από την κρίση. Εκτελούμε μια νευρολογική εξέταση, αναπροσανατολίζουμε τον ασθενή και τον αφήνουμε να κοιμηθεί μετά που η κρίση θα έχει λήξει. Συνεχίζουμε να τον παρατηρούμε σε περίπτωση που η κρίση επανεμφανιστεί. (Ellie Z. Franges, 2006).
- Όταν ο ασθενής είναι ξύπνιος και είναι σε εγρήγορση, εκτιμούμε την κατάσταση του και τον καθησυχάζουμε. Να είμαστε ευαίσθητοι και υποστηρικτικοί για τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του (Mary Unruh Fagley, RN, MSN, Taking charge of seizure, 2007).
- Προετοιμάζουμε τον ασθενή για διαγνωστικές εξετάσεις, όπως επιβάλλεται μετά την κρίση (Mary Unruh Fagley, RN, MSN, Taking charge of seizure, 2007).
- Καταγράφουμε τα γεγονότα σύμφωνα με την διάρκεια της κρίσης και το είδος, συμπεριλαμβανομένου τα μέρη του σώματος που συμμετείχαν σε αυτήν . (Mary Unruh Fagley, RN, MSN, Taking charge of seizure, 2007).
- Διερευνούμε παράγοντες που μπορεί να έχουν σχέση με την εμφάνιση της κρίσης όπως χαμένες δόσεις των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, ασθένεια, εμμηνόρροια, ή άγχος (Mary Unruh Fagley, RN, MSN, Taking charge of seizure, 2007).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται στη τριτοβάθμια φροντίδα του Ηρακλείου Κρήτης σχετικά με την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των επιληπτικών σπασμών και να μελετηθούν πιθανές συσχετίσεις με άλλους παράγοντες.

Θα ερευνηθεί η συσχέτιση του επιπέδου των γνώσεων των νοσηλευτών με τους παρακάτω παράγοντες: φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση, νοσοκομείο εργασίας, κλινική, προϋπηρεσία, αυτοεκτίμηση επιπέδου γνώσεων και συχνότητα αντιμετώπισης επιληπτικών κρίσεων. Η συσχέτιση μετρά το βαθμό συνάφειας – αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε δυο ή περισσότερες μεταβλητές. Πρακτικά σημαίνει, ότι από την τιμή ενός δείκτη (συντελεστή συσχέτισης) κατανοούμε πόσο έντονη ή χαλαρή είναι η συσχέτιση δύο μεταβλητών.

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε κλινικές για την αναγνώριση και αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων καθώς και την αιτιολογία και τους εκλυτικούς παράγοντες
2. Ποια είναι η συχνότητα αντιμετώπισης κρίσεων «Ε» από τους νοσηλευτές
3. Ποιοι είναι οι παράγοντες που παρουσιάζουν κάποια συσχέτιση με το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Υλικό Και Μέθοδος

Η ερευνά μας πραγματοποιήθηκε το διάστημα Φεβρουάριος – Μάρτιος 2008 στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο και στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης στις εξής κλινικές: Νευρολογική, Παθολογική, Νευροχειρουργική, ΤΕΠ και ΜΕΘ.

Ανάπτυξη ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε σύμφωνα με επιστημονικά άρθρα και έγκυρες πηγές του διαδικτύου με σκοπό να καλύψει όλες τις πτυχές της έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισης και

να γίνει όσο το δυνατόν περισσότερο κατανοητό στο δείγμα μας. Σχετικά με την εγκυρότητα έγινε μια αδρή εκτίμηση μόνο της εγκυρότητας περιεχομένου (content validity) και στη συνέχεια ελέγχθηκε η κατανόηση του ερωτηματολογίου με μία πιλοτική μελέτη σε 5 νοσηλευτές (face validity). Εκτελέστηκε η πιλοτική μελέτη από την οποία παρατηρήθηκε δυσκολία στην κατανόηση ερωτήσεων και αδυναμία απόκρισης τους. Επίσης το ερωτηματολόγιο δόθηκε και σε 2 ειδικούς, 1 στατιστικό και 1 νοσηλεύτρια ΠΕ MSc, Στατιστικός PhD. Μετά τα σχόλια των ειδικών αφαιρέθηκε η επιλογή «δεν ξέρω, δεν απαντώ», δημιουργήθηκε κλίμακα για τις γνώσεις των νοσηλευτών, έγινε ομαδοποίηση απαντήσεων σε κατηγορίες στην ερώτηση σχετικά για το πόσες φορές έχουν αντιμετωπίσει ασθενή με κρίσεις E, καθώς επίσης για τις ερωτήσεις τύπου Σ ή Λ δημιουργήθηκε πίνακας. Όσον αφορά στα σχόλια των νοσηλευτών σύμφωνα με την πιλοτική μελέτη που έγινε, χαρακτήρισαν τις ερωτήσεις δύσκολες στην κατανόηση και εξειδικευμένες, ειδικότερα το είδος των ερωτήσεων που έπρεπε να αναγνωρίσουν ποια μορφή επιληψίας παρουσιάζει ένας ασθενής. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή λέξεων, φράσεων ή και ερωτήσεων για να γίνει πιο σαφές στο δείγμα μας. Αφαιρέθηκαν δυο ερωτήσεις και μοιράστηκαν ερωτηματολόγια αποτελούμενα από 20 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 3 περιέχουν υποερωτήματα. Η αξιοπιστία (εσωτερική συνάφεια, επαναληπτικότητα) του ερωτηματολογίου μας δεν μετρήθηκε.

Δομή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις:

- Ανοικτού τύπου (Πόσα χρόνια εργάζεσθε στο παραπάνω τμήμα, σε ποια άλλα τμήματα έχετε εργαστεί)
- Κλειστού τύπου (8 ερωτήσεις= γενικά στοιχεία ερωτηθέντων, 4 ερωτήσεις= αναγνώρισης, μία εκ των οποίων έχει υποερωτήματα, 1 ερώτηση= εκλυτικοί παράγοντες με υποερωτήματα, 4 ερωτήσεις= αντιμετώπισης, 1 ερώτηση= προκατάληψη με υποερωτήματα)

Οι κλειστές ερωτήσεις είναι πιο δύσκολο να διατυπωθούν από τον ερευνητή, από ότι οι ανοιχτές, είναι όμως ευκολότερο να ελεγχθούν και ιδιαίτερα να αναλυθούν (Σαχίνη – Καρδάση 1997).

Επιλογή δείγματος

Το δείγμα των νοσηλευτών επιλέχθηκε με την διαδικασία της δειγματοληψίας ευκολίας. Οι κλινικές στις οποίες απευθυνθήκαμε είναι: Νευρολογική, Παθολογική, Νευροχειρουργική, ΤΕΠ και ΜΕΘ. Προσπαθήσαμε να καλύψουμε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού από την κάθε κλινική. Στους νοσηλευτές μοιράστηκαν ερωτηματολόγια τα οποία τα

συμπλήρωναν κατά την διάρκεια της βάρδιας τους. Για την αξιοπιστία και νομιμότητα της μελέτης μας παραχωρήθηκε άδεια από τους διοικητές των νοσοκομείων.

Ανάλυση αποτελεσμάτων

Για την ερμηνεία των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιείται η περιγραφική στατιστική ανάλυση (κατανομή συχνοτήτων, εκατοστιαίες αναλογίες).

Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε κυκλικά διαγράμματα (πίτες) και σε ραβδογράμματα γιατί, σύμφωνα με τη Σαχίνη – Καρδάση (1997), «είναι ο πιο χρήσιμος τρόπος γραφικής παράστασης κατανομής συχνότητας δεδομένων ονομαστικού και τακτικού επιπέδου, που δεν μπορεί να διαιρεθούν σε αριθμητικά διαστήματα κλάσης».

Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε το $p=0,05$. Εκείνο που μας λέει η τιμή p , είναι πόσο πιθανό είναι ότι τα αποτελέσματα μας θα μπορούσαν να οφείλονται σε τυχαία σφάλματα. Ο ερευνητής επιθυμεί τα αποτελέσματα του να εξηγούνται από την πειραματική υπόθεση (και όχι από τυχαία σφάλματα), αφού αυτό θα υποστηρίξει στην αρχική του πρόβλεψη. Κατά συνέπεια, επιθυμεί την μικρότερη δυνατή τιμή p για τα αποτελέσματα, αφού όσο μικρότερο είναι το p τόσο μικρότερη είναι και η πιθανότητα τα αποτελέσματα να εξηγούνται από τυχαία σφάλματα. Έτσι ο ερευνητής πρέπει να επιλέγει την τιμή p προτού αρχίσει την πειραματική έρευνα. Επιλέξαμε την τιμή 0,05 επειδή η Νοσηλευτική, όπως άλλες κοινωνικές επιστήμες, χρησιμοποιεί συνήθως δυο επίπεδα σημαντικότητας, 0,05 και 0,01, με το 0,05 να χρησιμοποιείται συχνότερα (Σαχίνη – Καρδάση Α. 1997). Για την καταχώρηση και έλεγχο των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Microsoft office excel 2003 και οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 15,0. Για τις συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 (Chi – squared test).

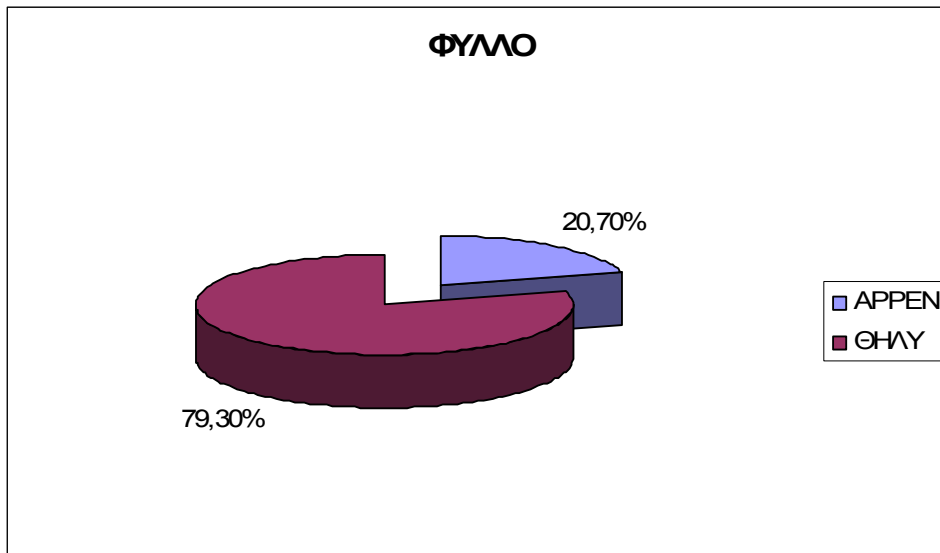
Η δοκιμασία αυτή χρησιμοποιείται όταν το πειραματικό σχέδιο χρησιμοποιεί δύο ομάδες διαφορετικών (ξεχωριστών) υποκειμένων, κάθε μια από τις οποίες παράγει μια σειρά δεδομένων που συγκρίνονται για διαφορές. Επίσης, τα δεδομένα πρέπει να είναι ονομαστικού επιπέδου και πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 20 υποκείμενα στην κάθε ομάδα. Η δοκιμασία διερευνά αν τα δεδομένα από τις δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους, αλλά δεν υποδεικνύει την κατεύθυνση της διαφοράς. Όταν εφαρμόζεται η δοκιμασία βρίσκεται μια αριθμητική τιμή για X^2 . (Σαχίνη – Καρδάση Α. 1997).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

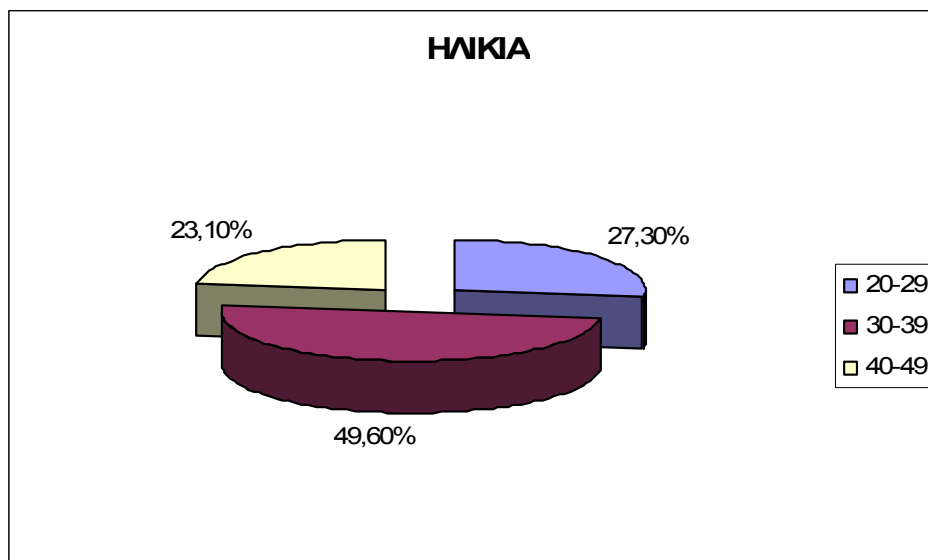
1. Φύλλο

Το σύνολο των ερωτηθέντων είναι 121 νοσηλευτές. 20,7% είναι άντρες (N=25) και το 79,3% είναι γυναίκες (N=96).



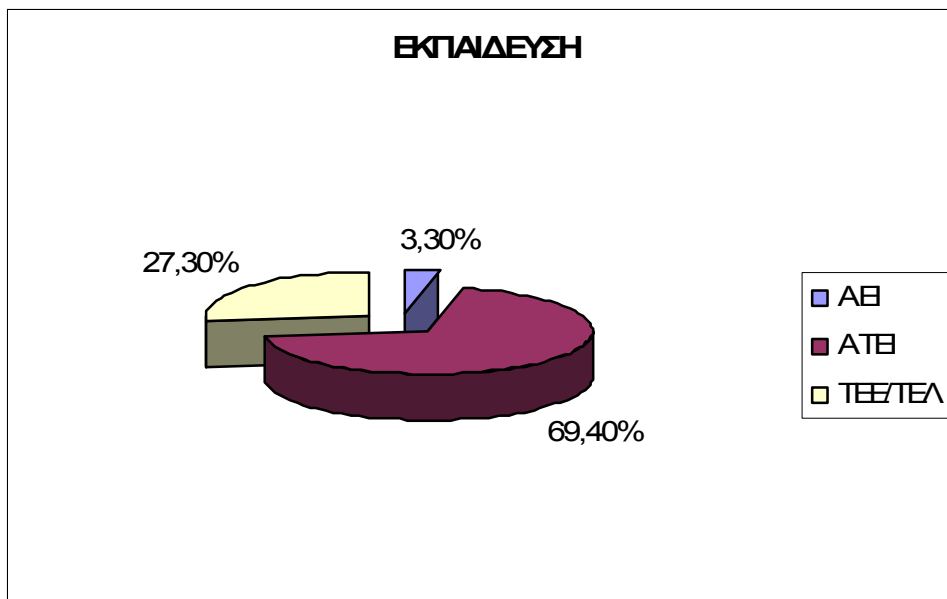
2. Ηλικία

27,3% των ερωτηθέντων (N=33) είναι ηλικίας 20 – 29 ετών, 49,6% (N=60) είναι ηλικίας 30 – 39 ετών και 23,1% (N=28) είναι ηλικίας 40 – 49 ετών. Η ελάχιστη τιμή ηλικίας είναι 20 έτη και η μέγιστη 49 έτη. Η μέση τιμή ηλικίας είναι 35 έτη και με τυπική απόκλιση 7,1. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι ηλικίες 30 – 39 ετών με ποσοστό 49,6% (N=60) υπερτερούν.



