

---

# Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, sergant epilepsija

---

**G. Žemgulytė\***  
**G. Jurkevičienė\***  
**G. Gelžinienė\***  
**V. Matijošaitis\***  
**G. Rutkauskaitė\*\***

\*LSMUL Kauno klinikos,  
Neurologijos klinika

\*\*Vilniaus universitetas,  
Neurologijos ir  
neurochirurgijos klinika

**Santrauka. Įvadas.** Epilepsija – lėtinė liga, kuri neigiamai veikia kasdienį žmogaus gyvenimą. Su epilepsija yra susijusios būklės, kurios riboja pacientų fizinį aktyvumą, išsilavinimo ir socialines galimybes. Sergantieji epilepsija gali patirti miego sutrikimų. Nerimas ir depresiškumas yra dažnesni sergantiesiems epilepsija nei sveikiems asmenims. Įvairios su epilepsija susijusios būklės gali bloginti sergančiųjų epilepsija gyvenimo kokybę, tačiau atskirų veiksnių poveikis nėra visai aiškus.

**Tiriamieji ir tyrimo metodai.** Tiriamųjų grupę sudarė 203 pacientai, tirti ir gydyti LSMUL KK Nervų sistemos ligų klinikoje 2013–2015 m. Kontrolinę sveikų asmenų grupę sudarė 202 asmenys. Rinkti ir analizuoti demografiniai ir klinikiniai duomenys. Tiriamieji buvo suskirstyti į grupes pagal priepuolių dažnį, vartojamų vaistų nuo epilepsijos skaičių. Rinkti ir analizuoti duomenys apie gyvenimo kokybę, nerimą ir depresiškumą, dienos ir nakties miego sutrikimus.

**Rezultatai.** Sergančiųjų epilepsija tiriamųjų grupėje (n = 203) buvo 112 (55,2 %) moterų ir 91 (44,8 %) vyras, sveikųjų grupėje (n = 202) atitinkamai: 112 (55,4 %) ir 90 (44,6 %) (p > 0,05). Sergančiųjų epilepsija tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 36,8 ± 14,4 m., sveikųjų – 35,0 ± 13,1 m. (p > 0,05). Tiek fizinė, tiek psichikos sveikata skyrėsi tarp sergančiųjų epilepsija ir kontrolinės grupės asmenų (p < 0,001). Mieguistumas dieną nesiskyrė tarp sergančiųjų epilepsija ir kontrolinės grupės asmenų (p > 0,05), nakties miego sutrikimai skyrėsi tarp sergančiųjų epilepsija ir kontrolinės grupės asmenų (p < 0,001). Sergantiems epilepsija tiriamiesiems nakties miego sutrikimų išreikštumas skyrėsi tik lyginant labai dažnų ir dažnų epilepsijos priepuolių (EP) grupes (I ir II EP dažnio grupės) su labai retų EP grupe (IV EP dažnio grupė): didesnis buvo didesnio dažnio EP grupėse (p < 0,05). Padidinto (8 balo) nerimo, depresiškumo simptomus patiriančių tiriamųjų skaičius skyrėsi tik lyginant labai dažnų EP (I EP dažnio grupė) grupę su labai retų EP (IV EP dažnio grupė) grupe (p < 0,05).

**Išvados.** Tiriamieji, sergantys epilepsija, subjektyviai savo sveikatą vertino blogiau nei sveiki kontrolinės grupės asmenys. Kuo didesnis buvo miego sutrikimų (tiek dienos, tiek nakties) išreikštumas, tuo blogesnė buvo tiriamųjų ir kontrolinės grupės asmenų fizinė ir psichikos sveikata, išskyrus sąsają tarp kontrolinės grupės asmenų mieguistumo dieną ir fizinės sveikatos. Kuo didesnis buvo nerimas, depresiškumas, tuo blogesnė buvo tiek sergančiųjų epilepsija tiriamųjų, tiek sveikų kontrolinės grupės asmenų fizinė ir psichikos sveikata.

**Raktažodžiai:** epilepsija, gyvenimo kokybė, nerimas, depresiškumas, miego sutrikimai.

Neurologijos seminarai 2016; 20(69): 156–162

---

## ĮVADAS

Gyvenimo kokybė – subjektyvi paciento gerovė, kuri kyla iš pasitenkinimo savo vaidmeniu gyvenime, veikla, tikslais, galimybėmis, susijusiomis su to individo vertybėmis ir lūkesčiais kultūros, bendruomenės ir visuomenės kontekste [1]. Epilepsija yra lėtinė liga, kuri neigiamai veikia kasdienį žmogaus gyvenimą [2]. Su epilepsija yra susijusios būklės, kurios riboja pacientų fizinį aktyvumą, išsilavinimo ir socialines galimybes [3]. Sergantieji epilepsija

dažniau dirba mažesniu krūviu arba yra bedarbiai [4–7], rečiau sukuria šeimas, palyginus su nesergančiais epilepsija [8–11]. Pastebėtas neigiamas vaistų nuo epilepsijos (VNE) poveikis gyvenimo kokybei, tačiau tyrimų duomenys apie VNE politerapijos įtaką gyvenimo kokybei yra prieštaringi [3, 12]. Sergantieji epilepsija gali patirti miego sutrikimų, kuriuos lemia įvairios priežastys: miego higienos nesilaikymas, epilepsijos priepuolių (EP) dažnis, VNE [13]. Tyrimų duomenimis, nerimas ir depresiškumas būna dažnesni sergantiesiems epilepsija, nei sveikiems asmenims: literatūroje nurodomas nerimo dažnis sergantiesiems epilepsija yra 11–25 %, depresiškumo – 9–37 % [14–17]. Weerd ir bendraautorų atliktame tyrime sergantieji epilepsija (38,6 %) 2 kartus dažniau skundėsi miego sutrikimais nei kontrolinės grupės asmenys (18 %) [18]. Bendroje populiacijoje nerimo dažnis yra 7,3 % [19], depresijos – 4,7 % [20], miego sutrikimų – 16 % [21]. Įvairios

