

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ
ΕΠΙΛΗΨΙΑ"

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

Κιορογλανίδου Ελένη

Κόκκαλη Καλλιόπη

Επιβλέπων καθηγητής: Ροβίθης Μιχαήλ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

2018

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται το ζήτημα των γνώσεων και των στάσεων που έχει ο γενικός πληθυσμός σχετικά με την επιληψία. Οι επιληπτικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν κοινωνικά και ψυχικά προβλήματα λόγω του κοινωνικού στίγματος που επιφέρει η νόσος και του κοινωνικού αποκλεισμού εξ αιτίας του φόβου. Ο τρόπος ζωής των επιληπτικών ασθενών διαμορφώνεται ανάλογα με το μέγεθος του κοινωνικού προβλήματος που έχουν να αντιμετωπίσουν και της αποδοχής τους ως ενεργά και χρήσιμα μέλη της κοινωνίας.

Σκοπός: Η μελέτη στοχεύει στην καταγραφή των γνώσεων και των στάσεων του γενικού πληθυσμού σχετικά με την επιληψία. Σκοπό είχε τη διερεύνηση των παραμέτρων που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις του γενικού πληθυσμού καθώς και του στίγματος απέναντι στα επιληπτικά άτομα.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 120 άτομα (τυχαίο δείγμα) του γενικού πληθυσμού της πόλης του Ηρακλείου της Κρήτης. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας είναι το εξής: ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτό- αναφοράς το οποίο βασίστηκε σε σχετικές μελέτες (Fernandes, Noronha, Sander, Li, 2008), (Tedrus et al., 2007), (Mecarelli et al., 2007), (Hasan et al., 2010), (Gourie-Devi et al., 2010). Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 3 ενότητες ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται είναι κλειστού τύπου κατηγορικές και ερωτήσεις επιλογής πολλαπλών απαντήσεων. Η πρώτη ενότητα ερωτήσεων μετράει τις γνώσεις σχετικά με την επιληπτική κρίση, η δεύτερη ενότητα περιέχει ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις απέναντι σε άτομα με επιληψία και η τρίτη ενότητα ερωτήσεων περιλαμβάνει ερωτήσεις για την συλλογή δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (68,3%). Το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων στην μελέτη, κυμαινόταν μεταξύ (18-55+), με μέση ηλικία τα 31,2 χρόνια που κατοικούσαν σε αστική περιοχή (66,7%) και ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (75,0%). Στα πλαίσια της έρευνας διερευνώνται διάφοροι παράγοντες που καθορίζουν τις γνώσεις και τις στάσεις του γενικού πληθυσμού οι οποίοι επηρεάζουν την ζωή των επιληπτικών ατόμων. Τα ερευνητικά δεδομένα τεκμηρίωσαν την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ως εργαλείο αξιολόγησης των γνώσεων και των στάσεων του γενικού πληθυσμού.

Συμπεράσματα: Το επίπεδο των γνώσεων και των στάσεων των συμμετεχόντων

είναι μέτριο. Οι γυναίκες παρουσιάζουν λιγότερες γνώσεις αλλά περισσότερο θετικές στάσεις συγκριτικά με τους άνδρες. Η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου βοηθάει στην αύξηση των γνώσεων που διαθέτουν τα άτομα αλλά και στη θετικότερη στάση τους. Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό θα κρατούσε την επιληψία κρυφή και θα το έλεγε μόνο σε άτομα του κοντινού περιβάλλοντος.

Λέξεις κλειδιά: επιληψία, γνώσεις για την επιληψία, στάσεις για την επιληψία, στίγμα.

ABSTRACT


This diploma thesis deals with the knowledge and attitudes of the general population regarding epilepsy. Epileptic patients face social and psychological problems due to the social stigma caused by the disease and social exclusion due to fear. The lifestyle of epileptic patients is shaped according to the size of the social problem they face and their acceptance as active and useful members of society.

Purpose: The study aims to capture the knowledge and attitudes of the general population about epilepsy. The aim was to investigate the parameters that affect the knowledge and attitudes of the general population as well as the stigma against epileptic individuals.

Material-Method: The study sample consisted of 120 individuals (random sample) of the general population of the city of Heraklion, Crete. The questionnaire used to carry out the research is: An anonymous self-report questionnaire based on relevant studies (Fernandes, Noronha, Sander, Li, 2008) (Tedrus et al., 2007), (Mecarelli et al., 2007), (Hasan et al., 2010), (Gourie-Devi et al., 2010). The questionnaire is divided into 3 question sets. The questions included are closed-type categorical and multiple-choice questions. The first section of questions counts the knowledge about the seizure crisis, the second section contains questions about attitudes towards people with epilepsy, and the third section of questions includes questions about collecting demographic characteristics of the sample.

Results: The majority of respondents were women (68.3%). The age range of participants in the study ranged between (18-55 +), with an average age of 31.2 years living in urban areas (66.7%) and higher education graduates (75.0%). In the framework of the research, various factors are determined that determine the knowledge and attitudes of the general population that affect the life of epileptic individuals. Research data documented the credibility of the questionnaire as a tool for assessing the knowledge and attitudes of the general population.

Conclusions: The level of knowledge and attitudes of participants is moderate. Women have less knowledge but more positive attitudes compared to men. Increasing the level of education helps to increase the knowledge that individuals



have and also to their positive attitude. Finally, the highest rate would keep epilepsy hidden and would only say to people in the nearby environment.

Key words: epilepsy, knowledge of epilepsy, postures for epilepsy, stigma.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΙΛΗΨΙΑ

A. 1.1 Ιπποκρατική ερμηνεία της επιληψίας «Περί ιερής νόσου»

Ο Ιπποκράτης γεννήθηκε το 460 π.Χ και έζησε στην Ελλάδα κατά τον ονομαζόμενο «χρυσό αιώνα». Θεωρείται πατέρας της σύγχρονης ιατρικής ο οποίος θεμελίωσε πρώτος την επιστημονική ορθολογική ιατρική και βοήθησε ώστε να απαλλαγεί από τα μεταφυσικά στοιχεία, τις προλήψεις, τις προκαταλήψεις, τις δαιμονολογίες και τις δεισιδαιμονίες που επικρατούσαν την εποχή εκείνη.

Ένα από τα σπουδαιότερα έργα της Ιπποκρατικής συλλογής το οποίο θεωρείται ορόσημο της ιστορίας των επιστημών είναι το «Περί ιερής νόσου» στο οποίο ο Ιπποκράτης τολμά να απομυθοποιήσει μία νόσο, την επιληψία, η οποία θεωρούνταν «ιερή» και απρόσιτη εκείνην την εποχή για τους συμπολίτες του. Ο Ιπποκράτης περιγράφει την αιτιολογία της νόσου, κάνει περιγραφή των επιληπτικών κρίσεων και της ταξινόμησης τους και μιλά για την κληρονομική προδιάθεση της πάθησης. Η προσέγγιση της πάθησης με εξαίρεση την αιτιολογία της αποτελεί μέχρι και σήμερα επιστημονικό δεδομένο.

Ο συγγραφέας ξεκινά την αναφορά του στην επιληψία λέγοντας ότι δεν αποτελεί ασθένεια θεϊκής προέλευσης αλλά περισσότερο ιερή συγκριτικά με τις υπόλοιπες και τονίζει μάλιστα ότι όλες οι ασθένειες οφείλονται σε κάποιο φυσικό αίτιο. Εξηγεί ότι η φύση της ασθένειας είναι παράξενη και έτσι μπορεί και δικαιολογεί τις δοξασίες που την συνοδεύουν, ενώ ταυτοχρόνως τοποθετείται τονίζοντας ότι κάτι τέτοιο δεν θα μπορούσε να ισχύει διότι με τον ίδιο τρόπο σκέψεις θα έπρεπε και άλλες ανεξήγητες παθήσεις να θεωρούνται θεόσταλτες. Αποδίδει επίσης τον τίτλο «ιερής νόσου» για την επιληψία ως γέννημα «των μάγων» και των «εξαγνιστών» εκείνης της εποχής, στους οποίους και ασκεί σφοδρή κριτική. Πιστεύει πως τα άτομα αυτά είναι επιτήδεια και ότι λόγω της άγνοιας και της ανεπαρκούς διαχείρισης των περιστατικών προσπαθούν να «θεραπεύσουν» την ασθένεια με ξόρκια, εξαγνισμούς, περίεργες διατροφικές και συμπεριφορικές οδηγίες αλλά και επικαλώντας θεϊκά αίτια της νόσου. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι η πρόφαση τους αυτή περί υπερφυσικών ιδιοτήτων και ο ισχυρισμός τους για περισσότερες γνώσεις εν

συγκρίσει με τους υπολοίπους μπορεί να αποδοθεί στο ότι αν ο ασθενής εμφανίσει επιθυμητή εξέλιξη τότε πρόκειται για προσωπική τους επιτυχία, ενώ εάν ο ασθενής εμφανίσει ανεπιθύμητη εξέλιξη τότε μπορούν να αποδώσουν την ευθύνη στους θεούς.

Έπειτα, συνεχίζει η ανάλυση περιγράφοντας τις εστιακές και τις γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις ερμηνεύοντας ταυτόχρονα χαρακτηριστικά που θα μπορούσε να αποδώσει κάποιος, ως ιδιότητες θεοτήτων της αρχαίας ελληνικής μυθολογίας πχ. αποδίδει στη μητέρα των θεών να ευθύνεται για την αρρώστια όταν τη φωνή του αρρώστου μοιάζει με αυτή της κατσίκας, όταν χτυπούν τα δόντια του ή όταν έχει σπασμούς από δεξιά. Αν πάλι η φωνή μοιάζει με αυτή του αλόγου και η φωνή είναι διαπεραστική και δυνατή τότε ευθύνεται ο Ποσειδώνας κλπ. Υποστηρίζοντας όμως την αρχική του πάντα άποψη ότι η κάθαρση του ανθρώπινου σώματος δεν έχει να κάνει με τους θεούς αλλά με τα «σφάλματα» της δικής μας φθαρτής φύσης.

Η επιρροή του συγγραφέα από τον Διογένη τον Απολλωνιάτη (φιλόσοφος του 5^{ου} π.Χ αιώνα, ο οποίος περιέγραψε το σύστημα των φλεβών του ανθρώπινου σώματος, θεωρούσε το νου αρχή του σύμπαντος και τον εγκέφαλο αποδέκτη των εξωτερικών ερεθισμάτων) τον οδήγησε να θεωρεί ότι η βασική αιτία της επιληψίας καθώς και άλλων μεγάλων νοσημάτων ότι βρίσκεται στον εγκέφαλο. Έτσι μπήκε στη διαδικασία να περιγράψει τοπογραφικά και λειτουργικά τη σύνδεση του εγκεφάλου με το υπόλοιπο σώμα μέσω των πολυάριθμων φλεβών. Στη συνέχεια των επόμενων κεφαλαίων του αναλύει τη θεωρία περί φλεβών και φλέγματος ως παθογενετικό μηχανισμό της νόσου. Ακόμα υποστηρίζει ότι η έναρξη της πάθησης ξεκινάει από την εμβρυική ζωή, την οποία θεωρεί κρίσιμη περίοδο για την ανθρώπινη ζωή καθώς από τότε καθορίζεται η διαμόρφωση του εγκεφάλου και των υπόλοιπων οργάνων. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία στις εκκρίσεις και στις απεκκρίσεις του σώματος και να γίνεται κάθαρση του φλέγματος για την αποφυγή της συμφόρησης του στο αίμα ή στην κυκλοφορία του «πνεύματος» ώστε ο οργανισμός να διατηρείται υγιής.

Ο συγγραφέας για να αποδείξει ότι η «ερή νόσος» δεν οφείλεται σε θεικές δυνάμεις στηρίζει επιπλέον την άποψη του σε ανατομές εγκεφάλων αιγών που πάσχουν από την πάθηση. Επισημαίνει επίσης ότι η αιτία της επιληψίας πηγάζει από τον εγκέφαλο και για να αποδειχθεί η σπουδαιότητα του οργάνου αυτού κάνει αναφορές σε κεφάλαια για τις βασικές λειτουργίες του, για τα συναισθήματα, τη συνείδηση καθώς και για το ότι ο εγκέφαλος είναι η αιτία των ψυχικών παθήσεων και για το ότι πηγάζουν από αυτόν οι φοβίες, το άγχος, οι διαταραχές του ύπνου και της

συμπεριφοράς καθώς και οι εσφαλμένες αντιλήψεις διαφοροποιώντας έτσι την μέχρι τότε επικρατούσα άποψη ότι το διάφραγμα και η καρδιά ότι αποτελούν την έδρα των νοητικών διεργασιών. Η επιληψία λοιπόν δεν θεωρείται πιο θεϊκή πάθηση εν συγκρίσει με τις υπόλοιπες ασθένειες αλλά αντιθέτως έχει δικά της αίτια και χαρακτηριστικά και διέπεται από την αρχή της κληρονομικότητας προσβάλλοντας όλο τον πληθυσμό αδιακρίτως. Επιπλέον γίνεται αναφορά σε επιδημιολογικά στοιχεία της πάθησης καθώς και διαχωρισμός μεταξύ της επιληψίας των ενηλίκων και σε αυτή της παιδικής ηλικίας. Τονίζεται μάλιστα ότι η επιληψία στην παιδική ηλικία και οι επιπλοκές της στην ομάδα των υπερηλίκων ότι είναι πολύ σοβαρές, διότι μπορεί να υπάρξουν θανατηφόρες ή να προκαλέσουν μόνιμες αναπηρίες και δυσμορφίες. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό που περιγράφεται είναι η επιληπτική αύρα η προαίσθηση δηλαδή των επιληπτικών ατόμων για την επερχόμενη κρίση και η αποφυγή τους από την κοινή έκθεση πριν από αυτήν. Ιδιαίτερη επίσης σημασία αποδίδει στις κλιματολογικές συνθήκες ως παράγοντες εκδήλωσης της νόσου, και κάνει λόγο για τις συνηθέστερες μορφές θεραπείας όπως τη ρύθμιση της διατροφής, τη σωματική άσκηση καθώς και στην κάθαρση του σώματος μέσω της φλεβοτομής, της αφαίμαξης, των διουρητικών, των εμετικών και των υπακτικών.

Τέλος, καταλαβαίνουμε ότι ο συγγραφέας αναμφίβολα ξεπερνά τον τρόπο σκέψεις και τις αντιλήψεις που επικρατούσαν την εποχή εκείνη και έρχεται μάλιστα αντιμέτωπος με τις επικρατούσες αντιλήψεις περί δεισιδαιμονιών, απομυθοποιώντας έτσι την «ιερή νόσο» (την επιληψία) και αποκαλύπτοντας τη σκοπιμότητα κάποιων προσώπων (μάγων, εξαγιστών) που αποσκοπούσαν οφέλη. Βασίζεται στην ορθολογική άσκηση της ιατρικής και προσεγγίζει με διορατικό τρόπο την υγεία και αναγνωρίζει την λειτουργία του εγκεφάλου και τις παθήσεις που πηγάζουν από αυτόν. Μέσω του «περί ιερής νόσου» επιχειρείται η εξήγηση της φύσης της νόσου με ορθολογικό τρόπο και απομυθοποιούνται παθήσεις που παραδόξως μέχρι και σήμερα αντιμετωπίζονται με αμηχανία και προκατάληψη (Κηρυττόπουλος, Κρομμύδα, Μπερεδήμας, 2012).

***Υποστηρίζεται από αρκετούς μελετητές ότι το «περί ιερής νόσου» πιθανώς να ανήκει σε κάποιον μαθητή του Ιπποκράτη και όχι στον ίδιο**

A. 1.2 Ορισμός

Η επιληψία είναι μια σοβαρή νευρολογική διαταραχή (Φουντούκη και συν., 2015) που χαρακτηρίζεται από χρόνιες, υποτροπιάζουσες, παροξυσμικές μεταβολές, οι οποίες προκαλούνται από ανωμαλίες της ηλεκτρικής δραστηριότητας του

εγκεφάλου. Αποτελείται από δύο κύρια χαρακτηριστικά τα οποία είναι α) η διαταραχή της νευρικής λειτουργίας με την μορφή επιληπτικών κρίσεων (οι οποίες έχουν μικρή διάρκεια και μπορούν να επηρεάσουν την κίνηση, τις αισθήσεις, την νοητική ή την ψυχική λειτουργία του ατόμου που τις βιώνει ή ακόμα να επηρεάσουν την συνείδηση του, πάραυτα όμως επέρχεται κατά κανόνα πλήρης αποκατάσταση) και β) στις κρίσεις μπορεί να μην ευθύνεται μία αιφνίδια έκπτωση της λειτουργίας του εγκεφάλου σε συγκεκριμένη περιοχή, αλλά να υπάρχει υπέρμετρη εκφόρτωση νευρώνων και σε άλλο σημείο του εγκεφάλου (Μπαλτόπουλος, 2001). Η επιληψία επηρεάζει περίπου το 1-2 % του πληθυσμού, ιδιαίτερα ατόμων άνω των 30 ετών και είναι η δεύτερη πιο συχνή νευρολογική διαταραχή στην Ελλάδα μετά από τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Παπαγιαννοπούλου, Γούσια, 2011).

Ως επιληπτική κρίση θεωρείται μια διαλείπουσα, παροξυσμική, στερεοτυπική διαταραχή της συνείδησης, συναισθήματος, κινητικής λειτουργίας, αίσθησης ή αισθητικότητας, που οφείλεται σε υπέρμετρες, απότομες και ανώμαλες φλοιικές νευρικές εκφορτίσεις (Τσαπαρίδου και συν., 2012). Μία κρίση μπορεί να εκδηλωθεί είτε με συγκοπτικό επεισόδιο είτε με καταπληξία ή ακόμα και με ψυχογενή επεισόδια. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να διαχωρίσουμε την έννοια της επιληπτικής κρίσης από την επιληψία, καθώς η πρώτη είναι το σύμπτωμα της δεύτερης και δεν είναι απαραίτητο ότι συνδέονται πάντα. Πιο συγκεκριμένα, ορισμένες κρίσεις είναι αυτοπεριοριζόμενες και αποτελούν μέρος μίας οξείας παθολογικής κατάστασης κάποιας ασθένειας ή έκθεσης σε επιληπτογόνες ουσίες. Άλλες επιληπτικές κρίσεις αποτελούν σημείο παθολογικής λειτουργίας των νευρώνων και των κυκλωμάτων τους. Είναι ένα από τα συχνά συμπτώματα εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, η οποία προέρχεται από υπερβολική παθολογική συγχρονισμένη νευρική δραστηριότητα ενός μεγάλου πληθυσμού νευρώνων. Σχεδόν το 10% των ανθρώπων μέχρι την ηλικία των ογδόντα χρόνων μπορεί να εκδηλώσει μία επιληπτική κρίση χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα συνεχιστούν (οι κρίσεις) και στη μετέπειτα ζωή τους (Netter, Runge, Greganti, 2009).

Λόγο της αιφνίδιας εμφάνισής της, αλλά και της απότομης διακοπής της, τα παλαιότερα χρόνια η επιληψία ερμηνευόταν μ' έναν διαφορετικό τρόπο απ' ότι σήμερα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το διαχωρισμό της από τις υπόλοιπες νόσους και των χαρακτηρισμό της ως « ιερή νόσος », καθώς θεωρούνταν ότι κάθε επιληπτικό άτομο καταλαμβάνονταν από διάφορες δαιμόνιες ή υπερφυσικές θεϊκές δυνάμεις. Έτσι όλοι οι άνθρωποι εκείνης της εποχής πίστευαν ότι η επιληπτική κρίση είναι οϊωνός του κακού. Κάτι παρόμοιο συμβαίνει ακόμα και σήμερα που παρά την κλινική

και θεραπευτική εξέλιξη της νόσου τα άτομα με επιληψία συνεχίζουν να υποφέρουν από διακρίσεις και να νοιώθουν στιγματισμένα, όχι μόνο στον αναπτυσσόμενο κόσμο αλλά και στον Δυτικό κόσμο (Κηρυττόπουλος, Κρομμύδα, Μπερεδήμας, 2012). Σήμερα το στίγμα μπορεί να μην σχετίζεται άμεσα με τους δαίμονες των παλαιών χρόνων, αλλά συνδέεται με τα αρνητικά στερεότυπα που έχουν δημιουργηθεί λόγω της άγνοιας, της προκατάληψης, του φόβου και της διαφορετικότητας. Το στίγμα αντιπροσωπεύει τη διαδικασία κατά την οποία τα άτομα και οι ομάδες ατόμων θεωρούνται δίχως σαφή λόγο κοινωνική ντροπή και αυτό φέρει σαν αποτέλεσμα να οδηγούνται στο περιθώριο και να υφίστανται διακρίσεις (Κυζιρίδης, n.d).

A. 1.3 Αίτια

Η επιληψία είναι μια ασθένεια της οποίας οι αιτίες ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία του ατόμου που την εκδηλώνει. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν άτομα που εκδηλώνουν την ασθένεια λόγω κάποιας γενετικής αιτίας, όπου ένα ή περισσότερα γονίδια έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν την εμφάνιση της. Υπάρχει επίσης πιθανότητα να προκληθεί και από τον τρόπο που κάποια γονίδια δουλεύουν στον εγκέφαλο του κάθε ατόμου, σε αυτή την περίπτωση τα αίτια ονομάζονται συγγενή. Επιπλέον, υπάρχουν και τα επίκτητα αίτια (πχ. ξαφνικός τραυματισμός στο κεφάλι) αλλά και τα ιδιοπαθή, των οποίων τα αίτια δεν είναι γνωστά (Epilepsy Foundation of America, 2017). Στα τελευταία αίτια ανήκει το 70-75% των παιδιών που εκδηλώνουν την επιληψία, ενώ το 30-50% των παιδιών αυτών έχουν μια γενετική προδιάθεση, ιδιαίτερα όσα βιώνουν πρωτογενή γενικευμένη επιληψία (Τσαπαρίδου και συν., 2012).

Παρακάτω αναγράφονται συχνές αιτίες των επιληπτικών κρίσεων κατά ηλικία:

Νεογνά

- Περιγεννητική υποξία
- Περιγεννητική ισχαιμία
- Αιφνίδια διακοπή φαρμάκων
- Υποκαλσιαιμία
- Υπομαγνησιαιμία

- Υπερχολερυθριναίμια
- Υπογλυκαιμία
- Δηλητηρίαση από νερό
- Ενδοκρανιακή αιμορραγία
- Ενδοκρανιακή κάκωση κατά τον τοκετό
- Νεογνικές διαταραχές του μεταβολισμού
- Εξάρτηση από την πυριδοξίνη
- Συγγενείς δυσπλασίες του εγκεφάλου
- Ενδοκράνιες λοιμώξεις
- Σήψη

Βρεφική ηλικία

- Συγγενείς ανωμαλίες
- Συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού
- Οξεία λοίμωξη
- Τραύμα
- Πυρετικοί σπασμοί
- Ιδιοπαθής

Παιδική ηλικία

- Τραύμα
- Συγγενείς ανωμαλίες
- Ενδοκράνια αιμορραγία/αρτηριοφλεβώδης δυσπλασία
- Λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ)
- Ιδιοπαθής

Εφηβεία/νεανική ηλικία

- Τραύμα
- Απότομη διακοπή αλκοόλ ή φαρμάκων

- Ενδοκράνια αιμορραγία/αρτηριοφλεβώδης δυσπλασία
- Εγκεφαλικός όγκος
- Ιδιοπαθής

Μέση και Τρίτη ηλικία

- Αλκοολισμός
- Εγκεφαλικός όγκος
- Αγγειακή εγκεφαλική νόσος
- Τραύμα, μεταβολικές διαταραχές
- Ουραιμία
- Ηπατική ανεπάρκεια
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- Υπογλυκαιμία
- Λοίμωξη του ΚΝΣ
- Ιδιοπαθής

(Netter, Runge, Greganti 2009)

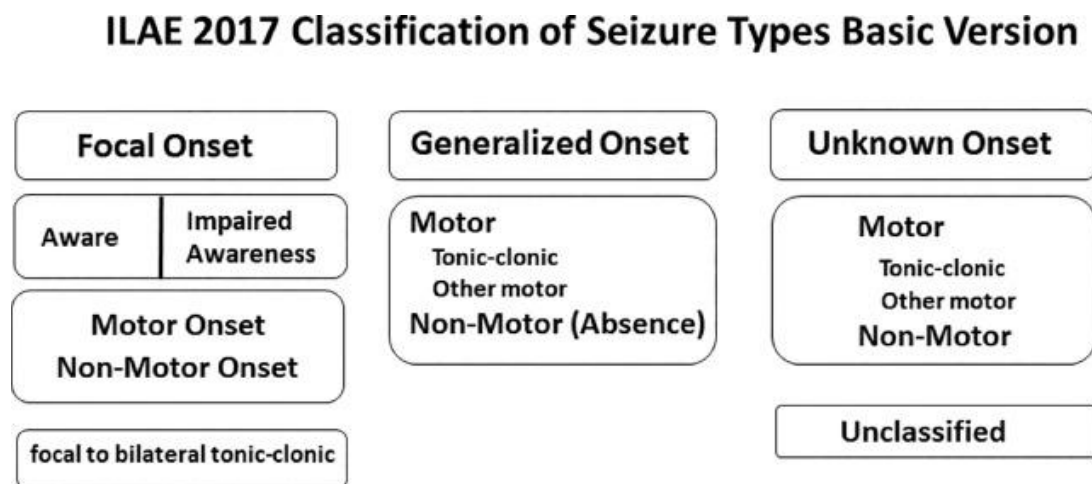
A. 1.4 Ταξινόμηση επιληπτικών κρίσεων

Σύμφωνα με την Διεθνή Ένωση κατά της Επιληψίας (International League Against Epilepsy - ILAE) θεωρήθηκαν σημαντικές οι ταξινομήσεις της επιληψίας, των επιληπτικών συνδρόμων (International Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes), (ILAE 1985, ILAE 1989) καθώς και των επιληπτικών κρίσεων (International Classification of Epileptic Seizures), (ILAE 1981) τις οποίες και χώρισε στις εξής τέσσερις βασικές κατηγορίες:

- 1) Μερικές (εστιακές) κρίσεις
- 2) Γενικευμένες κρίσεις
- 3) Αταξινόμητες επιληπτικές κρίσεις
- 4) Παρατεινόμενες ή επαναλαμβανόμενες κρίσεις (επιληπτική κατάσταση)

(βλ. Εικόνα 1)

Η διάκριση των παραπάνω τεσσάρων κατηγοριών είχε ως βασικά της κριτήρια το ανατομικό υπόβαθρο των επιληπτικών κρίσεων και την κλινική εικόνα με την οποία εκφράζονται τα Ηλεκτροεγκεφαλογραφικά χαρακτηριστικά (Fisher et al., 2017).



Εικόνα 1. Ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων σύμφωνα με την ILAE 2017

ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

1. Μερικές (εστιακές) κρίσεις

- A. Απλές εστιακές κρίσεις
- B. Σύνθετες εστιακές κρίσεις
 - α. με διαταραχή της συνείδησης από την έναρξη
 - β. απλές εστιακές κρίσεις που μεταπίπτουν σε κρίσεις με διαταραχή Συνείδησης
- Γ. Εστιακές κρίσεις που εξελίσσονται δευτεροπαθώς σε γενικευμένες

2. Γενικευμένες κρίσεις

- A.
 - 1. Τυπικές αφαιρέσεις (Petit mal)
 - 2. Άτυπες αφαιρέσεις (Petit mal)
- B. Μυοκλονικές
- Γ. Κλονικές
- Δ. Τονικές

- E. Τονικο-κλονικές (Grand mal)
- Z. Ατονικές (αστατικές)
Συνδυασμός των παραπάνω

3. Αταξινόμητες επιληπτικές κρίσεις

4. Παρατενόμενες ή επαναλαμβανόμενες κρίσεις (επιληπτική κατάσταση)

Commision on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy . (1981) Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 22:489-501.

1. Μερικές (εστιακές) κρίσεις

Οι εστιακές κρίσεις οφείλονται σε ετερόπλευρη εκφόρτιση του εγκεφάλου και είναι οι πιο σύνηθες κρίσεις, καθώς εμφανίζονται στα 2/3 των επιληπτικών ασθενών. Χαρακτηρίζονται για την πολυμορφία τους και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, τις απλές εστιακές, τις σύνθετες εστιακές και τις εστιακές κρίσεις που εξελίσσονται ως δευτεροπαθής γενικευμένες (Netter, Runge, Greganti, 2009).

A. Απλές εστιακές κρίσεις

Οι απλές εστιακές κρίσεις διακρίνονται από την ικανότητα τους να επιτρέπουν στον ασθενή να διατηρεί τη συνείδησή του ή και τη μνήμη του, γι' αυτό μπορούν να χαρακτηρισθούν και ως «αύρα», καθώς προμηνύουν μια επερχόμενη επιληπτική κρίση. Βέβαια, το πως θα εκδηλωθεί μια εστιακή κρίση θα εξαρτηθεί από το σημείο του εγκεφάλου στο οποίο εντοπίζεται η διαταραχή. Ανάλογα δηλαδή με το σημείο εκφόρτισης του εγκεφάλου ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει (Μάτζιου-Μεγαπάνου 2012), (ILAE, 2017):

- Κινητικές διαταραχές : χαρακτηρίζονται από κλονικές συσπάσεις μίας μυϊκής ομάδας είτε σ' ένα άκρο του πάσχοντα είτε και στο πρόσωπό του (ILAE, 2017)
- Ψυχικές διαταραχές : χαρακτηρίζονται από δυσμνησιακά φαινόμενα, γνωστικά φαινόμενα, δυσφασιακά φαινόμενα, συναισθηματικά φαινόμενα και από παραισθήσεις ή οργανωμένες παραισθήσεις (ILAE, 2017)
- Αισθητικές διαταραχές : χαρακτηρίζονται από παραισθήσεις (Μάτζιου-Μεγαπάνου, 2012)

- Αισθητηριακές διαταραχές : χαρακτηρίζονται από ψευδαισθήσεις, οπτικές, ακουστικές ή οσφρητικές διαταραχές (Μάτζιου-Μεγαπάνου, 2012)
- Συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα : χαρακτηρίζονται από εφίδρωση, ενόχληση στο στομάχι, ναυτία, εμετό, χλόμιασμα, ακράτεια και διαστολή κόρης (ILAE, 2017)
- Ή και συνδυασμός διαταραχών (ILAE, 2017)

B. Σύνθετες εστιακές κρίσεις

Οι σύνθετες εστιακές κρίσεις, έρχονται σε αντίθεση με τις απλές εστιακές, καθώς οι πρώτες έχουν το χαρακτηριστικό της απώλειας μνήμης ή συνείδησης κατά τη διάρκεια της κρίσης. Υπάρχουν δύο περιπτώσεις σ' αυτή την κατηγορία :

α. Να συμβεί ταυτόχρονα, δηλαδή να υπάρχει απώλεια συνείδησης εξ' αρχής.

β. Να ξεκινήσει η απλή εστιακή κρίση και στη συνέχεια να ακολουθήσει η απώλεια συνείδησης (Netter, Runge, Greganti, 2009).

Αυτό λοιπόν έχει ως αποτέλεσμα την ώρα της κρίσης το άτομο να βρίσκεται σε σύγχυση και να μην μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του αλλά και να επαναλαμβάνει στερεότυπες κινήσεις (Μάτζιου-Μεγαπάνου, 2012).