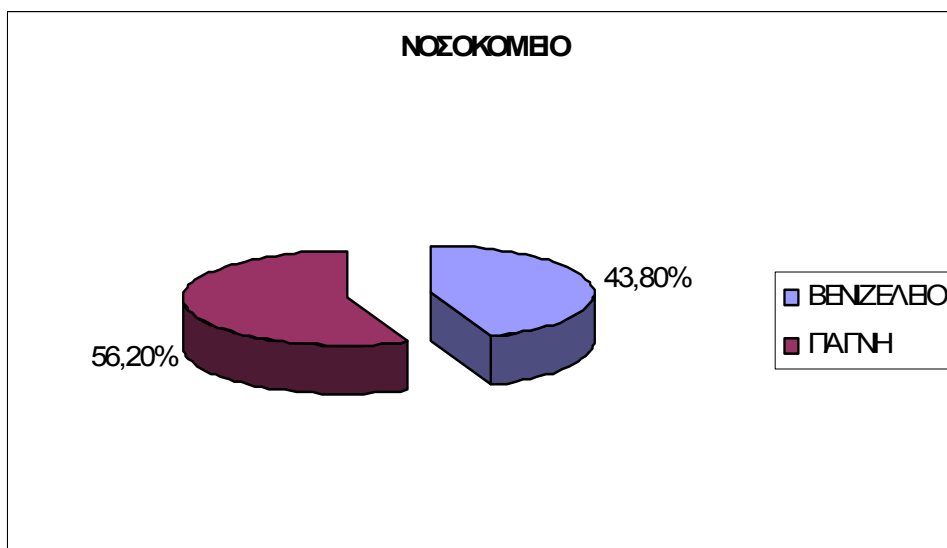
3. Εκπαίδευση

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων βρέθηκε ότι 3,3% (N=4) αποτελείται από νοσηλευτές ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ), ένα ποσοστό 69,4% (N=84) προέρχονται από ανώτατη τεχνολογική εκπαίδευση (ΑΤΕΙ) και ένα ποσοστό 27,3% (N=33) προέρχονται από δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΕ – ΤΕΛ). Βρέθηκε ότι το υψηλότερο ποσοστό 69,4% (N=84) καταλαμβάνεται από νοσηλευτές ΑΤΕΙ.



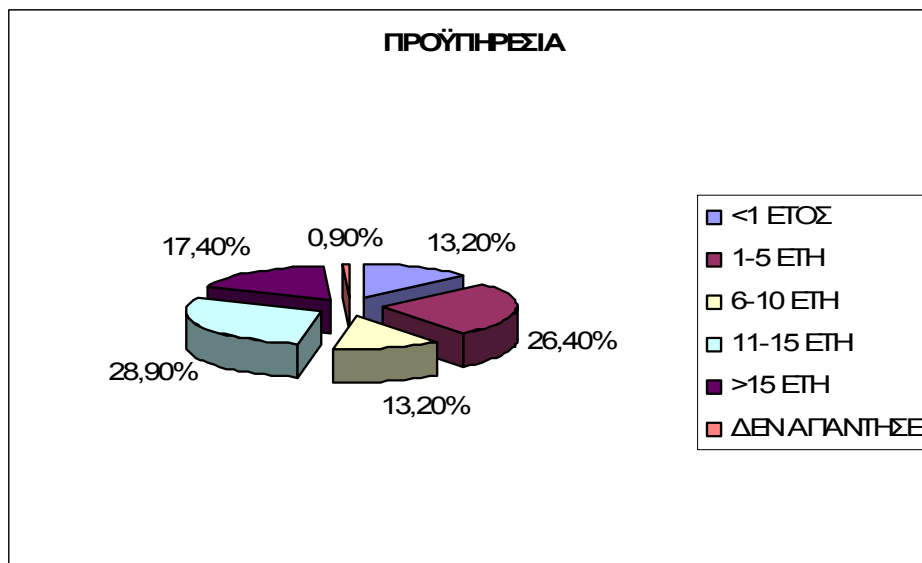
4. Νοσοκομείο

Βρέθηκε ότι το ποσοστό 43,8% (N=53) προέρχονται από το νοσοκομείο του Βενιζελείου και 56,2% (N=68) προέρχονται από το νοσοκομείο του ΠΑ.ΓΝΗ.



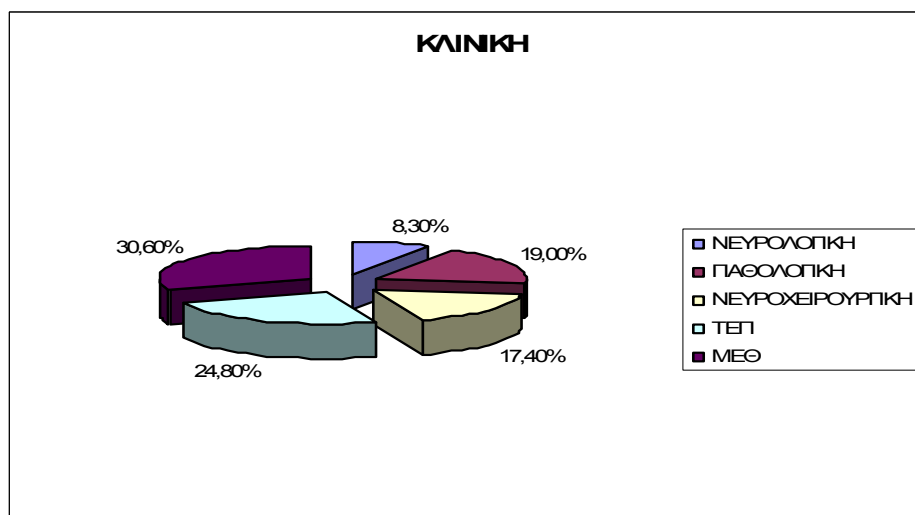
5. Προϋπηρεσία

Το ποσοστό 13,2% (N=16) των ερωτηθέντων έχει προϋπηρεσία <1 χρόνου, ποσοστό 26,4% (N=32) έχει προϋπηρεσία 1 -5 χρόνια, ποσοστό 13,2% (N=16) έχει προϋπηρεσία 6 – 10 χρόνια, ποσοστό 28,9% (N=35) έχει προϋπηρεσία 11 – 15 χρόνια, ποσοστό 17,4% (N=21) έχει προϋπηρεσία >15 χρόνια, ενώ ποσοστό 0,9 (N=1) δεν απάντησε. Επιπλέον βρέθηκε ότι μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν 28,9% (N=35) με προϋπηρεσία 11 – 15 χρόνια. Ενώ ως ελάχιστη προϋπηρεσία θεωρείται το ποσοστό 13,2% (N=16) με προϋπηρεσία <1 χρόνου.



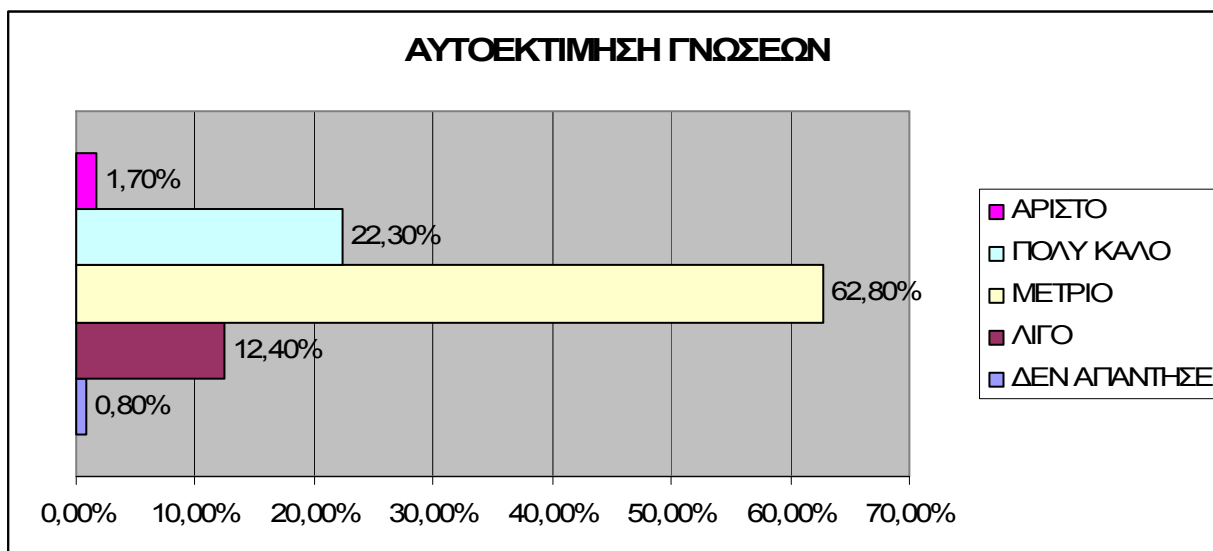
6. Κλινική

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε 5 διαφορετικά τμήματα των νοσοκομείων. Ποσοστό 8,3% (N=10) ανήκει στη νευρολογική κλινική, ποσοστό 19% (N=23) στη παθολογική κλινική, ποσοστό 17,4% (N=21) στη νευροχειρουργική κλινική, ποσοστό 24,8% (N=30) στα ΤΕΠ και τέλος ποσοστό 30,6% (N=37) στη ΜΕΘ.



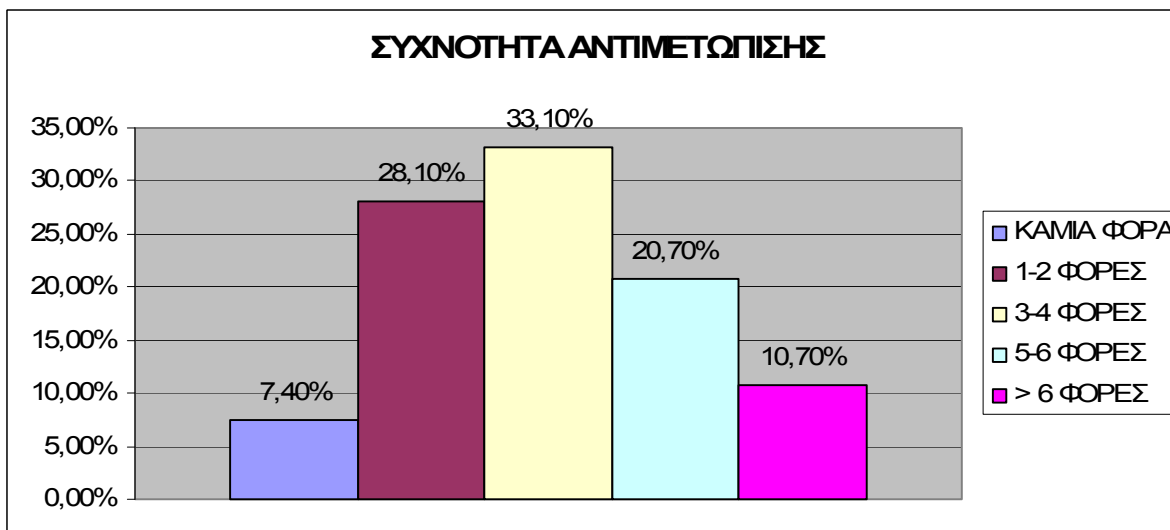
7. Αυτοεκτίμηση γνώσεων

Ποσοστό 12,4% (N=15) εκτιμά ότι το επίπεδο γνώσεων του είναι χαμηλό, ποσοστό 62,8% (N=76) εκτιμά ότι το επίπεδο γνώσεων του είναι μέτριο, ποσοστό 22,3% (N=27) εκτιμά ότι το επίπεδο γνώσεων του είναι πολύ καλό, ποσοστό 1,7% (N=2) εκτιμά ότι το επίπεδο γνώσεων του είναι άριστο και τέλος ποσοστό 0,8% (N=1) δεν απάντησε. Όπως βλέπουμε το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανήκει στην κατηγορία με μέτριο επίπεδο γνώσεων 62,8% (N=76).



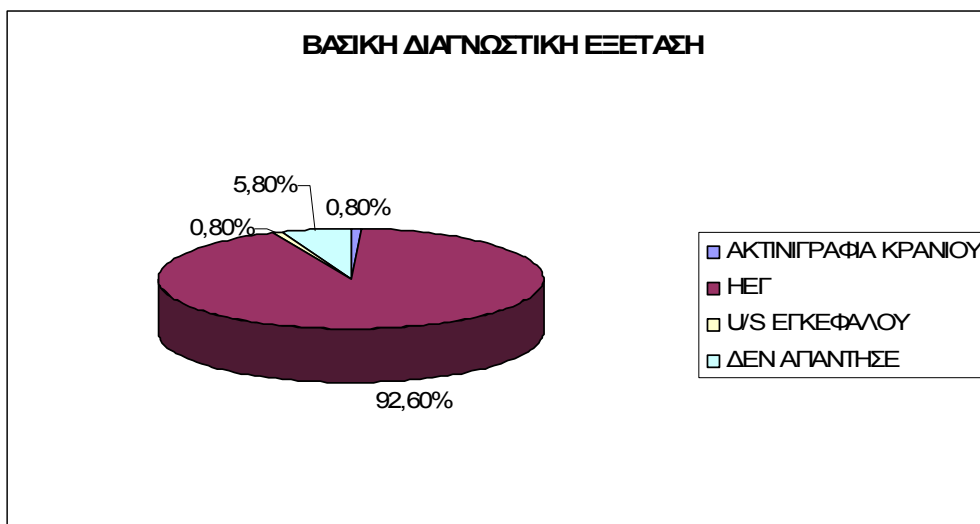
8. Συχνότητα αντιμετώπισης κρίσεων Ε

Ποσοστό 7,4% (N=9) δεν έχει αντιμετωπίσει καμία φορά κρίση Ε, ποσοστό 28,1% (N=34) έχει αντιμετωπίσει 1 – 2 φορές κρίσεις Ε, ποσοστό 33,1% (N=40) έχει αντιμετωπίσει 3 – 4 φορές κρίσεις Ε, ποσοστό 20,7% (N=25) έχει αντιμετωπίσει 5 – 6 φορές κρίσεις Ε και τέλος ποσοστό 10,7% (N=13) έχει αντιμετωπίσει >6 φορές κρίσεις Ε το τελευταίο χρόνο.



