

# Skirtingomis epilepsijos formomis sergančių asmenų miego ir gydymo režimo laikymosi drausmingumo vertinimas

D. Streckytė\*  
R. Mameniškienė\*\*

\*Vilniaus universiteto  
Medicinos fakultetas

\*\*Vilniaus universitetas,  
Neurologijos centras

**Santrauka.** Įvadas. Ilgalaikis gydymas vaistais nuo epilepsijos maždaug 70 % asmenų, sergančių epilepsija, padeda pasiekti, kad priepuoliai nesikartotų, tačiau nedrausmingas vaistų vartojimas – pagrindinė gydymo nesėkmės priežastis.

**Darbo tikslas.** Nustatyti, ar skirtingomis epilepsijos formomis sergantys asmenys drausmingai laikosi miego ir gydymo režimo, ir įvertinti tai lemiančius veiksnius.

**Tyrimo metodai.** Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose vykdyta suaugusių ir vaistų nuo epilepsijos vartojančių epilepsija sergančių asmenų anoniminė anketinė apklausa. Duomenys apdoroti „MS Excel“ ir SPSS 21.0 programomis. Duomenys laikyti statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

**Rezultatai.** Tyrime dalyvavo 100 epilepsija sergančių asmenų (65 % – sergančiųjų židini-  
ne epilepsija, 55 % – moterų). Tiriamųjų amžiaus mediana –  $37,5 \pm 15,7$  metų, vidutinė ligos trukmė –  $9,5 \pm 11$  metų, vidutinis susirgimo epilepsija amžius –  $21,5 \pm 17$  metų. Vaistus nuo epilepsijos nedrausmingai vartoja 30 % epilepsija sergančių asmenų, nepriklausomai nuo epilepsijos formos ( $p = 0,819$ ), dažniausia priežastis – užmaršumas (82,4 %). Nedrausmingas vaistų vartojimas yra statistiškai reikšmingai susijęs su gyvenamąja vieta (kaime;  $p = 0,032$ ); dažniau priepuoliais ( $p = 0,033$ ); retesniu vaistų nuo epilepsijos dozavimu ( $p = 0,032$ ), dažniau sergančiųjų generalizuota epilepsija grupėje ( $p = 0,019$ ). Miego režimas nuo epilepsijos formos nepriklauso ( $p > 0,05$ ), 35 % respondentų naktį miega mažiau nei 7 valandas, 53 % respondentų nesilaiko miego režimo ir tai yra susiję su nedrausmingu vaistų vartojimu ( $p = 0,027$ ).

**Išvados.** Vaistų nuo epilepsijos vartojimo ir miego režimo laikymosi drausmingumas nuo epilepsijos formos nepriklauso. Kas trečias epilepsija sergantis asmuo vaistus vartoja nedrausmingai. Dažniausia subjektyvi gydymo režimo nesilaikymo priežastis – užmaršumas, o objektyvios: gyvenimas kaimo vietovėje, dažni priepuoliai ir retesnės vaistų dozės. Trečdalis respondentų miega mažiau nei rekomenduojama, daugiau nei pusė – nesilaiko reguliaraus miego režimo. Nesilaikantys miego režimo linkę gydytis nedrausmingai.

**Raktažodžiai:** drausmingumas, epilepsija, miegas, režimas, vaistai nuo epilepsijos.

## ĮVADAS

Epilepsija yra viena labiausiai paplitusių lėtinių neurologinių ligų, kuria pasaulyje serga daugiau kaip 50 milijonų gyventojų [1]. Tai sekinanti liga, kuri sukelia neuropsicho-

loginius sutrikimus, blogina gyvenimo kokybę, didina socialinę atskirtį, lemia prastus mokymosi rezultatus, fizinis susižalojimus ir trumpesnę gyvenimo trukmę [2–4]. Pagrindinė epilepsijos gydymo priemonė – ilgalaikis (kasdien ir dažnai visą gyvenimą) vaistų nuo epilepsijos (VNE) vartojimas, kurio tikslas – pasiekti, kad priepuoliai nesikartotų (tai pavyksta maždaug 70 % pacientų) ar bent jau taptų lengvesni, trumpesni ir retesni [5–8]. Norint veiksmingai valdyti ligą, būtina laikytis teisingo gyvenimo būdo ir griežto VNE vartojimo režimo [6]. Kadangi epilepsijai yra būdingi trumpalaikiai simptomai ir požymiai (t. y.