Γ. Εστιακές κρίσεις που εξελίσσονται δευτεροπαθώς σε γενικευμένες

Επιπλέον, στις μερικές (εστιακές) κρίσεις ανήκει και η κατηγορία των δευτεροπαθών γενικευμένων κρίσεων, την οποία συναντάμε κατά κύριο λόγο σε ενήλικες. Οι κρίσεις αυτές ονομάζονται έτσι καθώς προέρχονται είτε από απλές εστιακές είτε από σύνθετες εστιακές κρίσεις οι οποίες σε δεύτερο χρόνο μετατράπηκαν σε γενικευμένες (Netter, Runge, Greganti, 2009), (ILAE, 2017).

2.Γενικευμένες κρίσεις

Οι πρωτοπαθείς γενικευμένες κρίσεις είναι εκείνες που οφείλονται σε ταυτόχρονη ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου και στα δύο ημισφαίρια. Χαρακτηρίζονται από απώλεια συνείδησης και χωρίζονται σε έξι κατηγορίες, τις αφαιρετικές κρίσεις, τις ατονικές, τις τονικές, τις κλονικές, τις τονικοκλονικές κρίσεις, καθώς και τις μυοκλονικές κρίσεις (Netter, Runge, Greganti, 2009), (ILAE, 2017).

A. Αφαιρέσεις (Petit mal):

Οι αφαιρετικές κρίσεις, εμφανίζονται συνήθως σε παιδιά. Χαρακτηρίζονται από την ξαφνική έναρξή τους αλλά και την ξαφνική διακοπή τους και σχετίζονται με όλη την περιοχή του εγκεφάλου. Κατά τη διάρκεια τους το άτομο δεν έχει αντίληψη για το τι συμβαίνει γύρω του εκείνη τη χρονική στιγμή. Έχουν μικρή διάρκεια συγκεκριμένα μόνο λίγα δευτερόλεπτα και έπειτα ο ασθενής συνεχίζει φυσιολογικά τη δραστηριότητα του (ILAE, 2017).

- **Τυπικές αφαιρέσεις (Petit mal):**

Οι τυπικές αφαιρέσεις παρουσιάζουν απώλεια της συνείδησης έως και 10min και εμφανίζονται στις ιδιοπαθείς γενικευμένες επιληψίες. Μπορεί να παρουσιάζουν κλονικές κινήσεις (συνήθως των βλεφάρων), απώλεια του μυϊκού τόνου της κεφαλής, αυτοματισμούς και διάφορες εκδηλώσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Έπειτα ο ασθενής συνεχίζει κανονικά τη δραστηριότητα του. Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι συνήθως εκλύονται από την υπέρπνοια (Penry, Porter, Dreifuss, 1975), (Adamson-McKeever, Molmes, 1987).

- **Άτυπες αφαιρέσεις (Petit mal):**

Οι άτυπες αφαιρέσεις διαρκούν 10-25min και συνοδεύονται συνήθως από κινητικά σημεία, ειδικότερα από αλλαγές του μυϊκού τόνου και έπειτα από την κρίση ακολουθεί σύγχυση. Οι άτυπες αφαιρέσεις εν αντιθέσει με τις τυπικές δεν εκλύονται από την υπέρπνοια (Penry, Porter, Dreifuss, 1975), (Adamson-McKeever, Molmes, 1987).

B. Μυοκλονικές κρίσεις:

Χαρακτηρίζονται από αιφνίδια, τυχαία και σύντομα τινάγματα τα οποία μπορεί να είναι γενικευμένα ή να εντοπίζονται σε συγκεκριμένους μύες ή σε συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες, είτε στο πρόσωπο και στο σώμα του ατόμου είτε και στα άκρα του. Συνήθως εμφανίζεται μετά από την αφύπνιση (Netter, Runge, Greganti, 2009).

Γ. Κλονικές κρίσεις:

Χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες ρυθμικές συσπάσεις των άκρων ή ολόκληρου του σώματος. Ωστόσο ο πάσχοντας έρχεται στη φυσιολογική του κατάσταση με αργούς ρυθμούς (Netter, Runge, Greganti, 2009).

Δ. Τονικές κρίσεις:

Οι κρίσεις αυτές χαρακτηρίζονται από γενικευμένη ακαμψία των μυών του ατόμου, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε πτώση του και πιθανό τραυματισμό που διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα και συνδέεται ακόμα και με απώλεια συνείδησης και άπνοιας (Τσαπαρίδου και συν., 2012).

Ε. Τονικοκλονικές κρίσεις (Grand mal):

Οι τονικοκλονικές κρίσεις σχετίζονται με ολόκληρο τον εγκέφαλο και αποτελούν το πιο συνηθισμένο είδος κρίσης που συναντάται και θεωρείται από τους περισσότερους ανθρώπους ως επιληψία. Τα άτομα που πρόκειται να κάνουν κρίση μπορεί νωρίτερα να εμφανίσουν προειδοποιητικά συμπτώματα (αύρα). Οι τονικοκλονικές κρίσεις χωρίζονται σε δύο φάσεις σε αυτή της τονικής και της κλονικής. Κατά την τονική φάση το άτομο γίνεται άκαμπτο και καταρρέει ενώ κατά τη διάρκεια της κλονικής φάσης αρχίζουν τα άκρα του να συσπώνονται με δυνατές συμμετρικές κινήσεις. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστεί σιελόρροια, ερυθρότητα του προσώπου, απώλεια ούρων ή κοπράνων, εμέτους και να υπάρξει πιθανώς τραυματισμός της γλώσσας (δαγκώνοντάς την). Η κρίση συνήθως σταματά μετά από λίγα λεπτά και έπειτα το άτομο παρουσιάζει σύγχυση, αίσθηση απώλειας της συνείδησης και νυσταγμό (Τσαπαρίδου και συν., 2012).

Ζ. Ατονικές κρίσεις:

Χαρακτηρίζονται από ξαφνική ατονία των μυών, το οποίο μπορεί να εκδηλωθεί είτε με απλή πτώση της κεφαλής του ατόμου προς τα εμπρός είτε με πιθανή εμπρόσθια πτώση του πάσχοντα στο έδαφος, το οποίο να φέρει ως αποτέλεσμα πιθανό τραυματισμό της κεφαλής και του προσώπου του. Λόγω ελλιπών στοιχείων ή ασαφούς συμπτωματολογίας οι κρίσεις αυτές δεν είναι δυνατό να ταξινομηθούν (Τσαπαρίδου και συν., 2012), (ILAE, 2017).

3. Αταξινόμητες επιληπτικές κρίσεις:

Λόγω ελλιπών στοιχείων ή ασαφούς συμπτωματολογίας οι κρίσεις αυτές δεν είναι δυνατό να ταξινομηθούν.

A. 1.5 Παρατεινόμενες ή επαναλαμβανόμενες κρίσεις (επιληπτική κατάσταση-status epilepticus):

Ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί ότι βρίσκεται σε επιληπτική κατάσταση (status epilepticus) όταν έπειτα από την πρώτη κρίση υπάρξουν και άλλα διαδοχικά επεισόδια σπασμών μεταξύ των οποίων η συνείδηση δεν ανακτάται. Για να θεωρηθούν οι κρίσεις επαναλαμβανόμενες θα πρέπει να έχουν μεσολάβησει 20-30 λεπτά τουλάχιστον (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 2004), (Τσαπαρίδου και συν., 2012). Η επιληπτική κατάσταση χρήζει άμεσης εξειδικευμένης επείγουσας αντιμετώπισης διότι διαφορετικά η θνησιμότητα της μπορεί να φθάσει στο 25%(στο γενικευμένο status epilepticus)τα βήματα της οποίας περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα (βλέπε Πίνακα 1). Ουσιαστικά είναι μια κωματώδης κατάσταση με συνεχείς κρίσεις. Έπειτα από την αντιμετώπιση της θα πρέπει να διερευνώνται τα αίτια και ο εκλυτικός παράγοντας. Πιθανοί παράγοντες πρόκλησης της μπορεί να είναι μια οξεία εγκεφαλική βλάβη πχ. Ένας όγκος ή μηνιγγίτιδα, ένας χρόνιος πάσχων ο οποίος σταμάτησε να λαμβάνει την θεραπευτική αγωγή, μια μεταβολική διαταραχή κ.α. Τέλος εκτός από την γενικευμένη με τονικοκλονικούς σπασμούς επιληπτική κατάσταση η οποία είθισται να αποτελεί τη συνηθέστερη κατάσταση που συναντάται, υπάρχουν επίσης και η γενικευμένη χωρίς σπασμούς επιληπτική κατάσταση (τυπικό απλό εστιακό status), καθώς επίσης και η μερική συνεχής επιληψία (epilepsia partialis continua), (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 2004).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ (σε λεπτά από την έναρξη των σπασμών)	ΣΚΟΠΟΣ
Προστασία των αεροφόρων οδών και εξασφάλιση της ανταλλαγής αερίων με την σωστή τοποθέτηση της κεφαλής	Άμεσα (0–2 min)	Βατότητα αεραγωγού Διατήρηση επιπέδων O ₂ στο αίμα.
Διασωλήνωση(αν υπάρχει υποψία αυξημένης ενδοκράνιου πίεσης ή δεν εξασφαλίζεται η ανταλλαγή των αερίων)	Άμεσα (0–10 min)	Εξασφάλιση επαρκούς οξυγόνωσης και αερισμού.
Ζωτικά Σημεία (Κορεσμός O ₂ , Αρτηριακή Πίεση, Σφύξεις)	Άμεσα (0–2 min)	Έλεγχος ζωτικών σημείων και κορεσμού O ₂
Αγγειοσπαστική στήριξη της Αρτηριακής Πίεσης (εάν Συστολική Αρτηριακή Πίεση<90 mmHg ή Μέση Αρτηριακή Πίεση<70 mmHg	Άμεσα (5-15 min)	Διατήρηση της Πίεσης Διήθησης Εγκεφάλου (CPP)
Stick Μέτρησης Σακχάρου	Άμεσα (0–2 min)	Διάγνωση Υπογλυκαιμίας
Εξασφάλιση περιφερικής ενδοφλέβιας γραμμής (IV) 1.Άμεση χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής (Βενζοδιαζεπίνη) 2.Ρύθμιση κυκλοφορικού συστήματος 3.Αν υπάρχει υποψία	Άμεσα (0–2 min)	Εξασφάλιση χορήγησης θεραπευτικής αγωγής 1.Έλεγχος σπασμών 2.Εξασφάλιση αιματικής ροής 3.Αποκατάσταση έλλειψης

Πίνακας 1. Βήματα αντιμετώπισης Status epilepticus

κατάχρησης αλκοόλ ή κακής θρέψης (θειαμίνη, χορήγηση υπέρτονου διαλύματος γλυκόζης)		θειαμίνης, διόρθωση υπογλυκαιμίας
Άμεσος έλεγχος του StatusEpilepticus με αντιεπιληπτικά φάρμακα	Άμεσα, μετά την αρχική χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής (5–10 min)	Έλεγχος σπασμών
Νευρολογική Εκτίμηση	Επείγον (5–10 min)	Αξιολόγηση επιπέδου συνείδησης, κινήσεων της κόρης του οφθαλμού, κινητικής λειτουργίας και αισθητήριας λειτουργίας
Αιματολογικός, Βιοχημικός, Τοξικολογικός έλεγχος	(5 min)	Διάγνωση απειλητικών για την ζωή διαταραχών του μεταβολισμού
Θεραπεία Επιληπτικής Κατάστασης, που δεν υποχωρεί.	Επείγον (20-60min μετά την 2 ^η χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων)	Διακοπή σπασμών, στρατηγική θεραπείας ανάλογη με την ανταπόκριση του ασθενή
Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως	Επείγον (0-60min)	Εκτίμηση ισοζυγίου υγρών και κυκλοφορίας.
Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα	Επείγον (15-60min)	Εκτίμηση και διάκριση μεταξύ πρωτοπαθών και δευτεροπαθών σπασμών. Διάγνωση υποκείμενης βλάβης. Εκτίμηση ανταπόκρισης στη θεραπεία
Διαγνωστικές-Απεικονιστικές Εξετάσεις (Αξονική ή Μαγνητική	Επείγον (0-60min)	Διάγνωση μηνιγγίτιδας, εγκεφαλίτιδας, άλλης υποκείμενης βλάβης

Πίνακας 1. Βήματα αντιμετώπισης Status epilepticus (συνέχεια 1)

Τομογραφία, Οσφουονωτιαία Παρακέντηση)		
Τοποθέτηση καθετήρα μέτρησης Ενδοκράνιου Πίεσης	Επείγον (0-60min μετά την διάγνωση του απεικονιστικού ελέγχου)	Μέτρηση και έλεγχος της Ενδοκράνιου Πίεσης

Πίνακας 1. Βήματα αντιμετώπισης Status epilepticus (συνέχεια 2)

A. 1.6 Κατάταξη επιλησιών και επιληπτικών συνδρόμων

1. Εστιακές (μερικές) επιληψίες και σύνδρομα

1.1 Ιδιοπαθείς (ή πρωτοπαθείς) επιληψίες με έναρξη στις νεανικές ηλικίες

- Καλοήθης παιδική επιληψία με κεντροκροταφική εστία
- Καλοήθης παιδική επιληψία με ινιακοκροταφική εστία

1.2 Συμπτωματικές (ή δευτεροπαθείς) επιληψίες με έναρξη σε όλες τις ηλικίες

- του Μετωπιαίου λοβού
- της Συμπληρωματικής κινητικής περιοχής
- της Έλικος του προσαγωγίου
- του Μετωπιαίου πόλου
- της Κογχομετωπιαίας περιοχής
- του Κινητικού φλοιού
- του Κροταφικού λοβού (του ιππόκαμπου, της αμυγδαλής και της πλαγιοπίσθιας περιοχής)
- του Βρεγματικού λοβού

- του Ινιακού λοβού
- **Γενικευμένες επιληψίες και σύνδρομα**
 - Ιδιοπαθείς (πρωτοπαθείς), σχετιζόμενες με την ηλικία έναρξη
 - Καλοήθεις νεογνικοί οικογενείς σπασμοί
 - Καλοήθεις νεογνικοί σπασμοί
 - Καλοήθης μυοκλονική επιληψία της παιδικής ηλικίας
 - Επιληψία με αφαιρέσεις της παιδικής ηλικίας
 - Επιληψία με αφαιρέσεις της εφηβικής ηλικίας
 - Μυοκλονική επιληψία της εφηβείας
 - Επιληψία με κρίσεις grand mal (γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς) στην αφύπνιση
 - Ιδιοπαθείς ή/και συμπτωματικές επιληψίες
 - Σύνδρομο West (βρεφικοί σπασμοί)
 - Σύνδρομο Lennox-Gastaut
 - Επιληψία με μυοκλονο-αστατικές κρίσεις
 - Επιληψία με μυοκλονικές αφαιρέσεις
 - Χωρίς ειδική αιτιολογία
 - Πρώιμη μυοκλονική εγκεφαλοπάθεια
 - Ειδικά σύνδρομα
 - Επιληπτικές κρίσεις που συνοδεύουν διάφορες παθήσεις (δυσπλασίες, μεταβολικές διαταραχές)
- **Επιληψίες και σύνδρομα, ακαθόριστα αν είναι εστιακές ή γενικευμένες**
 - Με γενικευμένες και εστιακές κρίσεις
 - Νεογνικοί σπασμοί
 - Βαριά μυοκλονική επιληψία της παιδικής ηλικίας

- Επιληψία με συνεχή εκφόρτιση συμπλέγματος αιχμής-κύματος στη διάρκεια του ύπνου
- Επίκτητη επιληπτική αφασία (σύνδρομο Landau-Kleffner)
- Χωρίς σαφείς γενικευμένες ή εστιακές εκδηλώσεις
- Επιληψίες με γενικευμένες τονικοκλονικούς σπασμούς, με κλινικά και ηλεκτροεγκεφαλογραφικά ευρήματα που δεν επιτρέπουν την κατάταξη τους ως καθαρά γενικευμένες ή εστιακές κρίσεις (πχ. Όπως σε πολλές περιπτώσεις grand mal του ύπνου)
- **Ειδικά σύνδρομα**
 - Κρίσεις σχετιζόμενες με ιδιαίτερες καταστάσεις (situation-related)
 - Πυρετικοί σπασμοί
 - Κρίσεις σχετιζόμενες με άλλες αναγνωρίσιμες καταστάσεις όπως stress, ορμονικές διαταραχές, φάρμακα, οινόπνευμα ή στέρηση ύπνου
 - Μεμονωμένο επιληπτικό επεισόδιο, μη προκλητό
 - Επιληψίες με ειδικούς τρόπους έκλυσης των κρίσεων
 - Χρόνια προοδευτική εστιακή συνεχής επιληψία (Kojewnikow's syndrome)
(Λογοθέτης, Μυλωνάς, 2004)

Επιληπτικά σύνδρομα από την νεογνική έως και την εφηβική ηλικία

Νεογνική περίοδος

Καλοήθεις νεογνικοί σπασμοί

Μυοκλονική επιληψία

- κακοήθης
- καλοήθης

Ανεπάρκεια πυριδοξίνης

Νηπιακή ηλικία

Μυοκλονική επιληψία

- κακοήθης
- καλοήθης

Σύνδρομο West

Πρώτη παιδική ηλικία (1-5 χρόνων)

Εμπύρετοι σπασμοί

Σύνδρομο Lennox-Gastaut

Παιδική ηλικία (5-10 χρόνων)

Τυπικές αφαιρέσεις

Καλοήθης εστιακή επιληψία με ρολάνδειες αιχμές

Καλοήθης εστιακή επιληψία με ινιακές αιχμές

Σύνδρομο Landau-Kleffner

Εφηβεία

Νεανική μυοκλονική επιληψία (σύνδρομο του Janz)

Κρίσεις grand mal κατά την αφύπνιση

Τυπικές αφαιρέσεις της εφηβείας

(Λογοθέτης, Μυλωνάς, 2004)

A. 1.7 Κλινική εικόνα

Τα άτομα που πάσχουν από επιληψία μπορούν να εκδηλώσουν μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων μερικά από αυτά μπορεί να είναι:

- Σπασμοί (κλονικοί, τονικοί, μυοκλονικοί)
- Γρήγορο ανοιγοκλείσιμο των ματιών (σπασμοί βλεφαρικών μυών)
- Βολβοστροφή
- Αισθητικές διαταραχές (πχ. αιμωδίες)
- Οπτικές διαταραχές

- Ακουστικές διαταραχές
- Οσφρητικές διαταραχές
- Δυσκολία στην ομιλία
- Διακοπή της ομιλίας
- Σιελόρροια
- Μασητικοί ήχοι
- Μασητικές κινήσεις
- Τρίξιμο των δοντιών
- Δάγκωμα της γλώσσας
- Απώλεια ούρων
- Απώλεια κοπράνων
- Περίεργη αιφνίδια συμπεριφορά (πχ. ο ασθενής κάνει αυτόματες στερεοτυπικές κινήσεις, καθηλώνει το βλέμμα του κλπ.)
- Αιφνίδια απώλεια του μυϊκού τόνου σε όλο το σώμα

(Τσαπαρίδου και συν., 2012), (Netter, Runge, Greganti, 2009).

Συμπεριφορά ατόμου στις εστιακές κρίσεις:

Η προσβεβλημένη περιοχή του εγκεφάλου καθορίζει την συμπεριφορά του ατόμου κατά τη διάρκεια των εστιακών κρίσεων. Μία εκδήλωση κρίσης μπορεί να προκληθεί σχεδόν από όλες οι λειτουργίες του εγκεφάλου. Τα συμπτώματα της οποίας μπορεί να ποικίλλουν για παράδειγμα από μια απλή κινητική ή αισθητηριακή συμμετοχή έως και περίπλοκους αυτοματισμούς, επαναλαμβανόμενες άσκοπες μη προσανατολισμένες και ανάρμοστες κινήσεις οι οποίες μπορεί να γίνονται ασυνείδητα (πχ. φιληματικές κινήσεις των χειλιών, θηλαστικές κινήσεις, κινήσεις κατάποσης, μασητικές κινήσεις, επαναλαμβανόμενες κινήσεις των χεριών, άγγιγμα ρούχων, ανησυχία) ακόμα και ψευδαισθήσεις. Έπειτα από την κρίση ακολουθεί η μετακριτική φάση όπου το άτομο εμφανίζει σύγχυση και αποπροσανατολισμό (Netter, Runge, Greganti, 2009)

Συμπεριφορές ανάλογα με την προσβεβλημένη περιοχή

Κρίσεις ινιακού λοβού

- Οπτικά συμπτώματα

Κρίσεις κροταφικού λοβού

- Αντίληψη οσμής καμένου υλικού
- Αίσθημα υπέγερσης του στήθους

Κρίσεις μετωπιαίου λοβού

- Ασυνήθεις κινητικές εκδηλώσεις (πχ. κινήσεις ποδηλάτη ή στροφικές κινήσεις)

Οι παραπάνω συμπεριφορές βοηθούν στην μετέπειτα θεραπεία και στον καθορισμό του τύπου της κρίσης.

(Netter, Runge, Greganti, 2009)

Συμπεριφορά του ατόμου στις πρωτοπαθείς γενικευμένες κρίσεις:

Οι κρίσεις αυτές αφορούν και τα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου και συγκεκριμένα απαιτούν την αλληλεπίδραση τους, δηλαδή του θαλάμου και πιθανώς του εγκεφαλικού στελέχους. Επιπλέον, οι κρίσεις αυτές χωρίζονται στους εξής τέσσερις τύπους :

A) Γενικές τονικοκλονικές κρίσεις (τονικοκλονικούς σπασμούς, grand mal)

B) Αφαιρετικές κρίσεις (petit mal)

Γ) Ατονικές κρίσεις

Δ) Μυοκλονικές κρίσεις

Όπου ανάλογα με τον τύπο το άτομο εμφανίζει και τα αντίστοιχα κλινικά συμπτώματα.

(Netter, Runge, Greganti, 2009)

A. 1.8 Διάγνωση

Η διάγνωση της επιληψίας ακολουθείται από τα εξής βήματα κατά σειρά:

- Αναγνώριση των επιληπτικών σπασμών

- Ταξινόμηση του τύπου σπασμών
- Αναγνώριση του επιληπτικού συνδρόμου
- Καθορισμός της αιτιολογίας

Η περιγραφή των επεισοδίων καθώς και το ιστορικό του ασθενή, αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες για την αναγνώριση των επιληπτικών σπασμών. Επειδή, συχνά η κλινική εικόνα μπορεί να είναι φυσιολογική καταλυτικό ρόλο έχει η περιγραφή της κρίσης από ένα παρευρισκόμενο άτομο. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί πριν από την εκδήλωση της να έχουν προειδοποιητικά συμπτώματα, όπως η αύρα, εναντιθέσει με κάποιους άλλους, οι οποίοι μπορεί να παρουσιάσουν απότομα την εκδήλωση της και έπειτα να μην έχουν καμία ανάμνηση από αυτήν. Κατά τη λήξη της κρίσης άλλοι πάλι ασθενείς βγαίνουν σταδιακά από αυτήν, εμφανίζοντας συμπτώματα όπως ζάλη, σύγχυση, φόβο, πονοκέφαλο, υπνηλία, αίσθημα ντροπής, δίψα, μυϊκή αδυναμία και δυσκολία στην ομιλία (Παύλου, Γκαμπέτα, 2012).

Τέλος, το ΗΕΓ είναι μία εργαστηριακή εξέταση η οποία μπορεί να επιβεβαιώσει την ύπαρξη μίας επιληπτικής κρίσης ενώ η αξονική και η μαγνητική τομογραφία επιβεβαιώνουν απεικονιστικά τυχόν υπάρχουσες οργανικές βλάβες (πχ. όγκο), οι οποίες ευθύνονται για την εμφάνιση των επιληπτικών κρίσεων (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 2004).

A. 1.9 Θεραπεία

α) Φαρμακευτική θεραπεία

Βασικός σκοπός της φαρμακευτικής θεραπείας στην επιληψία, είναι ο έλεγχος των επιληπτικών κρίσεων με τις λιγότερες δυνατές ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την διατήρηση των δραστικών επιπέδων των φαρμάκων στο πλάσμα και από εκεί στον εγκεφαλικό ιστό. Υπολογίζεται ότι ποσοστό 9-10% του πληθυσμού κάποια στιγμή της ζωής του θα κάνει ένα επεισόδιο απώλειας της συνειδήσεως το οποίο θα σχετίζεται με οξεία προσβολή του ΚΝΣ. Από αυτό το ποσοστό μόνο το 1/3 θα νοσήσει στο μέλλον και συγκεκριμένα εκτιμάται ότι το 30% θα εμφανίσει μία δεύτερη κρίση κατά το χρονικό διάστημα του ενός έτους, το 40% μέσα σε χρονικό διάστημα δύο ετών ενώ το 50% μέσα σε πέντε χρόνια. Έτσι, διαπιστώνεται ότι η αντιεπιληπτική αγωγή δεν θα πρέπει να χορηγείται από την πρώτη κιόλας κρίση, αλλά από την δεύτερη φορά της εκδήλωσής της. Εξαίρεση σε

αυτό αποτελεί η αυξημένη περίπτωση υποτροπής, όπου θα πρέπει η αγωγή να χορηγηθεί από την πρώτη κιόλας κρίση (Τριανταφύλλου, 2000).

Αρχικά, χορηγούνται μικρές δόσεις φαρμάκων και έπειτα αυξάνονται σταδιακά μέχρι να επιτευχθεί ο έλεγχος των κρίσεων. Οι δόσεις και η συχνότητα λήψης των αντιεπιληπτικών φαρμάκων εξαρτώνται από τον χρόνο υποδιπλασιασμού. Τα μικρά παιδιά μεταβολίζουν τα αντιεπιληπτικά φάρμακα ταχύτερα από τους ενήλικες, γι' αυτό συνήθως τους χορηγούνται συχνότερα και σε μεγαλύτερες δόσεις. Παλαιότερα υπήρχε το δίλλημα σχετικά με το αν η θεραπεία πρέπει να γίνεται με την επιλογή της μονοθεραπείας ή της πολυφαρμακείας. Με τον καιρό διαπιστώθηκε ότι η πολυφαρμακεία οδηγούσε σε μη συμμόρφωση της φαρμακευτικής αγωγής ακόμα και στην αύξηση της εκδήλωσης τοξικών φαινομένων. Έτσι, η αντιμετώπιση των κρίσεων επιτυγχάνεται με την λήψη ενός φαρμάκου. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι το 75% των ατόμων που πάσχουν από επιληψία επιτυγχάνει ικανοποιητικό έλεγχο των κρίσεων με τη λήψη ενός μόνο φαρμάκου (όχι απαραίτητα το πρώτο που επιλέχθηκε) εκ των οποίων το 40% μπορεί να οδηγηθεί σε πλήρη έλεγχο τους. Το υπόλοιπο 25% πάσχει από την ονομαζόμενη χρόνια ή ανθεκτική πολυφαρμακεία και δεν μπορεί να ρυθμιστεί ο έλεγχος των κρίσεων με κανέναν συνδυασμό φαρμάκων. Η προσθήκη και δεύτερου φαρμάκου μπορεί να γίνει μόνο εφόσον συνεχίζουν οι κρίσεις παρά τις υψηλές συγκεντρώσεις του πρώτου στο πλάσμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις δικαιολογείται η χρήση της πολυφαρμακείας (Τριανταφύλλου, 2000).

Η επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής προσδιορίζεται με βάση τον τύπο των κρίσεων που εμφανίζει ο ασθενής. Άλλοι σημαντικοί παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη είναι η ηλικία, το φύλο, η γενική σωματική και ψυχική κατάσταση, τυχόν συνυπάρχοντα νοσήματα καθώς και το τοξικό προφίλ κάθε φαρμάκου. Η διακοπή της αντιεπιληπτικής αγωγής εκτιμάται σε ποσοστό 20% ότι θα εμφανίσει υποτροπή μέσα σε χρονικό διάστημα ενός έτους ενώ σε ποσοστό 25% μέσα σε δύο έτη. Εάν περάσουν δύο έτη από την διακοπή της αντιεπιληπτικής αγωγής και δεν υπάρξει εμφάνιση κρίσεων η υποτροπή από εκεί και έπειτα είναι εξαιρετικά σπάνια. Σε περίπτωση εμφάνισης υποτροπής δεν είναι απαραίτητο να ληφθεί άμεσα αντιεπιληπτική αγωγή. Καλό είναι να λαμβάνεται μετά την εμφάνιση και δεύτερης υποτροπής καθώς σε ορισμένο ποσοστό η δεύτερη υποτροπή έρχεται μετά από χρονικό διάστημα πέντε ή και δέκα χρόνων. Ξαφνική διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής ενέχει τον κίνδυνο επανεμφάνισης των κρίσεων και το άτομο μπορεί να οδηγηθεί μέχρι το status epilepticus. Τις ίδιες επιπτώσεις μπορεί να παρουσιάσει και η αλλαγή από ένα φάρμακο στο άλλο. Γι' αυτό η διακοπή και η αλλαγή φαρμάκου θα

πρέπει να γίνονται βαθμιαία. Σε περιπτώσεις πολυφαρμακείας τα φάρμακα θα πρέπει να διακόπτονται σταδιακά το ένα μετά το άλλο με τελευταίο το κύριο φάρμακο. Η φαινυτοΐνη και το βαλπροϊκό μπορούν να αποσυρθούν σχετικά ταχέως εμφανίζοντας μικρό κίνδυνο υποτροπής εν αντιθέσει με την καρβαμαζεπίνη, τα βαρβιτουρικά και τις βενζοδιαζεπίνες τα οποία θα πρέπει να διακόπτονται βραδέως. Επίσης, σημαντικό να σημειωθεί είναι το γεγονός ότι λόγω της ενζυμικής επαγωγής που μπορούν να προκαλέσουν τα αντιεπιληπτικά φάρμακα διαθέτουν την δυνατότητα να μειώνουν σημαντικά την δραστηριότητα των υπολοίπων χορηγούμενων φαρμάκων που πιθανώς λαμβάνονται από το ίδιο άτομο (Τριανταφύλλου, 2000). Τέλος, σύμφωνα με τον εθνικό οργανισμό φαρμάκων (ΕΟΦ), για ορισμένα αντιεπιληπτικά φάρμακα έχει αποδειχθεί τερατογόνος δράση στα πειραματόζωα αλλά όχι στον άνθρωπο.

Φάρμακα παθήσεων κεντρικού νευρικού συστήματος

- **Αιθοσουξιμίδη (Ethosuximide):**

Ενδείκνυται η χρήση σε τυπικές αφαιρέσεις (petit mal) με συμπλέγματα αιχμής-κύματος 3κ/δ. Η χρήση της είναι λιγότερο δραστική σε αφαιρέσεις με αυτοματισμούς γι' αυτό χρειάζεται σε αυτήν την περίπτωση να συνδυαστεί με άλλο αντιεπιληπτικό. Δεν χορηγείται σε παιδιά < 3 ετών.