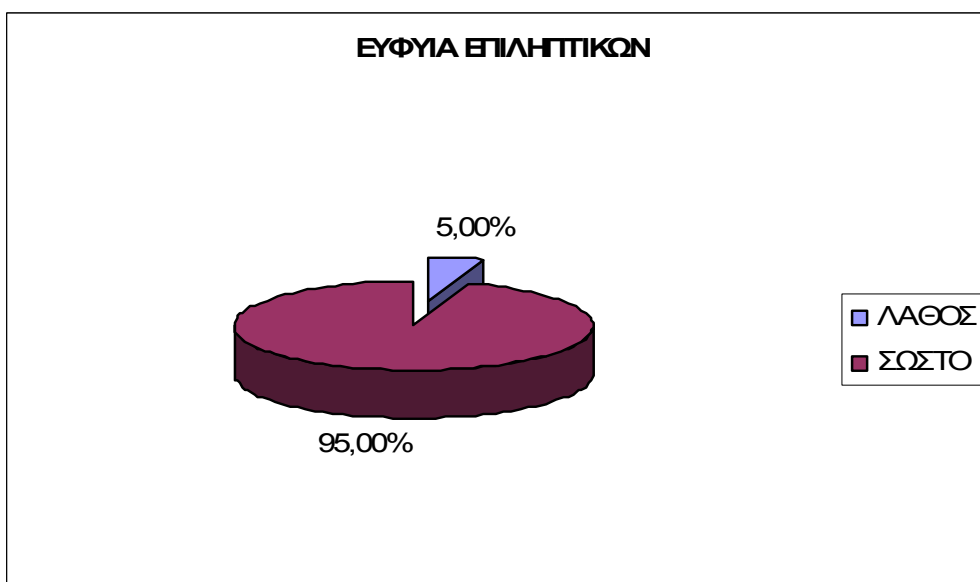
9. Βασική διαγνωστική εξέταση

Ποσοστό 0,8% (N=1) θεωρεί ότι η βασική διαγνωστική εξέταση είναι η ακτινογραφία εγκεφάλου, ποσοστό 92,6% (N=112) θεωρεί ότι είναι το ΗΕΓ, ποσοστό 0,8% (N=1) θεωρεί ότι είναι U/S εγκεφάλου και τέλος ποσοστό 5,8% (N=7) δεν απάντησε. Παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό 92,6% (N=112) γνωρίζει ότι η βασική διαγνωστική εξέταση είναι το ΗΕΓ.



10. Ευφυΐα επιληπτικών

Ποσοστό 5% (N=6) θεωρεί ότι η επιληψία επηρεάζει την ευφυΐα των επιληπτικών ασθενών, ενώ 95% (N=115) θεωρεί ότι η επιληψία δεν επηρεάζει την ευφυΐα.



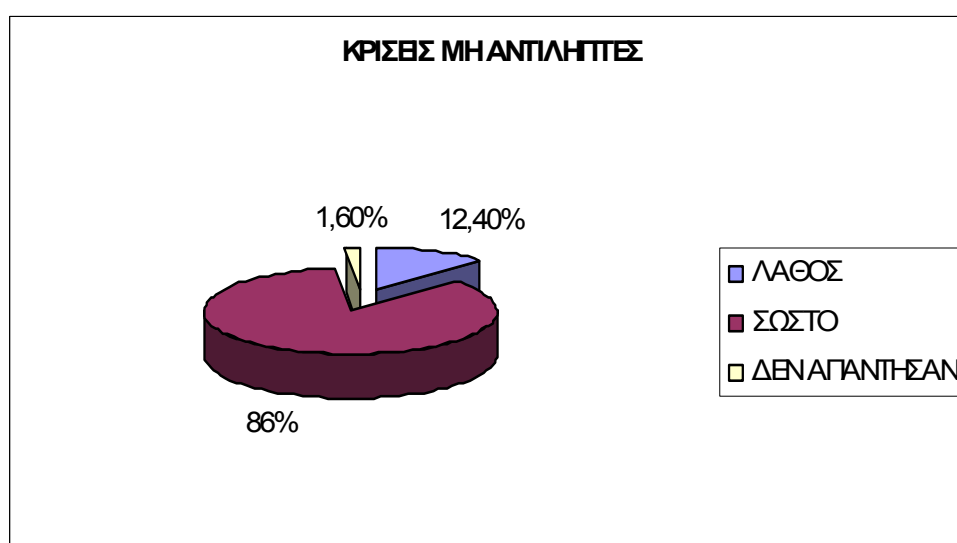
11. Δυνατότητα φυσιολογικής ζωής

Ποσοστό 7,4% (N=9) θεωρεί ότι η επιληψία επηρεάζει την δυνατότητα μιας φυσιολογικής ζωής, ενώ ποσοστό 90,1% (N=109) θεωρεί ότι δεν επηρεάζει την δυνατότητα αυτή και τέλος ένα ποσοστό 2,5% (N=3) δεν απάντησε.



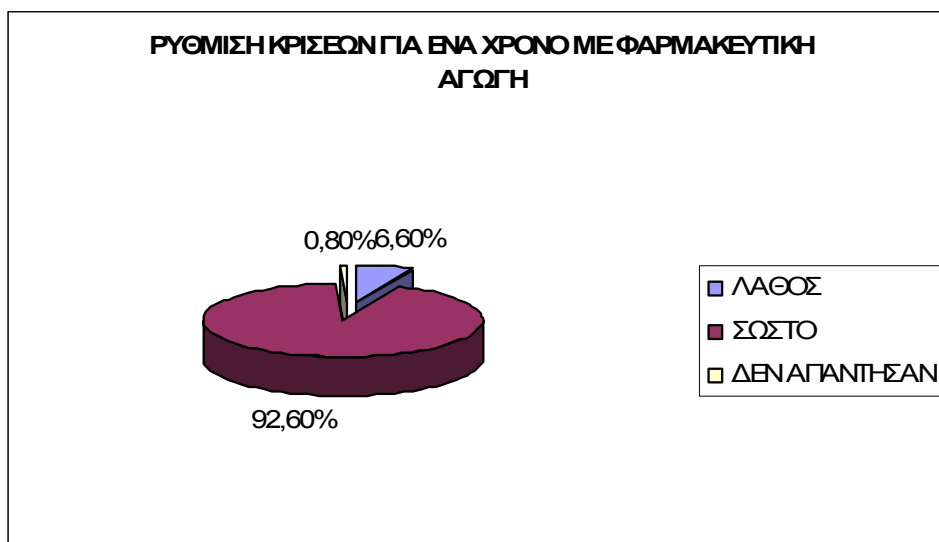
12. Κρίσεις μη αντιληπτές

Ποσοστό 12,4% (N=15) θεωρεί ότι δεν υπάρχουν κρίσεις που μπορούν να διαρκέσουν μερικά δευτερόλεπτα χωρίς να γίνουν αντιληπτές από τους άλλους, ενώ ποσοστό 86% (N=104) θεωρεί ότι υπάρχουν κρίσεις που μπορούν να διαρκέσουν μερικά δευτερόλεπτα χωρίς να γίνουν αντιληπτές και τέλος ένα ποσοστό 1,6% (N=2) δεν απάντησε.



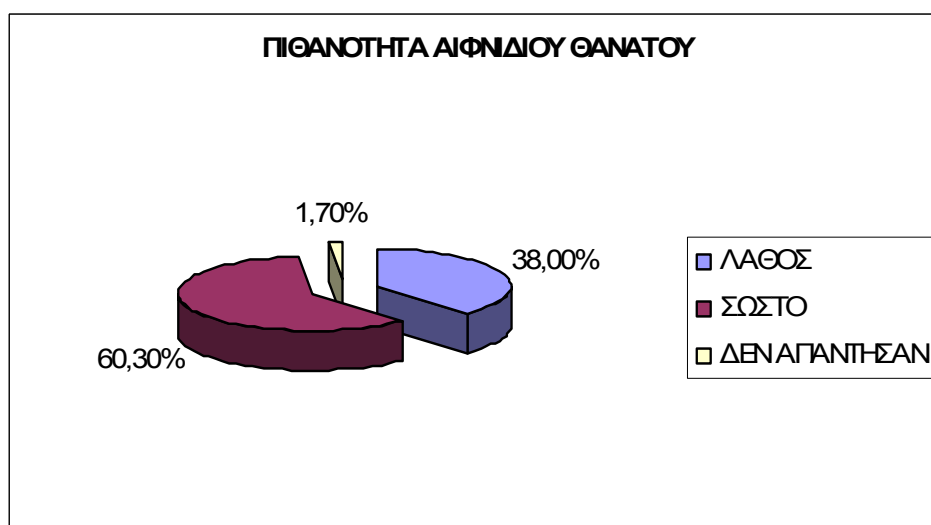
13. Ρύθμιση κρίσεων για ένα χρόνο με φαρμακευτική αγωγή

Ποσοστό 6,6% (N=8) θεωρεί ότι με την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής δεν μπορεί να περάσει ένας χρόνος ή παραπάνω χωρίς να εμφανιστεί κάποιο επεισόδιο, ενώ 92,6% (N=112) θεωρεί ότι μπορεί να περάσει ένας χρόνος ή παραπάνω χωρίς να εμφανιστεί κάποιο επεισόδιο και τέλος ένα ποσοστό 0,8% (N=1) δεν απάντησε.



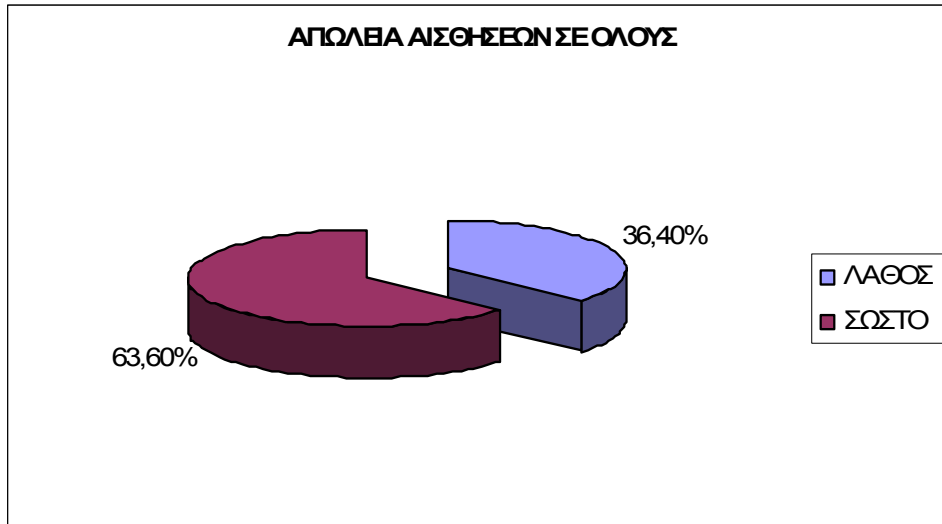
14. Πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου

Ποσοστό 38% (N=46) θεωρεί ότι δεν υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου σε επιληπτικούς ασθενείς, ενώ ποσοστό 60,3% (N=73) θεωρεί ότι υπάρχει αυτή η πιθανότητα και τέλος ένα ποσοστό 1,7% (N=2) δεν απάντησε.



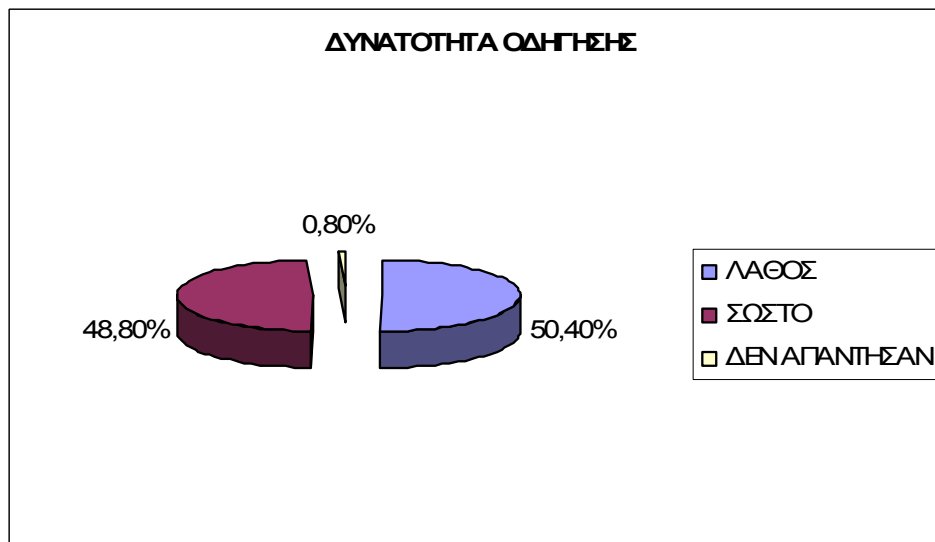
15. Απώλεια αισθήσεων σε όλους

Ποσοστό 36,4% (N=44) θεωρεί ότι όλοι οι επιληπτικοί χάνουν τις αισθήσεις τους κατά την διάρκεια των κρίσεων, ενώ ποσοστό 63,6% (N=77) θεωρεί ότι δεν χάνουν όλοι οι επιληπτικοί τις αισθήσεις τους.



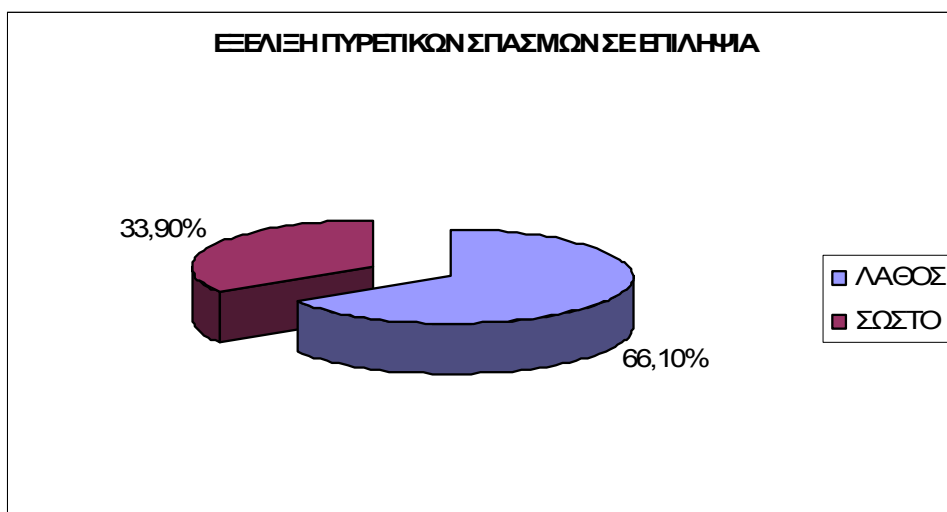
16. Δυνατότητα οδήγησης

Ποσοστό 50,4% (N=61) θεωρεί ότι όλοι οι επιληπτικοί πρέπει να σταματούν να οδηγούν και να κατάσχεται το δίπλωμα οδήγησης, ενώ ποσοστό 48,8% (N=59) θεωρεί ότι μπορούν να οδηγούν και τέλος ποσοστό 0,8% (N=1) δεν απάντησε.