---

### Adresas:

Giedrė Jurkevičienė  
LSMUL KK, Neurologijos klinika  
Eivenių g. 2, LT-50161 Kaunas  
Tel. (837) 326 747, el. paštas neurologijos.klinika@kaunoklinikos.lt

su epilepsija susijusios būklės gali bloginti sergančiųjų epilepsija gyvenimo kokybę, tačiau atskirų veiksnių poveikis nėra visai aiškus.

## DARBO TIKSLAS

Nustatyti sąsajas tarp sergančiųjų epilepsija klinikinių charakteristikų, miego sutrikimų, nerimo ir depresiskumo bei su sveikata susijusios gyvenimo kokybės.

## TIRIAMIEJI IR TYRIMO METODAI

Tiriamųjų grupę sudarė 203 pacientai, tirti ir gydyti LSMUL KK Nervų sistemos ligų klinikoje 2013–2015 m. Kontrolinę sveikų asmenų grupę sudarė 202 asmenys.

Rinkti ir analizuoti šie demografiniai ir klinikiniai duomenys: lytis, amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, šeiminių padėtis, darbinė padėtis, ligos trukmė, EP dažnis, vartojami VNE, vaistų vartojimo reguliarumas, priepuolių laikas. Tiriamieji suskirstyti į grupes pagal priepuolių dažnį: I gr. – 1/sav. (labai dažni EP); II gr. – < 1/sav. – 1/mėn. (dažni EP); III gr. – < 1/mėn. – 1/6 mėn. (nėra dažni EP); IV gr. – < 1/6 mėn. (labai reti EP) ir vartojamų VNE skaičių: I gr. (monoterapija) – 1 VNE; II gr. (politerapija) – 2 VNE. Taip pat rinkti ir analizuoti duomenys apie gyvenimo kokybę, nerimą ir depresiskumą, dienos mieguistumą ir nakties miego sutrikimą.

**Įtraukimo kriterijai:** Tiriamieji buvo vyresni nei 18 m.; sergantys epilepsija ilgiau kaip 1 m.; sutikę dalyvauti tyrime. Kontrolinės grupės asmenys teigė nesergantys jokiais lėtinėmis ligomis ir sutiko dalyvauti tyrime.

**Instrumentai (skalės): Gyvenimo kokybės klausimynas (SF-36v2).** Tyrime naudota antroji SF-36 klausimyno versija SF-36v2. Tai – vienas iš dažniausiai naudojamų klausimynų, susidedantis iš 36 klausimų, atspindinčių aštuonias gyvenimo sritis. Kiekviena sritis, naudojant skaičiavimo algoritmą, vertinama nuo 0 iki 100 balų. Didėnis balų skaičius reiškia geresnę gyvenimo kokybę. Fizinę sveikatą sudaro: fizinis aktyvumas, veiklos apsiribojimas dėl fizinių negalavimų, kūno skausmas ir bendrasis sveikatos vertinimas. Psichikos sveikatą sudaro: emociniai sutrikimai, socialiniai ryšiai, emocinė būseną, energingumas/gyvybingumas [22].

**Nerimo ir depresiskumo skalė (HAD skalė).** Skalę sudaro 14 klausimų, iš kurių 7 susiję su depresija, kiti 7 atspindi nerimą. Kiekvienas klausimas vertinamas nuo 0 iki 3 balų. Taigi, balų suma depresijos ir nerimo grupėje gali varijuoti nuo 0 iki 21. Balų suma rodo nerimo arba depresijos sunkumo laipsnį: nuo 0 iki 7 balų – nėra nerimo ar depresijos simptomų; nuo 8 iki 10 balų – lengvi; nuo 11 iki 14 balų – vidutinio sunkumo; o nuo 15 iki 21 balų – sunkūs nerimo arba depresijos simptomai. HAD skalė nėra nerimo arba depresijos sutrikimų diagnostikos instrumentas, tačiau tinkamai naudojama ji gali pasitarnauti padedant atrinkti sergančiuosius tokiais sutrikimais [23].

### 1 lentelė. Situacijos, nurodančios mieguistumą dieną

1. Ar dienos metu Jūs esate netikėtai užmigęs?
2. Kaip dažnai užmigate arba jaučiatės mieguisti:
  - a. sėdint ir skaitant,
  - b. žiūrint televizorių,
  - c. neaktyviai leidžiant laiką viešumoje (teatre, susitikime su draugais, kine),
  - d. keliaujant transporto priemone daugiau nei 1 val. be pertraukos, jos nevairuojant,
  - e. gulint po pietų,
  - f. sėdint ir kalbant,
  - g. ramiai sėdint papietavus, nevartojus alkoholio,
  - h. vairuojant automobilį ir patekus į spūstį keletui minučių.