Εμπορικές ονομασίες: PETINIMID , ZARONTIN

- **Βαλπροϊκό νάτριο (Sodium Valproate):**

Ενδείκνυται στις γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις στις τυπικές και άτυπες αφαιρέσεις (petit mal) στις μυοκλονικές κρίσεις καθώς και στις εστιακές κρίσεις. Πρέπει να λαμβάνεται συμπληρωματικά με άλλα αντιεπιληπτικά φάρμακα στην αντιμετώπιση ανθεκτικών μορφών επιληψίας στην θεραπεία.

Εμπορικές ονομασίες: DEPAKINE , DEPAKINE – CHRONO , HEXAQUIN

- **Βιγκαπατρίνη (Vigabatrin):**

Ενδείκνυται ως συμπληρωματική θεραπεία με άλλα αντιεπιληπτικά φάρμακα σε περιπτώσεις ανθεκτικής εστιακής επιληψίας με ή χωρίς δευτερογενή

γενίκευση μόνο σε περιπτώσεις που άλλοι πιθανοί συνδυασμοί αποδειχθούν ανεπαρκείς ή μη ανεκτοί. Επιπλέον ενδείκνυται σε βρεφικούς σπασμούς (σύνδρομο West). Η θεραπεία πρέπει να καθορίζεται μόνο από ειδικό στην επιληψία, τη νευρολογία και την παιδιατρική νευρολογία.

- **Γκαμπαπαντίνη (Gabapentin):**

Ενδείκνυται για επικουρική θεραπεία σε εστιακές κρίσεις με ή χωρίς δευτερογενή γενίκευση σε ενήλικες και παιδιά > ή ίσα των 6 ετών ή ως μονοθεραπεία σε παιδιά > 12 ετών και σε ενήλικες.

Εμπορικές ονομασίες: BRILIAN, GABENTAL, GABITON, NEURONTIN, NEUROS

- **Διαζεπάμη (Diazepam):**

Ενδείκνυται σε περιπτώσεις status epilepticus

Εμπορική ονομασία: DIAZEPAM

- **Καρβαμαζεπίνη (Carbamazepine):**

Ενδείκνυται σε μορφές εστιακής επιληψίας καθώς και στις τονικοκλονικές κρίσεις

Εμπορική ονομασία: TEGRETOL

- **Κλοβαζάμη (Clobazam):**

Ενδείκνυται ως συμπληρωματική θεραπεία στην επιληψία

- **Κλοναζεπάμη (Clonazepam):**

Ενδείκνυται σε όλες τις μορφές επιληψίας

Εμπορικές ονομασίες: CLONOTRIL, RIVOTRIL

- **Λαμοτριγίνη (Lamotrigine):**

Ενδείκνυται ως μονοθεραπεία σε ενήλικες και παιδιά > 12 ετών με απλές και σύνθετες εστιακές κρίσεις, σε δευτερογενώς γενικευμένες και σε γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις. Επιπλέον ενδείκνυται ως συμπληρωματική θεραπεία σε ενήλικες και παιδιά > 2 ετών με απλές και σύνθετες εστιακές κρίσεις, σε δευτερογενώς γενικευόμενες τονικοκλονικές καθώς και στο σύνδρομο Lennox – Gastaut.

Εμπορικές ονομασίες: ISLETON, LAMICTAL

- **Λεβετιρακετάμη (Levetiracetam):**

Ενδείκνυται ως μονοθεραπεία νεοδιαγνωσθείσας εστιακής επιληψίας με ή χωρίς δευτεροπαθή γενίκευση σε ασθενείς > ή ίσους 16 ετών. Επιπλέον ενδείκνυται ως συμπληρωματική αγωγή εστιακής επιληψίας με ή χωρίς δευτεροπαθή γενίκευση σε ασθενείς > ή ίσους 12 ετών και σε ιδιοπαθούς γενικευμένης επιληψίας σε ασθενείς > ή ίσους 12 ετών.

Εμπορικές ονομασίες: KEPILEPT, KEPPRA, LEVETIRACETAM , MATEVER

- **Οξυκαρβαζεπίνη (Oxcarbazepine):**

Ενδείκνυται σε μονοθεραπεία ή συμπληρωματική θεραπεία σε εστιακούς επιληπτικούς σπασμούς με ή χωρίς δευτερογενώς γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς σε ενήλικες και παιδιά > ή ίσα 6 ετών.

Εμπορική ονομασία: TRILEPTAL

- **Παραλδεύδη (Paraldehyde):**

Ενδείκνυται σε status epilepticus

- **Πρεγκαμπαλίνη (Pregabalin):**

Ενδείκνυται ως συμπληρωματική θεραπεία εστιακών επιληπτικών κρίσεων με ή χωρίς γενίκευση σε ενήλικες

Εμπορικές ονομασίες: LYRICA , PREGABALIN

- **Τιαγκαμπίνη (Tiagabine):**

Ενδείκνυται ως συμπληρωματική θεραπεία σε εστιακές κρίσεις με ή χωρίς δευτερογενή γενίκευση εάν δεν ελέγχονται ικανοποιητικά με άλλα φάρμακα.

Εμπορική ονομασία: GABITRIL

- **Τοπιραμάτη (Topiramate):**

Ενδείκνυται ως μονοθεραπεία σε ενήλικες και παιδιά > ή ίσα 6 ετών. Επιπλέον ως συμπληρωματική θεραπεία της εστιακής επιληψίας, του συνδρόμου Lennox-Gastaut και των γενικευμένων τονικοκλονικών κρίσεων σε ενήλικες και παιδιά > ή ίσα 2 ετών.

Εμπορική ονομασία: PIRANTAL

- **Φαινοβαρβιτάλη (Phenobarbital):**

Ενδείκνυται στις τονικοκλονικές γενικευμένες ή εστιακές κρίσεις.

Εμπορική ονομασία: KANEURON

- **Φαινυτοΐνη (Phenytoin):**

Ενδείκνυται σε όλες τις μορφές εστιακής επιληψίας, στις γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις(συμπεριλαμβανομένου του status epilepticus για την παρεντερική χορήγηση) καθώς και για την πρόληψη και την θεραπεία των σπασμών που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ή μετά από τις νευροχειρουργικές επεμβάσεις του κρανίου.

Εμπορικές ονομασίες: EPANUTIN , SINERGINA

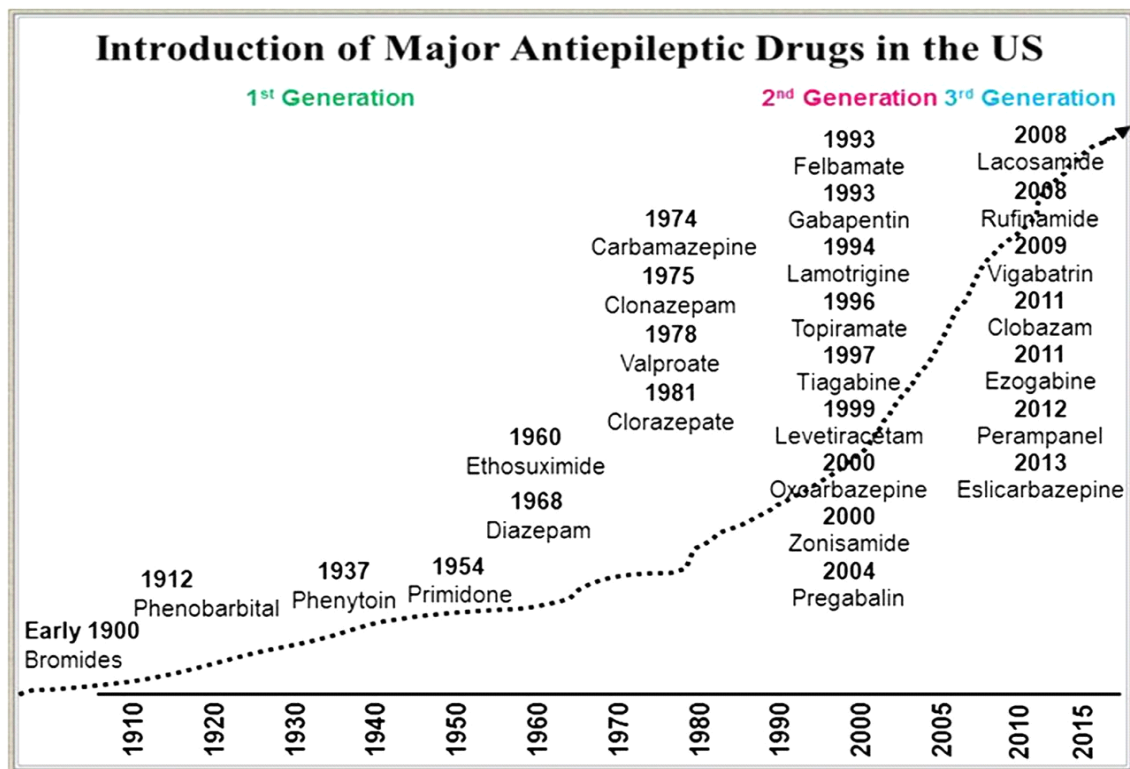
- **Χλωράλη ένυδρος (Chloral Hydrate):**

Ενδείκνυται σε περιπτώσεις status epilepticus που δεν μπορεί να ελεγχθεί με διαζεπάμη ή κλοναζεπάμη

- **Λακοσαμίδη (Lacosamide):**

Ενδείκνυται ως συμπληρωματική αγωγή για τη θεραπεία επιληπτικών κρίσεων εστιακής έναρξης με ή χωρίς δευτερογενή γενίκευση σε ασθενείς > 16 ετών.

(Γαληνός-Εθνικό συνταγολόγιο, n.d)



Εικόνα 2. Διάγραμμα αντιεπιληπτικών φαρμάκων ανά έτη στις Ηνωμένες Πολιτείες

	Α' εκλογής ΑΕΦ	Β' εκλογής ΑΕΦ (*θεραπεία προσθήκης)
Εστιακές Επιληπτικές Κρίσεις (με ή χωρίς δευτεροπαθή Γενίκευση)	Καρβαμαζεπίνη, Λαμοτριγίνη, Οξκαρβαζεπίνη, Λεβητρασετάμη, Τοπιραμάτη, Βαλπροϊκό, Φαινυτοΐνη	Γκαμπαπεντίνη, Κλομπαζάμη, Τιαγκαμπίνη, Φαινοβαρβιτάλη, Πρεγκαμπαλίνη*, Λακωσαμίδη*, Εσλικαρβαζεπίνη*, Ζονισαμίδη*
Πρωτοπαθώς Γενικευμένες Τονικο-κλονικές Κρίσεις	Βαλπροϊκό, Λαμοτριγίνη, Τοπιραμάτη, Καρβαμαζεπίνη, Οξκαρβαζεπίνη, Φαινυτοΐνη	Λεβητρασετάμη, Κλομπαζάμη, Φαινοβαρβιτάλη
Αφαιρέσεις	Βαλπροϊκό, Λαμοτριγίνη, Εθουσουζιμίδη	Κλομπαζάμη, Κλοναζεπάμη, Τοπιραμάτη
Μυοκλονικές Κρίσεις	Βαλπροϊκό, Λαμοτριγίνη, Λεβητρασετάμη Κλοναζεπάμη Κλομπαζάμη	Τοπιραμάτη
Τονικές Κρίσεις	Βαλπροϊκό, Λαμοτριγίνη	Λεβητρασετάμη, Τοπιραμάτη, Κλομπαζάμη, Κλοναζεπάμη
Ατονικές Κρίσεις	Βαλπροϊκό, Λαμοτριγίνη	Λεβητρασετάμη, Τοπιραμάτη, Κλομπαζάμη, Κλοναζεπάμη
Επιληπτική Εγκεφαλοπάθεια	ΑCTH ή στεροειδή, Βαλπροϊκό, Βιγκαμπατρίνη	Λαμοτριγίνη, Λεβητρασετάμη, Τοπιραμάτη, Ρουφιναμίδη, Βενζοδιαζεπίνες, Καρβαμαζεπίνη, Φαινυτοΐνη, Φαινοβαρβιτάλη

Πίνακας 2. Τύποι επιληπτικών κρίσεων και των θεραπειών τους Α' & Β εκλογής

β) Χειρουργική θεραπεία:

Η χειρουργική θεραπεία είναι μία μέθοδος που προϋπήρχε, αλλά κορυφώθηκε

κατά τις δεκαετίες του 1980 και του 1990 (Steven, Schachter, 2006). Είναι μία άλλη μορφή αντιμετώπισης της επιληψίας, που απευθύνεται σε ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται ή που αποκτούν ανοχή στη συντηρητική φαρμακευτική θεραπεία (φαρμακοανθεκτική επιληψία). Συγκεκριμένα, ως φαρμακοανθεκτική επιληψία ορίζεται η παρουσία μίας ή περισσότερων επιληπτικών κρίσεων ανά μήνα, για δύο τουλάχιστον συνεχή έτη παρά την δοκιμή τριών τουλάχιστον διαφορετικών συνδυασμών αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Υπολογίζεται, ότι το 30% των ασθενών με φαρμακοανθεκτική μορφή νόσου θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Όμως για να προβεί κάποιος ιατρός σε μία τέτοια αντιμετώπιση, εκτός από τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις, θα πρέπει να τηρούνται επιπλέον και οι εξής: οι υποψήφιοι δεν πρέπει να πάσχουν από κάποια άλλη εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου ή η επιληπτογόνος εστία τους να είναι στάσιμη, καθορισμένη ή προσπελάσιμη. Ακόμα, θα πρέπει η εστία του προβλήματος να είναι σε σημείο του εγκεφάλου που να μην υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί κάποια βλάβη σε σημαντικές δεξιότητες του ατόμου, όπως η ομιλία, η μνήμη ή η σκέψη, καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις οι χειρουργοί δεν είναι σίγουρο ότι θα επιλέξουν αυτή τη μορφή θεραπείας καθώς τίθεται κίνδυνος πρόκλησης επιπλέον/νέων προβλημάτων στον ασθενή (Παναγιαννοπούλου, Γούσια, 2011). Για τον λόγο αυτό, οι φαρμακοανθεκτικοί ασθενείς υποβάλλονται σε μία σειρά εξετάσεων προεγχειρητικού ελέγχου, οι οποίες έχουν σκοπό να προσδιορίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα την επιληπτογόνο εστία.

Ο προεγχειρητικός έλεγχος που υποβάλλονται θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)
- Βίντεο – ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (στο βίντεο – ηλεκτροεγκεφαλογράφημα γίνεται ΗΕΓ μεγάλης διάρκειας με ταυτόχρονη βιντεοσκόπηση που έχει ως σκοπό την καταγραφή τριών τουλάχιστον διαδοχικών επιληπτικών κρίσεων)
- Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI) με ειδικές τεχνικές και δυνατότητα ογκομετρικής ανάλυσης της επιληπτογόνου περιοχής
- Λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία εγκεφάλου (functional MRI)
- Τομογραφία εκπομπής απλού φωτονίου (γ- SPECT)
- Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου (PET)

- Νευροψυχολογικός έλεγχος
- Ψυχιατρική εκτίμηση
- Wada test (καθορίζεται έτσι ποια πλευρά του εγκεφάλου ελέγχει τη λειτουργία της ομιλίας καθώς και το πόσο σημαντική είναι η κάθε πλευρά του εγκεφάλου σε σχέση με τη λειτουργία της μνήμης, δηλαδή φαίνεται ποια πλευρά έχει καλύτερη λειτουργία μνήμης)
- Επεμβατικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα με τοποθέτηση ηλεκτροδίων, υποσκληριδίως, επισκληριδίως ή ενδοεγκεφαλικά
- Διεγχειρητικό ηλεκτροφλοιογράφημα (ΗΦΓ) και διεγχειρητικός φλοιικός ερεθισμός για εγκεφαλική χαρτογράφηση

(Σακάς, 2003)

Ανάλογα με τον εντοπισμό της επιληπτογόνου εστίας, οι χειρουργοί στρέφονται στις παρακάτω χειρουργικές επεμβάσεις:

1) Εκλεκτική αμυγδαλοειποκαμπεκτομή και / ή κροταφική λοβεκτομή:

Οι χειρουργικές αυτές επεμβάσεις αντιμετωπίζουν το σύνδρομο σκλήρυνσης ιπποκάμπου ή έσω κροταφική σκλήρυνση η οποία αποτελεί την πιο συχνή υποκείμενη παθολογία των ασθενών με κροταφική επιληψία. Τα ποσοστά τερματισμού των κρίσεων μετά την χειρουργική επέμβαση φθάνουν στο 94-97% στις περιπτώσεις, όπου υπάρχει μονόπλευρη ατροφία του ιπποκάμπου με συμβατό ΗΕΓ και φυσιολογικό αντίπλευρο ιπόκαμπο. Επιπλέον, αποτελεί την πιο συνηθισμένη χειρουργική επέμβαση στα παιδιά με ποσοστό 70%, ελέγχου των κρίσεων. Απομακρύνεται η επιληπτική εστίαση, δηλαδή ένα συγκεκριμένο σημείο του εγκεφάλου που προκαλεί την κρίση.

2) Εξωκροταφική εκτομή της επιληπτογόνου έλικας του εγκεφάλου:

Αυτή η χειρουργική επέμβαση αντιμετωπίζει συνήθως αιτίες της επιληπτογόνου δραστηριότητας που οφείλονται σε φλοιώδεις δυσπλασίες, εξεργασίες χαμηλής κακοήθειας, τραυματικές και μετεγχειρητικές ουλές καθώς και σε αγγειακές δυσπλασίες και πολλές άλλες.

3) Ημισφαιρεκτομή:

Αυτή η επέμβαση επιλέγεται να εφαρμοστεί σπανίως και η εφαρμογή της

αφορά περιπτώσεις συνδρόμων Rasmussen's.

4) Διατομή του μεσολοβίου:

Η εφαρμογή της γίνεται σε περιπτώσεις που πρέπει να παρεμποδιστεί η διάδοση της επιληπτικής δραστηριότητας μεταξύ των εγκεφαλικών ημισφαιρίων.

5) Πολλαπλές υποφλοιώδεις διατομές κατά Morrell:

Η εφαρμογή της λαμβάνει χώρα για να παρεμποδιστεί η διαφλοιική διάδοση της επιληπτικής δραστηριότητας.

6) Ερεθισμός του (αριστερού) πνευμονογαστρικού νεύρου με διέγερση (Vagus Nerve Stimulation – VNS):

Η συγκεκριμένη επέμβαση γίνεται σε ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν εξαιρέσιμη επιληπτική εστία στον εγκέφαλο.

7) Εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση:

Χρησιμοποιείται ως πιθανή θεραπευτική προσέγγιση σε περιπτώσεις όπου έχει αποκλειστεί η εφαρμογή όλων των παραπάνω επεμβάσεων. Στόχοι της επέμβασης είναι ο πρόσθιος θαλαμικός πυρήνας (ATN), ο έσω – κεντρικός θαλαμικός πυρήνας (CN), ο υποθαλαμικός πυρήνας (STN), ο κερκοφόρος πυρήνας, το σύμπλεγμα της αμυγδαλής – ιπποκάμπου και ο οπίσθιος υποθάλαμος. Επιπλέον, για τον αποτελεσματικό έλεγχο της επιληπτικής κρίσεις έχουν εμφυτευθεί συστήματα ανοικτού κυκλώματος (open – loop) και συστήματα κλειστού κυκλώματος (closed-loop) με δυνατότητα ανίχνευσης της ανώμαλης ηλεκτροφυσιολογικής δραστηριότητας.

(Σακάς, 2003)

Όπως σ' όλες τις ασθένειες που αντιμετωπίζονται με χειρουργική επέμβαση έτσι και στην επιληψία, μπορούν να προκύψουν κάποια θετικά αποτελέσματα και κάποια αρνητικά (αρνητικά αποτελέσματα συνήθως εμφανίζονται σε μικρό ποσοστό). Τα θετικά αποτελέσματα που μπορούν να προκύψουν είναι η μείωση ή και ο τερματισμός των κρίσεων που επιβαρύνουν το άτομο (ο τερματισμός των κρίσεων αποτελεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή που υποβάλλεται στην χειρουργική θεραπεία). Υπάρχει όμως και ένα μικρό ποσοστό «αποτυχίας» που επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα, όπως η μη μείωση των επιληπτικών κρίσεων, η

πιθανή πρόκληση αλλαγών στην προσωπικότητα του ατόμου, πιθανές γνωστικές αλλαγές, ακόμα και κάποια αναπηρία. Πάραυτα η χειρουργική θεραπεία δεν απορρίπτεται σαν μέθοδος αντιμετώπισης, αντιθέτως στρέφονται σ' αυτήν με σκοπό τη μη επιβάρυνση από την λήψη περαιτέρω αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Επιπλέον, τα άτομα τα οποία θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να γνωρίζουν ότι ακόμα και μετά το χειρουργείο μπορεί να συνεχίσουν να λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να μπορέσει προσαρμοστεί ο εγκέφαλός τους (αυτό θα γίνει γνωστό εφόσον προηγηθεί η χειρουργική επέμβαση).

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι εξίσου σημαντική και σε άτομα τα οποία βιώνουν επιληπτικές κρίσεις που οφείλονται σε εγκεφαλικά προβλήματα όπως εγκεφαλικά επεισόδια, δυσμορφίες αιμοφόρων αγγείων ή από καλοήγη όγκο του εγκεφάλου (Epilepsy Society, 2017).

γ) Κετογόνος δίαιτα (Κ.Δ)

Η κετογόνος δίαιτα είναι μία μέθοδος αντιμετώπισης της επιληψίας, η οποία πρωτοεμφανίστηκε κατά τη δεκαετία του 1920 και είχε προκαλέσει ποικίλες αντιδράσεις καθώς ακόμα και σήμερα δεν είναι ξεκάθαρη η αποτελεσματικότητά της αλλά και ο μηχανισμός δράσης της. Παρόλα αυτά όμως, μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που υποβάλλονται σε αυτή την δίαιτα ανεξαρτήτου ηλικίας, είδος κρίσεων ή αιτιολογίας, παρουσιάζουν μείωση μεγαλύτερη του 50% της συχνότητας των κρίσεων και στο 1/3 των ασθενών που πάσχουν από φαρμακοανθεκτική επιληψία. Επιπλέον, η αναφερόμενη θεραπεία μπορεί να χαρακτηριστεί και ως «εναλλακτική» από κάποιους, καθώς σχετίζεται μόνο με την διατροφή του ασθενή. Είναι μία διαφορετική προσέγγιση της αντιμετώπισης των ανθεκτικών γενικευμένων ή εστιακών κρίσεων, σε ενήλικες και παιδιά. Συνήθως τα άτομα που στρέφονται σε αυτή τη μορφή αντιμετώπισης των επιληπτικών κρίσεων ή δεν μπορούν να προβούν σε χειρουργική επέμβαση ή οι κρίσεις τους είναι ανθεκτικές στην αντιεπιληπτική αγωγή, την οποία και λαμβάνουν συνδυαστικά με την δίαιτα.

Αυτό το διατροφικό μοντέλο βασίζεται κατά κύριο λόγο στα λιπαρά (περίπου το 90% της διατροφής), σε χαμηλά επίπεδα υδατανθράκων και μέτρια κατανάλωση πρωτεϊνών(περίπου το 10%). Στην περίπτωση αυτή, το λίπος έχει πρωταρχικό ρόλο καθώς αντικαθιστά την γλυκόζη στο αίμα και είναι η κύρια πηγή ενέργειας του οργανισμού. Με την οξείδωση του λίπους ο οργανισμός παράγει κετόνια, των οποίων

κύρια χαρακτηριστικά είναι η διαμόρφωση νευροδιαβιβαστών και αντιοξειδωτικών επιδράσεων στον εγκέφαλο, παρεμποδίζοντας τις εκδηλώσεις κρίσεων (Damascena, Lima, Sampaio, 2014).

Επιπροσθέτως, αξίζει να αναφερθεί ότι όπως όλες οι θεραπείες που προτείνονται πρέπει να παρακολουθούνται από το ιατρό, έτσι και η διατροφική θεραπεία πρέπει να ακολουθείται κάτω από τις οδηγίες επαγγελματιών του τομέα της υγείας, ειδικούς δηλαδή, που είναι γνώστες της μεθόδου αυτής. Οι υποψήφιοι πριν την έναρξη της κετογόνου δίαιτας, πρέπει να ελεγχθούν από μία ομάδα ιατρών που θα εξετάσουν αν οι ασθενείς αυτοί μπορούν να υποβάλλουν τον εαυτό τους σε αυτή τη διαδικασία (δίαιτα). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα αυτά θα υποβληθούν σε νευρολογικό και διατροφικό έλεγχο, όπου θα εκτιμηθούν οι προδιαθεσικοί τους παράγοντες οι οποίοι μπορεί να επιφέρουν επιπλοκές κατά την εφαρμογή της δίαιτας (γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, νεφρολιθίαση, μειωμένη διαιτητική πρόσληψη, υπερλιπιδαιμίες, υπερχοληστεριναιμία, μείωση ανάπτυξης, καρδιομυοπάθειες ή χρόνια μεταβολική οξέωση).

Αξιολόγηση πριν από την έναρξη της κετογόνου δίαιτας

Νευρολογική εκτίμηση

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- MRI
- Είδος δίαιτας

Διαιτολογική εκτίμηση

- Ανθρωπομετρικοί παράγοντες (βάρος, ύψος, ιστορικό βάρους)
- Τριήμερο διατροφικό ιστορικό (διατροφικές αλλεργίες, διατροφικές συνήθειες, δυσανεξία σε κάποιο φαγητό)
- Υπολογισμός της δίαιτας
- Καθορισμός διατροφικού συμπληρώματος

Εργαστηριακός έλεγχος

- Γενική αίματος και ούρων
- Βιοχημικά

- Ηλεκτρολύτες
- Ηπατικά και νεφρολογικά τεστ
- Αμινοξέα ορού
- Οργανικά οξέα
- Λιπιδαιμικό προφίλ
- Επίπεδα αντιεπιληπτικών φαρμάκων
- Εστέρες καρνιτίνης

(Αναστασιάδου και συν., 2014).

Αν τα αποτελέσματα του ατόμου κριθούν καλά και του επιτραπεί η συγκεκριμένη θεραπεία, τότε ο ασθενής πρέπει να κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο, καθώς σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κετογόνου δίαιτας, πρέπει να υποβληθεί σε μια νηστεία που μπορεί να διαρκέσει από 12 έως 48 ώρες (αυτό δεν τηρείται από όλα τα κέντρα, λόγω κάποιων μελετών που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει διαφορά είτε πραγματοποιηθεί νηστεία είτε όχι), (Damascena, Lima, Sampaio, 2014). Μετά από την παραμονή του στο νοσοκομείο και την νηστεία το άτομο επιστρέφει στην καθημερινότητά του, αφού όμως πρότινος έχει εκπαιδευτεί από τον διαιτολόγο (είτε ίδιο το άτομο είτε ο φροντιστής του ειδικά εάν πρόκειται για παιδί) για την εφαρμογή της κετογονικής δίαιτας στο σπίτι καθώς και για τις δοσολογίες των βιταμινών και των ιχνοστοιχείων που θα πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής σύμφωνα με τις δικές του ανάγκες.

Μετά την έναρξη της κετογόνου θεραπείας και αφού ο επιληπτικός ασθενής επιστρέψει σπίτι του δεν πρέπει να σταματήσει την επικοινωνία με τον ιατρό του, αντιθέτως πρέπει να ελέγχεται στενά για την τήρηση της δίαιτας αλλά και την αποτελεσματικότητά της, έτσι ώστε να μπορεί να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων (Αναστασιάδου και συν., 2014). Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι η δίαιτα αυτή δεν χρησιμοποιηθεί εφόρου ζωής, το μέγιστο χρονικό όριο της είναι οι 24 μήνες, με την προϋπόθεση ότι δεν θα προκαλέσει επιπλέον προβλήματα στον ασθενή (Damascena, Lima, Sampaio, 2014).

Πρωτόκολλο έναρξης κετογονικής διαίτας

Εισαγωγή πρώτης μέρας

- Εργαστηριακές εξετάσεις
- Νηστεία από 12 μέχρι 48 ώρες με παροχή υγρών χωρίς γλυκόζη
- Μέτρηση γλυκόζης κάθε 6 ώρες
- Έναρξη εκπαίδευσης στην Κ.Δ. του ίδιου του ατόμου, ενδεχομένως κάποιου συνοδού ή των γονέων αν είναι παιδί
- Όταν γλυκόζης 60mg/dl έναρξη Κ.Δ.

Δεύτερη μέρα

- Μέτρηση τιμών γλυκόζης και κετονών κάθε 6 ώρες εξατομίκευσης ανάλογα με τον ασθενή.
- Συνέχεια εκπαίδευσης γονέων στην Κ.Δ.
- Αναπροσαρμογή της Κ.Δ. ανάλογα με τιμές κετονών/παρενέργειες

Εξιτήριο-Τρίτη μέρα

- Ολοκλήρωση εκπαίδευσης του ατόμου ,συνοδών ή γονέων
- Επεξήγηση διατροφικών πλάνων
- Ταινίες κετονών-γλυκόζης
- Έντυπα καταγραφής κετονών-γλυκόζης και οδηγιές
- Προσθήκη σκευάσματος βιταμινών-ιχνοστοιχείων και οδηγιές λήψης
- Ραντεβού επανελέγχου

(Αναστασιάδου και συν., 2014)

Ακόμα πρέπει να αναφερθεί ότι εκτός από την κλασική κετογόνο διαίτα υπάρχει και η διαίτα Atkins (MAD), η οποία είναι πιο εύγευστη και αποτελείται από 60% λίπος, 30% πρωτεΐνες και 10% υδατάνθρακες, όμως δεν είναι ακόμα σαφής η αποτελεσματικότητά της (Damascena, Lima, Samraio, 2014).

δ) Θεραπευτική κάνναβη

Η κάνναβη είναι ένα ετήσιο φυτό που οι ρίζες του προέρχονται από την κεντρική Ασία και την Ινδική υποήπειρο το οποίο μπορεί να ευδοκιμήσει σε όλες τις χώρες με εύκρατο κλίμα. Οι ίνες του συγκεκριμένου φυτού περιέχουν περισσότερες από 400 αναγνωρισμένες χημικές ουσίες από τις οποίες θα ξεχωρίσουμε τα κανναβιδοειδή τα οποία περιέχονται στο φυτό *Cannabis sativa* και διακρίνονται σε τετραυδροκανναβινόλες (THC, έχει ψυχοδραστικές επιπτώσεις), κανναβιδιόλες (CBD, ενδείκνυται για την επιληψία), κανναβινόλες (κανναβιχρωμένα), κανναβιγερόλες και κανναβινοδιόλες. Πέρα από τη χρήση της για ψυχαγωγικούς σκοπούς σημαντική είναι η συμβολή της και για θεραπευτικούς σκοπούς. Η χρήση της για θεραπευτικούς σκοπούς περιγράφεται πρώτη φορά το 600 π.Χ σε ένα περσικό κείμενο. Έπειτα, η διάδοση της στον Δυτικό κόσμο ξεκινά από τον Βρετανό παθολόγο William O'Shaughnessy, ο οποίος παρουσίασε τις χρήσεις της στην Ινδία για την θεραπευτική αντιμετώπιση διαφόρων συμπτωμάτων όπως π.χ. το άσθμα, ο τέτανος και η επιληψία. Η επίσημη καταχώρηση της έγινε πρώτη φορά στη Βρετανική Φαρμακοποιία το 1845 ενώ στην Ελλάδα γίνεται αναφορά το 1875 από τον Αφεντούλη στο σύγγραμμα του για τη Φαρμακολογία.