### Adresas:

Dovilė Streckytė  
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas  
M. K. Čiurlionio g. 21, LT-03101 Vilnius  
El. paštas dstreckyte@gmail.com

© Neurologijos seminarai, 2020. Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License CC-BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

priepuoliai), o ne nuolat jaučiamas reiškiny (pvz., skausmas), pacientas privalo vartoti vaistus, nejausdamas greito ir akivaizdaus teigiamo poveikio. Taigi pacientai, praleidę vaistų dozes be neigiamo poveikio sveikatai, gali klaidingai galvoti, kad nėra svarbu griežtai laikytis vaistų vartojimo režimo [6, 7]. Kitiems dažniausiems veiksniams, susijusiems su VNE nevartojimu, priskiriami: žemas sociodemografinis statusas [9], žemesnis išsilavinimas [9–11], priklausymas etninei mažumai [11], jaunesnis amžius [9, 12], rūkymas ir kiti žalingi įpročiai [13], užmaršumas [8, 14, 15], įsitikinimas apie neigiamą VNE poveikį [11, 14], ilgesnė ligos ir gydymo trukmė [16, 17], didelis vartojamų vaistų skaičius [11, 15, 18], jų sukeltos nepageidaujamos reakcijos [8, 14, 15, 18], sveikatos būklės pagerėjimas [8, 14, 15], priepuolių nebuvimas [9, 14], gretutinės patologijos (pvz., depresija) [9, 11] ir stigmatizacija [8, 9, 11, 18]. Dar vienas svarbus prastesnės epilepsijos kontrolės veiksnys – miego režimo nesilaikymas. Miego trūkumas gali sukelti priepuolių pasikartojimą, kurie blogina miego kokybę, trikdo kasdienę veiklą. Dėl to neretai epilepsija sergantys asmenys (ESA) skundžiasi padidėjusiu mieguistumu dieną, nemiga ar sutrikusia miego kokybe [19]. Visgi gydymo režimo nesilaikymas išlieka pagrindine nesėkmingo epilepsijos gydymo priežastimi [20, 21]. Nepaisant veiksmingų vaistų prieinamumo, ESA dažnai nesilaiko gydytojo nurodyto gydymo režimo – praleidžia VNE dozes, nevartoja vaistų arba geria juos mažesne doze ar kitu laiku nei nurodyta, savarankiškai koreguoja jų vartojimą būklei pagerėjus ar atsiradus nepageidaujama reakcijų [22]. Todėl mažėja gydymo efektyvumas, vystosi farmakologinis atsparumas, didėja priepuolių pasikartojimo, lūžių, galvos traumų ir mirštamumo rizika, auga hospitalizacijų skaičius, sveikatos priežiūros išlaidos, blogėja gyvenimo kokybė [6, 11, 20, 22, 23]. Ankstesni tyrimai atskleidė, kad pacientų, nesilaikančių rekomenduoto gydymo, mirštamumo rizika yra net tris kartus didesnė, palyginus su asmenimis, drausmingai vartojančiais VNE [22, 24]. Įvairių tyrimų duomenimis, VNE nedrausmingo vartojimo dažnis (vaistų vartojimo nutraukimas, dozių sumažinimas ir pan.) tarp sergančių įvairiomis epilepsijos formomis svyruoja nuo 21 iki 79 % [8, 10, 18, 21, 25–27]. Tokių didelių rezultatų skirtumą lemia tai, kad kliniškai reikšmingas vaistų vartojimo nedrausmingumas vertinamas naudojant skirtingas metodikas (anketos, vaistų koncentracijos kraujo serume tyrimas ir pan.), jam apibrėžti iki šiol nėra bendro susitarimo [9].

## DARBO TIKSLAS

Pagrindinis tikslas: nustatyti skirtingomis epilepsijos formomis sergančių pacientų miego ir gydymo režimo laikymosi drausmingumą ir įvertinti tai lemiančius veiksnius bei jų įtaką epilepsijos priepuolių kontrolei.

Uždaviniai:

- 1) Nustatyti nedrausmingo VNE vartojimo dažnį sergančiųjų židinine epilepsija (ŽE) ir generalizuota epilepsija (GE) grupėse.

- 2) Nustatyti dažniausias pacientų VNE nevartojimo priežastis ir jų priklausomybę nuo epilepsijos formos.
- 3) Įvertinti sergančiųjų ŽE ir GE nuomonę apie VNE.
- 4) Įvertinti nuomonės apie VNE ir VNE vartojimo drausmingumo tarpusavio ryšį.
- 5) Įvertinti asmenų, sergančių ŽE ir GE, miego režimą.
- 6) Įvertinti miego režimo ir VNE vartojimo drausmingumo tarpusavio ryšį.

## TIRIAMIEJI IR METODAI

### Tiriamieji

Tyrimas atliktas Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų (VUL SK) Epilepsijos ir miego sutrikimų kabinate 2019 m. lapkričio – 2020 m. vasario mėnesį. Įtraukimo į tyrimą kriterijai: 18 metų ir vyresni epilepsija sergantys pacientai, vartojantys VNE, suprantantys ir gebantys atsakyti į anketoje pateiktus klausimus ir sutinkantys dalyvauti apklausoje. Į tyrimą neįtraukti VNE nevartojantys asmenys, nesutinkantys dalyvauti apklausoje ir nesugebantys atsakyti į klausimus (nesuprantantys lietuviškai, turintys sąmonės, suvokimo sutrikimų, protinę negalią ir kt.).