### 2 lentelė. Situacijos, nurodančios nakties miego sutrikimus

1. Kokia bendra Jūsų nakties miego kokybė?
2. Ar Jums sunku užmigti kiekvieną naktį?
3. Ar Jums sunku išsimiegoti naktį neprabudus?
4. Ar Jūs nenustygstate lovoje?
5. Ar Jus naktį kankina trikdantys sapnai?
6. Ar Jus naktį kankina trikdančios haliucinacijos?
7. Ar Jūs keliatės naktį šlapintis?
8. Ar nakties miego metu rankų ar kojų raumenis sutraukia skausmingas mėšlungis?
9. Ar 2–3 val. po prabudimo jaučiate nuovargį ar mieguistumą?

**Miego sutrikimų skalės. Mieguistumo dieną (MD) skalė.** Šią skalę sudaro 10 situacijų, kuriomis vertinamas MD (1 lentelė). **Nakties miego sutrikimo (NMS) skalė.** Skalę sudaro 9 situacijos, kuriomis vertinami NMS (2 lentelė). Po kiekviena situacija pateikta vizuali analoginė skalė nuo 0 iki 10 balų, kur 0 balų nurodo blogiausią, o 10 balų – geriausią situaciją. Šioje skalėje tiriamasis žymėjo savo situaciją.

### Statistinis duomenų apdorojimas

Statistinė duomenų analizė atlikta SPSS 19.0 statistine programa. Pateikiami rezultatai procentais,  $m \pm SN$ . Statistinei analizei naudoti Mann-Whitney U, ANOVA, Kruskal Wallis,  $\chi^2$ , z testai. Ryšys tarp dydžių vertintas apskaičiuojant Spearman'o koreliacijos koeficientą r. Sudaryti fizinės ir psichikos sveikatos daugiaveiksmės logistinės regresinės analizės matematiniai modeliai, kuriais remiantis galima pagal nepriklausomų požymių reikšmes prognozuoti priklausomo kintamojo tikimybę. Pasirinktas reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

## REZULTATAI

Sergančių epilepsija tiriamųjų grupėje ( $n = 203$ ) buvo 112 (55,2 %) moterų ir 91 (44,8 %) vyras, sveikųjų grupėje ( $n = 202$ ) atitinkamai: 112 (55,4 %) ir 90 (44,6 %) ( $p > 0,05$ ). Sergančių epilepsija tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo  $36,8 \pm 14,4$  m., sveikųjų –  $35,0 \pm 13,1$  m. ( $p > 0,05$ )

3 lentelė. Demografiniai tiriamųjų ir sveikų kontrolinės grupės asmenų bei klinikiniai sergančių epilepsija tiriamųjų duomenys

	Tiriamųjų grupė (n = 203)	Kontrolinė grupė (n = 202)	p reikšmė
<b>Demografiniai duomenys</b>			
<b>Lytis:</b>			
moterys, n (%)	112 (55,2)	112 (55,4)	p > 0,05
vyrų, n (%)	91 (44,8)	90 (44,6)	
<b>Amžius (m ± SN), m.</b>	36,8 ± 14,4	35,0 ± 13,1	p > 0,05
<b>Išsilavinimas:</b>			
turintys aukštąjį išsilavinimą, n (%)	37 (18,2)	92 (45,5)	p < 0,001
neturintys aukštojo išsilavinimo, n (%)	166 (81,1)	110 (54,5)	
<b>Darbinė padėtis:</b>			
užsiimantys darbine veikla, n (%)	79 (38,9)	137 (67,8)	p < 0,001
neužsiimantys darbine veikla, n (%)	124 (61,1)	65 (32,2)	
<b>Klinikiniai duomenys</b>			
<b>VNE grupės:</b>			
I gr. - 1 VNE, n (%)	117 (57,6)		
II gr. - 2 VNE, n (%)	86 (42,4)		
<b>Epilepsijos priepuolių dažnio grupės</b>			
I gr. - 1/sav., n (%)	37 (18,2)		
II gr. - < 1/sav. - 1/mėn., n (%)	37 (18,2)		
III gr. - < 1/mėn. - 1/6 mėn., n (%)	27 (13,3)		
IV gr. - < 1/6 mėn., n (%)	102 (50,2)		

<sup>2</sup> testas

4 lentelė. Sergančių epilepsija tiriamųjų ir sveikų kontrolinės grupės asmenų miego sutrikimų bei nerimo ir depresiškumo išreikštumas

Klausimynai ir skalės	Tiriamųjų grupė (n = 203)	Kontrolinė grupė (n = 202)	p reikšmė
<b>Miego sutrikimai</b>			
Mieguistumas dieną, (m ± SN), balai	7,6 ± 1,8	7,6 ± 1,6	p > 0,05
Nakties miego sutrikimai, (m ± SN), balai	7,0 ± 2,3	7,8 ± 1,4	p < 0,001
<b>HAD skalė</b>			
Nerimas, (m ± SN), balai	6,9 ± 4,4	4,7 ± 3,2	p < 0,05
Depresiškumas, (m ± SN), balai	5,2 ± 4,2	3,9 ± 3,2	p < 0,05

Mann-Whitney U testas; SN - standartinis nuokrypis; m - vidurkis; n - tiriamųjų skaičius; p - pasikliautinumo lygmuo.