Οι θεραπευτικές ιδιότητες της κάνναβης πλέον είναι αναμφισβήτητες γι' αυτό και γίνονται πολλές συζητήσεις γύρω από αυτήν (κυρίως πολιτικού περιεχομένου) για τη νομιμοποίηση ή τη μη νομιμοποίηση της για θεραπευτική χρήση (Υπουργείο Υγείας). Στην Ελλάδα είναι πλέον αποδεκτή η χρήση της θεραπευτικής κάνναβης και μάλιστα ολοκληρώθηκε ο νόμος (Άρθρο 28, ΝΟΜΟΣ 4509/2017) τον Ιούλιο του 2017, όπου η κάνναβη μετακινήθηκε από τον Πίνακα 1 των ναρκωτικών ουσιών (που περιλαμβάνει παράνομες εθιστικές ουσίες που δεν έχουν καμία ιατρική χρήση) στον Πίνακα 2 (που περιέχει σκευάσματα που χορηγούνται με ειδική συνταγή ναρκωτικών για θεραπεία), με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας και Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Ταυτόχρονα, ο ΕΟΦ ενέκρινε την κυκλοφορία και την παραγωγή των προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης του είδους *Cannabis Sativa L*, των οποίων η περιεκτικότητα σε THC δεν πρέπει να είναι άνω του 0,2%, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών).

Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα είναι ένα ρυθμιστικό σύστημα λιπιδίων που αποτελείται από α) συγκεκριμένους υποδοχείς κανναβινοειδών, β) από ενδογενή κανναβινοειδή ή ενδοκανναβινοειδή και γ) από τα ένζυμα που είναι υπεύθυνα για την βιοσύνθεση και την απενεργοποίησή τους. Δυνητικά το ενδοκανναβινοειδές σύστημα με την ενεργοποίησή του μπορεί να συμβάλει θεραπευτικά σε κάποιες ασθένειες λόγω

της ιδιότητας του να εμπλέκετε σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Μία από τις ασθένειες αυτές είναι και η επιληψία. Όμως εκτός από τα θετικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την ενεργοποίηση του συστήματος αυτού, έχουν αναφερθεί και κάποια αρνητικά αποτελέσματα, που σχετίζονται με την γυναικεία υπογονιμότητα, την παχυσαρκία, τον παραλυτικό ειλέο και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο έχουν δημιουργηθεί και δραστικές ουσίες με ενισχυτική ή ανασταλτική δράση ως προς το σύστημα των ενδοκανναβινοειδών. Οι ουσίες αυτές είναι πιθανών να χρησιμοποιούνται ως υπνωτικά, αντιεπιληπτικά, ανοσορυθμιστικά και αναλγητικά (Αντωνίου, 2017).

Επιπλέον, όσον αφορά την χρήση της κάνναβης για την επιληψία, υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις για τον θεμελιώδη ρόλο του ενδογενούς συστήματος κανναβινοειδών στον έλεγχο της ευερεθιστικότητας του νευρικού δικτύου, αυξάνοντας έτσι τις ελπίδες θεραπείας με κανναβινοειδή (Pertwee, Roger, 2015). Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερα στοιχεία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της (πόρισμα-εισήγηση για την ιατρική χρήση της κάνναβης). Επιπρόσθετα, πρέπει να αναφερθεί ότι η κάνναβη έχει την ικανότητα να δρα στον έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων και ιδιαίτερα για το χειρισμό καταστάσεων όπως σε αυτή του συνδρόμου Lennox- Gastaut (LGS) σε παιδιά και ενήλικες, καθώς και στο σύνδρομο Dravet στα παιδιά, κάτι που είναι πολύ σημαντικό για τους ασθενείς με ανθεκτική επιληψία. Όμως, παρά τα θετικά χαρακτηριστικά της, η κάνναβη κρύβει και κάποιες αρνητικές επιπτώσεις στον αναπτυσσόμενο και τον ώριμο εγκέφαλο (Bebin, Szaflarski, 2014), καθώς δυνητικά μπορεί το άτομο να εμφανίσει ψυχιατρικά συμπτώματα (ψύχωση, γνωστικές δυσλειτουργίες, ανάπτυξη εθισμού), σχιζοφρένεια ή ψυχωτικού τύπου συμπτωματολογία, ενώ επιπλέον μπορεί να προκαλέσει και αυξημένη όρεξη, υπνηλία, ταχυκαρδία και γνωστική αποδιοργάνωση. Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι η ανταπόκριση των ασθενών απέναντι στη χρήση θεραπευτικής κάνναβης ποικίλει σημαντικά, καθώς μπορεί αντί να βελτιώσει τις επιληπτικές κρίσεις να τις επιδεινώσει (Pertwee, Roger, 2015) και ταυτόχρονα να προκαλεί στον ασθενή το αίσθημα της εξάρτησης που κατά κύριο λόγο είναι ψυχολογική (Αντωνίου, 2017).

A. 1.10 Διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση της επιληψίας βασίζεται κατά κύριο λόγο στην κλινική περιγραφή δύο ή και περισσότερων επεισοδίων. Η περιγραφή του επεισοδίου καθώς και η

συλλογή σημαντικών πληροφοριών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ώστε να καθοριστεί η διάγνωση. Οι παρευρισκόμενοι στο συμβάν αποτελούν τα κύρια πρόσωπα περιγραφής των γεγονότων καθώς σπανίως τυγχάνει να παρίσταται κάποιος ιατρός την ώρα της κρίσης. Ο ιατρός με κατάλληλες ερωτήσεις προσπαθεί να συλλέξει πληροφορίες από τους παρευρισκόμενους στο συμβάν. Σημαντικό επίσης, είναι το κληρονομικό ιστορικό καθώς ακόμη και οι συνθήκες που επικρατούσαν πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από την εκδήλωση της κρίσης. Σύμφωνα με τον Ferrie η λανθασμένη διάγνωση των επιληπτικών συνδρόμων εξαρτάται από τα εξής: α) δεν αποτελεί μονίρη κλινική διαταραχή η επιληψία, β) δεν υπάρχει κάποιο εξειδικευμένο/αποδεικτικό τεστ αλλά μόνο η κλινική εξέταση, γ) υπερδιάγνωση του ΗΕΓ, δ) η διαφορική διάγνωση με αλληλοεπικάλυψη διαφόρων χαρακτηριστικών, ε) ανεπαρκής εκπαίδευση των ιατρών που ασχολούνται με την επιληψία, στ) μη διαγνωσμένη επιληψία και καθυστέρηση της διάγνωσης της, ζ) περιορισμός διαγνωστικών εργαλείων. Τέλος, οι εσφαλμένες διαγνώσεις κυμαίνονται σε ποσοστά 5-40%.

Επιληπτόμορφες κρίσεις

Οι επιληπτόμορφες κρίσεις είναι παροξυντικού τύπου διαταραχές (κινητικές, αισθητικές ή αισθητηριακές) οι οποίες μιμούνται τις επιληπτικές κρίσεις και δημιουργούν διάφορα προβλήματα διαφοροδιάγνωσης, καθώς πολλές φορές συνυπάρχουν ή όχι με την επιληψία. Τα παροξυντικά αυτά επεισόδια αν και μοιάζουν αρκετά με τις επιληπτικές κρίσεις δεν οφείλονται σε νευρωνική εκφόρτιση και χρήζουν διαφορετικής θεραπείας και αντιμετώπισης από αυτή της επιληψίας. Σε ποσοστό 5-40% των ασθενών που αρχικά τους δόθηκε διάγνωση επιληψίας, διαπιστώθηκε αργότερα πως πρόκειται για εσφαλμένη διάγνωση. Επιπλέον, αναφέρεται ότι σε ποσοστό 50% των ασθενών που διακομίσθηκαν σε μονάδες εντατικής θεραπείας και τέθηκαν ακόμη πολλοί από αυτούς και σε καταστολή, ότι τους δόθηκε λανθασμένη διάγνωση επιληπτικής κατάστασης (Αγγελόπουλος, Κονιάρη, 2000).

Η διαφορική διάγνωση παροξυσμικών διαταραχών (μη επιληπτικών παροξυσμικών επεισοδίων) είναι πολύ δύσκολο να διαχωριστούν από τις επιληπτικές κρίσεις λόγω των κοινών συμπτωμάτων που φέρουν. Παρακάτω αναφέρονται επιγραμματικά ορισμένες από αυτές.

Διαφορικές διαγνώσεις παροξυσμικών διαταραχών

Αγγειακά

- Καρδιακή αρρυθμία
- Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια
- Συγκοπτικά επεισόδια
- Ημικρανία
- Υπεραερισμός

Ενδοκρινικά

- Υπογλυκαιμία
- Θυρεοτοξίκωση

Κινητικές διαταραχές

- Παροξυσμικός ίλιγγος
- Μυόσπασμος (τικ)
- Εναλλασσόμενη ημιπληγία

Διαταραχές του ύπνου

- Καταπληξία
- Παράλυση στον ύπνο
- Υπερυπνία

Μεταβολικά

- Υποξία
- Περιοδική παράλυση

Τοξικά αίτια

- Φάρμακα

Ψυχιατρικά

- Κρίσεις πανικού
- Ψύχωση

- Διαταραχές μετατρεπτικού τύπου
- Καταστάσεις φυγής

Συχνά μη επιληπτικά επεισόδια μπορεί να θεωρηθούν ως επιληπτικές κρίσεις.

(Netter, Runge, Greganti, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

A.2.1 Φύλο

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν κάποιες διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Παρ' όλα αυτά, σχεδόν καμία δεν αναφέρει τις διαφορές αυτές ως σημαντικές. Η πλειοψηφία των μελετών αναφέρει μη στατιστικά υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης της νόσου στο αρσενικό φύλο εν συγκρίσει με το θηλυκό (Banerjee, Filippi, Hauser, 2009).

A.2.2 Ηλικία

Στις ανεπτυγμένες χώρες, ο επιπολασμός της επιληψίας αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Γι' αυτό το λόγο και η συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας αυτής είναι αρκετά υψηλότερη στις ομάδες των ηλικιωμένων απ' ό,τι σε αυτές των ενηλίκων. Επιπλέον, και στις προαναφερθείσες αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες, η συχνότητα εμφάνισης της επιληψίας είναι εξίσου υψηλή και στην βρεφική και την πρώιμη παιδική ηλικία (Banerjee, Filippi, Hauser, 2009).

A.2.3 Θνησιμότητα

Όπως σε όλες τις ασθένειες έτσι και στην επιληψία, τα επιληπτικά άτομα αλλά και τα συγγενικά τους πρόσωπα συνήθως έχουν ως βασικό προβληματισμό αν η συγκεκριμένη ασθένεια φέρει επιπτώσεις στο προσδόκιμο ζωής. Σύμφωνα με μελέτες, έχει αποδειχτεί ότι η συγκεκριμένη ασθένεια προκαλεί μείωση στο προσδόκιμο ζωής των επιληπτικών ασθενών με συμπτωματική επιληψία κατά 10 χρόνια εν συγκρίσει με το γενικό πληθυσμό και κατά 2 χρόνια από τα άτομα με ιδιοπαθή επιληψία. Η αύξηση της θνησιμότητας των επιληπτικών οφείλεται κατά κύριο λόγο σε ατυχήματα, σε αυτοκτονίες, σε επιληπτικές κρίσεις αλλά και σε αιφνίδιους θανάτους (SUDEP), (Duble, Thomas, 2017).

Ο ξαφνικός ή αιφνίδιος θάνατος (SUDEP) ορίζεται από τον Nashef, ως ο αιφνίδιος, απροσδόκητος, αντιληπτός και μη αντιληπτός, μη τραυματικός και όχι από πνιγμό θάνατος ανθρώπων με επιληψία, με προϋπάρχουσα ή όχι επιληπτική κρίση και απόκλιση του ενδεχόμενου ύπαρξης status epilepticus, όπου κατά την εξέταση μετά το θάνατο του ατόμου δεν υπάρχει κάποια ένδειξη τοξικολογικής ή ανατομικής αιτίας πρόκλησης του θανάτου. Τα ποσοστά εμφάνισης του SUDEP κυμαίνονται από 0,09 έως 9,3 ανά 1000 άτομα και μέσα από συγκεντρωτικά δεδομένα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι ο αιφνίδιος αυτός θάνατος εμφανίζεται σε υψηλότερα επίπεδα ανθρώπων:

- α) με ανθεκτική επιληψία απέναντι στη θεραπεία
- β) με ανεξέλεγκτους σπασμούς
- γ) με νυχτερινές κρίσεις
- δ) που χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης

δ) που αντιμετωπίζουν την επιληψία τους σε ειδικά κέντρα

(Watkins, Shankar, Sander, 2018)

Επιπλέον πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή σε SUDEP και αυτοί είναι:

- Συνοδά νοσήματα
- Διανοητική καθυστέρηση
- Άνοια
- Ψυχιατρικές ασθένειες:

Προβλήματα ψυχικής υγείας όπως κατάθλιψη μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο θνησιμότητας

- Κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών:

Το αλκοόλ έχει μεγάλο ρόλο στην αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας στην επιληψία, συμπεριλαμβανομένου και του SUDEP

- Αρτηριακή πίεση:

Οι επιληπτικές κρίσεις μπορεί να επηρεάσουν την καρδιακή λειτουργία και να προκαλέσουν αρρυθμίες και ανωμαλίες στην αρτηριακή πίεση.

- Ηλικία:

Ο SUDEP μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά κάποιες ενδείξεις μας υποδηλώνουν μεγαλύτερο κίνδυνο μεταξύ 20-40 ετών.

Ο κίνδυνος για SUDEP είναι 15 φορές υψηλότερος στα άτομα άνω των 50 ετών με γενικευμένες τονικοκλονικές επιληπτικές κρίσεις.

- Νοητική αναπηρία:

Η νοητική αναπηρία (ID) είναι ένας βασικός κίνδυνος για SUDEP, καθώς έχει αναγνωριστεί ως η δεύτερη αιτία θανάτου στα άτομα με νοητική αναπηρία και επιληψία.

- Γενετικές μεταλλάξεις:

Υπάρχουν κάποιες γενετικές μεταλλάξεις που σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο SUDEP.

- Σύνδρομο Dravet:

Τα άτομα με σύνδρομο Dravet έχουν προδιάθεση για χαμηλή μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας και αυτό μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση θανάτων, ιδιαίτερα των παιδιών κάτω από 6 ετών.

- Συχνές επιληπτικές κρίσεις:

Το 1990 αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά, ότι η συχνές επιληπτικές κρίσεις ανεξάρτητα από τον τύπο της κρίσης μπορεί να οδηγήσουν σε SUDEP.

- Εμφάνιση τριών ή και περισσότερων σπασμών ανά έτος:

Σε μια συγκεκριμένη κλινική μελέτη του πληθυσμού της επιληψίας, αποδείχθηκε ότι η εμφάνιση τριών ή περισσότερων σπασμών στη διάρκεια ενός έτους οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο SUDEP.

- Νυχτερινές κρίσεις:

Οι νυχτερινές κρίσεις μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για SUDEP 3 φορές περισσότερο, ενδεχομένως λόγω της έλλειψης εποπτείας.

- Θέση ύπνου:

Σε κάποιες περιπτώσεις έχει σημαντικό ρόλο η θέση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, καθώς μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που απεβίωσαν αιφνίδια βρίσκονταν σε πρηνή θέση. Βέβαια αυτό ο κίνδυνος δεν είναι εύκολος να αντιμετωπιστεί αφού ο επιληπτικός ασθενής μπορεί να αλλάξει θέση λόγω κάποιας κρίσης κατά τη διάρκεια της νύχτας.

- Ψυχιατρική θεραπευτική αγωγή:

Έχει παρατηρηθεί ότι η θεραπεία με αγχολυτικά και αντιψυχωτικά φάρμακα προσδίδουν μεγάλο ποσοστό αύξησης για SUDEP, όμως αυτό δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Βέβαια αυτό έρχεται σε αντίθεση με μια συστηματική ανασκόπηση η οποία υποστήριζε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του SUDEP και της ψυχιατρικής θεραπείας.

- Διάρκεια και σοβαρότητα επιληψίας:

Η διάρκεια και η σοβαρότητα της επιληψίας φαίνεται να σχετίζεται με τον κίνδυνο για SUDEP.

- Επίπεδα σεροτινίνης:

Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με επιληψία έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης κάτι που μπορεί να σχετίζεται με SUDEP.

- Αδενοσίνη:

Άλλες ουσίες όπως η αδενοσίνη, που απελευθερώνεται κατά τη διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης, έχει βρεθεί ότι έχει κάποια σχέση με SUDEP.

(Watkins, Shankar, Sander, 2018), (Duble, Thomas, 2017).

Για να μειωθεί λοιπόν ο κίνδυνος του αιφνίδιου θανάτου, σύμφωνα με τις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Φροντίδας Υγείας (NICE) αλλά και της Αμερικανικής Ακαδημίας Νευρολογίας (AAN), θα πρέπει αρχικά τα επιληπτικά άτομα να λαμβάνουν την κατάλληλη ενημέρωση από τον ιατρό τους από τη πρώτη στιγμή της διάγνωσης, έτσι ώστε να στοχεύσουν στους προσδιορισμένους παράγοντες κινδύνου. Στη συνέχεια είναι ανάγκη να συζητηθούν και να ληφθούν κάποιες αποφάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση και τον έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων και ιδιαίτερα των σπασμών, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί με ιατρικές και μη φαρμακευτικές επεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής επέμβασης (του VNS και του RNS) και της δίαιτας. Επιπλέον, θα πρέπει να ληφθούν κάποια μέτρα πρόληψης για τα άτομα με συχνές νυχτερινές κρίσεις-σπασμούς, καθώς βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω απόφραξης του αεραγωγού αλλά και της καρδιοαναπνευστικής δυσφορίας, τα οποία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν είτε με την συνεχή παρακολούθηση του επιληπτικού ασθενή και την παροχή φροντίδας από ένα άτομο φροντιστή κατά τη διάρκεια των νυχτερινών ωρών, είτε με τη χρήση απομακρυσμένων συσκευών νυκτερινής παρακολούθησης (Watkins, Shankar, Sander, 2018).

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και άλλους παράγοντες πρόληψης του SUDEP, ένας από αυτούς είναι η αποφυγή της πρηνούς θέσης μετά από μια επιληπτική κρίση, καθώς έχει αποδειχθεί ότι η θέση αυτή προκαλεί υπόπνοια, με αποτέλεσμα την αναπνευστική ανεπάρκεια. Επίσης, θα ήταν χρήσιμο αν οι επιληπτικοί ασθενείς χρησιμοποιούσαν ειδικά μαξιλάρια(τροπητά) έτσι ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος ασφυξίας κατά τη διάρκεια του ύπνου τους (Duble, Thomas, 2017).

Ωστόσο, ιδιαίτερα σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι έχει δημιουργηθεί μια εφαρμογή, το EpSMon, για τα κινητά τηλέφωνα των επιληπτικών ατόμων, η οποία διατίθεται δωρεάν και βασίζεται στη λίστα ασφαλείας του SUDEP. Η εφαρμογή αυτή

μέσα από τις ερωτήσεις της δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να παρακολουθεί την επιληψία του αλλά και να μπορεί να επικοινωνήσει με τον ιατρό του σε τυχόν κίνδυνο. Επιπλέον, το EpSMon έχει τη δυνατότητα να ενημερώνει τον χρήστη του ακόμα και για τον μικρότερο πιθανό κίνδυνο που έχει εντοπίσει, καθώς επίσης και να επισημαίνει για πιθανή επιδείνωση που προκύπτει σε έναν παράγοντα που αποτελεί απειλητικό κίνδυνο για τη ζωή, που όμως μπορεί να αντιμετωπιστεί. Τέλος, έχει επιπρόσθετα τη δυνατότητα να υποστηρίζει την τακτική αξιολόγηση του ατόμου που το χρησιμοποιεί ανά τρεις μήνες (Watkins, Shankar, Sander, 2018).

A. 2.4 Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της επιληψίας και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση δείχνουν ότι συνδέεται με αρκετές περιπτώσεις επιληπτικών κρίσεων. Αυτό συμβαίνει διότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται με ορισμένες συνθήκες οι οποίες επηρεάζουν την υγεία τόσο των ενηλίκων όσο και των παιδιών. Παραδείγματα παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση των επιληπτικών κρίσεων είναι τα εξής: αύξηση γενετικών ανωμαλιών, λοιμώξεις, τραυματισμοί, κακή διατροφή, κακές συνθήκες διαβίωσης καθώς και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Banerjee, Filippi, Hauser, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

A. 3.1 Επιληψία και κύηση

Η επιληψία είναι η πιο συχνή νευρολογική διαταραχή που συνοδεύει την κύηση και προκαλεί υποτροπιάζουσες κρίσεις. Οι επιληπτικές διαταραχές μπορεί να είναι είτε επίκτητες είτε ιδιοπαθείς. Οι επίκτητες διαταραχές εμφανίζονται σε ποσοστό λιγότερο από το 15% του συνόλου των περιστατικών και οι ιδιοπαθείς καλύπτουν το υπόλοιπο 85%, διαπιστώνοντας έτσι πως το ακριβές αίτιο που τις προκαλεί ότι δεν είναι ακόμη αναγνωρίσιμο. Οι περισσότερες γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης παραμένουν στην αρχική τους (σταθερή) κατάσταση ή ακόμα μπορεί να έχουν μικρότερη εμφάνιση κρίσεων. Αύξηση (σε ποσοστό 15% έως 30% των γυναικών παρατηρήθηκε αύξηση των κρίσεων κατά το πρώτο ή το τρίτο τρίμηνο της κύησης) των επιληπτικών κρίσεων παρατηρείται σε γυναίκες οι οποίες εμφάνιζαν συχνές κρίσεις και πριν από την κύηση.

Επίσης, σε γυναίκες οι οποίες δεν παρουσίασαν συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή καθώς και σε διάφορους άλλους παράγοντες όπως παραδείγματος χάριν η κατακράτηση νερού και νατρίου, οι διάφορες ορμονικές αλλαγές που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της κύησης, η έλλειψη ύπνου, το στρες αλλά και η μείωση των επιπέδων των αντιεπιληπτικών φαρμάκων στο αίμα (η αύξηση του όγκου πλάσματος που προκαλείται κατά τη διάρκεια της κύησης συχνά

μεταβάλλει τον μεταβολισμό και την κατανομή του φαρμάκου, συνεπώς θα πρέπει να γίνεται συχνά έλεγχος των αντιεπιληπτικών φαρμάκων στο αίμα και να ρυθμίζονται ανάλογα οι απαιτούμενες φαρμακευτικές δόσεις). Η αύξηση των κρίσεων επιπλέον, είχε ως συνέπεια να δημιουργεί και αύξηση του κινδύνου τραυματισμού τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου (οι σπασμοί μπορεί να προκαλέσουν πιθανό τραυματισμό). Πάραυτα, η πλειοψηφία των γυναικών με επιληπτικές διαταραχές που πρόκειται να κυοφορήσει φαίνεται να παρουσιάζει φυσιολογική κύηση με άριστη έκβαση (Cashion, Lowdermilk, Perry, 2011).

α) Η επιληψία και η σπουδαιότητα του οικογενειακού προγραμματισμού, της συμβουλευτικής καθοδήγησης και της φαρμακευτικής αγωγής

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί βασικό παράγοντα της εξέλιξης και της ολοκλήρωσης της κύησης. Παράλληλα, η συμβουλευτική καθοδήγηση αποτελεί και αυτή απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε γυναίκα με επιληψία η οποία επιθυμεί να κυοφορήσει και να φέρει εις πέρας τη διαδικασία της αυτή και να την ολοκληρώσει επιτυχώς. Η συμβουλευτική καθοδήγηση κατά τη διάρκεια της κύησης είναι απαραίτητη διότι πρέπει να γίνει καταγραφή της συχνότητας των κρίσεων που εμφάνιζε η γυναίκα έως ότου μείνει έγκυος, αλλά και κατά τη διαδικασία της να σημειωθεί η χρήση των φαρμακευτικών ουσιών που λάμβανε.

Η καταγραφή της χρήσης των φαρμακευτικών ουσιών κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής καθοδήγησης καθίσταται απαραίτητη διότι, η λήψη των αντιεπιληπτικών σκευασμάτων κατά την διάρκεια της κύησης σύμφωνα με μελέτες, έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη επίπτωση συγγενών ανωμαλιών (στον γενικό πληθυσμό παρατηρείται εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών σε ποσοστό 2% έως 3%, η οποία δεν μπορεί πάντα να προληφθεί, οι γυναίκες ωστόσο με επιληψία εμφανίζουν ποσοστό 4% έως 6%. Θεωρητικά το ποσοστό είναι μεγαλύτερο αλλά πρακτικά διατρέχουν χαμηλότερο κίνδυνο διότι είναι γνωστό το υπόβαθρο που τις προκαλεί) όπως παραδείγματος χάριν, το λαγώχειλο, το λυκόστομα αλλά και συγγενής καρδιοπάθειες και ελλείματα του νευρικού σωλήνα (οι γυναίκες με επιληψία θα πρέπει να λαμβάνουν συμπλήρωμα φυλλικού οξέος ημερησίως διότι συμβάλλει στη μείωση της συχνότητας βλαβών του νευρικού σωλήνα των εμβρύων) στα νεογνά μητέρων που έκαναν χρήση αντιεπιληπτικών σκευασμάτων.

Πέραν του κινδύνου πιθανής εκδήλωσης συγγενών ανωμαλιών, επιπλέον το

έμβρυο της μητέρας με επιληψία εμφανίζει μεγάλο ποσοστό κινδύνου ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης του. Για να περιοριστεί ο κίνδυνος και η σύγχυση σχετικά με την εμβρυική ανάπτυξη σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο άμεσος προσδιορισμός της ηλικίας κύησης σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη σύλληψη.

Επιπλέον, η μητέρα κατά την 18^η έως τη 22^η εβδομάδα της κύησης είναι απαραίτητο να υποβληθεί σε διαδικασίες ελέγχου όπως αυτή του ορού [άλφα-φετοπρωτεΐνης (AFP)] και σε εξέταση υπερήχου υψηλής ανάλυσης επιπέδου II ώστε να μπορέσει να ανιχνευθεί κάποια πιθανή συγγενής ανωμαλία καθώς και η παρουσία συγγενούς ελλείματος του νευρικού σωλήνα.

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω επιπλοκές, θα πρέπει να τονιστεί σε αυτό το σημείο ότι για να υπάρχει ικανοποιητικός έλεγχος των επιληπτικών κρίσεων, θα πρέπει οπωσδήποτε να χορηγείται κάποιος επιληπτικός παράγοντας κατά τη διάρκεια της κύησης ανεξάρτητα από τον κίνδυνο των εμβρυικών ανωμαλιών που μπορεί να προκληθεί (σύμφωνα με τον ΕΟΦ ορισμένα μόνο αντιεπιληπτικά σκευάσματα έχει αποδειχθεί τερατογόνος δράση και αυτό στα πειραματόζωα και όχι στον άνθρωπο και πρακτικά ο κίνδυνος πρόκλησης συγγενών ανωμαλιών στον άνθρωπο είναι μικρός), καθώς ο βασικός στόχος κατά τη διάρκεια της κύησης είναι η πρόληψη των κρίσεων (σύμφωνα με τον ΕΟΦ η επίδραση της υποτροπής των κρίσεων στο έμβρυο δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι είναι λιγότερο επιβλαβής από τη χρήση φαρμακευτικής αντιεπιληπτικής αγωγής). Ο επιληπτικός παράγοντας που θα λαμβάνει η γυναίκα θα πρέπει να είναι μόνο ένας και να χορηγείται στην μικρότερη απαιτούμενη δόση. Επιπροσθέτως, σημαντικό είναι κατά την διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων της κύησης η μητέρα να λαμβάνει σε καθημερινή βάση βιταμίνη Κ, ώστε να αποφευχθεί πιθανή ανεπάρκεια στο νεογνό που θα γεννηθεί. Η ανεπάρκεια αυτή στο νεογνό έχει συσχετισθεί με την έκθεση στην αντιεπιληπτική αγωγή κατά τη διάρκεια της κύησης και μπορεί να το οδηγήσει στην παρουσία πιθανής αιμορραγικής διαταραχής (Cashion, Lowdermilk, Perry, 2011).

β) Επιληψία και τοκετός:

Όσον αφορά τώρα κατά τη διάρκεια του τοκετού, η χορήγηση της αντιεπιληπτικής θεραπείας κατά τη εξέλιξη του θα πρέπει να συνεχιστεί κανονικά. Ένας παρατεταμένος τοκετός μπορεί να συμπεριλαμβάνει και μη επιθυμητή/προβλέψιμη απορρόφηση των φαρμάκων που λαμβάνονται από το στόμα λόγω απρόοπτων επιπλοκών όπως παραδείγματος χάριν, εμέτων που θα προκύψουν κατά

τη διάρκεια του. Για το λόγο αυτό καλό είναι η φαρμακευτική αγωγή να λαμβάνεται παρεντερικά. Τέλος ο κοιλιακός τοκετός ενδείκνυται έναντι της καισαρικής τομής (Cashion, Lowdermilk, Perry, 2011).

A. 3.2 Επιληψία και μητρικός θηλασμός

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί ένα ακόμη σημαντικό κομμάτι που απασχολεί πολλές γυναίκες με επιληψία μετά τον τοκετό. Εάν η νόσος παρακολουθείται και η μητέρα λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή χωρίς να κάνει σπασμούς, τότε ενδείκνυται να θηλάσει κανονικά. Παρόλο τώρα, που τα αντιεπιληπτικά φάρμακα χαρακτηρίζονται από μεγάλη διαπερατότητα του πλακούντα, θετικό είναι το χαρακτηριστικό τους ότι έχουν μικρή απέκκριση στο μητρικό γάλα και ότι η γαλουχία συμβάλλει στην σταδιακή μείωση των επιπέδων των αντιεπιληπτικών φαρμάκων στο αίμα του νεογέννητου. Αν και τα περισσότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα μπορεί να είναι συμβατά με τον θηλασμό, υπάρχει η εκδοχή αυτά να προκαλέσουν και ανεπιθύμητα αποτελέσματα στο νεογνό όπως υπνηλία και νωθρότητα και να το επηρεάσουν αρνητικά. Γι' αυτό, τα νεογνά θα πρέπει να παρακολουθούνται και όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο να γίνεται μέτρηση των επιπέδων των φαρμάκων στο αίμα τους. Επιπλέον, θα πρέπει η μητέρα να παρακολουθεί τη συμπεριφορά, τον ύπνο, τις διατροφικές συνήθειες, καθώς και την ανάπτυξη του νεογνού ειδικά τους πρώτους δύο μήνες της ζωής του. Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι η λήψη λαμοτριγίνης από τη μητέρα μπορεί να προκαλέσει πιθανή θρομβοπενία στο νεογνό (Cashion, Lowdermilk, Perry, 2011).