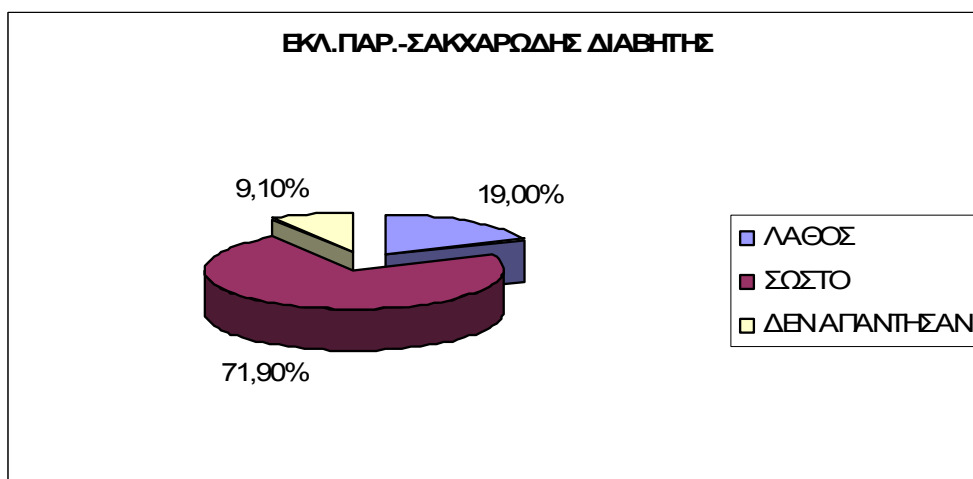
17. Εξέλιξη πυρετικών σπασμών σε επιληψία

Ποσοστό 66,1% (N=80) θεωρεί ότι οι πυρετικοί σπασμοί μπορούν να εξελιχθούν σε επιληψία (25%), ενώ ποσοστό 33,9% (N=41) θεωρεί ότι δεν μπορούν να εξελιχθούν σε επιληψία.



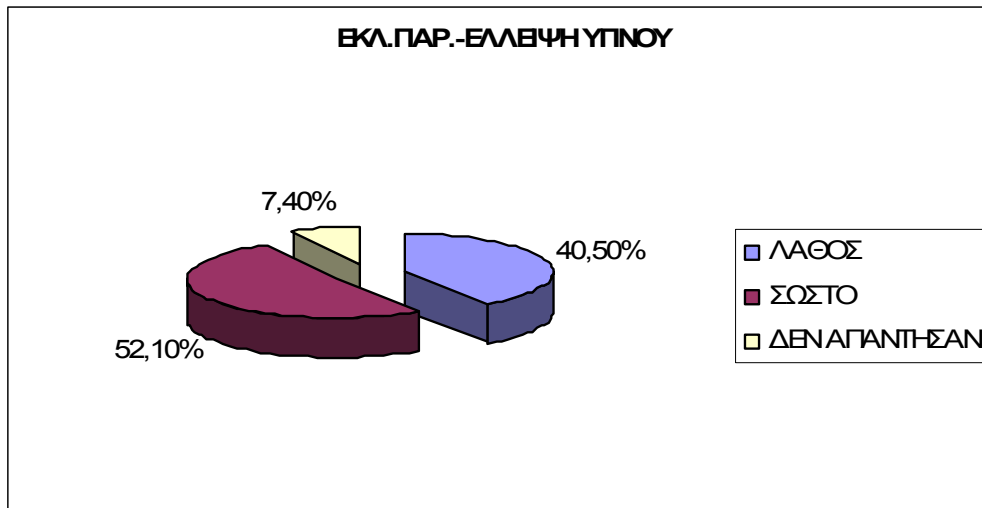
18. Εκλυτικοί παράγοντες – Σακχαρώδης διαβήτης

Ποσοστό 19% (N=23) θεωρεί ότι ο Σακχαρώδης διαβήτης είναι εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 71,9% (N=87) θεωρεί ότι δεν είναι εκλυτικός παράγοντας και τέλος ένα ποσοστό 9,1% (N=11) δεν απάντησε.



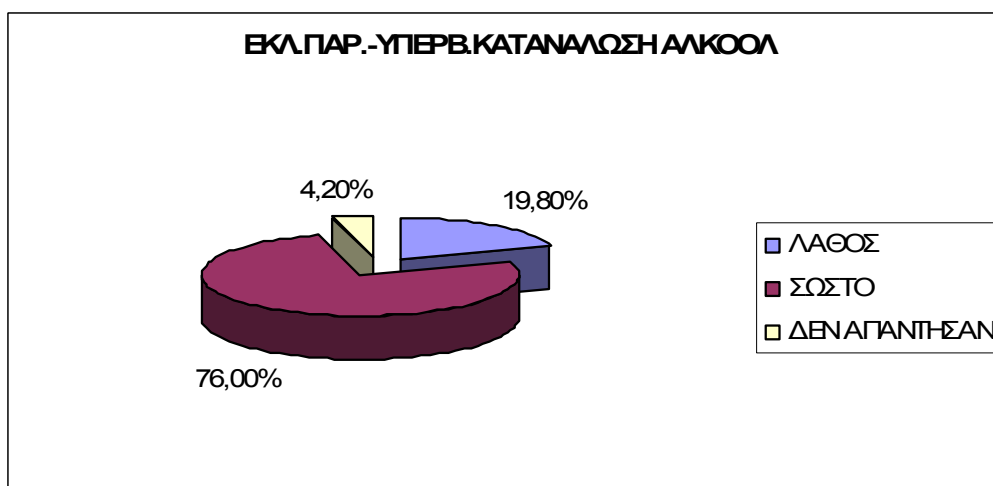
19. Εκλυτικοί παράγοντες – Έλλειψη ύπνου

Ποσοστό 40,5% (N=49) θεωρεί ότι η έλλειψη ύπνου δεν είναι εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 52,1% (N=63) θεωρεί ότι είναι εκλυτικός παράγοντας και τέλος ένα ποσοστό 7,4% (N=9) δεν απάντησε.



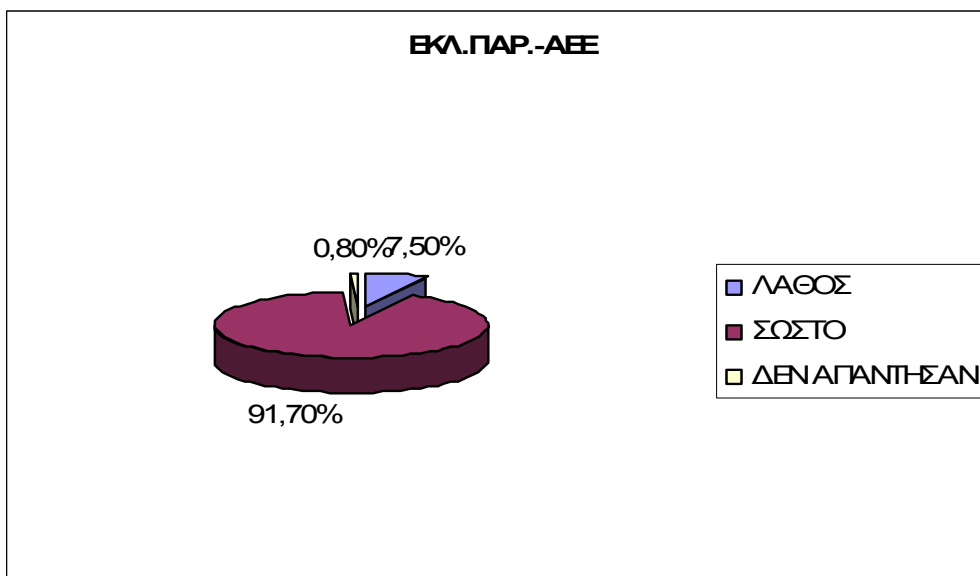
20. Εκλυτικοί παράγοντες – Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ

Ποσοστό 19,8% (N=24) θεωρεί ότι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ δεν είναι εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 76% (N=92) θεωρεί ότι είναι εκλυτικός παράγοντας και τέλος ένα ποσοστό 4,1% (N=5) δεν απάντησε.



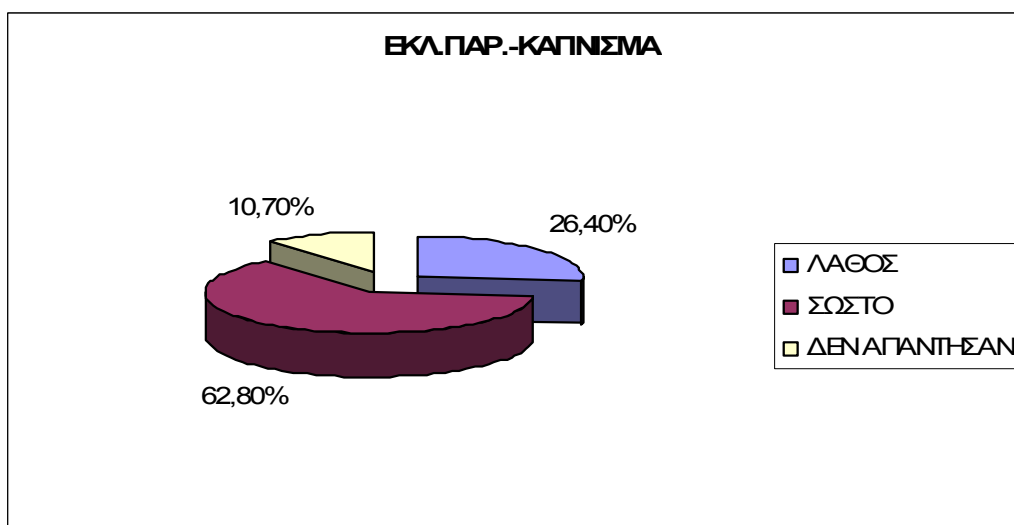
21. Εκλυτικοί παράγοντες – Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Ποσοστό 7,5% (N=9) θεωρεί ότι το ΑΕΕ δεν είναι εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 91,7% (N=111) θεωρεί ότι είναι εκλυτικός παράγοντας και τέλος ένα ποσοστό 0,8% (N=1) δεν απάντησε.



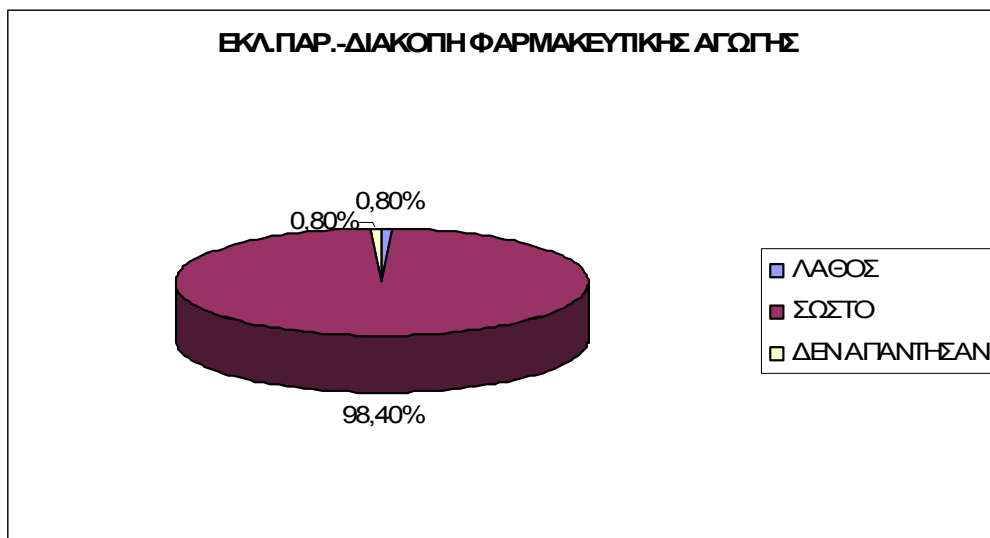
22. Εκλυτικοί παράγοντες – Κάπνισμα

Ποσοστό 26,4% (N=32) θεωρεί ότι το κάπνισμα είναι εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 62,8% (N=76) θεωρεί ότι δεν είναι εκλυτικός παράγοντας και τέλος ένα ποσοστό 10,7% (N=13) δεν απάντησε.



23. Εκλυτικοί παράγοντες – Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής

Ποσοστό 0,8% (N=1) θεωρεί ότι η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής δεν είναι εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 98,4% (N=119) θεωρεί ότι είναι εκλυτικός παράγοντας και τέλος ένα ποσοστό 0,8% (N=1) δεν απάντησε.



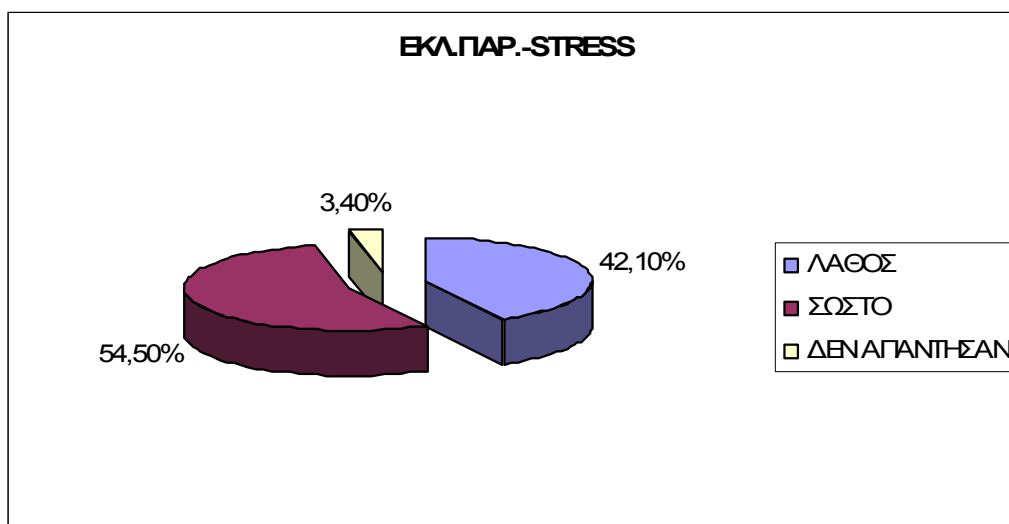
24. Εκλυτικοί παράγοντες – Χαμηλή HDL – Χοληστερόλη

Ποσοστό 4,1% (N=5) θεωρεί ότι ή χαμηλή HDL – Χοληστερόλη είναι εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 86,8% (N=105) θεωρεί ότι δεν είναι εκλυτικός παράγοντας και τέλος ένα ποσοστό 9,1% (N=11) δεν απάντησε.



25. Εκλυτικοί παράγοντες – Stress

Ποσοστό 42,1% (N=51) θεωρεί ότι το Stress δεν είναι εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 54,5% (N=66) θεωρεί ότι είναι εκλυτικός παράγοντας και τέλος ένα ποσοστό 3,4% (N=4) δεν απάντησε.