5 lentelė. Sergančių epilepsija tiriamųjų mieguistumo dieną ir nakties miego sutrikimų išreikštumas skirtingose epilepsijos priepuolių dažnio ir gydymo vaistais nuo epilepsijos (VNE) grupėse

Klinikiniai duomenys	Mieguistumo dieną išreikštumas m ± SN, balai	Nakties miego sutrikimų išreikštumas m ± SN, balai
<b>Epilepsijos priepuolių dažnio grupės</b>		
I gr. - 1/sav.	7,4 ± 1,9	6,0 ± 2,3*
II gr. - < 1/sav. - 1/mėn.	7,5 ± 1,7	6,1 ± 2,3*
III gr. - < 1/mėn. - 1/6 mėn.	7,4 ± 2,1	6,9 ± 1,6
IV gr. - < 1/6 mėn.	7,8 ± 1,7	7,6 ± 1,8
<b>VNE grupės</b>		
I gr. - 1 VNE	7,7 ± 1,8	6,9 ± 2,1
II gr. - 2 VNE	7,5 ± 1,8	6,9 ± 2,1

Kruskal Wallis testas, \*p &lt; 0,001 - lyginant I ir II epilepsijos priepuolių dažnio grupes su IV.

Mann-Whitney U testas, p &gt; 0,05 - lyginant VNE grupes. SN - standartinis nuokrypis, m - vidurkis.

(3 lentelė). Kiti sergančių epilepsija tiriamųjų ir sveikų kontrolinės asmenų grupės demografiniai duomenys ir sergančių epilepsija tiriamųjų klinikiniai duomenys pateikti 3 lentelėje. Sveikų asmenų grupėje turinčių aukštąjį išsilavinimą ir užsiimančių darbine veikla buvo daugiau

nei sergančių epilepsija tiriamųjų grupėje (p < 0,001) (3 lentelė).

Tiriamųjų ir kontrolinės grupės asmenų miego sutrikimų (MD, NMS) bei nerimo ir depresiškumo išreikštumas pateikti 4 lentelėje.

6 lentelė. Sergančių epilepsija tiriamųjų ir sveikų kontrolinės grupės asmenų fizinė ir psichikos sveikata

	Fizinė sveikata (m ± SN), balai	Psichikos sveikata (m ± SN), balai
<b>Bendra tiriamųjų grupė (n = 203)</b>	68,1 ± 20,1*	60,1 ± 18,4*
Moterys	68,3 ± 19,9	61,0 ± 18,6
Vyrai	67,7 ± 18,6	59,0 ± 18,4
<b>Bendra kontrolinė grupė (n = 202)</b>	80,2 ± 13,4*	69,1 ± 14,7*
Moterys	80,9 ± 12,6	68,6 ± 13,6
Vyrai	79,4 ± 14,2	69,7 ± 15,9

Mann-Whitney U testas, \*p < 0,001 – lyginant bendrą sergančių epilepsija tiriamųjų grupę su sveikųjų kontroline grupe; p > 0,05 – lyginant vyrų ir moterų grupes.

7 lentelė. Sergančių epilepsija tiriamųjų fizinė ir psichikos sveikata skirtingo priepuolių dažnio ir VNE grupėse

Klinikiniai duomenys	Fizinė sveikata (m ± SN), balai	Psichikos sveikata (m ± SN), balai
<b>Epilepsijos priepuolių dažnio grupės</b>		
I gr. – 1/sav.	53,6 ± 22*	50,9 ± 17,9*
II gr. – < 1/sav. – 1/mėn.	60,5 ± 18,6*	55 ± 16,4*
III gr. – < 1/mėn. – 1/6 mėn.	69,3 ± 18,5	60,1 ± 19,4
IV gr. – < 1/6 mėn.	75,7 ± 16,4	65,4 ± 17,6
<b>VNE grupės</b>		
I gr. – 1 VNE	68,2 ± 20,9	59,8 ± 18,7
II gr. – 2 VNE	67,8 ± 19	60,6 ± 18,4

ANOVA testas, Dunnett testas, \*p < 0,001 – lyginant I ir II epilepsijos priepuolių grupes su IV grupe. Mann-Whitney U testas, p > 0,05 – lyginant su VNE grupe.

Sergantiems epilepsija tiriamiesiems NMS išreikštumas skyrėsi tik lyginant labai dažnų ir dažnų EP grupes (I ir II EP dažnio grupės) su labai retų EP grupe (IV EP dažnio grupė): didesnis buvo didesnio dažnio EP grupėse (p < 0,05). MD išreikštumas skirtingo priepuolių dažnio grupėse nesiskyrė (5 lentelė).

Padidinto ( 8 balo) nerimo, depresiškumo simptomus patiriančių tiriamųjų kiekis skyrėsi tik lyginant labai dažnų EP (I EP dažnio grupė) grupę su labai retų EP (IV EP dažnio grupė) grupe (p < 0,05). Padidėjusį nerimą jautė 22 (59,9 %), 18 (48,6 %), 11 (40,7 %), 30 (29,4 %), atitinkamai, padidėjusį depresiškumą – 18 (48,6 %), 12 (32,4 %), 6 (22,2 %), 19 (18,6 %) tiriamųjų. Padidinto ( 8 balai) nerimo, depresiškumo simptomus patiriančių tiriamųjų kiekis monoterapija ir politerapija gydytų epilepsija sergančių tiriamųjų grupėse nesiskyrė: padidėjusį nerimą monoterapijos grupėje jautė 48 (41,0 %), politerapijos grupėje 33 (38,4 %) tiriamųjų (p > 0,05), atitinkamai, padidėjusį depresiškumą – 29 (24,8 %) ir 26 (30,2 %) tiriamieji (p > 0,05).