A.3.3 Επιληψία και αντισύλληψη

Η αντισύλληψη αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της πρόληψης, γι' αυτό και θα γίνει σε αυτήν την παράγραφο σχετική αναφορά για τις γυναίκες με επιληψία. Στις γυναίκες με ιδιοπαθή επιληπτική διαταραχή λοιπόν ενδείκνυται να γίνεται χρήση όλων των αντισυλληπτικών μεθόδων (Cashion, Lowdermilk, Perry, 2011). Οι σύνηθες χορηγούμενες αντιεπιληπτικές αγωγές ελαττώνουν την αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών σκευασμάτων που λαμβάνονται από το στόμα με εξαίρεση αυτή του βαλπροϊκού νατρίου και των βενζοδιαζεπινών. Σε ποσοστό 50% των εγκύων οι επιληπτικές κρίσεις παραμένουν αμετάβλητες ενώ στο υπόλοιπο 25% μειώνονται και

στο άλλο 25% αυξάνονται (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 2004). Τέλος, γυναίκες οι οποίες λαμβάνουν χαμηλές δόσεις αντισυλληπτικών φαρμάκων παρουσιάζουν έντονη μεσοκυκλική αιμορραγία, η οποία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα πιθανή /μη αναμενόμενη / ανεπιθύμητη κύηση (Cashion, Lowdermilk, Perry, 2011).

A. 3.4 Επιληψία στον πατέρα

Τέλος, αυξημένο ενδιαφέρον παρουσιάζει και το γεγονός ότι όταν η επιληψία εμφανίζεται στον πατέρα του εμβρύου τότε δεν αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης παιδιού που θα εμφανίσει επιληπτική διαταραχή (Cashion, Lowdermilk, Perry, 2011).

A. 3.5 Επιληψία και οδήγηση

Σύμφωνα με την Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ο οδηγός θεωρείται ικανός ή μη ικανός να οδηγεί σε όλες τις μορφές επιληψίας σύμφωνα με τα παρακάτω:

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ η χορήγηση ή ανανέωση άδειας οδήγησης σε υποψήφιους οδηγούς ή οδηγούς που παρουσιάζουν πάθηση ή ανωμαλία του νευρικού συστήματος, που περιορίζει τον κινητικό έλεγχο, καθιστώντας έτσι επικίνδυνη την οδήγηση οχήματος με κινητήρα εκτός αν η αίτηση υποστηρίζεται από έγκυρη ιατρική γνωμάτευση.

Οι νευρολογικές διαταραχές που οφείλονται σε παθήσεις ή εγχειρήσεις του κεντρικού νευρικού ή του περιφερειακού συστήματος, οι οποίες εκδηλώνονται με αισθητικά ή κινητικά σημεία που διαταράσσουν την ισορροπία και τον συντονισμό πρέπει να αντιμετωπίζονται με βάση τις λειτουργικές δυνατότητες και την πορεία της εξέλιξης τους. Στις περιπτώσεις αυτές ή σε περιπτώσεις επιδείνωσης η χορήγηση ή η ανανέωση της άδειας οδήγησης εξαρτάται άμεσα από τις περιοδικές εξετάσεις που υφίσταται το πρόσωπο/οδηγός όπως καθορίζεται άμεσα από τον εγγεγραμμένο ιατρό της σχετικής ειδικότητας ή από άλλη αρμόδια ιατρική αρχή όπου καθορίζεται από τον Νόμο, όπως το ιατρικό συμβούλιο που αναφέρεται στην επιφύλαξη του άρθρου 33(β) του Νόμου.

Η εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων ή άλλων αιφνίδιων διαταραχών της κατάστασης εγρήγορσης σε πρόσωπο που οδηγεί μηχανοκίνητο όχημα αποτελούν σοβαρό κίνδυνο για την οδική ασφάλεια.

Ως επιληψία ορίζεται η εκδήλωση δύο ή περισσότερων επιληπτικών κρίσεων σε χρονικό διάστημα λιγότερο από πενταετία και ως προκαλούμενη επιληπτική κρίση ορίζεται η κρίση η οποία έχει κάποιο γενεσιουργό αίτιο που μπορεί να αποφευχθεί.

Επιπλέον, συνίσταται να μην οδηγούν πρόσωπα τα οποία έχουν παρουσιάσει κάποια αρχική ή μεμονωμένη κρίση απώλειας συνείδησης και απαιτείται στις περιπτώσεις αυτές να έχουν έκθεση από ειδικό εγγεγραμμένο ιατρό στην οποία να αναφέρονται το χρονικό διάστημα απαγόρευσης της οδήγησης και η συνέχεια που πρέπει να δοθεί.

Τέλος, η διάγνωση συγκεκριμένου επιληπτικού συνδρόμου του ατόμου και ο τύπος κρίσης έχουν εξαιρετικά μεγάλη σημασία καθώς είναι απαραίτητα ώστε να δοθεί η ενδεδειγμένη εκτίμηση της ασφάλειας οδήγησης του ατόμου.

ΟΜΑΔΑ 1

Οι υποψήφιοι πρέπει να υπόκεινται σε ιατρική εξέταση εάν κατά τη διάρκεια των διατυπώσεων που απαιτούνται ή κατά τη διάρκεια των δοκιμασιών στις οποίες περνούν για την απόκτηση άδειας, εντοπιστεί ότι παρουσιάζουν μία ή και περισσότερες ανικανότητες από αυτές που αναφέρονται στην γνωστοποίηση του άρθρου 57Δ.

Στην πρώτη ομάδα ανήκουν οδηγοί ή υποψήφιοι με επιληψία οι οποίοι υπόκεινται σε αναθεώρηση της άδειας οδήγησης μέχρι να απαλλαγούν από τις κρίσεις για μία πενταετία τουλάχιστον.

Στα άτομα με επιληψία πληρούνται τα κριτήρια χορήγησης άδειας με όρους και εφόσον υπάρξει σχετική ειδοποίηση του Έφορου.

- **Προκαλούμενη επιληπτική κρίση:** Ικανός να οδηγεί σε ατομική βάση μπορεί να χαρακτηριστεί υποψήφιος, ο οποίος παρουσίασε κρίση που οφειλόταν σε αναγνωρίσιμο παράγοντα και δεν έχει πιθανότητες να εκδηλωθεί κατά την διάρκεια της οδήγησης. Πρότινος όμως είναι απαραίτητο να υπάρξει σχετική νευρολογική γνωμάτευση (εφόσον υπάρχει λόγος η εκτίμηση πρέπει να συμφωνεί και με άλλα σχετικά μέρη της γνωστοποίησης

του άρθρου 57Δ, όπως παραδείγματος χάρη που αφορούν το οινόπνευμα ή τη συνδρομή νοσηρών παραγόντων).

- **Πρώτη ή μοναδική , μη προκαλούμενη κρίση:** Ικανός να οδηγεί μετά το χρονικό διάστημα των έξι μηνών μπορεί να χαρακτηριστεί υποψήφιος ο οποίος παρουσίασε μία πρώτη επιληπτική κρίση μη προκαλούμενη. Πρότινος θα πρέπει να έχει υποβληθεί σε ενδεδειγμένη ιατρική εκτίμηση. Νωρίτερα από το χρονικό διάστημα των έξι μηνών μπορεί να επιτραπεί η οδήγηση σε οδηγούς με αναγνωρισμένους ικανοποιητικούς δείκτες πρόγνωσης.
- **Άλλου είδους απώλεια συνείδησης:** Η εκτίμηση της απώλειας συνείδησης καθορίζεται από τον κίνδυνο υποτροπής κατά την οδήγηση
- **Επιληψία:** Οδηγοί και υποψήφιοι με απαλλαγή κρίσεων για χρονικό διάστημα ενός έτους τουλάχιστον μπορούν να κριθούν κατάλληλοι για οδήγηση
- **Κρίσεις αποκλειστικά κατά τον ύπνο:** Κατάλληλος να οδηγεί από φυσική άποψη μπορεί να χαρακτηριστεί ο οδηγός ή ο υποψήφιος που έχει παρουσιάσει επιληπτικές κρίσεις μόνο κατά την διάρκεια του ύπνου
- **Κρίσεις που δεν επηρεάζουν τη συνείδηση ή την ικανότητα ενέργειας:** Κατάλληλος να οδηγεί μπορεί να χαρακτηριστεί ο υποψήφιος ή ο οδηγός ο οποίος είχε μόνο κρίσεις που αποδεδειγμένα δεν επηρεάζουν τη συνείδηση ούτε προκαλούν λειτουργική διαταραχή. Η κατάσταση αυτή πρέπει να έχει διαπιστωθεί ότι διατηρήθηκε χρονικό διάστημα το οποίο δεν είναι μικρότερο από το διάστημα χωρίς κρίση που απαιτείται για την επιληψία. Πριν από την άδεια χορήγησης απαιτείται χρονικό διάστημα ενός έτους χωρίς επεισόδια και εφόσον δεν έχει εκδηλωθεί και άλλο είδος κρίσης.
- **Κρίσεις λόγω τροποποίησης ή μείωσης αντιεπιληπτικής θεραπείας από ιατρό:** Από την έναρξη μείωσης της θεραπείας μπορεί να συστηθεί στον ασθενή να μην οδηγεί καθώς και επί εξάμηνο από την παύση της. Στις περιπτώσεις εκδήλωσης κρίσεων κατά το χρονικό διάστημα που υφίσταται τροποποίηση ή

παύση της θεραπευτικής αγωγής από ιατρό σε περίπτωση επαναφοράς στην αρχική αγωγή απαιτείται τρίμηνη αποχή από την οδήγηση.

- **Μετά από χειρουργική επέμβαση για τη θεραπεία επιληψίας:** Οδηγοί και υποψήφιοι με απαλλαγή κρίσεων για χρονικό διάστημα ενός έτους τουλάχιστον μπορούν να κριθούν κατάλληλοι για οδήγηση.

ΟΜΑΔΑ 2

Οι υποψήφιοι πρέπει να υφίστανται ιατρική εξέταση πριν τους δοθεί η αρχική άδεια και εν συνεχεία οι οδηγοί να ελέγχονται δυνάμει του ισχύοντος εθνικού συστήματος στο κράτος μέλος της κανονικής διαμονής για κάθε ανανέωση της άδειας οδήγησης.

Για το χρονικό διάστημα που απαιτείται χωρίς επιληπτικές κρίσεις ο υποψήφιος πρέπει να μην λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Επίσης πρέπει να έχει υποβληθεί σε ενδεδειγμένη ιατρική παρακολούθηση και εκτεταμένη νευρολογική έρευνα που σύμφωνα με αυτή δεν θα πρέπει να έχει διαπιστωθεί συναφής εγκεφαλική πάθηση. Τέλος στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα πρέπει να μην παρουσιάζεται καμία δραστηριότητα επιληπτικής μορφής.

Σε περιπτώσεις εκδήλωσης οξέος επεισοδίου θα πρέπει πάντοτε να γίνεται εγκεφαλογράφημα και ενδεδειγμένη νευρολογική εκτίμηση.

- **Προκαλούμενη επιληπτική κρίση:** Ικανός να οδηγεί σε ατομική βάση μπορεί να χαρακτηριστεί υποψήφιος ο οποίος παρουσίασε προκαλούμενη επιληπτική κρίση η οποία οφειλόταν σε αναγνωρίσιμο παράγοντα ο οποίος δεν εμφανίζει πιθανότητες εκδήλωσης κρίσης κατά την οδήγηση. Πρότινος ο οδηγός θα πρέπει να φέρει νευρολογική γνωμάτευση και σε περιπτώσεις εκδήλωσης οξέος επεισοδίου θα πρέπει να υποβληθεί σε εγκεφαλογράφημα και ενδεδειγμένη νευρολογική εκτίμηση.

Δεν πρέπει επίσης, να οδηγούν μηχανοκίνητα οχήματα όπως αυτά των κατηγοριών που οδηγούν πρόσωπα που ανήκουν στην δεύτερη ομάδα άτομα με εγκεφαλική βλάβη, τα οποία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης

επιληπτικής κρίσης μέχρις ότου ο κίνδυνος κατέβει στο 2% ετησίως.

- **Πρώτη ή μοναδική μη προκαλούμενη κρίση:** Ικανός να οδηγεί μετά από πέντε έτη χωρίς κρίσεις και χωρίς φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χαρακτηριστεί υποψήφιος ο οποίος εμφάνισε μία αρχική κρίση μη προκληθείσα αφού όμως πρότινος υποβληθεί σε ενδεδειγμένη ιατρική εκτίμηση. Νωρίτερα από αυτό το χρονικό διάστημα μπορούν να οδηγήσουν, οδηγοί με αναγνωρισμένους ικανοποιητικούς δείκτες πρόγνωσης.
- **Άλλου είδους απώλεια συνείδησης:** Η εκτίμηση της απώλειας συνείδησης καθορίζεται από τον κίνδυνο υποτροπής κατά την οδήγηση ο οποίος πρέπει να είναι 2% ετησίως ή και μικρότερος.
- **Επιληψία:** Είναι απαραίτητο να περάσει χρονικό διάστημα τουλάχιστον δέκα ετών χωρίς την εμφάνιση κρίσεων και τη βοήθεια αντιεπιληπτικής αγωγής. Νωρίτερα μπορούν να οδηγήσουν έπειτα από θετική ιατρική γνωμάτευση, οδηγοί με αναγνωρισμένους ικανοποιητικούς δείκτες πρόγνωσης. Αυτό ισχύει και για την «νεανική επιληψία».

Διαταραχές όπως παραδείγματος χάρη αρτηριοφλεβική δυσμορφία ή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, φέρουν αυξημένο κίνδυνο κρίσεων ακόμα και αν δεν υπάρξει άμεση εκδήλωση. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να πραγματοποιηθεί εκτίμηση από εγγεγραμμένο ιατρό της σχετικής ειδικότητας ή άλλη αρμόδια ιατρική αρχή όπου καθορίζεται στο Νόμο, όπως το ιατρικό συμβούλιο που αναφέρεται στην επιφύλαξη του άρθρου 33(β) του Νόμου. Η οδήγηση μπορεί να επιτραπεί νωρίτερα μόνο εφόσον ο ετήσιος κίνδυνος είναι 2% ή και μικρότερος.

(Εφημερίδα της κυβερνήσεως 2016), (Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2017)

A. 3.6 Επιληψία και σεξουαλική δραστηριότητα

Η σεξουαλικότητα αποτελεί μία ιδιαίτερη πτυχή της ιδιωτικής ζωής του κάθε ατόμου. Διάφορες διαταραχές της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας εμφανίζονται συχνά τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες με επιληψία. Τα άτομα

αυτά καλούνται συχνά να αντιμετωπίσουν διάφορα σωματικά προβλήματα τα οποία συχνά σχετίζονται με το φύλο, δηλαδή μία γυναίκα με επιληψία έρχεται αντιμέτωπη με διαφορετικά προβλήματα από αυτά ενός άνδρα. Παρά τον θεμελιώδη όμως ρόλο που κατέχει στην ανθρώπινη ζωή, η σεξουαλική συμπεριφορά οι σχετικές νευρολογικές έρευνες που διεξήχθησαν υπήρξαν αρκετά περιορισμένες.

Ως σεξουαλική επιθυμία ορίζεται η προθυμία ενός ατόμου να συμμετάσχει στη σεξουαλική δραστηριότητα λαμβάνοντας τα ανάλογα/κατάλληλα σεξουαλικά ερεθίσματα και η σεξουαλική δυσλειτουργία αναφέρεται στην χρόνια αδυναμία του ατόμου να ανταποκριθεί με ικανοποιητικό τρόπο στα σεξουαλικά ερεθίσματα. Πολλαπλές είναι οι αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν σε σεξουαλική δυσλειτουργία και υποσεξουαλικότητα των επιληπτικών ατόμων.

Ως υποσεξουαλικότητα, ορίζεται η μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα ή λίμπιντο λιγότερο από μία φορά το μήνα η οποία μπορεί να συνοδεύεται από στυτική ή οργασμική δεισλειτουργία. Η βάση κυρίως όμως αποδίδεται τόσο στην χρήση των αντιεπιληπτικών φαρμάκων όσο και στην ίδια τη νόσο. Στους άνδρες με επιληψία παρατηρείται συνήθως διαταραχή της στύσης και στις γυναίκες υπάρχει διαταραχή της σεξουαλικής διέγερσης και δυσπαρευνία δηλαδή, πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή. Κατά την εξέταση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε άνδρες και γυναίκες με επιληψία η κλίμακα Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) αποτελεί σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης της σεξουαλικής λειτουργίας, σε συνδυασμό με την μέτρηση των επιπέδων του οιστρογόνου και της τεστοστερόνης με εργαστηριακές εξετάσεις, που θα πρέπει να πραγματοποιούνται (Vodusek, Boller, 2015).

A. 3.7 Πρώτες βοήθειες σε επιληπτική κρίση

Σε αυτό το υπό κεφάλαιο θα αναλυθούν τα βασικά βήματα που πρέπει να ακολουθήσει κάποιος, ώστε να παράσχει πρώτες βοήθειες σε κάποιο άτομο που περνά αιφνίδια επιληπτική κρίση. Οι πρώτες βοήθειες ωστόσο που θα αναλυθούν παρακάτω αφορούν την αντιμετώπιση των γενικευμένων τονικοκλονικών κρίσεων (grand mal) από μη εξειδικευμένο προσωπικό, οι οποίες συνήθως χαρακτηρίζονται από αιφνίδια απότομη έναρξη (ορισμένα άτομα μπορεί να φέρουν μη ειδικό προαίσθημα γνωστό και ως «αύρα») με απώλεια της συνειδήσεως ακολουθούμενη από κραυγή και έπειτα πτώση στο έδαφος. Οι τονικοκλονικές κρίσεις αποτελούν τις συχνότερα εμφανιζόμενες κρίσεις και φέρουν ως χαρακτηριστικό τους, τους επιληπτικούς σπασμούς. Παρόλο που οι περισσότερες επιληπτικές κρίσεις συνήθως

δεν απαιτούν την βοήθεια από εξειδικευμένο προσωπικό πρέπει να τονιστεί ότι ορισμένες φορές απαιτείται η έκκληση για επείγουσα ιατρική βοήθεια. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι οι μεμονωμένες μη υποτροπιάζουσες επιληπτικές κρίσεις μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε άτομο του πληθυσμού το οποίο μπορεί να είναι υγιές και να μην έχει παρουσιάσει στον παρελθόν επιληπτική κρίση.

Μία κλασική γενικευμένη τονικοκλονική κρίση (grand mal) αρχικά ξεκινά από σύσπαση όλων των μυών του σώματος (μύες προσώπου, μύες κορμού, μύες άκρων) με αποτέλεσμα να παράγεται και μία αρχική κραυγή από τον πάσχοντα. Σύνηθες είναι και το φαινόμενο της απώλειας ούρων, η άπνοια, η κυάνωση και το δάγκωμα της γλώσσας λόγω της μυοχάλασης. Έπειτα ακολουθούν γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί οι οποίοι μειώνονται όσο εξελίσσεται η διάρκεια της κρίσης. Μετά το τέλος των σπασμών παρατηρείται γενικευμένη μυϊκή χάλαση με απώλεια της συνειδήσεως, ρογχώδης αναπνοή και έξοδος πτυέλων αιματηρού περιεχομένου από το στόμα λόγω πιθανού δαγκώματος που προκλήθηκε. Τέλος, 1-2min μετά τη διάρκεια της κρίσης υπάρχει ένα χρονικό διάστημα συγχυτικής κατάστασης και έπειτα επέρχεται αίσθημα κόπωσης και βαθύς ύπνος.

Επιπροσθέτως, πρέπει να τονιστεί ότι σε κάθε περίπτωση αντιμετώπισης μιας γενικευμένης επιληπτικής κρίσης δεν πρέπει να γίνετε καμία προσπάθεια διακοπής της κρίσης από τα παρευρισκόμενα άτομα. Βασικό χαρακτηριστικό αντιμετώπισης μιας κρίσης που θα έχει αποτελεσματικότητα αποτελεί η παραμονή δίπλα στον ασθενή με ψυχραιμία (Μπαλτόπουλος, 2001).

ΒΗΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

- Διατηρείστε την ψυχραιμία σας-Μείνετε με τον ασθενή
- Την στιγμή που ο πάσχων πέφτει βοηθήστε τον ώστε να μην τραυματιστεί από την πτώση (ξαπλώστε τον προσεκτικά) και γυρίστε τον εάν είναι εφικτό στα πλάγια ώστε να διατηρηθούν ανοικτοί οι αεραγωγοί και να αποφευχθεί πιθανή πνιγμονή από σάλια εμέσματα και μυοχάλαση της γλώσσας
- Μην προσπαθήσετε να αποτρέψετε την κρίση, να ακινητοποιήσετε, να συγκρατήσετε ή να περιορίσετε τον πάσχοντα κατά την διάρκεια της
- Καταγράψτε την διάρκεια της κρίσης

- Ελέγξτε για σφυγμό και αναπνοή
- Μετακινήστε τον πάσχων μόνο εάν βρίσκεται σε επικίνδυνο σημείο (πχ. στο δρόμο) ή μετακινήστε πιθανά αντικείμενα που βρίσκονται γύρω του (πχ. έπιπλα) ώστε να αποφευχθεί πιθανός τραυματισμός
- Τοποθετήστε κάτι μαλακό στο σημείο της κεφαλής και της αυχενικής μοίρας (πχ. μαξιλάρι) ή κρατήστε την κεφαλή με τα χέρια σας εάν αυτό είναι εφικτό ώστε να μην προσκρούει στο έδαφος και αφαιρέστε εάν φοράει γυαλιά
- Χαλαρώστε τα ενδύματα που φέρει γύρω από το λαιμό
- Προσπαθήστε με ευγενικό τρόπο να ζητήσετε να απομακρυνθούν απλοί παρευρισκόμενοι / θεατές και κρατήστε άτομα τα οποία σας παρέχουν βοήθεια
- Εάν η διάρκεια της κρίσης είναι μεγαλύτερη από 5min

(Πατεστος, 2016)

<p>ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΒΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΘΟΥΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ</p>

- Τοποθετήστε τον πάσχοντα σε θέση ανάληψης, βοηθήστε έτσι την αναπνοή
- Ελέγξτε εάν είναι ανοιχτοί οι αεραγωγοί
- Ελάτε σε επαφή με το άτομο ώστε να γνωρίζετε ότι ξαναβρήκε τις αισθήσεις του
- Καθησυχάστε το άτομο
- Σκουπίστε οτιδήποτε αποβάλλεται από το στόμα του πάσχοντα (πχ σίελα, εμέσματα)
- Προσπαθήστε να προστατέψετε την ιδιωτικότητα του, μειώσετε οτιδήποτε του προκαλεί αίσθημα ντροπής και τον φέρνει σε αμηχανία (πχ εάν έχει προηγηθεί απώλεια ούρων κατά την μυοχάλαση τοποθετήστε επάνω ένα παλτό)
- Μείνετε μαζί του μέχρι να επανέλθει πλήρως και να ανακτήσει δυνάμεις

(Πατεστος, 2016)

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ ΝΑ...

- Προσπαθήσετε να διακόψετε την κρίση
- Μετακινήσετε άσκοπα τον πάσχοντα
- Να προσπαθήσετε να τον ακινητοποιήσετε / περιορίσετε τις κινήσεις του ατόμου
- Να ανοίξετε το στόμα του και να τοποθετήσετε οποιοδήποτε αντικείμενο μέσα σ'αυτό
- Δώσετε στον πάσχοντα να πιεί υγρά (νερό), φάρμακα , τροφή κατά τη διάρκεια της κρίσης ή πριν επανέλθουν πλήρως οι αισθήσεις του

(Πατεστος, 2016)

ΚΑΛΕΣΤΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ ΣΤΟ 166 ή 112 ΕΑΝ...

- Οι σπασμοί της κρίσης διαρκέσουν πάνω από 5min
- Υπάρχει επαναληψιμότητα στις κρίσεις
- Περάσουν περισσότερα από 5min μετά την κρίση και δεν ανακτήσει τις αισθήσεις του
- Η κρίση έχει συμβεί μέσα σε νερό
- Το άτομο έχει τραυματιστεί
- Το άτομο είναι έγκυος ή διαβητικό

(Epilepsy Portal, 2013)

3.8 Ψυχικές διαταραχές σε επιληπτικά άτομα

Η επιληψία είναι μια νευρολογική νόσος συχνά συνοδευόμενη από ψυχικές διαταραχές, οι οποίες αποτελούν παράγοντα επιδείνωσης της. Επιπλέον, οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν την λειτουργικότητα της καθώς και την ποιότητα της ζωής των επιληπτικών ατόμων. Συνήθως, εκδηλώνονται με άτυπους χαρακτήρες γεγονός που δυσχεραίνει την κατάταξη τους στα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα.

Οι ψυχικές εκδηλώσεις που μπορεί να παρουσιάσει ένα επιληπτικό άτομο κατά τη διάρκεια της κρίσης ή μετά από αυτή αποτελούν μέρος της κρίσης ή είναι αποτέλεσμα της διαταραχής του επιπέδου συνείδησης που προκαλείται από αυτήν (Στεργίου, Καρλοβασίτου, 2010). Είναι ουσιαστικά για μικρό χρονικό διάστημα κατά την κρίση ή έπειτα από αυτήν και δεν χρήζουν ανάγκη ειδικής θεραπείας πέρα από την αντιεπιληπτική αγωγή. Οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται σε μικρό ποσοστό του συνόλου των επιληπτικών ατόμων και δεν αποτελούν σύνηθες φαινόμενο. Παλαιότερα οι συμπεριφορές αυτές είχαν δημιουργήσει το σχηματισμό του «επιληπτικού χαρακτήρα» και αναφερόταν σε ιδιομορφίες των επιληπτικών ατόμων πχ. για τάση επιθετικότητας, παρορμητικής συμπεριφοράς, θρησκοληψίας κ.α. Στην επιληψία οι κοινωνικές προκαταλήψεις αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα απ' ότι η ίδια η πάθηση. Στο σχηματισμό του χαρακτήρα του ατόμου σημαντικό ρόλο λαμβάνουν οι προκαταλήψεις αυτές που βιώνει καθημερινά το άτομο για την αποδοχή/ένταξή στο οικογενειακό, το κοινωνικό και το επαγγελματικό περιβάλλον. Τέλος, οι διαταραχές θυμικού έχει συσχετιστεί άμεσα με τους φόβους των επιληπτικών ατόμων που έχουν για το μέλλον τους, την ανεργία, την χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω της πάθησης τους καθώς και με τον κοινωνικό στιγματισμό που βιώνουν καθημερινά (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 2004).

Συχνότερες ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνται στην επιληψία

- Καταθλιπτικές διαταραχές (μείζων κατάθλιψη, δυσθυμία, μεσοκριτική διαταραχή)
- Αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, κοινωνική αγχώδης διαταραχή)
- Ψυχωσικές διαταραχές
- Διαταραχή μετατροπής (ψευδοκρίσεις)

- Διασχιστικές καταστάσεις
- Διαταραχές συμπεριφοράς
- Σεξουαλικές διαταραχές
- Διαταραχές προσωπικότητας

Αιτιολογικοί μηχανισμοί εμφάνισης των παραπάνω ψυχικών διαταραχών

- Η ίδια η επιληπτική δραστηριότητα μέσω του μηχανισμού πυροδότησης (kindling)
- Το φαινόμενο της επιβαλλόμενης ομαλοποίησης (forced normalization)
- Η μέση κροταφική σκλήρυνση
- Οι αλλοιώσεις των δομών του μεταιχμιακού συστήματος
- Οι διαταραχές σε επίπεδο νευροδιαβιβαστών
- Οι δευτερογενείς ενδοκρινικές μεταβολές
- Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα
- Η χειρουργική αφαίρεση της επιληπτογόνου εστίας
- Η κληρονομική προδιάθεση
- Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Ψυχωσικές διαταραχές στην επιληψία

- Ψυχωσικές διαταραχές οι οποίες συνδέονται άμεσα με τη κλινική εμφάνιση της επιληπτικής δραστηριότητας

Εμφάνιση ψυχωτικών φαινομένων στη φάση της κρίσης (κριτικές ψυχώσεις) στις εστιακές κρίσεις του κροταφικού λοβού πχ. παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, αυτοματισμοί, διαταραχές σκέψης με τη μορφή της «επιβαλλόμενης σκέψης» («forced thinking»), μετακριτική ψυχωσική διαταραχή, δυσμνησιακά φαινόμενα, αποπροσωποποίηση-αποπραγματοποίηση

- Ψυχωσικές διαταραχές που εμφανίζονται μετά τον έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων

Οι ψυχώσεις αυτές ονομάζονται και «ενναλακτικές ψυχώσεις» («alternative psychosis») και είναι αποτέλεσμα του φαινομένου της «επιβαλλόμενης ομαλοποίησης»

- Ιατρογενείς ψυχωσικές διαταραχές

Οφείλονται στα αντιεπιληπτικά φάρμακα

- Μεσοκριτικές ψυχωσικές διαταραχές

Εμφανίζονται σε ανεξάρτητο χρόνο από τις επιληπτικές κρίσεις και είναι οι συχνότερες

(Στεργίου, Καρλοβασίτου, 2010)

A. 3.9 Γνώσεις για την επιληψία

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι με το πέρασμα των χρόνων η κατανόηση της επιληπτικής νόσου όλο και αυξάνεται. Πάραυτα όμως, ένα τμήμα του γενικού πληθυσμού στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, εξακολουθεί να έχει αρνητικές αντιλήψεις. Κυρίως αυτά τα άτομα είναι ηλικιωμένα και άτομα χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικού υπόβαθρου. Το 1983 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα στην Ιταλία για τις γνώσεις και τις στάσεις που είχε ο πληθυσμός σχετικά με την ασθένεια της επιληψίας. Αυτή η έρευνα, έδειξε ότι το 27% των ερωτηθέντων που ήταν κατά κύριο λόγο ηλικιωμένοι που ζούσαν στο Νότο είχαν χαμηλό κοινωνικό υπόβαθρο και δεν γνώριζαν την ύπαρξη της επιληψίας σαν ασθένεια. Ταυτόχρονα, το 1/3 του πληθυσμού υποστήριζε ότι η επιληψία είναι μια ασθένεια που δεν θεραπεύεται και το 8% ισχυριζόταν ότι είναι μια μορφή εκδήλωσης της παραφροσύνης. Λόγο αυτής της άγνοιας που υπήρξε πάρθηκαν πολλές πρωτοβουλίες από την ιταλική ένωση κατά της επιληψίας (LICE) και από τις διάφορες ενώσεις για την επιληψία, με σκοπό την εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τη διαχείριση των επιληπτικών ατόμων.

Ακόμα, σε μια άλλη έρευνα που έγινε σε μαθητές και φοιτητές για τις γνώσεις και τις στάσεις απέναντι στην επιληψία, διαπιστώθηκε ότι το 91% των ερωτηθέντων είχε κάποια γνώση σχετικά με την ασθένεια, αλλά μόνο το 16% γνώριζε τη συχνότητα της. Επιπλέον, μέσα από αυτή την έρευνα αποδείχθηκε ότι τα παιδιά είχαν

μια λανθασμένη άποψη, καθώς πίστευαν ότι η επιληψία είναι μια ασθένεια που προκαλεί περιορισμούς στην απασχόληση του ασθενή αλλά και ότι είναι σπάνια ιάσιμη. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά και από τις δύο έρευνες αποφασίστηκε να γίνει άλλη μια έρευνα σε όλη την Ιταλία έτσι ώστε να αξιολογηθεί αν υπήρξαν αλλαγές στις γνώσεις και στις στάσεις του κοινού σε σχέση με την επιληψία (25 χρόνια μετά την πρώτη έρευνα).