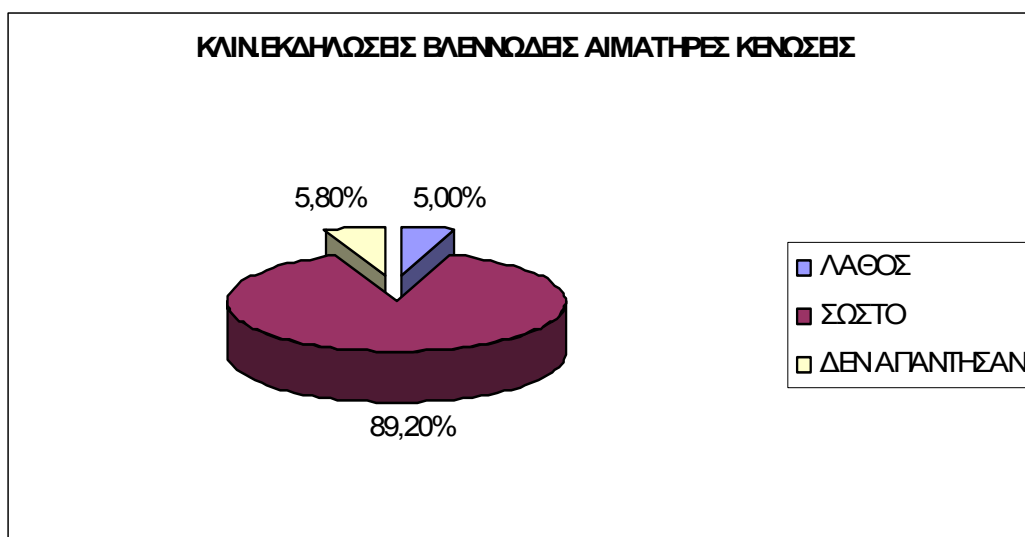
26. Κλινικές εκδηλώσεις – Μυοκλονίες βλεφάρων

Ποσοστό 2,5% (N=3) θεωρεί ότι οι μυοκλονίες βλεφάρων δεν αποτελούν κλινική εκδήλωση για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 95,8% (N=116) θεωρεί ότι αποτελούν κλινική εκδήλωση και τέλος ένα ποσοστό 1,7% (N=2) δεν απάντησε.



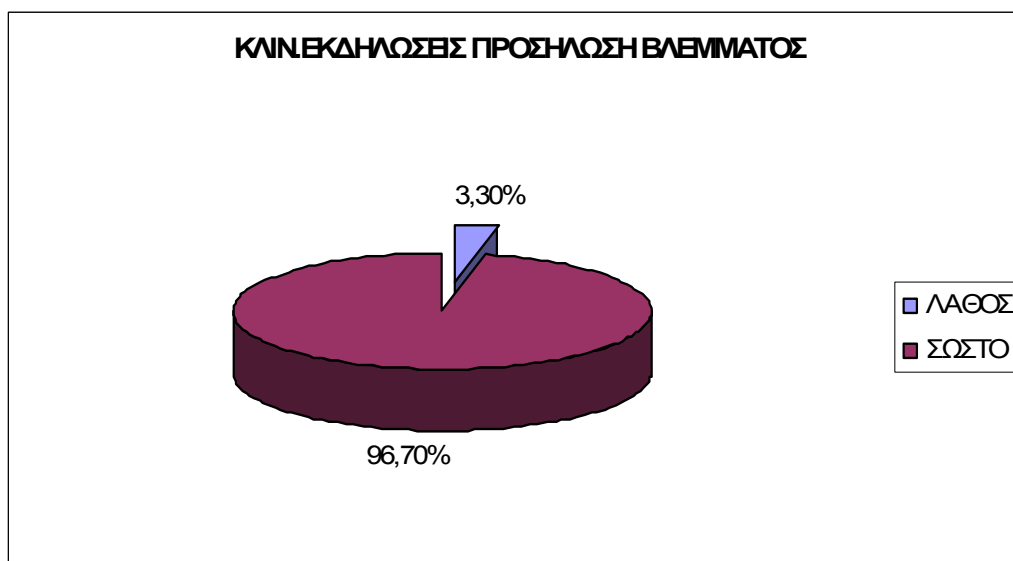
27. Κλινικές εκδηλώσεις – Βλεννώδεις αιματηρές κενώσεις

Ποσοστό 5% (N=6) θεωρεί ότι οι βλεννώδεις αιματηρές κενώσεις αποτελούν κλινική εκδήλωση για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 89,2% (N=108) θεωρεί ότι δεν αποτελούν κλινική εκδήλωση και τέλος ένα ποσοστό 5,8% (N=7) δεν απάντησε.



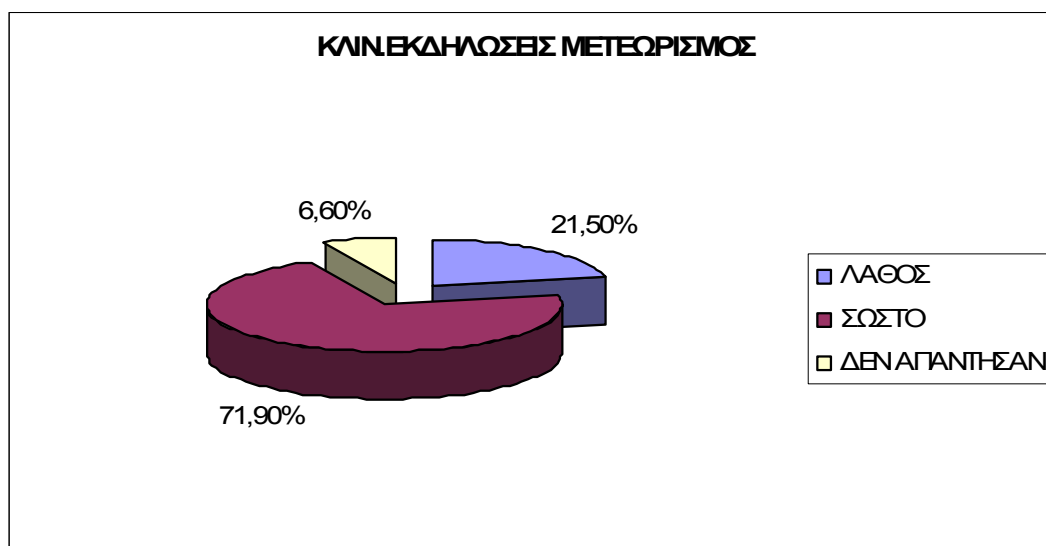
28. Κλινικές εκδηλώσεις – Προσήλωση βλέμματος

Ποσοστό 3,3% (N=4) θεωρεί ότι προσήλωση βλέμματος δεν αποτελεί κλινική εκδήλωση για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 96,7% (N=117) θεωρεί ότι αποτελούν κλινική εκδήλωση.



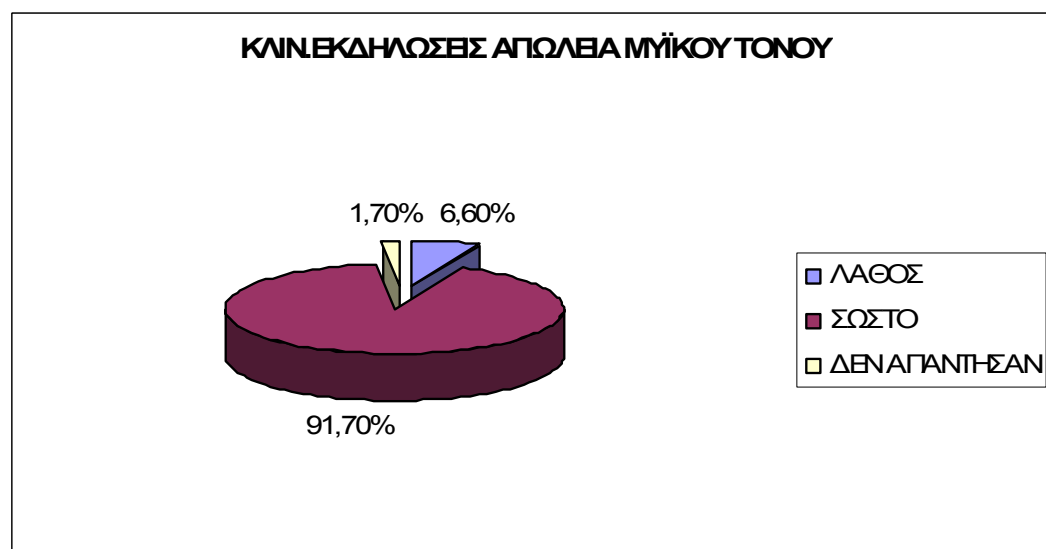
29. Κλινικές εκδηλώσεις – Μετεωρισμός

Ποσοστό 21,5% (N=26) θεωρεί ότι ο μετεωρισμός αποτελεί κλινική εκδήλωση για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ποσοστό 71,9% (N=87) θεωρεί ότι δεν αποτελεί κλινική εκδήλωση και τέλος ένα ποσοστό 6,6% (N=8) δεν απάντησε.



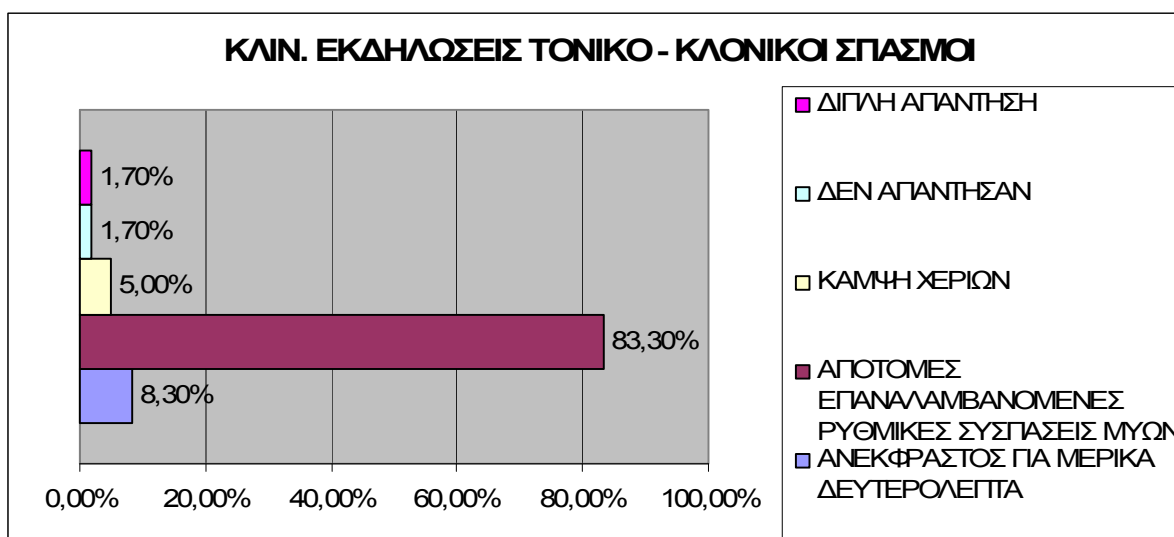
30. Κλινικές εκδηλώσεις – Απώλεια μυϊκού τόνου

Ποσοστό 6,6% (N=8) θεωρεί ότι η απώλεια μυϊκού τόνου δεν αποτελεί κλινική εκδήλωση για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, ενώ ένα ποσοστό 91,7% (N=111) θεωρεί ότι αποτελεί κλινική εκδήλωση και τέλος ένα ποσοστό 1,7% (N=2) δεν απάντησε.



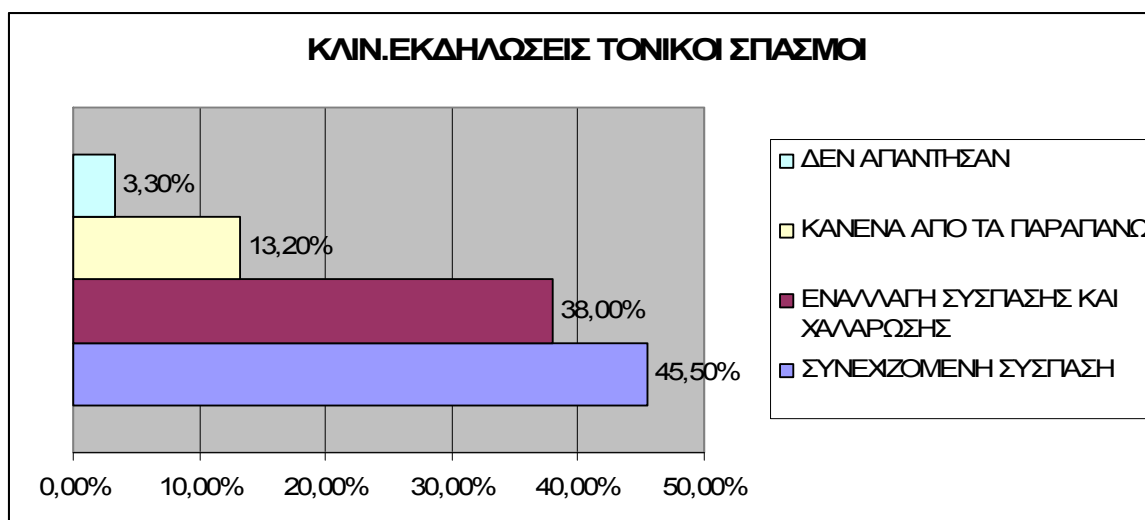
31. Κλινικές εκδηλώσεις – Τονικο – κλονικοί σπασμοί

Ποσοστό 8,3% (N=10) των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η κλινική εκδήλωση τονικο – κλονικού σπασμού είναι ο ασθενής ο οποίος παραμένει ανέκφραστος για μερικά δευτερόλεπτα, ποσοστό 83,3% (N=101) θεωρεί ότι είναι ο ασθενής ο οποίος παρουσιάζει απότομες επαναλαμβανόμενες ρυθμικές συσπάσεις των μυών του σώματος, ποσοστό 5% (N=6) θεωρεί ότι είναι ο ασθενής του οποίου τα χέρια κάμπτονται, ποσοστό 1,7% (N=2) δεν απάντησε και τέλος ένα ποσοστό 1,7% (N=2) έδωσε διπλή απάντηση.