### Fizinė ir psichikos sveikata

Sergantys epilepsija tiriamieji savo sveikatą kaip puikią įvardino 12 (5,9 %), sveiki – 26 (12,9 %) (p < 0,05), atitinkamai, kaip labai gerą – 21 (10,3 %) ir 58 (28,7 %) (p < 0,05), kaip gerą – 65 (32,0 %) ir 66 (32,7 %) (p > 0,05), kaip neblogą – 72 (35,5 %) ir 47 (23,3 %) (p < 0,05), kaip blogą – 33 (16,3 %) ir 5 (2,5 %) (p < 0,05).

Tiek fizinės, tiek psichikos sveikatos įvertimo didesnis vidurkis buvo sveikųjų grupėje (p < 0,001), rezultatai pa-

teikti 6 lentelėje. Tiek sergančių epilepsija tiriamųjų, tiek sveikų kontrolinėje grupėje moterų ir vyrų tiek fizinės, tiek psichikos sveikatos įvertimo vidurkis nesiskyrė (p > 0,05) (6 lentelė). Nustatytas tik silpnas ryšys tarp amžiaus ir sveikų kontrolinės grupės asmenų psichikos sveikatos (r = -0,201, p < 0,05). Ryšio tarp sveikų kontrolinės grupės asmenų fizinės sveikatos bei tarp amžiaus ir sergančių epilepsija tiriamųjų tiek fizinės, tiek psichikos sveikatos nenustatyta (p > 0,05).

Fizinės ir psichikos sveikatos įvertimo vidurkiai skyrėsi tarp tiriamųjų, patiriančių labai dažnus ir dažnus epilepsijos priepuolius (I ir II EP dažnio grupės), lyginant su patiriančiais labai retus epilepsijos priepuolius (IV EP dažnio grupė) (p < 0,001). Skirtingų VNE kiekių vartojančių tiriamųjų grupėse fizinės ir psichikos sveikatos įvertimo vidurkiai nesiskyrė (7 lentelė).

Nustatytas ryšys tiek tarp sergančių epilepsija tiriamųjų, tiek tarp sveikų kontrolinės grupės asmenų, tiek tarp fizinės, tiek tarp psichikos sveikatos su MD, NMS, nerimo, depresiškumo išreikštumu (8 lentelė).

Taikant daugiaveiksmės logistinės regresijos metodą, sudaryti matematiniai modeliai, kuriais remiantis galima pagal nepriklausomų požymių reikšmes prognozuoti priklausomų kintamųjų – fizinės ir psichikos sveikatos – tikimybę. Nepriklausomais požymiais laikyti: amžius, ligos trukmė, lytis, priepuolių dažnis, VNE grupės, nerimas, depresiškumas, MD, NMS.

Geresnei sergančių epilepsija tiriamųjų fizinei sveikatai prognozuoti reikšmingi buvo šie veiksniai: jaunesnis nei 30 m. tiriamųjų amžius (amžius iki 30 m., geresnės fizinės sveikatos tikimybę didina iki 3,38 karto, p = 0,002); ne-

8 lentelė. Ryšys tarp sergančių epilepsija tiriamųjų ir sveikų kontrolinės grupės asmenų fizinės, psichikos sveikatos ir miego sutrikimų bei nerimo ir depresiško

	Tiriamųjų grupė (n = 203)		Kontrolinė grupė (n = 202)	
	fizinė sveikata	psichikos sveikata	fizinė sveikata	psichikos sveikata
	r	r	r	r
Mieguistumas dieną	0,17*	0,28*	0,04**	0,22*
Nakties miego sutrikimai	0,54*	0,55*	0,51*	0,49*
Nerimas	-0,57*	-0,69*	-0,48*	-0,67*
Depresiškas	-0,58*	-0,64*	-0,55*	-0,58*

r – Spearman'o koreliacijos koeficientas, \*p < 0,001, \*\*p < 0,05.

9 lentelė. Veiksniai, reikšmingi prognozuojant geresnę fizinę ir psichikos sergančių epilepsija tiriamųjų sveikatą

	Požymis		Šansų santykis	95 % PI	p reikšmė
Fizinė sveikata > 80 balų (n = 71)	Amžius (< 30 m.)	1,219	3,38	1,59–7,194	0,002
	Miego sutrikimų naktį išreikštumas (> 6,3 balo)	1,061	2,88	1,114–7,49	0,029
	Mieguistumo dieną išreikštumas (> 4,8 balo)	2,487	12,02	1,5–95,5	0,019
	Epilepsijos priepuolių dažnio grupė (lyginant su > 1/sav.)				0,02
	< 1/sav. – 1/mėn.	-0,322	0,725	0,165–3,178	0,669
	< 1/mėn. – 1/6 mėn.	0,451	1,569	0,367–6,704	0,543
	< 1/6 mėn.	1,175	3,23	1–10,4	0,05
Psichikos sveikata > 70 balų (n = 64)	Depresiškas (< 8 balai)	2,3	10,07	2,242–45,25	0,003
	Nerimas (< 8 balai)	1,466	4,33	1,723–10,88	0,002
	Miego sutrikimų naktį išreikštumas (> 8,2 balo)	1,097	2,996	1,47–6,104	0,003