Στην δεύτερη έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 96% των ατόμων που ερωτήθηκαν γνώριζαν την επιληψία σαν ασθένεια, οι μισοί από φήμες καθώς και το 11,9% από προσωπική ή οικογενειακή εμπειρία. Επιπλέον, περίπου το ήμισυ των περιπτώσεων υποστήριζε ότι γνώριζαν κάποιο επιληπτικό άτομο και το 45% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είχαν δει κάποια στιγμή της ζωής τους μια επιληπτική κρίση, ενώ το 1/3 αυτών δήλωσε ότι δεν είχε ποτέ άμεση ή έμμεση επαφή με κάποιον που παρουσίασε επιληπτική κρίση. Ένα μικρό ποσοστό από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα (29,2%), κατάφερε να δώσει ακριβή περιγραφή της νόσου. Επιπρόσθετα, αξίζει να αναφερθεί ότι το 71,9% πίστευε ότι η επιληψία δεν έχει ηλικιακά όρια και ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που οδηγούν σε πιθανές αιτίες που προκαλούν την ασθένεια αυτή. Παρόλα αυτά το 50,4% ισχυρίζεται ότι δεν γνωρίζει τις αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν την συγκεκριμένη νόσο. Επιπλέον, υπήρξαν άτομα που υποστήριζαν ότι α) η επιληψία είναι ψυχολογική/ψυχιατρική νόσος σε ποσοστό 56,1%, β) σε ποσοστό 36,5% ότι επρόκειτο για μια μορφή παράνοιας, γ) σε ποσοστό 4,1% ότι τα επιληπτικά άτομα είχαν καταληφθεί από κάποιο κακό πνεύμα. Λόγο της ελλιπούς γνώσης περίπου το 1/3 του γενικού πληθυσμού υποστήριζε ότι η επιληψία είναι ασθένεια η οποία δεν είναι ιάσιμη, ενώ επιπλέον έκανε εντύπωση το γεγονός ότι λίγα άτομα (10,7%) γνώριζαν ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο αντιμετώπισης, η χειρουργική επέμβαση.

Το φύλο, η ηλικία και η εκπαίδευση ήταν οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες που συσχετιζόταν με τις μειωμένες γνώσεις που επικρατούσαν για την επιληψία. Όσο αφορά το φύλο οι γυναίκες υποστήριζαν ότι δεν τους ενδιέφερε η επιληψία και η συχνότητά της νόσου καθώς και ότι ήταν ενάντια στο γάμο με άτομα που πάσχουν από επιληψία. Οι άνδρες από την άλλη πλευρά δήλωσαν ότι θεωρούν την επιληψία ανίατη ασθένεια. Οι άνδρες νεαρής ηλικίας παρουσίασαν αρνητική στάση απέναντι στην επιληψία ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας διαπιστώθηκε ότι είχαν λανθασμένες γνώσεις σχετικά με την συχνότητα της νόσου, ότι υποστηρίζαν πως η επιληψία οφείλονταν σε κακά πνεύματα καθώς και ότι τα επιληπτικά άτομα δεν θα έπρεπε να παντρεύονται και να αποκτούν απογόνους. Επιπλέον, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο

αποτελέσει καταλυτικό παράγοντα στις γνώσεις που είχαν σχηματίσει τα άτομα για το συσχετισμό της επιληψίας με τις ψυχικές διαταραχές. Τέλος, εξίσου σημαντικό ρόλο είχε και στην απαγόρευση της οδήγησης και της απόκτησης παιδιών.

Μεταξύ των ερευνών του 1983 και της τελευταίας έρευνας που διεξήχθη, υπήρχαν σημαντικές αλλαγές οι οποίες όμως δεν παρουσίαζαν πάντα θετική βελτίωση. Πιο συγκεκριμένα, με το πέρασμα των χρόνων διαπιστώθηκε ότι, έγινε πιο γνωστή η ασθένεια της επιληψίας, ότι οι άνθρωποι ξεκίνησαν να ενημερώνονται, να μαθαίνουν και να διαβάζουν σχετικά με αυτήν. Αυτό παρατηρήθηκε από την αύξηση του ποσοστού της γνώσης, όπου το 1983 ήταν στο 73%, ενώ στην τελευταία μελέτη του 2010 έφτασε στο 93%. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω δεν ήταν πάντα θετικές οι αλλαγές που γίνονταν με το πέρασμα του χρόνου και αυτό αποδεικνύεται από τα ποσοστά των ερωτηθέντων που δηλώνουν την άγνοιά τους σχετικά με τα αίτια που προκαλούν την επιληψία. Το 1983 το ποσοστό άγνοιας κυμαινόταν στο 16% και το 2010 στο 50%. Επιπλέον, θετική αύξηση υπήρξε στην υποστήριξη ότι η επιληψία είναι μια ιάσιμη ασθένεια, καθώς το 1983 το ποσοστό ανερχόταν στο 37% και το 2010 έφτασε στο 54%. Επιπρόσθετα, στην τελευταία έρευνα συλλέχθηκε μία ακόμα πληροφορία η οποία δεν αναφερόταν στην έρευνα που είχε διεξαχθεί το 1983 η οποία μας δίνει επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τις απόψεις που επικρατούν γύρω από το γάμο. Η πληροφορία αυτή αναφέρει ότι αρκετά μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων (46,2%) ήταν υπέρ στον περιορισμό των γάμων επιληπτικών ατόμων. Επιπρόσθετα, άλλος ένας μέτριος έως και σοβαρός περιορισμός σύμφωνα με τις έρευνες, είναι η αποφυγή κανονικής απασχόλησης των επιληπτικών ατόμων. Στην έρευνα του 1983 το ποσοστό του κοινού που συμφωνούσε σε αυτό τον περιορισμό αντιστοιχούσε στο 30% ενώ το 2010 στο 57% (Mecarelli et al., 2010).

A. 3.10 Στάσεις για την επιληψία

Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί στην ιατρική επιστήμη και στην τεχνολογία (διαγνωστικές εξετάσεις, αντιεπιληπτικά φάρμακα, επεμβατικές τεχνικές), η επιληπτική νόσος εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από το στίγμα. Μια ταξινόμηση του στίγματος είναι η διαφοροποίηση μεταξύ του εσωτερικοποιημένου στίγματος, του διαπροσωπικού στίγματος και του θεσμοποιημένου στίγματος. Το εσωτερικό στίγμα αντανακλά στα συναισθήματα του ατόμου με επιληψία, το διαπροσωπικό στίγμα είναι οι αρνητικές ενέργειες ή οι αντιδράσεις άλλων ενάντια στο άτομο με επιληψία και το θεσμοποιημένο στίγμα αναφέρεται στη θέση που υιοθετεί η κοινωνία (νόμοι) σε

άτομα με επιληψία. Επιπλέον υπάρχει και το αντανακλαστικό στίγμα το οποίο επηρεάζει τους ανθρώπους που έρχονται σε στενή επαφή/τριβή με κάποιον με επιληψία. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τα μέλη της οικογένειας ή ακόμα και τους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Λόγο του φόβου για αντανακλαστικό στίγμα πολλά άτομα οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση τους ανθρώπους με επιληψία, το οποίο επηρεάζει ακόμα και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Μέχρι και σήμερα δεν έχει επιτευχθεί η καταπολέμηση της άγνοιας, του φόβου και της προκατάληψης που υπάρχει απέναντί στην συγκεκριμένη ασθένεια με αποτέλεσμα τα επιληπτικά άτομα να καλούνται να αντιμετωπίσουν συχνά/καθημερινά εμπόδια που προκύπτουν. Τα άτομα με επιληψία είναι σχεδόν αναγκασμένα να υπομένουν τον φόβο, την κοινωνική διάκριση και το κοινωνικό στιγματισμό από τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας, με αποτέλεσμα αυτό να έχει σοβαρό αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία, το οποίο οδηγεί στην σταδιακή δημιουργία ψυχικών προβλημάτων όπως παραδείγματος χάρη την δημιουργία χαμηλής αυτοεκτίμησης, την κατάθλιψη και σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις την αυτοκτονία.

Μεγάλη εντύπωση προξένησε το γεγονός, ότι ανάμεσα στα άτομα του γενικού πληθυσμού που είχαν αρνητικές πεποιθήσεις και έλλειψη γνώσεων για την επιληψία συμπεριλαμβάνονταν και επαγγελματίες υγείας που ενδεχομένως να έρχονταν συχνά ακόμα και σε επαφή με επιληπτικά άτομα. Όπως αποδείχθηκε σε μια έρευνα που έγινε το 2013 σε επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, οι περισσότεροι υποστήριξαν ότι τα άτομα με επιληψία πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες στην εύρεση εργασίας με το γενικό πληθυσμό. Αυτό όμως έρχεται σε αντίθεση με το 7,4% που υποστήριξε ότι τα παιδιά τους δεν ήθελαν να έρχονται σε επαφή και να παίζουν με επιληπτικά παιδιά, αλλά και με το 13,4% που υποστήριξε ότι δεν πρέπει τα επιληπτικά άτομα να γίνονται γονείς καθώς επίσης και με το 67,2% που υποστήριξε ότι δεν θα ήθελε το παιδί τους να παντρευτεί κάποιον με επιληψία.

Οι σοβαρές επιληπτικές κρίσεις αποτελούν το κύριο πρόβλημα των επιληπτικών ατόμων, οι οποίες συνήθως διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ανάλογα με την σοβαρότητά τους οι κρίσεις μπορεί να επιφέρουν το αντίστοιχο αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ατόμου, συμβάλλοντας στη δημιουργία άγχους αλλά και στην απομόνωση από άλλα άτομα. Αυτό δημιουργεί επιπλέον την ανάγκη πολλοί ασθενείς να θέτουν ως πρώτη και βασική προτεραιότητα την προστασία της προσωπικότητάς τους από το κοινωνικό στίγμα παρά την προστασία του εαυτού τους από την ίδια την ασθένειά. Τα παραπάνω ωθούν το άτομο στην αυτοπροστασία από

το κοινωνικό στίγμα με αποτέλεσμα την κρυφή ύπαρξη της ασθένειας από τον κοινωνικό περίγυρο, αυτό με τη σειρά του φέρει ως αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση, την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη αλλά και την δημιουργία του αισθήματος της ανημποριάς (Fiest, Birbeck, Jacoby, Jette, 2014).

Στις υποανάπτυκτες χώρες, όπου κατοικούν περίπου τα 4/5 του παγκόσμιου πληθυσμού με επιληψία, το στίγμα και οι παρερμηνείες γύρω από την ασθένεια της επιληψίας είναι ευρέως διαδεδομένες. Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του στιγματισμού και να υπάρξει βελτίωση στην κατανόηση της ασθένειας, ιδρύθηκε το 2002 η Παγκόσμια Εκστρατεία κατά της Επιληψίας (GCAE) που διοργανώθηκε από τη Διεθνή Ένωση κατά της Επιληψίας με σκοπό να εκπαιδεύσει επαγγελματίες υγείας ώστε να συνδράμουν στη μείωση του αριθμού των ατόμων που λάμβαναν ελλιπή θεραπεία. Επιπλέον, ένα χρόνο μετά το 2003 στην Ταϊλάνδη και συγκεκριμένα στο Khon Kaen, ιδρύθηκε η Ομάδα Ερευνών Επιληψίας (EPREG) στο νοσοκομείο Srinagarind, για να παρέχει δημόσια εκπαίδευση σχετικά με την επιληψία (Saengsuwan et al., 2012).

Ωστόσο, σε έρευνες που διεξήχθησαν για να διερευνηθούν το στίγμα, τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές (ΚΑΡ) αντιμετώπισης των επιληπτικών ασθενών, τα αποτελέσματα τους φανερώνουν ότι οι αρνητικές στάσεις και το στίγμα εξακολουθούν να συνοδεύουν τα επιληπτικά άτομα σε διάφορους τομείς της ζωής τους, όπως παραδείγματος χάρη στην εκπαίδευση, στο γάμο, στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και την εργασία.

Ξεκινώντας από την παιδική ηλικία και τον τομέα της εκπαίδευσης πρέπει να επισημανθεί η ιδιαιτερότητα του τομέα αυτού καθώς αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της κοινωνικοποίησης κάθε ατόμου ο οποίος συνοδεύει το άτομο και στην μετέπειτα ζωή του. Η ιδιαιτερότητα αυτή εξαρτάται ουσιαστικά από την συμπεριφορά και την προσέγγιση των υπολοίπων παιδιών απέναντι στον επιληπτικό συμμαθητή και εξαρτάται από την σωστή ενημέρωση. Οι δάσκαλοι και οι μαθητές θα πρέπει να έχουν λάβει πλήρη γνώση για την συγκεκριμένη ασθένεια ώστε να μπορούν να την αντιμετωπίσουν σωστά, άμεσα και χωρίς πανικό. Επιπλέον θα πρέπει να έχουν την γνώση των παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση μιας επιληπτικής κρίσης. Αυτό θα μπορέσει να βοηθήσει τόσο στην άμεση παροχή βοήθειας και την προστασία του ατόμου από τον στιγματισμό όσο και από το αίσθημα ντροπής το οποίο μπορεί να επιφέρει κοινωνική απομόνωση και ψυχικά προβλήματα. Τέλος σημαντικό είναι να τονιστεί ότι εάν ληφθούν τα παραπάνω μέτρα θα βοηθήσουν ένα

επιληπτικό παιδί να μην απομακρυνθεί από τον χώρο της εκπαίδευσής, και έτσι αναμφισβήτητα δεν θα επηρεαστεί και το μέλλον του από την ασθένεια.

Όσον αφορά τον τομέα της εργασίας είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα επιληπτικά άτομα θα πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες με τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας καθώς αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ανεξαρτητοποίησης και του βιοπορισμού κάθε ατόμου. Ιδιαίτερος στα επιληπτικά άτομα μία θέση εργασίας μπορεί να συνδράμει θετικά στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων των ατόμων, και επιπρόσθετα να βοηθήσει στην ενίσχυση του αισθήματος της αυτοπεποίθησης αλλά και στην αύξηση του αισθήματος της παραγωγικότητας (χρήσιμα άτομα της κοινωνίας). Πάραυτα η κούραση και το στρες μπορεί να αποτελέσουν σημαντικούς παράγοντες πυροδότησης μίας επιληπτικής κρίσης.

Επιπλέον, τα άτομα με επιληψία που είναι επαγγελματικά ενεργά, συχνά βρίσκονται σε δίλημμα αν θα πρέπει να αναφέρουν τόσο στον εργοδότη τους όσο και στους συναδέλφους τους την ασθένειά τους ή εάν θα πρέπει να το κρατήσουν κρυφό καθώς διακατέχονται από τον φόβο μήπως χάσουν τη θέση εργασίας ή μήπως στιγματιστούν και απομονωθούν από τους υπόλοιπους συναδέλφους. Σχετικά λοιπόν με αυτό το δίλημμα μία έρευνα έδειξε ότι το 55% των εργαζομένων ενημέρωσαν τους συναδέλφους τους για το πρόβλημα υγείας που αντιμετώπιζαν και το 64% το είχε αναφέρει μόνο στον εργοδότη του. Μία άλλη έρευνα που έγινε σε Αυστραλούς με επιληψία φανέρωσε ότι το 47% των επιληπτικών ατόμων βίωσε άδικη μεταχείριση λόγω της επιληψίας. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν άνεργα άτομα με επιληψία τα οποία υποστηρίζουν ότι έχουν βιώσει στην προσπάθεια εύρεσης εργασίας το στίγμα με αποτέλεσμα την αποθάρρυνση τους (Fiest, Birbeck, Jacoby, Jette, 2014).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B. 1.1 Σκοπός έρευνας

Η παρούσα εργασία είχε σκοπό να διερευνήσει τις γνώσεις που διαθέτει ο γενικός πληθυσμός για την επιληψία ως νόσο, καθώς και για την στάση του απέναντι στα επιληπτικά άτομα.

B. 1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιες είναι οι γνώσεις του γενικού πληθυσμού για την επιληψία
- Ποιες είναι οι στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στα άτομα με επιληψία

B. 1.3 Είδος μελέτης

Η μελέτη υιοθέτησε τον σχεδιασμό της περιγραφικής συγχρονικής μελέτης με μερικές συσχετίσεις.

B. 1.4 Δεοντολογία της έρευνας και διασφάλιση ανωνυμίας

Στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης, η έρευνα εστιάζεται συνεχώς πάνω σε ανθρώπινα υποκείμενα: στα πιστεύω, στις θέσεις και στις εμπειρίες τους που συνοδεύονται με την αρρώστια, στις συμπεριφορές αντιμετώπισης, στα συστήματα υποστήριξης και στο περιβάλλον που μπορεί να δράσει ως παράγοντας ύπαρξης ή μη διαφόρου βαθμού άγχους. Η επιτυχία μιας τέτοιας έρευνας εξαρτάται από την αποτελεσματική εισχώρηση μέσα σε δραστηριότητες άλλων ατόμων, πράγμα που εγείρει ηθικά θέματα περί του τι είναι σωστό ή λαθεμένο.

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη. Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το τμήμα Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι Ηρακλείου. Κάθε ερωτώμενος ενημερώθηκε προφορικά για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας καθώς και για

την εθελοντικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών και λύθηκαν οι αντίστοιχες απορίες που προέκυψαν.

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά.

Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

B. 1.5 Ερευνητικό πεδίο – χρόνος διεξαγωγής

Η έρευνα διεξήχθη στο Ηράκλειο Κρήτης. Σύμφωνα με την απογραφή του 2011 η περιφέρεια Ηρακλείου έχει πληθυσμό 304.270 κατοίκους, εκ των οποίων 150.810 είναι άρρενες και 153.460 θήλειες (Ελληνική Δημοκρατία Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011).

Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ενήλικες (18–65+ ετών) που διαμένουν στην πόλη του Ηρακλείου. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά τη χρονική διάρκεια τριών μηνών.

B. 1.6 Δειγματοληπτική μέθοδος

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος επιλογής των ατόμων που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη και αποτέλεσαν το δείγμα της, η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας. Η μέθοδος δειγματοληψίας ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία (accidental or convenience sampling), επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Η επιλογή της δειγματοληπτικής μεθόδου έγινε με βάση τα εξής κριτήρια: είναι γρήγορη, οικονομική και πραγματοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα

(Μερκούρης, 2008).

B. 1.7 Ερευνητικό εργαλείο

Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων, επιλέχτηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτό- αναφοράς το οποίο βασίστηκε σε σχετικές μελέτες (Fernandes, Noronha, Sander, Li, 2008), (Tedrus et al., 2007), (Mecarelli et al., 2007), (Hasan et al., 2010), (Gourie-Devi et al., 2010). Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 3 ενότητες ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται είναι κλειστού τύπου κατηγορικές και ερωτήσεις επιλογής πολλαπλών απαντήσεων. Η πρώτη ενότητα ερωτήσεων μετράει τις γνώσεις σχετικά με την επιληπτική κρίση, η δεύτερη ενότητα περιέχει ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις απέναντι σε άτομα με επιληψία και η τρίτη ενότητα ερωτήσεων περιλαμβάνει ερωτήσεις για την συλλογή δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

B. 1.8 Μεθοδολογικές σημειώσεις – Διευκρινήσεις

Δεν υπήρχαν σημεία ελλειπυσών αποκρίσεων (missing values) στα ερωτηματολόγια της έρευνας. Στην κλίμακα Γνώσεων, που περιλάμβανε 7 ερωτήσεις ή 22 πολλαπλών υποερωτημάτων και αποκρίσεων, εκτιμήθηκε βαθμολογία (score) Γνώσεων για την επιληψία. Οι ορθές - θετικές αποκρίσεις αφορούσαν 11 υποερωτήματα από το σύνολο των 22 και ήταν αμοιβαία αποκλειόμενα (π.χ. αν κάποιος απαντούσε στην ορθή απόκριση, δεν απαντούσε στις υπόλοιπες υποερωτήσεις της ερώτησης). Ανάλογα ακολουθήθηκε και στις Στάσεις όπου εκτιμήθηκε βαθμολογία θετικών Στάσεων για την επιληψία. Οι ορθές - θετικές αποκρίσεις αφορούσαν 12 ερωτήσεις με συνολικά 27 υποερωτήματα, επίσης αμοιβαία αποκλειόμενα (π.χ. αν κάποιος απαντούσε στην θετική απόκριση, δεν απαντούσε στις υπόλοιπες υποερωτήσεις της ερώτησης). Οι 11 ορθές ερωτήσεις γνώσεων και 12 θετικές αποκρίσεις στάσεων, παρουσιάζονται στους πίνακες των αποτελεσμάτων. Η αναγωγή των δυο βαθμολογιών έγινε με άθροιση και μετασχηματισμός των τιμών τους στην κλίμακα 0-100. Υψηλές τιμές υποδηλώνουν καλές γνώσεις και θετικές στάσεις σε θέματα για την επιληψία.

B. 1.9 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 24.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 120 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Στον έλεγχο διαφοράς και συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε σχετικές ερωτήσεις, υπολογίστηκαν κατά περίπτωση με την μέθοδο χ^2 ή και την δυνωμική. Η σύγκριση της βαθμολογίας γνώσεων και στάσεων ως προς τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων έγινε με τις Mann Whitney & Kruskal Wallis. Τέλος για τη συσχέτιση τους έγινε απλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

B. 1.10 Πιλοτική μελέτη

Δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας, πριν την εφαρμογή έπρεπε να προηγηθεί πιλοτική μελέτη. Η πιλοτική μελέτη έχει ως στόχο τον έλεγχο της καταλληλότητας του ερωτηματολογίου της έρευνας ως προς τη διατύπωση και τη σειρά των ερωτήσεων και την κατανόηση τους από τους ερωτώμενους, ενώ διενεργείται πριν την διεξαγωγή της κύριας μελέτης.

Πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε μικρό, τυχαίο δείγμα (19 ερωτηματολόγια), στη φάση σύνταξης του ερωτηματολογίου, αποτελούμενο από δεκαεννιά (19) πολίτες του Ηρακλείου. Τους ζητήθηκε να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο και να σχολιάσουν τυχόν ασάφειες ή λάθη, καθώς επίσης εάν το ερωτηματολόγιο ήταν κουραστικό και χρονοβόρο.

Παρατηρήθηκε ταυτόχρονα και καταγράφηκε η αμεσότητα απάντησης κάθε ερώτησης, ο μέσος χρόνος απάντησης του ερωτηματολογίου συνολικά, όπως επίσης και αν χρειάστηκε να διαβάσουν δεύτερη φορά κάποια ερώτηση, προκειμένου να εκτιμηθεί αν οι ερωτήσεις ήταν άμεσα κατανοητές. Με βάση τα σχόλια και τις παρατηρήσεις που διατυπώθηκαν έγιναν οι εξής αλλαγές:

- Αποσαφηνίστηκε ότι μπορούν να επιλεγούν περισσότερες από μία απαντήσεις
- Επαναδιατυπώθηκαν οι ερωτήσεις 1, 2, 3, 8, 13 και αφαιρέθηκε η ερώτηση 19 και έμειναν 19 ερωτήσεις από τις 20 αρχικές

Συμπεριλήφθηκε στην 1η ερώτηση και στην 7η το «δεν γνωρίζω/δεν απαντώ»,

καθώς και στην ερώτηση 8 το «όλα τα παραπάνω» και «τίποτα από τα παραπάνω». Επιπλέον αλλάχθηκε η δομή στις ερωτήσεις 7, 8, 9, 10 και 11.

B. 1.11 Αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 120 άτομα, γενικού πληθυσμού της πόλης του Ηρακλείου της Κρήτης (response rate 66,6%), εκ των οποίων 82 (ποσοστό 68,3%) ήταν γυναίκες και 38 (ποσοστό 31,7%) ήταν άνδρες. Όσον αφορά την ηλικία, το ποσοστό (38,3%) κυμαίνονταν ηλικιακά μεταξύ 25-34 ετών, ενώ ακολούθησαν με ποσοστό (22,5%) ηλικιακά εύρη 18-24 και 45-54 ετών. Η μέση ηλικία ήταν $31,2 \pm$ τυπική απόκλιση 14,0. Από τους συμμετέχοντες ποσοστό 75% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και αμέσως μετά ακολουθούσαν οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό (17,5%). Πενήντα επτά (57) άτομα, ποσοστό (47,5%) δήλωσε ότι ήταν άγαμος/η και πενήντα έξι (56) άτομα ποσοστό (46,7%) δήλωσε ότι ήταν έγγαμος/η, ενώ δήλωσαν επίσης σε ποσοστό 59,2% ότι δεν είχαν τέκνα ενώ σε ποσοστό (40,8%) ότι είχαν τέκνα. Ογδόντα (80) άτομα ποσοστό (66,7%) συμμετεχόντων δήλωσε ότι κατοικούσε σε αστική περιοχή, ενώ 21 άτομα (ποσοστό 17,5%) ότι κατοικούσε σε ημιαστική περιοχή (βλέπε Πίνακα 1).

Περιγραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Πίνακας 1. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 120 συμμετεχόντων στην έρευνα.

		v	%
Φύλο	<i>άνδρας</i>	38	31,7
	<i>γυναίκα</i>	82	68,3
Ηλικία	<i>18-24</i>	27	22,5
	<i>25-34</i>	46	38,3
	<i>35-44</i>	9	7,5
	<i>45-54</i>	27	22,5
	<i>55+</i>	11	9,2
	<i>μέση ηλικία±τυπ. απόκλ.</i>	31,2±14,0	
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Έγγαμος/η</i>	56	46,7
	<i>Άγαμος/η</i>	57	47,5
	<i>Χήρος/α, Διαζευγμένος/η</i>	7	5,8
Παιδιά	<i>Ναι</i>	49	40,8
	<i>Όχι</i>	71	59,2
Μορφωτικό επίπεδο	<i>Χωρίς μόρφωση</i>	4	3,3
	<i>Α'βάθμια</i>	5	4,2
	<i>Β'βάθμια</i>	21	17,5
	<i>Γ'βάθμια</i>	90	75,0

Τόπος κατοικίας	Αστική περιοχή	80	66,7
	Ημιαστική	21	17,5
	Αγροτική	19	15,8

Όσον αφορά τη συχνότητα αποκρίσεων των 120 συμμετεχόντων στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις γνώσεις για την επιληψία τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής: Στην ερώτηση «Γνωρίζετε τι είδους ασθένεια είναι η επιληψία;», ποσοστό (81,7%) απάντησε ότι πρόκειται για νευρολογική ασθένεια ενώ το (21,7%) ότι πρόκειται για κληρονομική. Στην ερώτηση «Ποια από τα παρακάτω αίτια πιστεύετε ότι αποτελούν αίτια εμφάνισης της επιληψίας;» ποσοστό (59,2%) απάντησε ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, ποσοστό (39,2%) σε τραυματική εγκεφαλική βλάβη, ενώ το (20,8%) υποστήριξε ότι οφείλεται σε γενετικές ανωμαλίες και το (15%) σε όγκο του εγκεφάλου. Επίσης στην ερώτηση «Γνωρίζεται πως αντιμετωπίζεται η επιληψία;» ποσοστό (76,7%) αποκρίθηκε στην απάντηση «με συγκεκριμένα φάρμακα» ενώ ελάχιστη διαφορά απόκρισης υπήρξε ανάμεσα στις απαντήσεις «Με νευρολογική επέμβαση» ποσοστό (16,7%), «Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ» ποσοστό (15%). Στην ερώτηση τι θα κάνατε «Κατά τη διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης» ποσοστό (50%) απάντησε ότι θα προσπαθούσε να απομακρύνει αντικείμενα από κοντά του για να μην τραυματιστεί και ότι θα έβαζε κάτω από το κεφάλι του άτομο κάτι μαλακό (μαξιλάρι, ρούχο), ενώ το (35%) θα τοποθετούσε το άτομο στο πλάι για να μην κάνει εισρόφηση και το (22,5%) θα προσπαθούσε να κρατήσει το θύμα ακίνητο για να μην τραυματιστεί. Τέλος στην ερώτηση τι θα κάνατε «Κατά τη διάρκεια επιληπτικών κρίσεων;» το (47,5%) απάντησε ότι θα προσπαθούσε να ανοίξει το στόμα του για να μπορέσει να αναπνεύσει ενώ η συγκεκριμένη απάντηση αποτέλεσε μη επιλογή (52,5), ωστόσο το 29,2% απάντησε ότι δεν θα προσπαθούσε να ανοίξει το στόμα με μη επιλογή (70,8).

Στην ερώτηση με απάντηση τύπου ναι, όχι, δεν γνωρίζω δεν απαντώ σχετικά με το αν «Πιστεύετε ότι η επιληψία είναι μια ιάσιμη ασθένεια το (28,3%) απάντησε θετικά, το (45,8%) αρνητικά, ενώ μικρή διαφορά με την θετική απάντηση είχε η απάντηση δεν γνωρίζω/δεν απαντώ με ποσοστό (25,9%). Επιπλέον στην ερώτηση οι επιληπτικοί λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή η οποία: α) μπορεί να τους θεραπεύει εντελώς (ποσοστό 58,3% απάντησε αρνητικά και 30% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ), β) μόνο μειώνει την συχνότητα των κρίσεων (ποσοστό 72,5% απάντησε θετικά και 20,8% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ) και γ) Ξεπερνιούνται οι σπασμοί στην πλειονότητα των περιπτώσεων (ποσοστό 55,0% απάντησε θετικά ενώ το 31,7% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ), (βλέπε Πίνακα 2).

Γνώσεις για την επιληψία

Πίνακας 2. Συχνότητα αποκρίσεων 120 συμμετεχόντων στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις Γνώσεις για την επιληψία

		Μη επιλογή	Επιλογή	
			%	
Γνωρίζετε τι είδους ασθένεια είναι η επιληψία;	Νευρολογική	18,3	81,7*	
	Ψυχιατρική	99,2	0,8*	
	Μεταδοτική	100,0	-	
	Κληρονομική	78,3	21,7*	
	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	94,2	5,8*	
Ποια από τα παρακάτω αίτια πιστεύετε ότι αποτελούν αιτία εμφάνισης της επιληψίας;	Γενετικοί παράγοντες	40,8	59,2	
	Τραυματική εγκεφαλική βλάβη	60,8	39,2*	
	Μολυσματικές ασθένειες του εγκεφάλου	88,3	11,7*	
	Γενετικές ανωμαλίες	79,2	20,8*	
	Όγκος του εγκεφάλου	85,0	15,0*	
	Στρες	86,7	13,3*	
	Άλλο	96,7	3,3*	
	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	88,3	11,7*	
Γνωρίζετε πως αντιμετωπίζεται η επιληψία;	Με συγκεκριμένα φάρμακα	23,3	76,7*	
	Με Νευρολογική επέμβαση	83,3	16,7*	
	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	85,0	15,0*	
	Άλλο	97,5	2,5*	
Κατά την διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης:	θα προσπαθούσα να κρατήσω το θύμα ακίνητο για να μην τραυματιστεί	77,5	22,5*	
	θα προσπαθούσα να απομακρύνω αντικείμενα από κοντά του για να μην τραυματιστεί και θα έβαζα κάτω από το κεφάλι του κάτι μαλακό (μαξιλάρι, ρούχο)	50,0	50,0	
	θα τον τοποθετούσα στο πλάι για να μην κάνει εισρόφηση	65,0	35,0*	
	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	89,2	10,8*	
Κατά την διάρκεια επιληπτικών κρίσεων:	Θα προσπαθούσα να ανοίξω το στόμα του για να μπορέσει να αναπνεύσει	52,5	47,5	
	Δεν θα προσπαθούσα να ανοίξω το στόμα του	70,8	29,2*	
	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	76,7	23,3*	
		όχι	ναι	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ
		%		
Πιστεύετε ότι η επιληψία είναι μια ιάσιμη ασθένεια;		45,8	28,3	25,9*
Οι επιληπτικοί λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή η οποία :	Μπορεί να τους θεραπεύει εντελώς	58,3	11,7	30,0*
	Μόνο μειώνει την συχνότητα των κρίσεων	6,7	72,5	20,8*
	Ξεπερνιούνται οι σπασμοί στην πλειονότητα των περιπτώσεων	13,3	55,0	31,7*

Με έντονα εμφανίζονται οι ορθές αποκρίσεις γνώσεων.