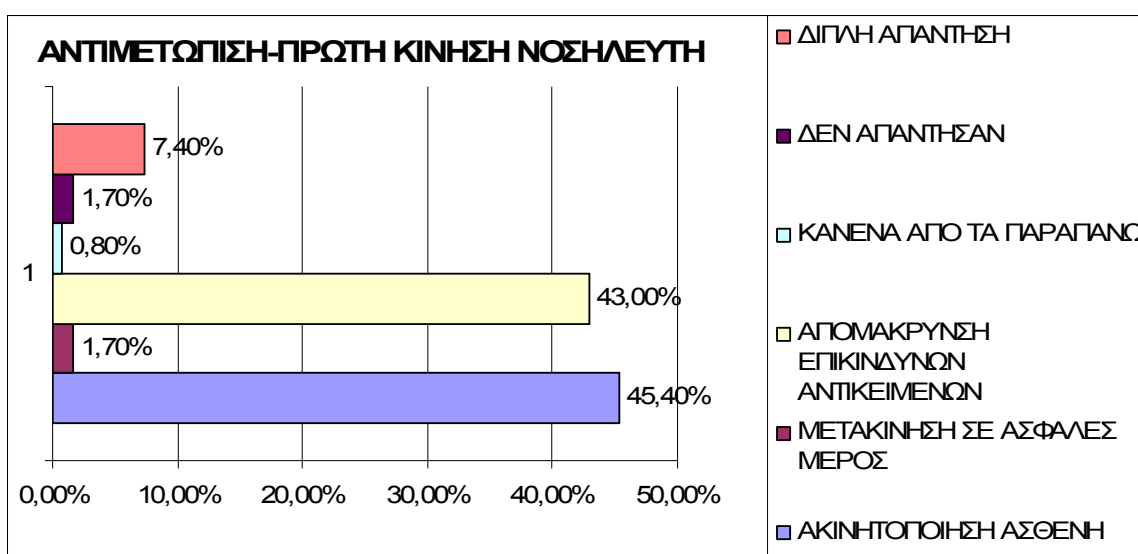
32. Κλινικές εκδηλώσεις – Τονικοί σπασμοί

Ποσοστό 45,5% (N=55) θεωρεί ότι η κλινική εκδήλωση τονικών σπασμών είναι η συνεχιζόμενη σύσπαση ενός μυ ή ομάδα μυών, ποσοστό 38% (N=46) θεωρεί ότι η κλινική εκδήλωση τονικών σπασμών είναι η εναλλαγή σύσπασης και χαλάρωσης ενός μυ ή ομάδας μυών, ποσοστό 13,2% (N=16) θεωρεί ότι καμία από τις παραπάνω δεν είναι σωστή απάντηση και τέλος ποσοστό 3,3% (N=4) δεν απάντησε.



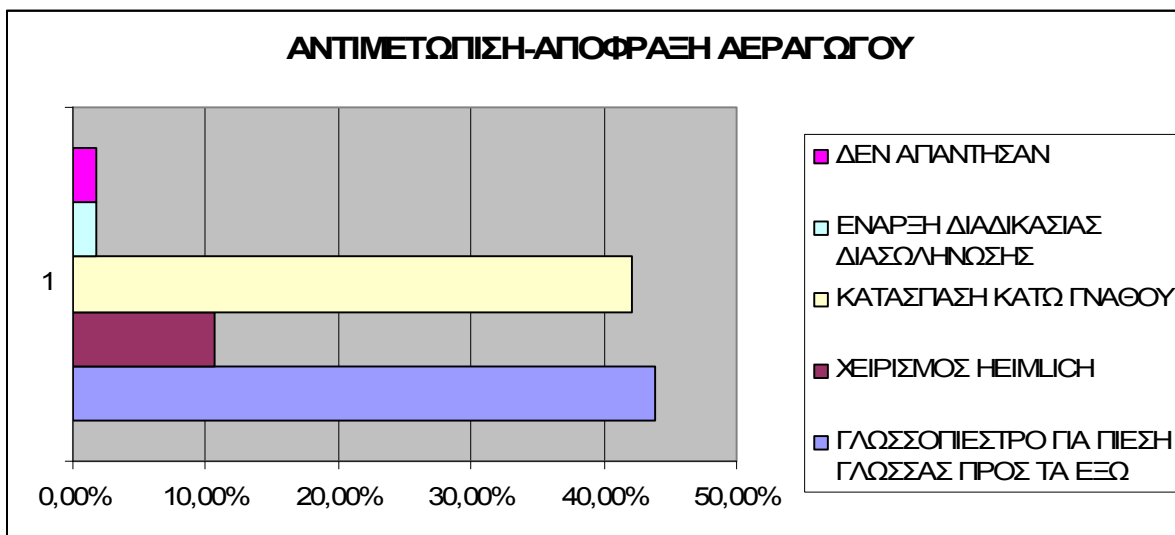
33. Αντιμετώπιση – Πρώτη κίνηση νοσηλευτή

Ποσοστό 45,4% (N=55) θεωρεί ότι η πρώτη κίνηση νοσηλευτή στην αντιμετώπιση επιληπτικής κρίσης είναι η ακινητοποίηση ασθενή, ποσοστό 1,7% (N=2) θεωρεί ότι είναι η μετακίνηση σε ασφαλές μέρος, ποσοστό 43% (N=52) θεωρεί ότι είναι η απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων, ποσοστό 0,8% (N=1) θεωρεί ότι καμία από τις παραπάνω δεν είναι σωστή απάντηση, ποσοστό 1,7% (N=2) δεν απάντησε και τέλος ένα ποσοστό 7,4% (N=9) έδωσε διπλή απάντηση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε λανθασμένα με ποσοστό 45,4% (N=55).



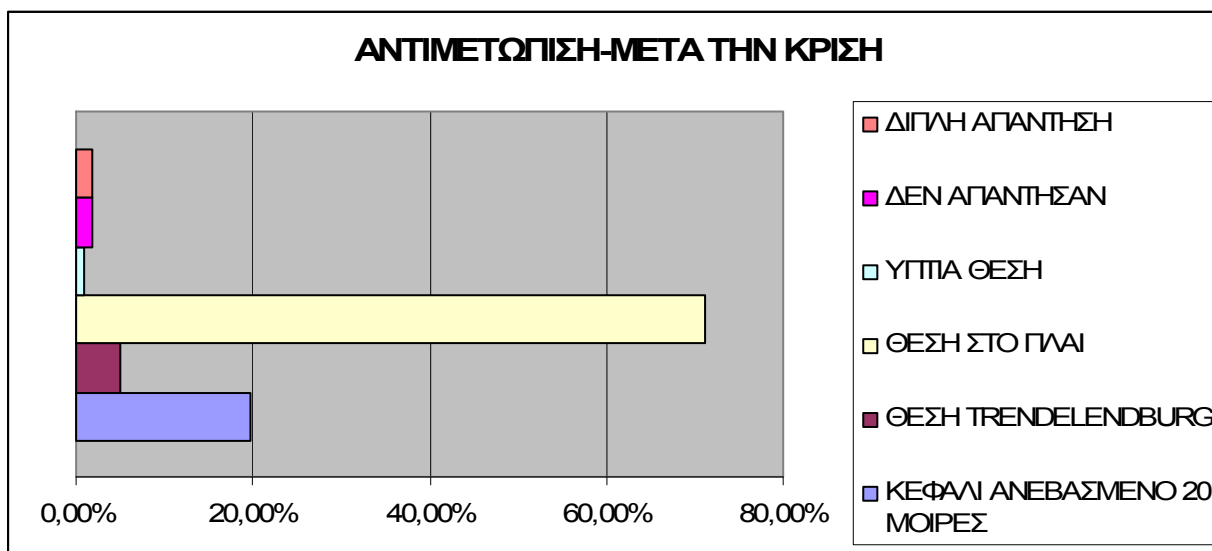
34. Αντιμετώπιση – Απόφραξη αεραγωγού

Ποσοστό 43,8% (N=53) θεωρεί ότι η πρώτη ενέργεια του νοσηλευτή κατά την διάρκεια της κρίσης σε απόφραξη ανώτερου αεραγωγού θα πρέπει να είναι ένα γλωσσοπίεστρο για πίεση γλώσσας προς τα έξω, ποσοστό 10,7% (N=13) θεωρεί ότι θα πρέπει να είναι χειρισμός Heimlich, ποσοστό 42,1% (N=51) θεωρεί ότι θα πρέπει να γίνει κατάσπαση της κάτω γνάθου, ποσοστό 1,7% (N=2) θεωρεί ότι πρέπει να γίνει έναρξη διαδικασίας διασωλήνωσης και τέλος ποσοστό 1,7% (N=2) δεν απάντησε. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών 43,8% (N=53) έχει λανθασμένη κρίση για την απόφραξη ανώτερου αεραγωγού κατά την διάρκεια της κρίσης.



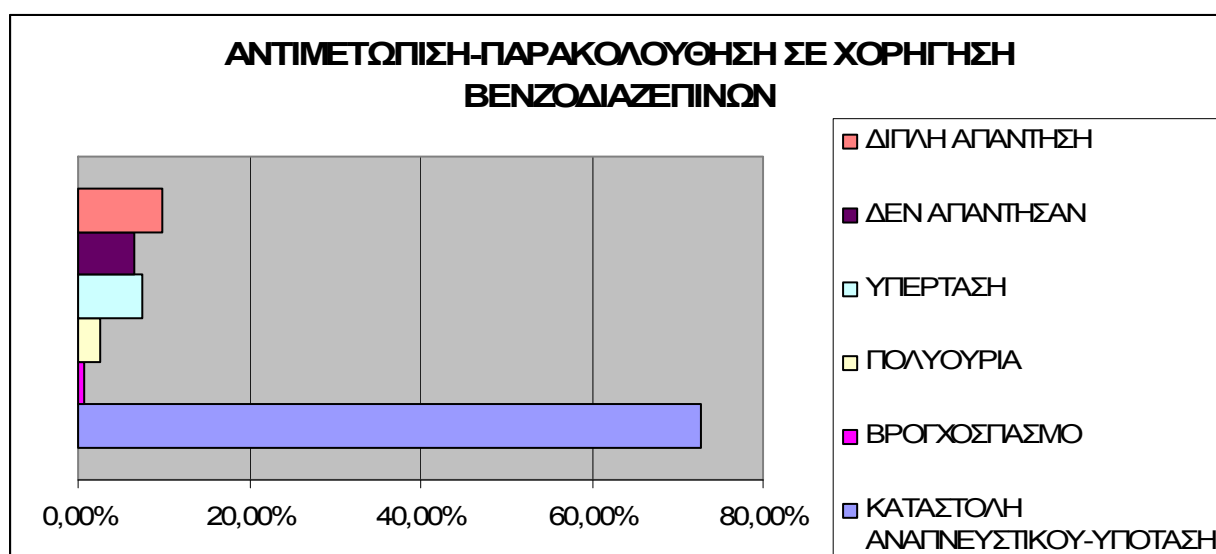
35. Αντιμετώπιση – Μετά την κρίση

Ποσοστό 19,7% (N=24) θεωρεί μετά την κρίση ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει ώστε το κεφάλι του ασθενή να είναι ανεβασμένο κατά 20⁰, ποσοστό 5% (N=6) θεωρεί ότι πρέπει να βρίσκεται σε θέση Trendelenburg, ποσοστό 71,1% (N=86) θεωρεί ότι πρέπει ο ασθενής να ξαπλώσει στο πλάι, ποσοστό 0,8% (N=1) θεωρεί ότι ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται σε ύπτια θέση, ποσοστό 1,7% (N=2) δεν απάντησε και τέλος ένα ποσοστό 1,7% (N=2) έδωσε διπλή απάντηση.



36. Αντιμετώπιση – Παρακολούθηση σε χορήγηση βενζοδιαζεπινών

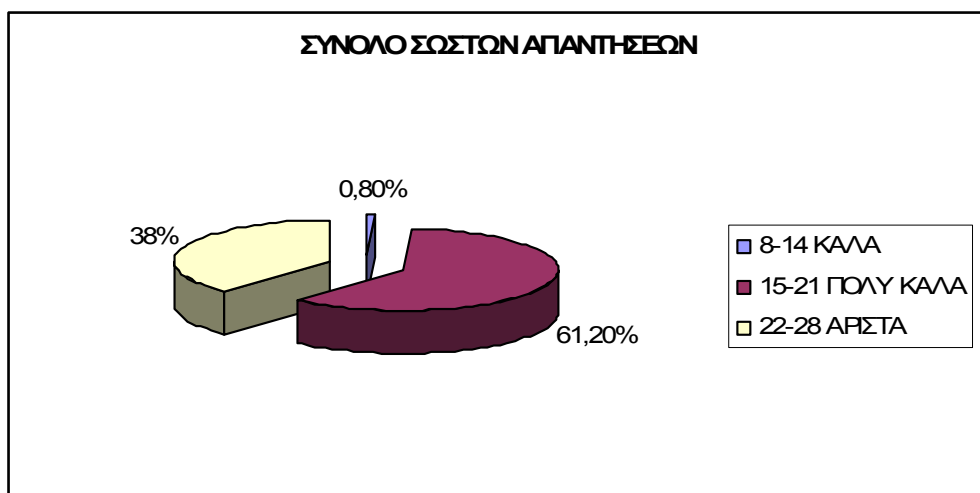
Ποσοστό 72,8% (N=88) θεωρεί ότι μετά την χορήγηση βενζοδιαζεπινών ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για καταστολή αναπνευστικού ή υπόταση, ποσοστό 0,8% (N=1) θεωρεί ότι θα πρέπει να παρακολουθείται για βρογχόσπασμο, ποσοστό 2,5% (N=3) θεωρεί ότι θα πρέπει να παρακολουθείται για πολυουρία, ποσοστό 7,4% (N=9) θεωρεί ότι θα πρέπει να παρακολουθείται για υπέρταση, ποσοστό 6,6% (N=8) δεν απάντησε και τέλος ένα ποσοστό 9,9% (N=12) έδωσε διπλή απάντηση.



ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΜΑΔΩΝ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Σημαντικό σημείο στην παρούσα στατιστική ανάλυση των δεδομένων είναι η σύγκριση του συνολικού αριθμού των σωστών απαντήσεων με την εκπαίδευση, το νοσοκομείο που εργάζονται, προϋπηρεσία, κλινική την οποία εργάζονται, χρόνια στην κλινική, αυτοεκτίμηση γνώσεων, συχνότητα αντιμετώπισης κρίσεων Ε.

Σύμφωνα με σκορ 28 ερωτήσεων χωρίσαμε το ερωτηματολόγιο μας σε 4 κλίμακες, 0 – 8 ΧΑΜΗΛΗ ΑΠΟΔΟΣΗ, 8 – 14 ΚΑΛΗ, 15 – 21 ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ και 22 - 28 ΑΡΙΣΤΗ για να μπορέσουμε να αξιολογήσουμε τις σωστές απαντήσεις. Στην κλίμακα 0 – 8 δεν ανήκει κανένα ποσοστό, στην κλίμακα 8 – 14 βρέθηκε ότι ανήκει ένα ποσοστό 0,8% (N=1), στην κλίμακα 15 – 21 ανήκει το ποσοστό 61,2% (N=74) και στην κλίμακα 22 – 28 ανήκει το ποσοστό 38% (N=46).



Ως προς το άθροισμα των σωστών απαντήσεων σε σύγκριση με την εκπαίδευση, βρέθηκε ότι οι ερωτηθέντες που προέρχονται από ΑΕΙ το 75% (N=3) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και το 25% (N=1) "άριστα". Οι ερωτηθέντες που προέρχονται από ΑΤΕΙ βρέθηκε ότι ποσοστό 1,2% (N=1) έχει απαντήσει "καλά", ποσοστό 58,3% (N=49) "πολύ καλά" και ποσοστό 40,5% (N=34) "άριστα". Οι ερωτηθέντες που προέρχονται από ΤΕΕ – ΤΕΛ βρέθηκε ότι ποσοστό 66,7% (N=22) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ποσοστό 33,3% (N=11) "άριστα".