Daugiaveiksmė logistinė regresinė analizė. Fizinės sveikatos konstanta = -5,75; psichikos sveikatos konstanta = -4,237 (p < 0,001).

didelis MD išreikštumas (MD > 4,8 balo geresnės fizinės sveikatos tikimybę didina iki 2,88 karto, p = 0,029); nedidelis NMS išreikštumas (NMS > 6,3 balo geresnės fizinės sveikatos tikimybę didina iki 12,02 karto, p = 0,019); EP dažnis (lyginant su labai dažniais priepuoliais (< 1/sav.), patiriant retesnius priepuolius fizinė sveikata pagerėjo: esant priepuolių dažniui < 1/sav. – 1/mėn. – 0,725 karto, < 1/mėn. – 1/6 mėn. – 1,569 karto, < 1/6 mėn. – 3,23 karto) (7 lentelė).

Geresnei sergančių epilepsija tiriamųjų psichikos sveikatai prognozuoti reikšmingi buvo šie veiksniai: NMS išreikštumas (NMS > 8,2 balo geresnės psichikos sveikatos tikimybę didina 2,99 karto, p = 0,003); depresiško nebuvimas (HAD < 8 balai geresnės psichikos sveikatos tikimybę didina 10,1 karto, p = 0,003); nerimo simptomų nebuvimas (HAD < 8 balai geresnės psichikos sveikatos tikimybę didina 4,33 karto, p = 0,002) (9 lentelė).

## REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktame tyrime sergančiųjų epilepsija ir kontrolinė sveikų asmenų grupės nesiskyrė pagal lytį ir amžių, tačiau skyrėsi pagal išsilavinimą ir darbinę padėtį – mažiau sergančiųjų epilepsija turėjo aukštąjį išsilavinimą, taip pat mažiau sergančiųjų turėjo darbą, lyginant su sveikais tiriamaisiais. Kartu su kitų publikuotų tyrimų duomenimis mūsų tyrime dalyvavusių sergančiųjų epilepsija ir tokio paties amžiaus sveikų asmenų išsilavinimo bei darbinės padėties

skirtumai rodo galimai blogesnę sergančiųjų epilepsija socialinę padėtį [24–28].

Sergančiųjų epilepsija grupėje daugiau tiriamųjų savo sveikatą įvertino kaip blogą, labai gerai savo sveikatą vertinančių tiriamųjų epilepsijos grupėje buvo beveik 3 kartus, o puikiai – 2 kartus mažiau nei kontrolinėje grupėje. Krutulienės ir bendraautorių atliktame tyrime, kaip ir mūsų tyrimo duomenimis, daugiausia sergančiųjų epilepsija įvertino savo sveikatą kaip vidutinišką [29].

Žinoma, kad sergančiųjų epilepsija gyvenimo kokybė yra blogesnė nei sveikų asmenų [14, 30–33]. Mūsų tyrimo duomenys taip pat rodo, kad sergantieji epilepsija savo fizinę ir psichinę sveikatą vertino blogiau nei sveiki tiriamieji. Dažni, sunkūs priepuoliai, VNE politerapija yra daugumos autorių nurodomi su epilepsija susiję veiksniai, bloginantys sergančiųjų epilepsija gyvenimo kokybę, tačiau sergantieji rezistentiška gydymui epilepsija dažniau turi ir struktūrinių galvos smegenų pokyčių, tad duomenys nėra vienareikšmiai [14, 30–36]. Mūsų tyrime sergančiųjų epilepsija fizinę ir psichikos sveikatą skyrėsi tarp tiriamųjų, patiriančių labai dažnus ir dažnus bei labai retus priepuolius, tačiau nesiskyrė grupėse tarp vartojančių VNE monoterapiją ir politerapiją. Šie radiniai, kartu su kitų autorių duomenimis skatina ieškoti ir kitų, ne tik su pačia epilepsija ar patiriamais priepuoliais bei vartojamais vaistais susijusių, gyvenimo kokybę bloginančių veiksnių [34, 37–39]. Kwan ir bendraautoriai nerimą, depresišumą, miego sutrikimus nurodo kaip nepriklausomus veiksnius, lemiančius sergančiųjų epilepsija gyvenimo kokybę [34]. Johnson ir bendraautoriai, Loring ir bendraautoriai, Tracy

ir bendraautorai gavo panašius rezultatus, kad depresiškumas ir nerimas, priepuolių dažnis, vartojamų VNE skaičius yra nepriklausomi sergančių epilepsija gyvenimo kokybės veiksniai [37–39]. Savo tyrime, taikydami daugiaveiksmės logistinės regresijos metodą, nustatėme, kad geresnei fizinei sergančių epilepsija tiriamųjų sveikatai prognozuoti reikšmingi veiksniai buvo amžius iki 30 m., mažesnis MD ir NMS išreikštumas, nepatiriami labai dažni epilepsijos priepuoliai. Geresnės psichikos sveikatos sergančiųjų epilepsija sveikatos prognozavimui reikšmingi veiksniai buvo: mažesnis NMS išreikštumas bei nepadidėjęs nerimas ir depresiškumas. Taigi, galime daryti prielaidą, kad ir tiesiogiai su epilepsija nesusijusių veiksnių, tokių kaip miego ir nuotaikos sutrikimai, koregavimas galėtų pagerinti sergančiųjų epilepsija gyvenimo kokybę.