2

Έλεγχοι χ^2 & διωνυμικός. Διαπιστώθηκε σημαντική ($p < 0.001$) διαφοροποίηση αποκρίσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

Όσον αφορά τη συχνότητα αποκρίσεων των 120 συμμετεχόντων στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις στάσεις για την επιληψία η στατιστική συσχέτιση στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι η επιληψία αποτελεί σημαντικό εμπόδιο σχετικά με...» ποσοστό (44,2%) αποκρίθηκε στην οδήγηση, ποσοστό (20,8%) στην άθληση και (35,0%) απάντησε όλα τα παραπάνω (στην οδήγηση, τη δουλειά, την άθληση, την στρατιωτική θητεία και στο γάμο/να έχει παιδιά). Στην ερώτηση «Αν είχατε επιληψία πόσο εύκολα θα μιλούσατε γι' αυτό με άλλους» ποσοστό (55,0%) αποκρίθηκε ότι θα μιλούσε γι' αυτό μόνο σε ανθρώπους πολύ κοντινούς ενώ το «θα μιλούσα γι' αυτό ανοικτά με τον καθένα» αποτέλεσε μη επιλογή (60,8) και θετική επιλογή σε ποσοστό (39,2%). Επιπλέον στην ερώτηση «Πως θα αντιδρούσατε αν μαθαίνατε ότι κάποιος που γνωρίζετε έχει επιληψία» ποσοστό (82,5%) απάντησε ότι θα του συμπεριφερόταν όπως πριν ενώ το (10%) θα αισθανόταν λίγο αμήχανα, θα φοβόταν και θα προτιμούσε να αποφύγει το άτομο με επιληψία. Τέλος στην ερώτηση αν «Θα συμφωνούσατε τα παιδιά σας να παίξουν με επιληπτικούς» ποσοστό (71,7%) απάντησε ότι θα συμφωνούσε ενώ ποσοστό (20,8%) ότι θα ήταν λίγο διστακτικό σχετικά με αυτό και ποσοστό (2,5%) επέλεξε ότι θα το απέφευγε.

Σε οκτώ ερωτήσεις που τέθηκαν για να μετρηθεί η συχνότητα των 120 συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με τις στάσεις για την επιληψία με δυνατότητες απόκρισης ναι, όχι, δεν γνωρίζω/δεν απαντώ δόθηκαν οι παρακάτω απαντήσεις σε ποσοστά επί τοις %:

Στην ερώτηση αν η επιληψία είναι πιο συχνή σε άτομα χαμηλών κοινωνικών-οικονομικών τάξεων ποσοστό 82,5% απάντησε όχι. Στο αν θα παντρευόσασταν κάποιο άτομο με διαγνωσμένη επιληψία ποσοστό (44,2%) απάντησε δεν γνωρίζω/δεν απαντώ ενώ ποσοστό (34,2%) ότι θα παντρευόταν. Επίσης στην ερώτηση αν η επιληψία αποτελεί εμπόδιο για ευτυχισμένη ζωή ποσοστό (61,7%) αποκρίθηκε αρνητικά, ενώ ποσοστό (20,0%) θετικά το οποίο είχε ελάχιστη στατιστική διαφορά με το δεν γνωρίζω/δεν απαντώ με που εμφάνιζε ποσοστό (18,3%). Στην τέταρτη ερώτηση αν οι επιληπτικοί μπορούν να ζήσουν μία φυσιολογική σεξουαλική ζωή ποσοστό (70,8%) απάντησε θετικά, ενώ στην πέμπτη ερώτηση αν η κοινωνία κάνει διακρίσεις εις βάρος των επιληπτικών οι στατιστικές απαντήσεις που δόθηκαν εμφάνιζαν μικρή απόκλιση με ποσοστό (35,8%) να απαντά δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

(34,2%) να απαντά ναι η κοινωνία κάνει διακρίσεις και ποσοστό (30,0%) ότι η κοινωνία δεν κάνει διακρίσεις. Στο αν οι επιληπτικοί θα πρέπει να απομονώνονται από τον φυσιολογικό κόσμο (93,4%) απάντησε αρνητικά ενώ στην ερώτηση αν οι επιληπτικοί μπορούν να λάβουν ακαδημαϊκή μόρφωση το (86,7%) απάντησε θετικά ότι μπορούν. Τέλος στην ερώτηση αν οι άνθρωποι με επιληψία θα πρέπει να οδηγούν ποσοστό (41,7%) απάντησε αρνητικά, (20,8%) θετικά και (37,5%) δεν γνωρίζω/δεν απαντώ (βλέπε Πίνακα 3).

Στάσεις για την επιληψία

Πίνακας 3. Συχνότητα αποκρίσεων 120 συμμετεχόντων στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις Στάσεις για την επιληψία.

		Μη επιλογή	Επιλογή	
		%		
Πιστεύετε ότι η επιληψία αποτελεί σημαντικό εμπόδιο σχετικά με:	<i>Την οδήγηση</i>	55,8	44,2	
	<i>Την δουλειά</i>	94,2	5,8*	
	<i>Την άθληση</i>	79,2	20,8*	
	<i>Την στρατιωτική θητεία</i>	90,0	10,0*	
	<i>Το Γάμο /να έχει παιδιά</i>	95,0	5,0*	
	<i>Όλα τα παραπάνω</i>	65,0	35,0*	
	Τίποτα από τα παραπάνω	82,5	17,5*	
Αν είχατε επιληψία πόσο εύκολα θα μιλούσατε γι' αυτό με άλλους ;	<i>Θα το κρατούσα ως μυστικό απ' όλους</i>	95,8	4,2*	
	<i>Θα μιλούσα γι' αυτό μόνο σε ανθρώπους πολύ κοντά σε εμένα</i>	45,0	55,0	
	Θα μιλούσα γι' αυτό ανοικτά με τον καθένα	60,8	39,2*	
	<i>Δεν γνωρίζω /δεν απαντώ</i>	97,5	2,5*	
Πως θα αντιδρούσατε αν μαθαίνατε ότι κάποιος που γνωρίζετε έχει επιληψία ;	Θα του συμπεριφερόμουν όπως πριν	17,5	82,5*	
	<i>Θα αισθανόμουν λίγο αμήχανα, θα φοβόμουν και θα προτιμούσα να τον αποφύγω</i>	90,0	10,0*	
	<i>Θα αισθανόμουν πολύ περίεργα, θα φοβόμουν και θα σταματούσα να επικοινωνώ μαζί του</i>	95,0	5,0*	
	<i>Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ</i>	97,5	2,5*	
Θα συμφωνούσατε τα παιδιά σας να παίζουν με επιληπτικούς;	Θα συμφωνούσα	28,3	71,7*	
	<i>Θα ήμουν λίγο διστακτικός σχετικά με αυτό</i>	79,2	20,8*	
	<i>Θα ήμουν πολύ διστακτικός σχετικά με αυτό</i>	95,0	5,0*	
	<i>Θα το απέφευγα</i>	97,5	2,5*	
		όχι	ναι	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ
		%		
Η επιληψία είναι πιο συχνή σε άτομα χαμηλών κοινωνικο - οικονομικών τάξεων;		82,5	2,5	15,0*

Θα παντρευόσασταν κάποιον που έχει διαγνωσμένη επιληψία;	21,7	34,2	44,2*
Πιστεύετε ότι η επιληψία είναι ένα εμπόδιο για μια ευτυχισμένη ζωή;	61,7	20,0	18,3*
Πιστεύετε ότι οι επιληπτικοί μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική σεξουαλική ζωή;	11,7	70,8	17,5*
Πιστεύετε ότι η κοινωνία κάνει διακρίσεις εις βάρος των επιληπτικών;	30,0	34,2	35,8
Πιστεύετε ότι οι επιληπτικοί ασθενείς θα πρέπει να απομονώνονται από τον φυσιολογικό πληθυσμό;	93,4	3,3	3,3*
Πιστεύετε ότι οι επιληπτικοί μπορούν να λάβουν ακαδημαϊκή μόρφωση;	2,5	86,7	10,8*
Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με επιληψία θα πρέπει να οδηγούν ;	41,7	20,8	37,5*

Με έντονα εμφανίζονται οι θετικές αποκρίσεις στάσεων.

2

Έλεγχος χ^2 & διωνυμικός. Διαπιστώθηκε σημαντική ($p < 0.001$) διαφοροποίηση αποκρίσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

Όσον αφορά τα επίπεδα κλιμάκων γνώσεων και στάσεων στους 120 συμμετέχοντες ως προς το φύλο τους, οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλές/μέτριες γνώσεις εν συγκρίσει με τους άνδρες το οποίο στη συνέχεια έρχεται σε αντίθεση με τις στάσεις, όπου οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερο θετικές στάσεις απέναντι στα επιληπτικά άτομα σε σχέση με τους άνδρες που εμφανίζουν λιγότερο θετικές στάσεις. Επιπλέον το (9,2%) έχει υψηλό επίπεδο γνώσεων και το (18,3%) εμφανίζει θετικές στάσεις (βλέπε Πίνακα 4).

Πίνακας 4. Επίπεδα κλιμάκων Γνώσεων & Στάσεων στους συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς το φύλο τους.

Κλίμακες	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	p-value
Γνώσεων	51,4±19,2 [†]	50,7±19,2	51,7±19,4	0,632
<i>Χαμηλές/μέτριες ή <75ⁿ εκατ. θέση</i>	90,8 [‡]	86,8	92,7	0,322
<i>Υψηλές ή 75ⁿ + εκατ. θέση</i>	9,2 [‡]	13,2	7,3	
Στάσεων	56,5±17,4 [†]	56,8±18,6	56,4±16,9	0,989
<i>Μη θετικές ή <75ⁿ εκατ. θέση</i>	81,7 [‡]	84,2	80,5	0,624
<i>Θετικές ή 75ⁿ + εκατ. θέση</i>	18,3 [‡]	15,8	19,5	

†

Μέση τιμή±τυπική απόκλιση. Έλεγχος Mann Whitney.

Όσον αφορά τα επίπεδα κλιμάκων των γνώσεων και των στάσεων στους συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς τα γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά τους, παρατηρούμε ότι, με βάση τις ηλικιακές ομάδες, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο κατοικίας και την απόκτηση τέκνων του δείγματος δεν παρατηρούνται στατιστικές διαφορές μεταξύ των γνώσεων και των στάσεων που έχουν τα άτομα. Στατιστική διαφορά παρατηρείται στο μορφωτικό επίπεδο όπου, οι υψηλές γνώσεις και οι θετικές στάσεις αυξάνονται όσο αυξάνεται και το μορφωτικό επίπεδο (βλέπε Πίνακα 5).

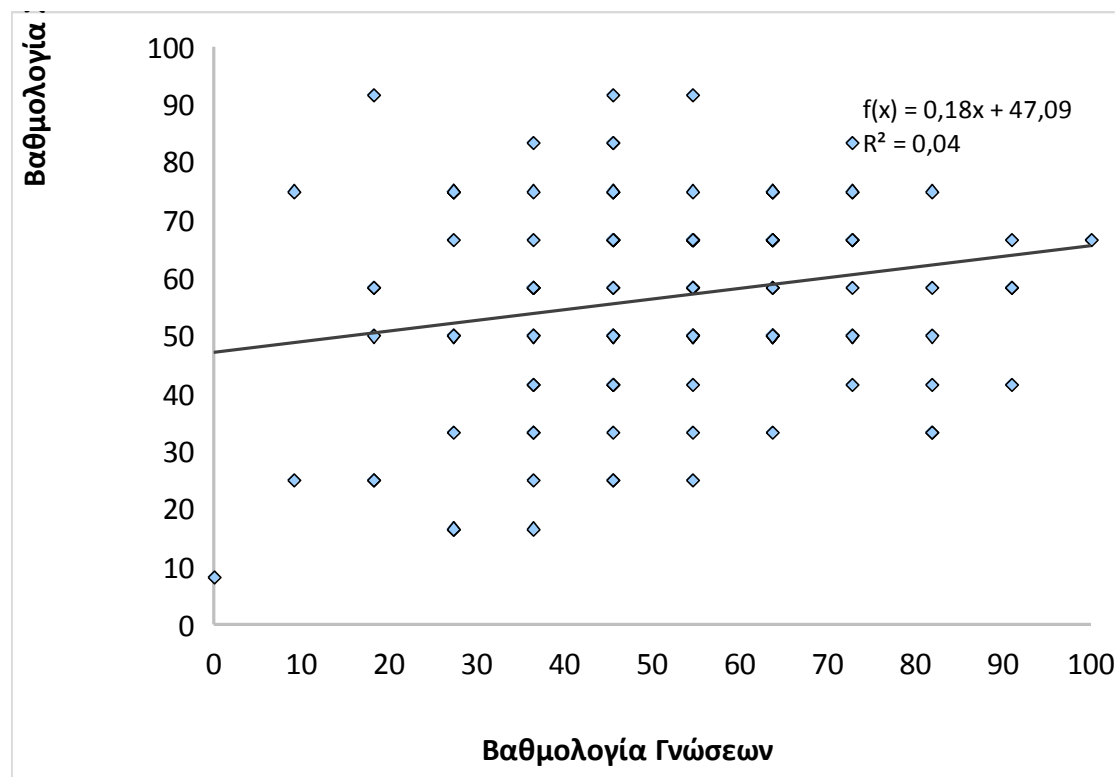
Πίνακας 5. Επίπεδα κλιμάκων Γνώσεων & Στάσεων στους συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς τα γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά τους.

		N	Κλίμακα	
			Γνώσεων	Στάσεων
		Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)		
Ηλικία	18-24	27	53,5 (16,6)	54,3 (17,8)
	25-34	46	51,8 (18,6)	58,9 (16,1)
	35-44	9	45,5 (24,8)	43,5 (21,6)
	45-54	27	55,2 (18,7)	61,4 (12,6)
	55+	11	39,7 (22,4)	50,8 (23,1)
	<i>p-value</i>			0,461
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	56	49,2 (22,2)	56,4 (18,8)
	Άγαμος/η	57	54,2 (16,7)	57,0 (16,0)
	Χήρος/α, Διαζευγμένος/η	7	45,5 (7,4)	53,6 (19,2)
	<i>p-value</i>		0,315	0,846
Παιδιά	Ναι	49	47,7 (21,7)	54,2 (18,9)
	Όχι	71	53,9 (17,1)	58,1 (16,3)
	<i>p-value</i>		0,158	0,432
Μορφωτικό επίπεδο	Χωρίς μόρφωση	4	22,7 (24,1)	27,1 (21,9)
	Α΄βάθμια	5	38,2 (13,5)	48,3 (27,9)
	Β΄βάθμια	21	46,3 (20,1)	58,7 (18,3)
	Γ΄βάθμια	90	54,5 (17,7)	57,8 (15,2)
	<i>p-value</i>		0,053	0,367
Τόπος κατοικίας	Αστική περιοχή	80	52,6 (19,6)	58,2 (15,3)
	Ημιαστική	21	48,1 (20,9)	60,3 (20,4)
	Αγροτική	19	49,8 (16,1)	45,2 (18,9)

Έλεγχοι Mann Whitney & Kruskal Wallis

Όσον αφορά τη συσχέτιση των επιπέδων κλιμάκων των γνώσεων και των στάσεων στους συμμετέχοντες της μελέτης παρατηρείται ότι όσο περισσότερο αυξάνονται οι γνώσεις που έχουν τα άτομα τόσο αυξάνονται και οι θετικές τους στάσεις (βλέπε Σχήμα 1).

Σχήμα 1. Συσχέτιση επιπέδων κλιμάκων Γνώσεων & Στάσεων στους συμμετέχοντες στη μελέτη.



Από την παραπάνω γραμμική συσχέτιση φαίνεται ότι όσο αυξάνεται το επίπεδο γνώσεων, αυξάνονται και οι θετικές στάσεις σε θέματα επιληψίας ($r=0.203$, $p=0.026$).

B. 1.12 Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ερωτηθέντες βρίσκονται σε ένα σχετικά μέτριο επίπεδο γνώσεων και στάσεων, τουλάχιστον στην πλειοψηφία των απαντήσεων. Παρόμοιο αποτέλεσμα έχουμε στην έρευνα (Mecarelli et al., 2010), η οποία πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα του πληθυσμού της Ιταλίας. Τα αποτελέσματα σε αυτή την έρευνα δείχνουν μέτριο προς χαμηλό επίπεδο γνώσεων και στάσεων των ερωτηθέντων και υπάρχουν στην πλειοψηφία λάθος απαντήσεις.

Όσον αφορά το επίπεδο των γνώσεων συγκριτικά με τα δύο φύλα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες του δείγματός μας διέθεταν λιγότερες γνώσεις από τον ανδρικό πληθυσμό του δείγματος, αλλά παρουσίαζαν συγκριτικά καλύτερες στάσεις απέναντι στα επιληπτικά άτομα. Όμοια αποτελέσματα έδειξε μία δεύτερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία (Mecarelli et al., 2010), όπου το φύλο αποτελούσε έναν από τους πιο συνηθισμένους παράγοντες που συσχετιζόταν με τις γνώσεις και τις στάσεις που επικρατούσαν. Συγκεκριμένα, στην αντίστοιχη Ιταλική έρευνα τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες διέθεταν μειωμένες γνώσεις, αλλά υπήρξε η διαφοροποίηση ότι παρουσίαζαν επίσης και αρνητικές στάσεις.

Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρέασε τις γνώσεις και τις στάσεις των ερωτηθέντων, ήταν το μορφωτικό επίπεδο. Παρατηρήθηκε ότι αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα στην αύξηση των γνώσεων αλλά και των θετικών στάσεων. Συγκεκριμένα, τα άτομα που ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης παρουσίαζαν καλύτερες γνώσεις και στάσεις. Τα στοιχεία αυτά συνάδουν με αυτά της έρευνας (Mecarelli et al., 2010), όπου το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελούσε καταλυτικό παράγοντα των γνώσεων που διέθεταν τα άτομα.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας φανερώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γνωρίζει τι είδους ασθένεια είναι η επιληψία, δηλώνοντας στην πλειοψηφία την πρώτη επιλογή ότι πρόκειται για νευρολογική ασθένεια. Κάτι παρόμοιο συμβαίνει και σε μία άλλη έρευνα που διεξάχθηκε στην Ιταλία και συγκεκριμένα στη Ρώμη (Mecarelli et al., 2007), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό έδωσε ως κύρια απάντηση αυτή που αντιστοιχούσε σε νευρολογική πάθηση. Ακόμα, ενδιαφέρον παρουσιάζει μια μεγάλη αντίθεση μεταξύ αυτών των δυο ερευνών, στο ερώτημα που σχετίζεται με την αίτια εμφάνισης της επιληψίας. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα, η απάντηση που είχε το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν εκείνη που αντιστοιχούσε στους γενετικούς παράγοντες, έπειτα ακολουθεί με αρκετά μεγάλο ποσοστό και σαν δεύτερη απάντηση με περίπου 10% απόκλιση, η επιλογή της τραυματικής εγκεφαλικής βλάβης. Στην αντίστοιχη Ιταλική μελέτη (Mecarelli et al., 2007), οι γενετικοί παράγοντες μεν έχουν δοθεί ως απάντηση, αλλά σαν δεύτερη επιλογή, ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

Ακόμα, ένα ερώτημα που τέθηκε και στις δύο αυτές έρευνες, είναι αν η επιληψία είναι μια ιάσιμη ασθένεια. Στην παρούσα έρευνα οι ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά. Αντίθετα, στην έρευνα που διεξήχθη στη Ρώμη (Mecarelli et al., 2007), το μεγαλύτερο ποσοστό, λίγο πάνω από το μισό, έδωσε ως απάντηση το δεν γνωρίζω/δεν

απαντώ χωρίς να τοποθετηθεί.

Διαπιστώνουμε επίσης ότι στην ερώτηση που σχετίζεται με την φαρμακευτική αγωγή, υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό το οποίο αντιλαμβάνεται, ότι η αγωγή μειώνει την συχνότητα των κρίσεων και δεν την θεραπεύει πλήρως. Απεναντίας, σε μία αντίστοιχη έρευνα (Tedrus et al., 2007), το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι η φαρμακευτική αγωγή δεν θεραπεύει τελείως ενώ παρόμοιο ποσοστό απαντήσεων δόθηκε και για το ότι η φαρμακευτική αγωγή δεν μπορεί να μειώσει τη συχνότητα των κρίσεων εν αντιθέσει με την παρούσα έρευνα όπου το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι μπορούν να ξεπεραστούν οι σπασμοί στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων, σχεδόν το μισό, απάντησε ότι η επιληψία αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την οδήγηση. Αντίστοιχα, αποτελέσματα παρουσιάζει και η έρευνα (Mecarelli et al., 2010) όπου οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν την απαγόρευση της οδήγησης των επιληπτικών ατόμων. Αντιθέτως με την οδήγηση όμως, στην παρούσα έρευνα παρουσιάζονται θετικές στάσεις για τον γάμο των επιληπτικών ατόμων εν αντιθέσει με την Ιταλική έρευνα (Mecarelli et al., 2010), όπου οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν τον περιορισμό των γάμων των επιληπτικών ατόμων. Επίσης, τα αποτελέσματα που αφορούν στην ενασχόληση των επιληπτικών ατόμων με τον αθλητισμό, έδειξαν ότι η επιληψία δεν αποτελεί εμπόδιο στην άθληση. Σε αντίθεση, με τα αποτελέσματα της Ιταλικής έρευνας (Mecarelli et al., 2010), όπου αναδεικνύεται υψηλό αρνητικό ποσοστό στη συμμετοχή των επιληπτικών ατόμων σε αθλητικές δραστηριότητες.

Επιπροσθέτως, όσον αφορά τα αποτελέσματα σχετικά με την επαγγελματική ενασχόληση των επιληπτικών ατόμων, οι ερωτηθέντες σε μεγάλο ποσοστό ανταποκρίθηκαν αρνητικά απέναντι στο ότι η επιληψία αποτελεί εμπόδιο στην εύρεση και την εκτέλεση καθημερινής εργασίας. Στον αντίποδα, βρίσκονται τα αποτελέσματα της Ιταλικής έρευνας (Mecarelli et al., 2010), όπου οι ερωτηθέντες σε ένα ποσοστό θεωρούν ότι η επιληψία αποτελεί εμπόδιο στην εύρεση και την εκτέλεση καθημερινής εργασίας.

Επιπλέον έγινε αντιληπτό στην παρούσα έρευνα η παρουσία του στίγματος στην επιληψία μέσα από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, αφού σε μεγάλο ποσοστό υποστηρίχθηκε ότι αν οι ερωτηθέντες βίωναν την επιληψία θα προτιμούσαν να μιλήσουν μόνο σε άτομα που αισθανόταν πολύ κοντά τους. Παρόμοια αποτελέσματα δείχνει και μια άλλη έρευνα (Hasan et al., 2010) όπου η πλειοψηφία των ατόμων θα

το έλεγε μόνο στο κοντινό περιβάλλον.

Τέλος, άλλη μια ερώτηση που τέθηκε στους ερωτηθέντες και στην οποία δόθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό αρνητική απάντηση, ήταν η ερώτηση που αφορούσε αν η επιληψία μπορεί να σταθεί εμπόδιο για μια ευτυχισμένη ζωή, όπου και δόθηκε η απάντηση ότι η επιληψία δεν αποτελεί εμπόδιο για μια ευτυχισμένη ζωή. Σε μια όμοια έρευνα (Hasan et al., 2010), το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι θεωρούσε, την επιληψία σημαντικό εμπόδιο για μια ευτυχισμένη ζωή.

B. 1.13 Συμπεράσματα

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης διαπιστώνεται ότι περισσότεροι συμμετέχοντες διατηρούν ένα μέτριο επίπεδο γνώσεων και στάσεων. Παρατηρήθηκε, ότι όσο αυξάνονταν το επίπεδο των γνώσεων των ατόμων τόσο αποκτούσαν και περισσότερο θετική στάση για την επιληψία. Επιπλέον, οι γυναίκες του δείγματος ενώ διέθεταν λιγότερες γνώσεις εν συγκρίσει με τον ανδρικό πληθυσμό του δείγματος παρουσίαζαν καλύτερες στάσεις απέναντι στα επιληπτικά άτομα. Το μορφωτικό επίπεδο επίσης, αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα της αύξησης των γνώσεων και των θετικών στάσεων. Συγκεκριμένα, τα άτομα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που αποτελούσαν και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είχαν καλύτερες γνώσεις και στάσεις. Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό θα κρατούσε την επιληψία κρυφή και θα το έλεγε μόνο σε άτομα του κοντινού του περιβάλλοντος.

B. 1.14 Προτάσεις

Η κοινωνία όπως και η οικογένεια οφείλει να στηρίζει τους πάσχοντες ενισχύοντας τις προσπάθειες τους για οποιαδήποτε απόφαση σχετικά με την απόκτηση μίας φυσιολογικής ζωής και όχι αποδυναμώνοντας τους, περιθωριοποιώντας τους ή ακόμα και στιγματίζοντας τους. Η σωστή ενημέρωση των πολιτών από την παιδική ακόμα ηλικία για την ασθένεια της επιληψίας, η ενημέρωση για σωστή αντιμετώπιση μιας επιληπτικής κρίσης, η σωστή ενημέρωση του πάσχοντα και της οικογένειας του σχετικά με την ασθένεια, η έγκαιρη θεραπεία, η πρόληψη επιπλοκών, η άρση και ο έλεγχος των αιτιών πρόκλησης μιας επιληπτικής κρίσης καθώς και η διεξαγωγή διαφόρων προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης, αλλά και εφοδιασμός με το απαραίτητο επιστημονικό-ενημερωτικό υλικό των πολιτών αποτελούν τα ουσιαστικότερα μέτρα ελέγχου και περιορισμού του στίγματος. Ποιο συγκεκριμένα προτείνεται:

Η περαιτέρω ανάπτυξη ενημερωτικού υλικού από το Υπουργείο Υγείας σχετικά

με την σωστή ενημέρωση για την ασθένεια και την αντιμετώπιση της, καθώς και η δημιουργία δημόσιων, πρωτοβάθμιων κέντρων συμβουλευτικής καθοδήγησης και ψυχολογικής υποστήριξης των επιληπτικών ατόμων και των οικογενειών τους.

Επίσης, θα μπορούσαν να αναπτυχθούν στα σχολεία παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού τύπου και προγράμματα προαγωγής για την σωστή στάση απέναντι στα επιληπτικά άτομα, οι οποίες να εστιάζουν στην ευαισθητοποίηση, την ενημέρωση και την εκπαίδευση των παιδιών για την νόσο και τη σωστή στάση απέναντι στο συμμαθητή τους με επιληψία.

Επιπλέον, η ενθάρρυνση των επιχειρηματιών/εργοδοτών για την πρόσληψη ατόμων με επιληψία θα βοηθούσε τη στήριξη των ατόμων αυτών ενισχύοντας την παραγωγικότητα, την ίση ένταξη τους στην κοινωνία και προσφέροντας τους το αίσθημα ότι αποτελούν χρήσιμα άτομα της κοινωνίας εξαλείφοντας έτσι την απομόνωση τους.

Επιπρόσθετα, η διεξαγωγή σεμιναρίων σε σχολεία, κοινότητες και δήμους για την παροχή πρώτων βοηθειών κατά τη διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης.

Τέλος, η ευαισθητοποίηση του κόσμου για την σωστή στάση απέναντι στα άτομα με επιληψία καθώς και η παρότρυνση τους για ενημέρωση σχετικά με τη νόσο και τα αίτια πρόκλησης της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- I. Κηρυττόπουλος, Α., Κρομμύδα, Μ., & Μπερεδήμας, Π. (2012). Ιπποκρατική Συλλογή: «Περί ιερής νόσου» Απόψεις για την επιληψία. Ελληνική νευρολογική εταιρία, 21(5),17-23.
- II. Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ., Περίφανος, Π., & Μαρινέλη, Ε. (2015). Διερεύνηση της εμπειρίας του ασθενή με επιληψία κατά το 24ωρο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, 11(3),438-452.
- III. Μπαλτόπουλος, Γ. Ι. (2001). Πρώτες Βοήθειες. Αθήνα. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- IV. Παπαγιαννοπούλου, Π., & Γούσια, Χ. (2011). Αναισθησία και Επιληψία
- V. Μάτζιου-Μεγαπάνου, Β. (2012). Παιδιατρική Νοσηλευτική Βασικές αρχές στη φροντίδα παιδιών. Αθήνα. Εκδόσεις: Δ. Λαγός.
- VI. Τσαπαρίδου, Α. και συν., (2012). Επιληπτική Κρίση. Θέματα αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής, σελ. 201-206.
- VII. Lowdermilk, D., Perry, S., & Cashion, K. (2011). Νοσηλευτική Μητρότητας. Αθήνα. Εκδόσεις: Δ. Λαγός.
- VIII. Σακάς, Δ. Ε., (2003). Εισαγωγή στη νευροχειρουργική. Αθήνα. Εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε.
- IX. Αναστασιάδου, Α. και συν., (2014, Ιανουάριος-Μάρτιος). Χρέος Ζωής. Τριμηνιαία έκδοση γενικού νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης, σελ. 32-35.
- X. Κυζιρίδης, Θ., (n.d). Στίγμα και ψυχική νόσος. Η ιατρική σήμερα. 55,23-26.
- XI. Πατέστος, Δ., (2016). Η πρόληψη προέχει...αλλά η γνώση σώζει!. Πρώτες βοήθειες- γιατροί του κόσμου.
- XII. Netter, F. H., Runge, M. S., & Greganti, M. A. (2009). Παθολογία βασικές αρχές. Αθήνα. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- XIII. Μερκούρης, Α., (2008). Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, Αθήνα. Εκδόσεις: «ΕΛΛΗΝ».