Ως προς το άθροισμα των σωστών απαντήσεων σε σύγκριση με το νοσοκομείο, βρέθηκε ότι οι ερωτηθέντες που προέρχονται από το Βενιζέλειο έχουν απαντήσει "πολύ καλά" με ποσοστό 62,3% (N=33) και ποσοστό 37,7% (N=20) έχει απαντήσει "άριστα". Οι ερωτηθέντες που προέρχονται από το ΠΑΓΝΗ έχει απαντήσει "καλά" ένα ποσοστό 1,5% (N=1), "πολύ καλά" με ποσοστό 60,3% (N=41) και ποσοστό 38,2% (N=26) "άριστα".

Ως προς το άθροισμα των σωστών απαντήσεων σε σύγκριση με την προϋπηρεσία, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται <1 χρόνο έχει απαντήσει "πολύ καλά" με ποσοστό 81,3% (N=13) και

ένα ποσοστό 18,8% (N=3) έχει απαντήσει "άριστα". Όσοι εργάζονται 1 – 5 χρόνια ένα ποσοστό 3,1% (N=1) έχει απαντήσει "καλά", ποσοστό 59,4% (N=19) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ποσοστό 37,5% (N=12) έχει απαντήσει "άριστα". Όσοι εργάζονται 6 – 10 χρόνια ένα ποσοστό 62,5% (N=10) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 37,5% (N=6) έχει απαντήσει "άριστα". Όσοι εργάζονται 11 - 15 χρόνια ένα ποσοστό 54,3% (N=19) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 45,7% (N=16) έχει απαντήσει "άριστα". Όσοι εργάζονται >15 χρόνια ένα ποσοστό 61,9% (N=13) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ποσοστό 38,1% (N=8) έχει απαντήσει "άριστα".

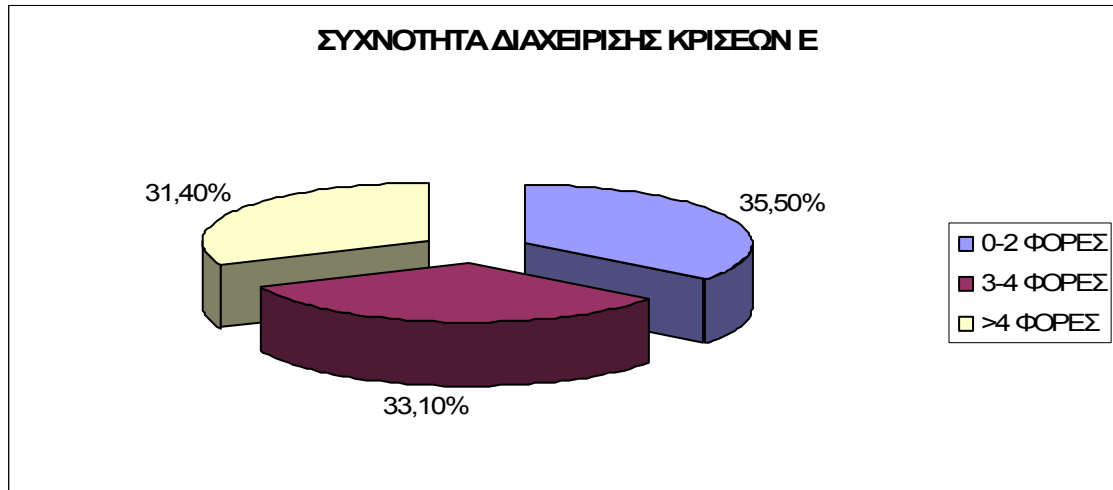
Ως προς το άθροισμα των σωστών απαντήσεων σε σύγκριση με την κλινική, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στην νευρολογική κλινική έχει απαντήσει ένα ποσοστό 40% (N=4) "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 60% (N=6) "άριστα". Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην παθολογική κλινική έχουν απαντήσει ένα ποσοστό 73,9% (N=17) "πολύ καλά" και ποσοστό 26,1% (N=6) "άριστα". Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην νευροχειρουργική κλινική ένα ποσοστό 57,1% (N=12) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 42,9% (N=9) έχει απαντήσει "άριστα". Οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ΤΕΠ ένα ποσοστό 46,7% (N=14) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 53,3% (N=16) έχει απαντήσει "άριστα". Οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ ένα ποσοστό 2,7% (N=1) έχει απαντήσει "καλά", ένα ποσοστό 73% (N=27) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 24,3% (N=9) έχει απαντήσει "άριστα".

Ως προς το άθροισμα των σωστών απαντήσεων σε σύγκριση με την αυτοεκτίμηση γνώσεων τους για την αναγνώριση και αντιμετώπιση των επιληπτικών σπασμών ενηλίκων, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που θεωρούν το επίπεδο γνώσεων τους χαμηλό, ένα ποσοστό 60% (N=9) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 40% (N=6) "άριστα. Οι νοσηλευτές που θεωρούν το επίπεδο γνώσεων τους μέτριο, ένα ποσοστό 1,3% (N=1) έχει απαντήσει "καλά", ένα ποσοστό 65,8% (N=50) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 32,9% (N=25) "άριστα". Οι νοσηλευτές που θεωρούν το επίπεδο γνώσεων τους πολύ καλό – άριστο, ένα ποσοστό 51,7% (N=15) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 48,3% (N=14) έχει απαντήσει "άριστα".

Ως προς το άθροισμα των σωστών απαντήσεων σε σύγκριση με την συχνότητα αντιμετώπισης κρίσεων E βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που δεν έχουν αντιμετωπίσει καμία φορά κρίση E, ένα ποσοστό 66,7% (N=6) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 33,3% (N=3) έχει απαντήσει "άριστα". Οι νοσηλευτές που έχουν αντιμετωπίσει 1 - 2 φορές κρίση E, ένα ποσοστό 2,9% (N=1) έχει απαντήσει "καλά", ένα ποσοστό 76,5% (N=26) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 20,6% (N=7) έχει απαντήσει "άριστα". Οι νοσηλευτές που έχουν αντιμετωπίσει 3 – 4 φορές κρίση E, ένα ποσοστό 67,5% (N=27) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 32,5% (N=13) έχει απαντήσει "άριστα". Οι νοσηλευτές που έχουν αντιμετωπίσει 5 – 6 φορές κρίση E, ένα ποσοστό 36% (N=9) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 64% (N=16) έχει

απαντήσει "άριστα". Οι νοσηλευτές που έχουν αντιμετωπίσει >6 φορές κρίση Ε, ένα ποσοστό 46,2% (N=6) έχει απαντήσει "πολύ καλά" και ένα ποσοστό 53,8% (N=7) έχει απαντήσει "άριστα". Βρέθηκε, λοιπόν στατιστικά σημαντική διαφορά με $p=0,048$.

Ως προς το άθροισμα των σωστών απαντήσεων βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στην ερώτηση με τη συχνότητα διαχείρισης κρίσεων Ε με $p=0,007$.



		ΣΩΣΤΕΣ		
--	--	--------	--	--

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			p
	ΚΑΛΑ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ	ΑΡΙΣΤΑ	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ				
• ΑΤΕΙ	1,2% (N=1)	58,3% (N=49)	40,5% (N=34)	p=0,854
• ΤΕΕ/ΤΕΛ	-	66,7% (N=22)	33,3% (N=11)	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ				
• ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	-	62,3% (N=33)	37,7% (N=20)	p=0,670
• ΠΑΓΝΗ	1,5% (N=1)	60,3% (N=41)	38,2% (N=26)	
ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ				
• < 1 ΧΡΟΝΟ	-	81,3% (N=13)	18,8% (N=3)	p=0,623
• 1 – 5 ΧΡΟΝΙΑ	3,1% (N=1)	59,4% (N=19)	37,5% (N=12)	
• 6 – 10 ΧΡΟΝΙΑ	-	62,5% (N=10)	37,5% (=6)	
• 11 – 15 ΧΡΟΝΙΑ	-	54,3% (N=19)	45,7% (N=16)	
• > 15 ΧΡΟΝΙΑ	-	61,9% (N=13)	38,1% (N=8)	
ΚΛΙΝΙΚΗ				
• ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	-	40% (N=4)	60% (N=6)	p=0,176
• ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	-	73,9% (N=17)	26,1% (N=6)	
• Ν/Χ	-	57,1% (N=12)	42,9% (N=9)	
• ΤΕΠ	-	46,7% (N=14)	53,3% (N=16)	
• ΜΕΘ	2,7% (N=1)	73% (N=27)	24,3% (N=9)	
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ				
• ΧΑΜΗΛΗ	-	60% (N=9)	40% (N=6)	p=0,625
• ΜΕΤΡΙΑ	1,3% (N=1)	65,8% (N=50)	32,9% (N=25)	
• ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ- ΑΡΙΣΤΗ	-	51,7% (N=15)	48,3% (N=14)	
ΣΥΧΝ. ΔΙΑΧΕΙΡ. ΚΡΙΣΕΩΝ Ε				
• 0-2 ΦΟΡΕΣ	2,3% (N=1)	74,4% (N=32)	23,3% (N=10)	p=0,007
• 3-4 ΦΟΡΕΣ	-	67,5% (N=27)	32,5% (N=13)	
• >4 ΦΟΡΕΣ	-	39,5% (N=15)	60,5% (N=23)	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έχοντας παραθέσει τα αποτελέσματα της έρευνας μας με παράλληλο μικρό σχολιασμό, είναι απόλυτα αναγκαία η συνοπτική παρουσίαση των συμπερασμάτων και αποτελεσμάτων της έρευνας.

Από την έρευνα μας που είχε σαν δείγμα νοσηλευτές, για να αξιολογηθεί η γνώση τους για την αναγνώριση και αντιμετώπιση επιληπτικών σπασμών ενηλίκων, καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

1. Το 79,3% (N=96) του πληθυσμού του δείγματος είναι γυναίκες και το 20,7% (N=25) είναι άντρες με μέση τιμή ηλικίας 35 έτη και με τυπική απόκλιση 7,1. Επιπλέον βρέθηκε ότι οι ηλικίες 30 – 39 ετών με ποσοστό 49,6% (N=60) υπερτερούν, ενώ αντίθετα οι ηλικίες 40 – 49 ετών μειονεκτούν με ποσοστό 23,1% (N=28).
2. Όσον αφορά την εκπαίδευση βρέθηκε ότι το υψηλότερο ποσοστό του δείγματος μας 69,4% (N=84) καταλαμβάνεται από νοσηλευτές ΑΤΕΙ.
3. Μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων μας προέρχεται από το ΠΑΓΝΗ, συγκριτικά με το Βενιζέλειο με μικρή ποσοστιαία διαφορά της τάξεως 12,4% (N=15). Επίσης παρατηρούμε μια άνιση κατανομή του δείγματος, όσον αφορά τις κλινικές, με την ΜΕΘ να καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό 30,6% (N=37), ακολουθούν τα ΤΕΠ με ποσοστό 24,8% (N=30), έπειτα η νευροχειρουργική με ποσοστό 17,4% (N=21), στη συνέχεια η παθολογική με ποσοστό 17,4% (N=21) και τέλος η νευρολογική με το μικρότερο ποσοστό 8,3% (N=10). Αυτή η διαφορά οφείλεται στο ότι οι κλινικές ΜΕΘ και ΤΕΠ απαρτίζονται από μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτών σε σχέση με τις υπόλοιπες. Επίσης, άξιο σχολιασμού είναι ότι στο νοσοκομείο του Βενιζελείου δεν υπάρχει νευρολογική κλινική και το δείγμα μας πάρθηκε μόνο από την νευρολογική του ΠΑΓΝΗ.
4. Επίσης παρατηρούμε ότι, σύμφωνα με το σύνολο σωστών απαντήσεων στην κλίμακα 0 – 8 “χαμηλή απόδοση” δεν ανήκει κανένα ποσοστό, στην κλίμακα 8 – 14 “καλή απόδοση” βρέθηκε ότι ανήκει ένα ποσοστό 0,8% (N=1), στην κλίμακα 15 – 21 “πολύ καλή απόδοση” ανήκει το ποσοστό 61,2% (N=74) και στην κλίμακα 22 – 28 “άριστη απόδοση” ανήκει το ποσοστό 38% (N=46). Όπως διαπιστώνουμε το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στην κλίμακα 15 – 21 “πολύ καλή απόδοση” με ποσοστό 61,2%.
5. Παρατηρούμε επίσης ότι οι γνώσεις για την αναγνώριση και αντιμετώπιση κρίσεων Ε συνδέονται με την συχνότητα που έχουν αντιμετωπίσει οι νοσηλευτές κρίσεις Ε. Όπως διαπιστώνουμε οι νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν αντιμετωπίσει κρίσεις Ε >6 φορές έχουν απαντήσει “άριστα” ένα ποσοστό 53,8% (N=7), όσοι έχουν αντιμετωπίσει κρίσεις Ε 5 – 6 φορές έχουν απαντήσει “άριστα” ένα ποσοστό 64% (N=16), ενώ όσοι έχουν αντιμετωπίσει κρίσεις Ε 4 φορές ή λιγότερες έχουν απαντήσει “άριστα” με χαμηλότερα ποσοστά.