## IŠVADOS

1. Tiriamieji, sergantys epilepsija, subjektyviai savo sveikatą vertino blogiau nei sveiki kontrolinės grupės asmenys. Fizinė ir psichinė sveikata buvo blogesnė patiriančių labai dažnus ir dažnus priepuolius, lyginant su labai retus priepuolius patiriančiais tiriamaisiais, bet nesiskyrė tarp gydomų VNE monoterapija ir politerapija. Fizinė ir psichinė sveikata buvo geresnė jaunesniųjų tiriamųjų, nesiskyrė grupėse pagal lytį.
2. Sergantiems epilepsija tiriamiesiems nustatytas didesnis NMS išreikštumas bei nerimo ir depresiškumo lygmuo nei sveikiems kontrolinės grupės asmenims, o MD išreikštumas šiose grupėse nesiskyrė.
3. Kuo didesnis buvo dienos ir nakties miego sutrikimų išreikštumas, tuo blogesnė buvo tiriamųjų ir kontrolinės grupės asmenų fizinė ir psichikos sveikata, išskyrus sąsają tarp kontrolinės grupės asmenų MD ir fizinės sveikatos.
4. Kuo didesnis buvo nerimas, depresiškumas, tuo blogesnė buvo tiek sergančių epilepsija tiriamųjų, tiek sveikų kontrolinės grupės asmenų fizinė ir psichikos sveikata.
5. Geresnės fizinės sergančių epilepsija tiriamųjų sveikatos prognozavimui reikšmingi veiksniai buvo: amžius iki 30 m., mažesnis dienos ir nakties miego sutrikimo išreikštumas, nepatiriami labai dažni epilepsijos priepuoliai. Geresnei psichikos sveikatai sergančiųjų epilepsija prognozuoti reikšmingi veiksniai buvo: mažesnis NMS išreikštumas bei nepadidėjęs nerimas ir depresiškumas.

## DARBO TRŪKUMAI

Savo tyrime nevertinome patiriamų epilepsijos priepuolių sunkumo, taip pat galimai esančių gretutinių susirgimų ir vartojamų kitų vaistų, galinčių turėti įtakos fizinei ir psichikos sveikatai, miego sutrikimams, padidėjusiam nerimui ir depresiškumui. Miego sutrikimams įvertinti naudotos skalės nėra validizuotos Lietuvoje.

## Literatūra

1. Health Promotion Glossary WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva: World Health Organization, 1998; 88–94. [www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glos\\_sary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glos_sary_en.pdf) (žr. 2011-05-10).
2. Baker GA. Health-related quality-of-life issues: optimizing patient outcomes. *Neurology* 1995; 45: 29–34.
3. Ker MP. The impact of epilepsy on patients' lives. *Acta Neurologica Scandinavica* 2012; 294: 1–9.
4. Fraser RT, Clemmons D, Trejo W, Temkin NR. Program evaluation in epilepsy rehabilitation. *Epilepsia* 1983; 24: 734–46.
5. Floyd M. A review of published studies in epilepsy and employment. In: Edwards F, Espir M, Oxley J, eds. *Epilepsy and employment-medical symposium on current problems and best practices*. London: Royal Society of Medicine Services, 1986.
6. Hauser WA, Hesdorffer DC. *Epilepsy: frequency, causes and consequences*. Maryland: Epilepsy Foundation of America, 1990.
7. Collings J. *Epilepsy and the experience of employment. A report of a national survey by the British Epilepsy Association*. Leeds: British Epilepsy Association, 1992.
8. Collings J. Psychosocial well-being and epilepsy: an empirical study. *Epilepsia* 1990; 31: 418–26.
9. Amtson P, Drodge D, Norton R, Murray E. The perceived psychosocial consequences of having epilepsy. In: Whitman S, Hermann B, eds. *Psychopathology in epilepsy: social dimensions*. Oxford University Press, 1986.
10. Lechtenberg R. *Epilepsy and the family*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1984.
11. Scambler G, Hopkins A. Being epileptic: coming to terms with stigma. *SOC Health Illness* 1986; 8: 2–43.
12. Taylor RS, Sander JW, Taylor RJ, et al. Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: A systematic review. *Epilepsia* 2011; 52: 2168–80.
13. Kothare SV, Kaleyias J. Sleep and epilepsy in children and adolescents. *Sleep Med* 2010; 11: 674–85.
14. Jacoby A, Baker GA, Steen N, et al. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a U.K. Community study. *Epilepsia* 1996; 37: 148–61.
15. Ettinger A, Reed M, Cramer J. Epilepsy Impact Project Group. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology* 2004; 63: 1008–14.
16. Gaitatzis A, Carrol K, Majeed A, et al. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia* 2004; 45: 1613–22.
17. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jette N, et al. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007; 48: 2336–44.
18. De Weerd A, de Haas S, Otte A, et al. Subjective sleep disturbance in patients with partial epilepsy: a questionnaire-based study on prevalence and impact on quality of life. *Epilepsia* 2004; 45: 1397–404.
19. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, et al. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med* 2013; 43: 897–910.
20. Baxter AJ, Ferrari AJ, Somerville AJ, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2014; 43: 471–81.
21. Stranges S, Tigbe W, Gómez-Olivé FX, et al. Sleep problems: an emerging global epidemic? Findings from the