- xiv. Στεργίου, Β., & Καρλοβασίτου, Α. (2010). Οι ψυχωσικές διαταραχές στην επιληψία. *Εγκέφαλος, αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής*, 47(1).
- xv. Αγγελόπουλος, Π., & Κόνιαρη, Α. Κ. (2000). Επιληπτόμορφες κρίσεις. *Εγκέφαλος, αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής*, 34(4).
- xvi. Παύλου, Ε., & Γκαμπέτα, Α. (2012). Κλινική και διαγνωστική προσπέλαση Επιληπτικών και μη Επιληπτικών παροξυσμικών επεισοδίων στα παιδιά. 21(2), σελ. 6-10.
- xvii. Λογοθέτη, Ι., & Μυλωνά, Ι. (2004). *Νευρολογία*. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: University studio press.
- xviii. Τριανταφύλλου, Ν. (2000). Γενικές αρχές χορήγησης αντιεπιληπτικών φαρμάκων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(5), σελ. 518-523.
- xix. Μανωλίδου, Ζ., & Ευσταθίου, Π., (2015). Επιληψία: συμπτώματα και αντιμετώπιση μίας επιληπτικής κρίσης. Διαθέσιμο: [wwwHYPERLINK](http://www.iatropedia.gr/)
["http://www.iatropedia.gr/"](http://www.iatropedia.gr/).HYPERLINK
["http://www.iatropedia.gr/"](http://www.iatropedia.gr/)iatropediaHYPERLINK
["http://www.iatropedia.gr/"](http://www.iatropedia.gr/).HYPERLINK
["http://www.iatropedia.gr/"](http://www.iatropedia.gr/)grHYPERLINK ["http://www.iatropedia.gr/"](http://www.iatropedia.gr/)
[Προσπελάστηκε: 15/1/2018]
- xx. ΦΑΡΜΑΚΩΝ, Ε. Ο. (2007). Εθνικό συνταγολόγιο 2007. ΕΟΦ, Αθήνα. Διαθέσιμο: [wwwHYPERLINK](http://www.eof.gr/) ["http://www.eof.gr/"](http://www.eof.gr/).HYPERLINK
["http://www.eof.gr/"](http://www.eof.gr/)eofHYPERLINK ["http://www.eof.gr/"](http://www.eof.gr/).HYPERLINK
["http://www.eof.gr/"](http://www.eof.gr/)grHYPERLINK ["http://www.eof.gr/"](http://www.eof.gr/) [Προσπελάστηκε: 12/2/2018]
- xxi. Γαληνός. (n.d). Εθνικό συνταγολόγιο. Διαθέσιμο: <https://www.galinos.gr/>
[Προσπελάστηκε: 17/1/2018]
- xxii. Εφημερίδα της κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (2016). Ανάθεση και εκτέλεση συμβάσεων παραχώρησης-εναρμόνισης με την οδηγία 2014/23/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 26^{ης} Φεβρουαρίου 2014 σχετικά με την ανάθεση συμβάσεων παραχώρησης (ΕΕ L 94/1/28.3.2014) και άλλες διατάξεις. Διαθέσιμο: http://www.ish.gr/content/attachments2/10_2016/odig_fek.pdf/
[Προσπελάστηκε: 20/1/2018]

xxiii. Επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, (2017). Οι περί άδειας οδήγησης του νόμου 2001-2017. Ελάχιστες προδιαγραφές για τη σωματική και διανοητική ικανότητα οδήγησης μηχανοκίνητου. Διαθέσιμο: http://www.mcw.gov.cy/mcw/rtd/rtd.nsf/rtd68_gr/rtd68_gr?OpenDocument/ [Προσπελάστηκε:3/2/2018]

xxiv. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (2009). Οδηγία 2009/113/EK της Επιτροπής της 25^{ης} Αυγούστου 2009 σχετικά με την τροποποίηση της οδηγίας 2006/126/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την άδεια οδήγησης. Διαθέσιμο: file:///C:/Users/User/Desktop/%CE%9F%CE%94%CE%97%CE%93%CE%99%CE%91_2009_113_%CE%95%CE%9A.pdf/ [Προσπελάστηκε :20/1/2018]

xxv. Ελληνική Δημοκρατία Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2011). Ανακοίνωση προσωρινών αποτελεσμάτων απογραφής πληθυσμού 2011. Διαθέσιμο: [httpHYPERLINK](http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf)
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"://HYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"wwwHYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf".HYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"creteHYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf".HYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"govHYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf".HYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"grHYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"/HYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"attachmentsHYPERLINK
"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"/HYPERLINK

ERLINK

"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf" article

HYPERLINK

"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"/1705/1705_HYPERLINK

"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf" Apog rafiHYPERLINK

"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"2011. HYPERLINK

"http://www.crete.gov.gr/attachments/article/1705/1705_Apografi2011.pdf"pdf

[Προσπελάστηκε: 21/3/2018]

xxvi. Αντωνίου, Κ., (2017). Πόρισμα-εισήγηση για την ιατρική χρήση της κάνναβης. Διαθέσιμο: https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/:HYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/wwwHYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/.HYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/efsynHYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/.HYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/grHYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/HYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/sitesHYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/HYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/efsynHYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/.HYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf"/grHYPERLINK

"https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-

[kannavi_230217.pdf"/](#)HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"files](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/files)HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/)HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"wysiwyg](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/wysiwyg)HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"2017-02](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/2017-02)HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"porisma](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/porisma)HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/)-HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"iatriki](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/iatriki)HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/)-HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"kannavi](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/kannavi)HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/" 230217](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/230217).HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"pdf](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/pdf)HYPERLINK

[https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/"](https://www.efsyn.gr/sites/efsyn.gr/files/wysiwyg/2017-02/porisma-iatriki-kannavi_230217.pdf/) [Προσπελάστηκε: 12/2/2018]

xxvii. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (2013).

Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις. Διαθέσιμο:

<http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=YTYbJcYuEkI%3D>

[http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=YTYbJcYuEkI=&tabid=132/"](http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=YTYbJcYuEkI=&tabid=132/)&HYPERLINK

[http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=YTYbJcYuEkI=&tabid=132/"tabid=132/](http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=YTYbJcYuEkI=&tabid=132/tabid=132/) [Προσπελάστηκε: 12/2/2018]

xxviii. Fisher, R. S., Cross, J. H., French, J. A., Higurashi, N., Hirsch, E.,

Jansen, F. E., & Scheffer, I. E. (2017). Operational classification of seizure

types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the

ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4),

pp. 522-530.

- XXIX. Fisher, R. S., Boas, W. V. E., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel, J. (2005). Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46(4), pp. 470-472.
- XXX. Penry, J. K., Porter, R. J., & Dreifuss, F. E. (1975). Simultaneous recording of absence seizures with video tape and electroencephalography. *Brain*, 98(3), 427-440
- XXXI. Adamson, M., McKeever, M., & Molmes, G.L. (1987). Absence seizures in children: clinical and electroenphalographic features. *Annals of Neurology*, pp. 268-273
- XXXII. Stafstrom, C. E. (2005). It's time to eliminate the term seizure disorder from our lexicon. *Epilepsia*, 46(3), pp. 456-456.
- XXXIII. Lima, P. A. D., Sampaio, L. P. D. B., & Damasceno, N. R. T. (2014). Neurobiochemical mechanisms of a ketogenic diet in refractory epilepsy. *Clinics*, 69(10), pp. 699-705.
- XXXIV. Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, M. C. (2014). *Maternity Nursing-Revised Reprint-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- XXXV. Pertwee, Roger G., (2015). Cannabis and Endocannabinoid Signaling in Epilepsy. *Endocannabinoids*, 231, pp. 285-316
- XXXVI. Szaflarski, J. P., & Bebin, E. M. (2014). Cannabis, cannabidiol, and epilepsy—from receptors to clinical response. *Epilepsy & Behavior*, 41, pp. 277-282.
- XXXVII. Watkins, L., Shankar, R., & Sander, J. W. (2018). Identifying and mitigating Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP) risk factors. *Expert review of neurotherapeutics*, pp. 1-10.
- XXXVIII. Duple, S. N., & Thomas, S. V. (2017). Sudden unexpected death in epilepsy. *The Indian journal of medical research*, 145(6), pp.738.
- XXXIX. Banerjee, P. N., Filippi, D., & Hauser, W. A. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy—a review. *Epilepsy research*, 85(1), pp. 31-45.
- XL. Vodusek, D. B., & Boller, F. (Eds.). (2015). *Neurology of sexual and*

bladder disorders, 130, pp. 383-394. Elsevier.

- XL1. Saengsuwan, J., Boonyaleepan, S., Srijakkot, J., Sawanyawisuth, K., & Tiamkao, S. (2012). Factors associated with knowledge and attitudes in persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 24(1), pp. 23-29
- XLII. Fernandes, P. T., Noronha, A. L. A., Sander, J. W., & Li, L. M. (2008). Stigma scale of epilepsy: the perception of epilepsy stigma in different cities in Brazil. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 66(3A), pp. 471-476.
- XLIII. Mecarelli, O., Capovilla, G., Romeo, A., Rubboli, G., Tinuper, P., & Beghi, E. (2010). Past and present public knowledge and attitudes toward epilepsy in Italy. *Epilepsy & Behavior*, 18(1), pp. 110-115.
- XLIV. Fiest, K. M., Birbeck, G. L., Jacoby, A., & Jette, N. (2014). Stigma in epilepsy. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 14(5), pp. 444.
- XLV. Mecarelli, O., Voti, P. L., Vanacore, N., D'Arcangelo, S., Mingoia, M., Pulitano, P., & Accornero, N. (2007). A questionnaire study on knowledge of and attitudes toward epilepsy in schoolchildren and university students in Rome, Italy. *Seizure-European Journal of Epilepsy*, 16(4), pp. 313-319.
- XLVI. Tedrus, G. M. A., Fonseca, L. C., & Vieira, A. L. D. C. (2007). Knowledge and attitudes toward epilepsy amongst students in the health area: intervention aimed at enlightenment. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 65(4B), pp. 1181-1185.
- XLVII. Hasan, S. S., Wei, W. W., Ahmadi, K., Ahmed, S. I., Yong, A. K., & Anwar, M. (2010). Knowledge and attitudes toward epilepsy among Malaysian Chinese. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health*, 2(11), pp. 361-376
- XLVIII. Gourie-Devi, M., Singh, V., & Bala, K. (2010). Knowledge, attitude and practices among patients of epilepsy attending tertiary hospital in Delhi, India and a review of Indian studies. *Neurology asia*, 15(3).
- XLIX. Epilepsy Society. (2017). The National Society For Epilepsy. Available at: <https://www.epilepsysociety.org.uk/> [Accessed: 7/2/2018]
- L. Steven, C. & Schachter, M.D. (2006). Epilepsy. Available at: <https://www.epilepsy.com/> [Accessed: 9/2/2018]

- LI. Epilepsy Foundation of America. (2017). General first aid steps. Available at: <https://www.epilepsy.com/learn/seizure-first-aid-and-safety/general-first-aid-steps/> [Accessed: 11/2/2018]
- LII. Epilepsy Portal. (2013). Πρώτες βοήθειες στην επιληψία. Available at: <https://epilepsyportal.wordpress.com/> [Accessed: 19/2/2018]
- LIII. Seizure first aid, Available at: <http://epilepsyfoundation.org.au/> [**Accessed: 27/2/2018**]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα έτυχαν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά.

Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΓΝΩΣΕΙΣ & ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις σας με πλήρη εχεμύθεια.

Ενδιαφερόμαστε μόνο για την καλύτερη κρίση σας. Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν, θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας. Τα δεδομένα θα διαφυλαχθούν με κάθε ευσυνειδησία και θα τα χειριστούμε ως αυστηρώς εμπιστευτικά.

Δε θα γίνει δε, καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων ή οργανισμών σε καμία από τις εκθέσεις που θα προκύψουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.



Συνήθης χρόνος συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου: 5 λεπτά

Όπου θεωρείτε απαραίτητο μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μία απαντήσεις

Ερωτήσεις γνώσεων σχετικά με την επιληψία

1) Γνωρίζετε τι είδους ασθένεια είναι η επιληψία;

- Νευρολογική Ψυχιατρική Μεταδοτική Κληρονομική
 Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

2) Ποια από τα παρακάτω αίτια πιστεύετε ότι αποτελούν αιτία εμφάνισης της επιληψίας;

- Γενετικοί παράγοντες Τραυματική εγκεφαλική βλάβη
 Μολυσματικές ασθένειες του εγκεφάλου Γενετικές ανωμαλίες
 Όγκος του εγκεφάλου Στρες
 Άλλο.....
 Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

3) Γνωρίζετε πως αντιμετωπίζεται η επιληψία;

- Με συγκεκριμένα φάρμακα Με Νευρολογική επέμβαση
 Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ Άλλο.....

4) Κατά την διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης :

- θα προσπαθούσα να κρατήσω το θύμα ακίνητο για να μην τραυματιστεί
 θα προσπαθούσα να απομακρύνω αντικείμενα από κοντά του για να μην

τραυματιστεί και θα έβαζα κάτω από το κεφάλι του κάτι μαλακό
(μαξιλάρι, ρούχο)

- Θα τον τοποθετούσα στο πλάι για να μην κάνει εισρόφηση
 Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

5) Κατά την διάρκεια επιληπτικών κρίσεων:

- Θα προσπαθούσα να ανοίξω το στόμα του για να μπορέσει να αναπνεύσει
 Δεν θα προσπαθούσα να ανοίξω το στόμα του
 Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

6) Πιστεύετε ότι η επιληψία είναι μια ιάσιμη ασθένεια;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

7) Οι επιληπτικοί λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή η οποία :

Μπορεί να τους θεραπεύει εντελώς

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Μόνο μειώνει την συχνότητα των κρίσεων

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ξεπερνιούνται οι σπασμοί στην πλειονότητα των περιπτώσεων

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερωτήσεις στάσεων σχετικά με την επιληψία

8) Πιστεύετε ότι η επιληψία αποτελεί σημαντικό εμπόδιο σχετικά με:

- Την οδήγηση Την δουλειά Την άθληση Την στρατιωτική θητεία
 Τον Γάμο /να έχει παιδιά Όλα τα παραπάνω
 Τίποτα από τα παραπάνω

9) Αν είχατε επιληψία πόσο εύκολα θα μιλούσατε γι' αυτό με άλλους ;

- Θα το κρατούσα ως μυστικό απ' όλους
 Θα μιλούσα γι' αυτό μόνο σε ανθρώπους πολύ κοντά σε εμένα

- Θα μιλούσα γι' αυτό ανοικτά με τον καθένα
- Δεν γνωρίζω /δεν απαντώ

10) Πως θα αντιδρούσατε αν μαθαίνατε ότι κάποιος που γνωρίζετε έχει επιληψία ;

- Θα του συμπεριφερόμουν όπως πριν
- Θα αισθανόμουν λίγο αμήχανα, θα φοβόμουν και θα προτιμούσα να τον αποφύγω
- Θα αισθανόμουν πολύ περίεργα, θα φοβόμουν και θα σταματούσα να επικοινωνώ μαζί του
- Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ

11) Θα συμφωνούσατε τα παιδιά σας να παίζουν με επιληπτικούς ;

- Θα συμφωνούσα
- Θα ήμουν λίγο διστακτικός σχετικά με αυτό
- Θα ήμουν πολύ διστακτικός σχετικά με αυτό
- Θα το απέφευγα

12) Η επιληψία είναι πιο συχνή σε άτομα χαμηλών κοινωνικο - οικονομικών τάξεων;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

13) Θα παντρεύασταν κάποιον που έχει διαγνωσμένη επιληψία ;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

14) Πιστεύετε ότι η επιληψία είναι ένα εμπόδιο για μια ευτυχισμένη ζωή ;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

15) Πιστεύετε ότι οι επιληπτικοί μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική σεξουαλική ζωή;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

16) Πιστεύετε ότι η κοινωνία κάνει διακρίσεις εις βάρος των επιληπτικών ;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

17) Πιστεύετε ότι οι επιληπτικοί ασθενείς θα πρέπει να απομονώνονται από τον φυσιολογικό πληθυσμό;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

18) Πιστεύετε ότι οι επιληπτικοί μπορούν να λάβουν ακαδημαϊκή μόρφωση ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

19) Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με επιληψία θα πρέπει να οδηγούν ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: Άνδρας

Ηλικία : 18-24

25-34

Γυναίκα

35-44

45-54

55-64

65+

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η

Άγαμος/η

Χήρος/α

Διαζευγμένος/η

Έχετε παιδιά: ΝΑΙ ΟΧΙ

Είστε απόφοιτος/η:

Πρωτοβάθμιας

Δευτεροβάθμιας

Τριτοβάθμιας

Τίποτα από τα προηγούμενα

Τόπος μόνιμης διαμονής:

Αστική περιοχή Ημιαστική περιοχή Αγροτική περιοχή


Άλλη (παρακαλώ προσδιορίστε)

***ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ
ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΑΣ!!!***

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΚΕΙΜΕΝΟΥ

- ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
- ΕΟΦ: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
- ΗΕΓ: Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- ΗΦΛ: Ηλεκτροφλοιογράφημα
- ΚΔ: Κετογόνος Δίαιτα
- ILAE: International League Against
- MRI: Magnetic Resonance Imaging
- PET: Positron Emission Tomography
- SPECT: Single-Photon Emission Computed Tomography
- VNS: Vagus Nerve Stimulation
- CN: Central Nucleus
- STN: Subthalamic Nucleus
- THC: Tetrahydrocannabinol
- CBD: Cannabidiol
- LGS: Lennox-Gastaut
- ATN: Anterior Thalamic Nucleus
- SUDEP: Sudden Unexpected Death in Epilepsy
- EpSMon: Epilepsy Self Monitor
- AAN: Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence
- RNS: Responsive Neurostimulator System

- 
- GCAE: Global Campaign Against Epilepsy
 - EPREG: Epilepsy Research Group
 - KAP: Knowledge Attitudes and Practices
 - LICE: Legea Italiana contro l'Epilessia

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Περιγραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Πίνακας 1. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 120 συμμετεχόντων στην έρευνα

		v	%
Φύλο	άνδρας	38	31,7
	γυναίκα	82	68,3
Ηλικία	18-24	27	22,5
	25-34	46	38,3
	35-44	9	7,5
	45-54	27	22,5
	55+	11	9,2
	μέση ηλικία±τυπ. απόκλ.	31,2±14,0	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	56	46,7
	Άγαμος/η	57	47,5
	Χήρος/α, Διαζευγμένος/η	7	5,8
Παιδιά	Ναι	49	40,8
	Όχι	71	59,2
Μορφωτικό επίπεδο	Χωρίς μόρφωση	4	3,3
	Α΄βάθμια	5	4,2
	Β΄βάθμια	21	17,5
	Γ΄βάθμια	90	75,0
Τόπος κατοικίας	Αστική περιοχή	80	66,7
	Ημιαστική	21	17,5
	Αγροτική	19	15,8

Γνώσεις για την επιληψία

Πίνακας 2. Συχνότητα αποκρίσεων 120 συμμετεχόντων στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις Γνώσεις για την επιληψία.

		Μη επιλογή	Επιλογή %
Γνωρίζετε τι είδους ασθένεια είναι η επιληψία;	Νευρολογική	18,3	81,7*
	Ψυχιατρική	99,2	0,8*
	Μεταδοτική	100,0	-
	Κληρονομική	78,3	21,7*

	<i>Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ</i>	94,2	5,8*	
Ποια από τα παρακάτω αίτια πιστεύετε ότι αποτελούν αιτία εμφάνισης της επιληψίας;	<i>Γενετικοί παράγοντες</i>	40,8	59,2	
	<i>Τραυματική εγκεφαλική βλάβη</i>	60,8	39,2*	
	<i>Μολυσματικές ασθένειες του εγκεφάλου</i>	88,3	11,7*	
	<i>Γενετικές ανωμαλίες</i>	79,2	20,8*	
	<i>Όγκος του εγκεφάλου</i>	85,0	15,0*	
	<i>Στρες</i>	86,7	13,3*	
	<i>Άλλο</i>	96,7	3,3*	
	<i>Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ</i>	88,3	11,7*	
Γνωρίζετε πως αντιμετωπίζεται η επιληψία;	<i>Με συγκεκριμένα φάρμακα</i>	23,3	76,7*	
	<i>Με Νευρολογική επέμβαση</i>	83,3	16,7*	
	<i>Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ</i>	85,0	15,0*	
	<i>Άλλο</i>	97,5	2,5*	
Κατά την διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης:	<i>θα προσπαθούσα να κρατήσω το θύμα ακίνητο για να μην τραυματιστεί</i>	77,5	22,5*	
	<i>θα προσπαθούσα να απομακρύνω αντικείμενα από κοντά του για να μην τραυματιστεί και θα έβαζα κάτω από το κεφάλι του κάτι μαλακό (μαξιλάρι, ρούχο)</i>	50,0	50,0	
	<i>θα τον τοποθετούσα στο πλάι για να μην κάνει εισρόφηση</i>	65,0	35,0*	
	<i>Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ</i>	89,2	10,8*	
Κατά την διάρκεια επιληπτικών κρίσεων:	<i>Θα προσπαθούσα να ανοίξω το στόμα του για να μπορέσει να αναπνεύσει</i>	52,5	47,5	
	<i>Δεν θα προσπαθούσα να ανοίξω το στόμα του</i>	70,8	29,2*	
	<i>Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ</i>	76,7	23,3*	
		όχι	ναι	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ
		%		
Πιστεύετε ότι η επιληψία είναι μια ιάσιμη ασθένεια;		45,8	28,3	25,9*
Οι επιληπτικοί λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή η οποία :	<i>Μπορεί να τους θεραπεύει εντελώς</i>	58,3	11,7	30,0*
	<i>Μόνο μειώνει την συχνότητα των κρίσεων</i>	6,7	72,5	20,8*
	<i>Ξεπερνιούνται οι σπασμοί στην πλειονότητα των περιπτώσεων</i>	13,3	55,0	31,7*

Με έντονα εμφανίζονται οι ορθές αποκρίσεις γνώσεων.

2

Έλεγχος χ^2 & διωνυμικός. Διαπιστώθηκε σημαντική ($p < 0.001$) διαφοροποίηση αποκρίσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

Στάσεις για την επιληψία

Πίνακας 3. Συχνότητα αποκρίσεων 120 συμμετεχόντων στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις Στάσεις για την επιληψία.

Μη επιλογή	Επιλογή
---------------	---------

			%		
Πιστεύετε ότι η επιληψία αποτελεί σημαντικό εμπόδιο σχετικά με:	<i>Την οδήγηση</i>	55,8	44,2		
	<i>Την δουλειά</i>	94,2	5,8*		
	<i>Την άθληση</i>	79,2	20,8*		
	<i>Την στρατιωτική θητεία</i>	90,0	10,0*		
	<i>Το Γάμο /να έχει παιδιά</i>	95,0	5,0*		
	<i>Όλα τα παραπάνω</i>	65,0	35,0*		
	<i>Τίποτα από τα παραπάνω</i>	82,5	17,5*		
Αν είχατε επιληψία πόσο εύκολα θα μιλούσατε γι' αυτό με άλλους ;	<i>Θα το κρατούσα ως μυστικό απ' όλους</i>	95,8	4,2*		
	<i>Θα μιλούσα γι' αυτό μόνο σε ανθρώπους πολύ κοντά σε εμένα</i>	45,0	55,0		
	<i>Θα μιλούσα γι' αυτό ανοικτά με τον καθένα</i>	60,8	39,2*		
	<i>Δεν γνωρίζω /δεν απαντώ</i>	97,5	2,5*		
Πως θα αντιδρούσατε αν μαθαίνατε ότι κάποιος που γνωρίζετε έχει επιληψία ;	<i>Θα του συμπεριφερόμουν όπως πριν</i>	17,5	82,5*		
	<i>Θα αισθανόμουν λίγο αμήχανα, θα φοβόμουν και θα προτιμούσα να τον αποφύγω</i>	90,0	10,0*		
	<i>Θα αισθανόμουν πολύ περίεργα, θα φοβόμουν και θα σταματούσα να επικοινωνώ μαζί του</i>	95,0	5,0*		
	<i>Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ</i>	97,5	2,5*		
Θα συμφωνούσατε τα παιδιά σας να παίζουν με επιληπτικούς;	<i>Θα συμφωνούσα</i>	28,3	71,7*		
	<i>Θα ήμουν λίγο διστακτικός σχετικά με αυτό</i>	79,2	20,8*		
	<i>Θα ήμουν πολύ διστακτικός σχετικά με αυτό</i>	95,0	5,0*		
	<i>Θα το απέφευγα</i>	97,5	2,5*		
			όχι	ναι	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ
			%		
Η επιληψία είναι πιο συχνή σε άτομα χαμηλών κοινωνικο - οικονομικών τάξεων;		82,5	2,5	15,0*	
Θα παντρευόσασταν κάποιον που έχει διαγνωσμένη επιληψία;		21,7	34,2	44,2*	
Πιστεύετε ότι η επιληψία είναι ένα εμπόδιο για μια ευτυχισμένη ζωή;		61,7	20,0	18,3*	
Πιστεύετε ότι οι επιληπτικοί μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική σεξουαλική ζωή;		11,7	70,8	17,5*	
Πιστεύετε ότι η κοινωνία κάνει διακρίσεις εις βάρος των επιληπτικών;		30,0	34,2	35,8	
Πιστεύετε ότι οι επιληπτικοί ασθενείς θα πρέπει να απομονώνονται από τον φυσιολογικό πληθυσμό;		93,4	3,3	3,3*	
Πιστεύετε ότι οι επιληπτικοί μπορούν να λάβουν ακαδημαϊκή μόρφωση;		2,5	86,7	10,8*	
Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με επιληψία θα πρέπει να οδηγούν ;		41,7	20,8	37,5*	

Με έντονα εμφανίζονται οι θετικές αποκρίσεις στάσεων.

2

Έλεγχος χ^2 & διωνυμικός. Διαπιστώθηκε σημαντική ($p < 0.001$) διαφοροποίηση αποκρίσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

Πίνακας 4. Επίπεδα κλιμάκων Γνώσεων & Στάσεων στους συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς το φύλο τους.

Κλίμακες	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες	p-value
----------	--------	--------	----------	---------

Γνώσεων		51,4±19,2 [†]	50,7±19,2	51,7±19,4	0,632
<i>Χαμηλές/μέτριες ή <75^η εκατ. θέση</i>		90,8 [‡]	86,8	92,7	0,322
<i>Υψηλές ή 75^η + εκατ. θέση</i>		9,2 [‡]	13,2	7,3	
Στάσεων		56,5±17,4 [†]	56,8±18,6	56,4±16,9	0,989
<i>Μη θετικές ή <75^η εκατ. θέση</i>		81,7 [‡]	84,2	80,5	0,624
<i>Θετικές ή 75^η + εκατ. θέση</i>		18,3 [‡]	15,8	19,5	

[†] Μέση τιμή±τυπική απόκλιση. Έλεγχοι Mann Whitney.

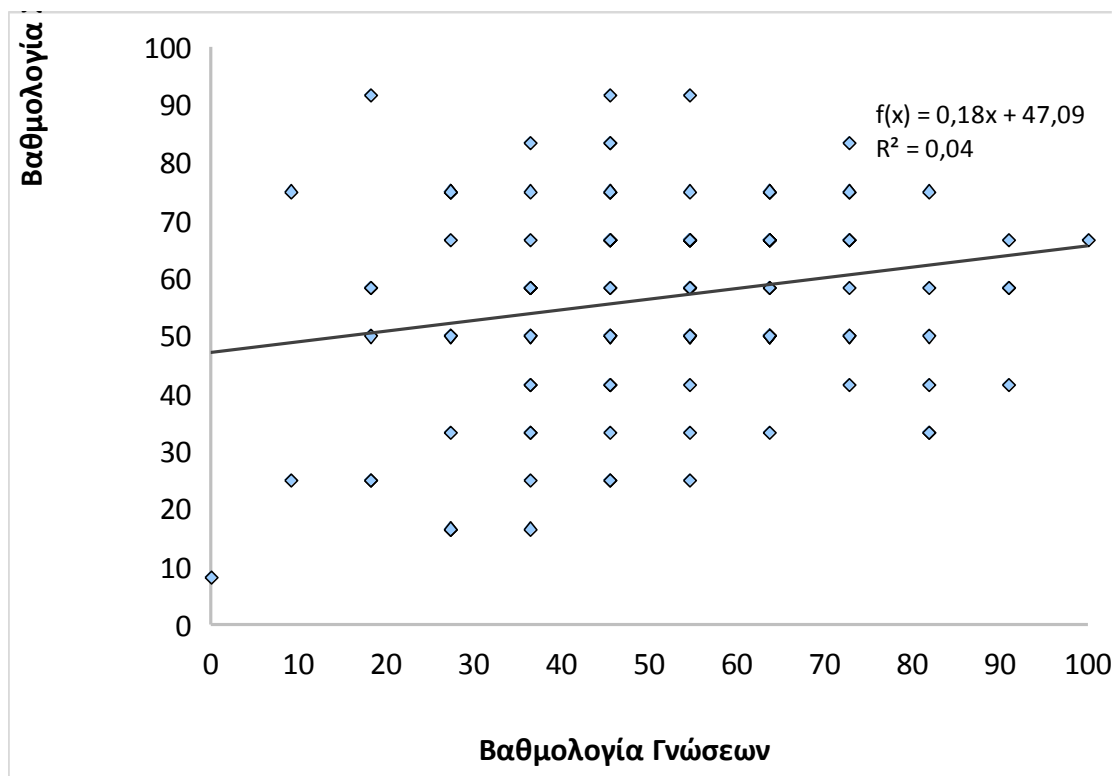
[‡] %, Έλεγχοι χ^2 .

Πίνακας 5. Επίπεδα κλιμάκων Γνώσεων & Στάσεων στους συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς τα γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά τους.

		n	Κλίμακα	
			Γνώσεων	Στάσεων
			Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	
Ηλικία	18-24	27	53,5 (16,6)	54,3 (17,8)
	25-34	46	51,8 (18,6)	58,9 (16,1)
	35-44	9	45,5 (24,8)	43,5 (21,6)
	45-54	27	55,2 (18,7)	61,4 (12,6)
	55+	11	39,7 (22,4)	50,8 (23,1)
	<i>p-value</i>			0,461
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	56	49,2 (22,2)	56,4 (18,8)
	Άγαμος/η	57	54,2 (16,7)	57,0 (16,0)
	Χήρος/α, Διαζευγμένος/η	7	45,5 (7,4)	53,6 (19,2)
	<i>p-value</i>		0,315	0,846
Παιδιά	Ναι	49	47,7 (21,7)	54,2 (18,9)
	Όχι	71	53,9 (17,1)	58,1 (16,3)
	<i>p-value</i>		0,158	0,432
Μορφωτικό επίπεδο	Χωρίς μόρφωση	4	22,7 (24,1)	27,1 (21,9)
	Α΄βάθμια	5	38,2 (13,5)	48,3 (27,9)
	Β΄βάθμια	21	46,3 (20,1)	58,7 (18,3)
	Γ΄βάθμια	90	54,5 (17,7)	57,8 (15,2)
	<i>p-value</i>		0,053	0,367
Τόπος κατοικίας	Αστική περιοχή	80	52,6 (19,6)	58,2 (15,3)

Ημιαστική	21	48,1 (20,9)	60,3 (20,4)
Αγροτική	19	49,8 (16,1)	45,2 (18,9)
<i>p-value</i>		0,769	0,012

Σχήμα 1. Συσχέτιση επιπέδων κλιμάκων Γνώσεων & Στάσεων στους συμμετέχοντες στη μελέτη.



ΠΑΡΤΗΜΑ Δ.

ΑΝΑΘΕΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