6. Στο ερώτημα για την βασική διαγνωστική εξέταση της επιληψίας παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό 92,6% (N=112) γνωρίζει ότι η βασική διαγνωστική εξέταση είναι το ΗΕΓ.
7. Στο ερώτημα μας για το αν οι άνθρωποι που εμφανίζουν επιληπτικούς σπασμούς είναι το ίδιο ευφυείς, όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος μας με ποσοστό 95% (N=115) θεωρεί ότι η ευφυΐα δεν επηρεάζεται από την επιληψία, καθώς επίσης και στο ερώτημα για το αν μπορούν να έχουν δυνατότητα φυσιολογικής ζωής παρατηρούμε μεγάλο ποσοστό 90,1% (N=109) να θεωρεί ότι έχουν την δυνατότητα για μια φυσιολογική ζωή. Αντίθετα παρατηρούμε μια προκατάληψη στο ερώτημα αν όλοι οι επιληπτικοί πρέπει να σταματούν να οδηγούν και να κατάσχεται το δίπλωμα οδήγησης, με ποσοστό 50,4% (N=61) να θεωρεί ότι όλοι οι επιληπτικοί πρέπει να σταματούν να οδηγούν και να γίνεται κατάσχεση του διπλώματος τους.
8. Μεγάλο ποσοστό 66,1% (N=80) έχουν απαντήσει λανθασμένα στο ερώτημα, αν οι πυρετικοί σπασμοί μπορούν να εξελιχθούν σε επιληψία (25%), θεωρώντας ότι όντως μπορούν να εξελιχθούν σε επιληψία.
9. Ικανοποιητικό είναι το αποτέλεσμα μας, ότι στα ερωτήματα που αφορούν τους εκλυτικούς παράγοντες και τις κλινικές εκδηλώσεις των επιληπτικών κρίσεων, οι νοσηλευτές έχουν ορθώς απαντήσει σημειώνοντας μεγάλα ποσοστά επιτυχίας.
10. Παρατηρούμε ότι μεγάλο ποσοστό του δείγματος μας 83,3% (N=101) αναγνωρίζει την κλινική εκδήλωση του τονικο – κλονικού σπασμού σε αντίθεση με την κλινική εκδήλωση τονικού σπασμού, όπου παρατηρείται σύγχυση ανάμεσα στις απαντήσεις συνεχιζόμενη σύσπαση ενός μυ ή ομάδας μυών με ποσοστό 45,5% (N=55) και την εναλλαγή σύσπασης και χαλάρωσης ενός μυ ή ομάδας μυών με ποσοστό 38% (N=46).
11. 45,4% (N=55) απάντησε λανθασμένα στο ερώτημα για το ποια θα πρέπει να είναι η πρώτη κίνηση του νοσηλευτή κατά την διάρκεια γενικευμένης επιληπτικής κρίσης, ενώ η σωστή απάντηση καταλαμβάνει το ποσοστό 43% (N=52). Βλέπουμε λοιπόν, το μεγαλύτερο ποσοστό να θεωρεί, ότι η πρώτη κίνηση του νοσηλευτή είναι η ακινητοποίηση του ασθενή και όχι η απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να βλάψουν τον ασθενή.
12. Στο ερώτημα, σε απόφραξη ανώτερου αεραγωγού κατά την διάρκεια της κρίσης ποια θα πρέπει να είναι η ενέργεια του νοσηλευτή, συμπεραίνουμε ότι μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών 43,8% (N=53) έχει λανθασμένη κρίση θεωρώντας σαν πρώτη κίνηση την χρήση γλωσσοπίεστρου για πίεση της γλώσσας προς τα έξω, έναντι του ποσοστού 42,1% (N=51) να θεωρεί την κατάσπαση της κάτω γνάθου σαν πρώτη κίνηση, όπου είναι και η σωστή απάντηση.

Με βάση τα αποτελέσματα της ερευνάς μας μπορούμε να παρατηρήσουμε δυνατότητες καθώς και αδυναμίες των νοσηλευτών, όσον αφορά τις ερωτήσεις αναγνώρισης και αντιμετώπισης κρίσεων Ε. Επίσης και κάποιου είδους προκατάληψη προς αυτούς τους ασθενείς. Παρατηρούμε ότι η συχνότητα διαχείρισης κρίσεων Ε συμβάλει σημαντικά στις γνώσεις των νοσηλευτών για την αναγνώριση και αντιμετώπιση κρίσεων Ε. Οι νοσηλευτές που έχουν αντιμετωπίσει κρίσεις Ε 0-2 φορές σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά "πολύ καλά" με 74,4% στις απαντήσεις, ενώ σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά "άριστα" με 23,3% στις απαντήσεις. Το ίδιο παρατηρείται και στους νοσηλευτές που έχουν αντιμετωπίσει κρίσεις Ε 3-4 φορές, σημειώνοντας υψηλότερα ποσοστά "πολύ καλά" με 67,5%, ενώ χαμηλότερα ποσοστά "άριστα" με 32,5%. Ενώ οι νοσηλευτές που έχουν αντιμετωπίσει >4 φορές κρίσεις Ε παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά "άριστα" με 60,5% έναντι των απαντήσεων "πολύ καλά" με ποσοστό 39,5%. Βλέπουμε λοιπόν πόσο σημαντικός είναι ο παράγοντας της συχνότητας διαχείρισης κρίσεων Ε.

Επίσης, ανάλογα με την κάθε κλινική βλέπουμε και διαφορετικά ποσοστά διαχείρισης κρίσεων Ε. Στην νευρολογική, λόγω του ότι νοσηλεύονται αρκετά περιστατικά επιληπτικών ασθενών το ποσοστό διαχείρισης είναι σαφώς υψηλότερο συγκριτικά με τις άλλες κλινικές. 70% των νοσηλευτών έχουν αντιμετωπίσει >4 φορές κρίσεις Ε, ακολουθεί η νευροχειρουργική με ποσοστό 57,1% , στη συνέχεια τα ΤΕΠ με ποσοστό 26,7%, η ΜΕΘ με 18,9% και τέλος η παθολογική με ποσοστό 17,4%. Εύλογο είναι λοιπόν, ότι στη νευρολογική κλινική οι νοσηλευτές έρχονται συχνότερα αντιμέτωποι με επιληπτικούς ασθενείς και είναι ικανότεροι στην διαχείριση των κρίσεων Ε.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας στηρίζουν το γεγονός ότι η συχνότητα αντιμετώπισης επιληπτικών κρίσεων είναι ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει την απόδοση των νοσηλευτών και όχι άλλοι παράγοντες όπως το φύλλο, η ηλικία, η προϋπηρεσία, το νοσοκομείο, η αυτοεκτίμηση του επιπέδου γνώσεων και το επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης (ΑΤΕΙ, ΤΕΕ-ΤΕΛ). Βέβαια οι περιορισμοί της μελέτης μας είναι πολλοί (αδρή εκτίμηση εγκυρότητας και απουσία μέτρησης αξιοπιστίας του εργαλείου, δειγματοληψία ευκολίας, μικρό δείγμα νοσηλευτών ΠΕ,) και δε μας επιτρέπουν να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα, παρά μόνο σε ενδείξεις για περαιτέρω μελέτη σε πιο ευρεία κλίμακα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, διεξάγουμε μια έρευνα που καταγράφει τις γνώσεις κλινικών νοσηλευτών για την αναγνώριση και αντιμετώπιση επιληπτικών σπασμών ενηλίκων. Για τον σκοπό αυτό δημιουργήθηκε το παρακάτω ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας, ενώ τα προσωπικά σας δεδομένα θα παραμείνουν απόρρητα σε όλες τις εκθέσεις που θα προκύψουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Για όποιες απορίες έχετε κατά την συμπλήρωση του, θα δοθούν διευκρινήσεις.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα αφιερώσετε!

1. **Φύλλο:** Α. Άνδρας Β. Γυναίκα
2. **Ηλικία:** Α. 20 – 29 ετών.. Β. 30 – 39 ετών... Γ. 40 – 49 ετών... Δ. > 50 ετών...
3. **Εκπαίδευση:** Α. ΑΕΙ Β. ΑΤΕΙ Γ. ΤΕΕ/ΤΕΛ Δ. ΑΛΛΟ.....
4. **Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεσθε;** Α. Βενιζέλειο..... Β. Πα.Γ.Ν.Η....
5. **Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεσθε στο νοσοκομείο;**
 Α. <1 χρόνο Β. 1 – 5 χρόνια Γ. 6 – 10 χρόνια Δ. 11 – 15 χρόνια
 Ε. > 15 χρόνια
6. **Σε ποια κλινική εργάζεσθε στο νοσοκομείο;**
 Α. Νευρολογική Β. Παθολογική Γ. Νευροχειρουργική
 Δ. ΤΕΠ Ε. ΜΕΘ

7. **Πόσα χρόνια εργάζεσθε στο παραπάνω τμήμα;.....**

8. **Σε ποια άλλα τμήματα έχετε εργαστεί;**

ΚΛΙΝΙΚΗ
α.
β.
γ.

9. **Βαθμολογήστε το επίπεδο γνώσεων σας για την αναγνώριση και αντιμετώπιση των επιληπτικών σπασμών ενηλίκων:**

- Α. Καθόλου... Β. Λίγο... Γ. Μέτριο... Δ. Πολύ καλό... Ε. Άριστο...

10. **Περίπου πόσες φορές αντιμετωπίσατε ασθενή με επιληπτικές κρίσεις το τελευταίο χρόνο;**

- Α. Καμία φορά Β. 1-2 φορές Γ. 3-4 φορές Δ. 5-6 φορές Ε. Άλλο....

11. **Ποια είναι η βασική εξέταση για να διαπιστώσουμε εάν ένα άτομο πάσχει από επιληψία:**

- A. Ακτινογραφία κρανίου
- B. Μικροσκοπική εξέταση νευρικού ιστού
- Γ. Η.Ε.Γ
- Δ. Υπέρηχος εγκεφάλου
- Ε. Εξέταση Ε.Ν.Υ

12. Σημειώστε αν οι παρακάτω προτάσεις είναι σωστές ή λάθος:

Άνθρωποι που εμφανίζουν επιληπτικούς σπασμούς είναι το ίδιο ευφυείς, όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Άνθρωποι με επιληψία μπορούν να έχουν μια φυσιολογική ζωή	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Μερικές κρίσεις μπορούν να διαρκέσουν μερικά δευτερόλεπτα χωρίς να γίνουν αντιληπτές από τους άλλους	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Με την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να περάσει ένας χρόνος ή παραπάνω χωρίς να εμφανιστεί κάποιο επεισόδιο	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου σε επιληπτικούς ασθενείς	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Όλοι οι επιληπτικοί χάνουν τις αισθήσεις τους κατά την διάρκεια κρίσεων	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Όλοι οι επιληπτικοί πρέπει να σταματούν να οδηγούν και να κατάσχεται το δίπλωμα οδήγησης	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Οι πυρετικοί σπασμοί μπορούν να εξελιχθούν σε επιληψία (25%)	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>

13. Σημειώστε ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες μπορεί να είναι εκλυτικοί επιληπτικών κρίσεων:

Σακχαρώδης Διαβήτης	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Έλλειψη ύπνου	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Κάπνισμα	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Διακοπή αντιεπιληπτικών φαρμάκων	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Χαμηλή HDL – Χοληστερόλη	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Stress ή άγχος	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>

14. Σημειώστε ποιο από τα παρακάτω μπορεί να αποτελέσουν κλινική εκδήλωση επιληπτικής κρίσης:

Μυοκλονίες βλεφάρων	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Βλενωδεις αιματηρές κενώσεις	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Προσήλωση βλέμματος για μερικά δευτερόλεπτα	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Μετεωρισμός	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>
Ξαφνική απώλεια μυϊκού τόνου	Σωστό <input type="checkbox"/> Λάθος <input type="checkbox"/>

15. Σημειώστε ποιος από τους ακόλουθους ασθενείς παρουσιάζει τονικο – κλονικούς σπασμούς:

- A. Ο ασθενής ο οποίος παραμένει ανέκφραστος για μερικά δευτερόλεπτα

- B. Ο ασθενής ο οποίος παρουσιάζει απότομες επαναλαμβανόμενες ρυθμικές συσπάσεις των μυών του σώματος
Γ. Ο ασθενής του οποίου τα χέρια κάμπτονται

16. Τι είναι τονικοί σπασμοί;

- A. Η συνεχιζόμενη σύσπαση ενός μυ ή ομάδας μυών
B. Η εναλλαγή σύσπασης και χαλάρωσης ενός μυ ή ομάδας μυών
Γ. Καμία από τις παραπάνω προτάσεις

17. Κατά τη διάρκεια γενικευμένης επιληπτικής κρίσης ποια θα πρέπει να είναι η πρώτη κίνηση του νοσηλευτή;

- A. Ακινητοποίηση ασθενή για αποφυγή τραυματισμού
B. Μετακίνηση ασθενή σε ένα ασφαλές και ήσυχο μέρος
Γ. Απομάκρυνση των αντικειμένων που μπορεί να βλάψουν τον ασθενή
Δ. Τίποτα από τα παραπάνω

18. Σε απόφραξη ανώτερου αεραγωγού κατά τη διάρκεια της κρίσης ποια από τις παρακάτω θα πρέπει να είναι η ενέργεια του νοσηλευτή:

- A. Ένα γλωσσοπίεστρο για πίεση της γλώσσας προς τα έξω
B. Χειρισμός Heimlich
Γ. Κατάσπαση της κάτω γνάθου
Δ. Έναρξη διαδικασίας διασωλήνωσης

19. Μετά τη κρίση ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει ώστε:

- A. Το κεφάλι του ασθενή πρέπει να είναι ανεβασμένο 20°
B. Ο ασθενής να είναι σε θέση Trendelenburg
Γ. Ο ασθενής να ξαπλώσει στο πλάι
Δ. Ο ασθενής να ξαπλώσει οριζόντια

20. Μετά την χορήγηση λοραζεπάμης ή διαζεπάμης για την αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για:

- A. Καταστολή αναπνευστικού ή υπόταση
B. Βρογχόσπασμο
Γ. Πολυουρία
Δ. Υπέρταση

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anne G. Caicoya, Todos los derechos reservados, 2007, www.info-epilepsia.es
2. A. Krumholz et al, Evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults, *Neurology* 2007;69;1996-2007
3. Α. Σαχίνη – Καρδάση, Μεθοδολογία Έρευνας, 1997
4. D. Valenga, Issues and innovations in nursing practice, Decision-making about risk in people with epilepsy and intellectual disability, 2005
5. Ellie Z. Franges, A sudden storm caring for seizure patients, 2006, *LPN* 2 (2)
6. Gimeno Alava, Causas de la epilepsia y factores de riesgo (Etiologia), Apice, 2004, www.apiceepilepsia.org/etiologia.htm
7. Grethe Helde et al, *Epilepsy & Behavior*, A structured, nurse – led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: A randomized, controlled trial, 2005;7:451-457).
8. Harvey Simon, MD, Epilepsy, university of Maryland medical center, 2006, http://www.umm.edu/patiented/articles/what_causes_of_epilepsy.htm
9. John Foley et al, Improving the epilepsy service: the role of the specialist nurse, *Seizure* 2000; 9: 36–42
10. Juan J. Zarranz et al, *Neurologia*, 2006;21(3):119-123.
11. L.Cameron, MD, Ehealth, What causes epilepsy, 2004
http://www.ehealthmd.com/library/epilepsy/EPI_causes.html
12. L. Forsgren, E. Beghi, A. Oun and M. Sillanpaa, The epidemiology of epilepsy in Europe – a systematic review, *European Journal of Neurology* 2005, 12: 245–253

13. Mary Unruh Fagley, RN, MSN, Taking charge of seizure, Learn what happens when the brain's electric signals go awry and how you can help someone plagued by the disturbing effects, 2007, CE 2.0
14. M. Goodwin et al, The role of the clinical nurse specialist in epilepsy, *Seizure* 2004; **13**: 87–94
15. Natalie Frazin, Crisis epilepticas: Esperanza en la Investigación, 2005, www.espanol.ninds.nih.gov/trastornos/crisis_epilepticas.htm
16. P. Thomas, A. Arzimanoglou, *Epilepsies*, 2002
17. Robert S. Fisher et al, Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE), *Epilepsia*, 2005;**46**(4):470–472
18. Stanley J. Swierzewski, III, MD, Neurology channel, 2002, <http://www.neurologychannel.com/epilepsy/prognosis>
19. Stephen L. Hauser et al, *Neurologia en Medicina Clinica*, 2006;14:187-191
20. Steven C. Schachter, M.D, 2006, epilepsy, www.epilepsy.com