- INDEPTH WHO-SAGE study among more than 40,000 older adults from 8 countries across Africa and Asia. *Sleep* 2012; 35: 1173–81.
22. Staniūtė M. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* 2007; 9(1): 22–5.
23. Burkauskas J, Bunevičius R. HAD skalė: depresijos ir nerimo sutrikimų vertinimo instrumentas. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* 2013; 15(2): 59–61.
24. Stavem K, Loge JH, Kaasa S. Health status of people with epilepsy compared with a general reference population. *Epilepsia* 2000; 41: 85–90.
25. Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P, et al. The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res* 2000; 41: 39–51.
26. Kokkonen J, Kokkonen ER, Saukkonen AL, et al. *J Neurool Neurosurg, Psychiatry* 1997; 62: 265–8.
27. Sillanpää M. Children with epilepsy as adults: outcome after 30 years of follow-up. *Acta Paediatr Scand* 1990; 368: 1–78.
28. Jalava M, Sillanpää M, Camfield C, et al. Social adjustment and competence 35 years after onset of child epilepsy: a prospective controlled study. *Epilepsia* 1997; 38: 708–15.
29. Krutulienė S, Mameniškienė R. Epilepsija sergančių suaugusių gyvenimo kokybė: sveikatos pajėgumas. *Neurologijos seminarai* 2015; 19: 118–27.
30. Mrabet H, Mrabet A, Zouari B, et al. Health-related quality of life of people with epilepsy compared with a general reference population: a Tunisian Study. *Epilepsia* 2004; 45: 838–43.
31. Buck D, Jacoby A, Baker GA, et al. Cross-sectional differences in health-related quality of life of people with epilepsy: findings from a European study. *Qual Life Res* 1999; 8: 675–85.
32. Liou HH, Chen RC, Chen CC, et al. Health-related quality of life in adult patients with epilepsy compared with a general reference population in Taiwan. *Epilepsy Res* 2005; 64: 151–9.
33. McLaughlin DP, Pachana NA, McFarland K. The impact of depression, seizure variables and locus of control on health-related quality of life in a community dwelling sample of older adults. *Seizure* 2010; 19: 232–6.
34. Kwan P, Yu E, Leung H, et al. Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality-of-life ratings in adults with epilepsy. *Epilepsia* 2009; 50: 1059–66.
35. Piazzini A, Beghi E, Turner K, et al. LICE Quality of Life Group: health-related quality of life in epilepsy: findings obtained with a new Italian instrument. *Epilepsy Behav* 2008; 13: 119–26.
36. Thomas SV, Koshy S, Nair CRS, et al. Frequent seizures and polytherapy can impair quality of life in persons with epilepsy. *Neurol India* 2005; 53: 46–50.
37. Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, et al. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004; 45: 544–50.
38. Loring DW, Meador KJ, Lee GP. Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 976–80.
39. Tracy JI, Dechant V, Sperling MR, et al. The association of mood with quality of life ratings in epilepsy. *Neurology* 2007; 68: 1101–7.

G. Žemgulytė, G. Jurkevičienė, V. Matijošaitis,  
G. Gelžinienė, G. Rutkauskaitė

## HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH EPILEPSY

### Summary

**Background.** Epilepsy is a chronic disease that has a great negative impact on the patient's daily life. Epilepsy is often related to conditions that limit patients' physical activity, education and social life. Patients with epilepsy may have sleep disorders. Anxiety and depression seem to be more frequent in epilepsy patients than in healthy individuals. Quality of daily life may be impaired in patients with epilepsy due to many related conditions whereas the impact of separate factors is not clear.

**Subjects and methods.** Study group was made of 203 epilepsy patients investigated and treated in LUHS Kaunas Clinics, Department of Neurology between 2013 and 2015. Control group was made of 202 healthy volunteers. Demographic and clinical data were investigated. Study group was subsequently divided into separate subgroups according to seizure frequency and number of antiepileptic drugs used. Data of quality of life, anxiety and depression together with sleep disorder, both diurnal and nocturnal symptoms were analysed.

**Results.** There were 112 (55.2%) women and 91 (44.8%) men in epilepsy study group (n=203). Control group (n=202) contained 112 (55.4%) women and 90 (44.6%) men (p>0.05). Mean age of epilepsy group patients was 36.8±14.4 years and 35.0±13.1 years in control group (p>0.05). Physical and mental health was significantly different between study group and healthy volunteer group (p<0.001). Daytime sleepiness showed no statistical difference between the two groups (p>0.05) but night sleep impairment was significantly higher in epilepsy group subjects (p<0.001). Severity of night sleep impairment symptoms was different between the epilepsy group subgroups only when the symptoms of very frequent and frequent epileptic seizure groups (group I and II) were compared with infrequent seizure group (group IV); it was more expressed in the higher seizure frequency groups (p<0.005). The number of subjects with high ( 8 points) anxiety and expressed depression was significantly higher in the most frequent seizure group (group I) when compared to infrequent seizure (group IV) group (p<0.05).

**Conclusions.** Patients with epilepsy had poorer subjective health self-evaluation than control group subjects. Physical and mental health was worse in both groups when diurnal and nocturnal symptoms of sleep disorders were more expressed except no correlation was found between daytime sleepiness symptoms and physical health in control group subjects. Physical and mental health was worsening when anxiety and depression symptoms were higher in both epilepsy and control groups.

**Keywords:** epilepsy, quality of life, anxiety, depression, sleep disorders.

Gauta:  
2016 08 08

Primta spaudai:  
2016 08 19