### Metodika

Tyrimui atlikti gautas Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Etikos komiteto leidimas (Nr. GR-5755). Atliktas pjūvinis analitinis tyrimas, kurio metu naudota tyrėjų naujai sukurta anoniminė anketa, sudaryta iš 45 uždaro tipo klausimų: 7 klausimai apie sociodemografinius duomenis, 13 bendrų klausimų apie epilepsiją ir sveikatos būklę, 10 klausimų apie VNE vartojimo drausmingumą, 3 klausimai apie sunkumus (jų dažnį), patiriamus laikantis paskirto gydymo plano, 7 klausimai apie VNE ir jų poveikį sveikatos būklei ir 5 klausimai apie miego režimą.

Nedrausmingu paskirtų VNE vartojimu laikyta, kai respondentas bent į du iš pateiktų šešių klausimų atsakė teigiamai. Vertinti šie klausimai: 1) ar kada nors esate pamiršę išgerti vaistus nuo epilepsijos; 2) ar kada nors esate vartoję vaistus nuo epilepsijos, nesilaikydami nurodyto gydymo režimo; 3) ar kartais nevartojate vaistų nuo epilepsijos, nes jaučiate sveikatos būklės pagerėjimą; 4) ar esate savarankiškai sumažinę vaisto dozę, kai priepuolių dažnis sumažėjo; 5) ar esate savarankiškai nutraukę vaistų vartojimą, kai jautėtės blogiau, 6) ar atsirado šalutinių reiškinių, vartojant vaistus.

### Duomenų apdorojimas

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „Microsoft Office Excel 2010“ ir IBM SPSS 21.0 programinius paketus. Duomenims apdoroti naudota aprašomoji statistika – vidurkiams, standartiniams nuokrypiams apskaičiuoti. Kiekybiniai kintamieji pateikiami vidurkiu ar me-

1 lentelė. Tiriamųjų demografiniai ir klinikiniai duomenys

Demografiniai ir klinikiniai duomenys		Visi pacientai, N (%)	Sergantieji ŽE, N (%)	Sergantieji GE, N (%)	p reikšmė*
Amžius (mediana ± SN, metais)		37,5 ± 15,7 (18–83)	39 ± 15,6 (18–83)	29 ± 15 (18–72)	<b>p = 0,038<sup>3</sup></b>
Lytis	Vyras	45 (45 %)	35 (53,9 %)	10 (28,6 %)	<b>p = 0,015<sup>1</sup></b>
	Moteris	55 (55 %)	30 (46,1 %)	25 (71,4 %)	
Gyvenimo sąlygos	Gyvena vienas	13 (13 %)	7 (10,8 %)	6 (17,1 %)	p = 0,298 <sup>1</sup>
	Gyvena su partneriu (-e)	38 (38 %)	29 (44,6 %)	9 (25,7 %)	
	Gyvena su vaikais	11 (11 %)	8 (12,3 %)	3 (8,6 %)	
	Gyvena su tėvais	21 (21 %)	11 (16,9 %)	10 (28,6 %)	
	Gyvena su šeima	17 (17 %)	10 (15,4 %)	7 (20 %)	
Išsilavinimas	Pradinis	5 (5 %)	3 (4,6 %)	2 (5,7 %)	p = 0,974 <sup>1</sup>
	Vidurinis	40 (40 %)	26 (40 %)	14 (40 %)	
	Nebaigtas aukštasis	10 (10 %)	6 (9,2 %)	4 (11,4 %)	
	Aukštasis	45 (45 %)	30 (46,2 %)	15 (42,9 %)	
Užimtumas	Dirba	53 (53 %)	33 (50,8 %)	20 (57,2 %)	<b>p = 0,046<sup>1</sup></b>
	Mokosi	5 (5 %)	1 (1,5 %)	4 (11,4 %)	
	Studijuoja	7 (7 %)	3 (4,6 %)	4 (11,4 %)	
	Bedarbis	22 (22 %)	18 (27,7 %)	4 (11,4 %)	
	Pensininkas	13 (13 %)	10 (15,4 %)	3 (8,6 %)	
Gyvenamoji vieta	Miestas	85 (85 %)	55 (84,6 %)	30 (85,7 %)	p = 0,883 <sup>1</sup>
	Kaimas	15 (15 %)	10 (15,4 %)	5 (14,3 %)	
Žalingi įpročiai	Rūko	20 (20 %)	14 (21,5 %)	6 (17,1 %)	p = 0,599 <sup>2</sup>
	Vartoja alkoholį	7 (7 %)	5 (7,7 %)	2 (5,7 %)	
Ligos trukmė (mediana ± SN, metais)		9,5 ± 11	8 ± 9,5	15 ± 14,4	<b>p = 0,045<sup>3</sup></b>
Susirgimo epilepsija amžius (mediana ± SN, metais)		21,5 ± 17	29 ± 17,8	17 ± 11,3	<b>p = 0,000<sup>3</sup></b>
VNE skaičius	1 VNE	54 (54 %)	36 (55,4 %)	18 (51,4 %)	p = 0,227 <sup>1</sup>
	2 VNE	28 (28 %)	15 (23,1 %)	13 (37,2 %)	
	3 VNE	18 (18 %)	14 (21,5 %)	4 (11,4 %)	
Priepuoliai kontroliuojami	Taip	76 (76 %)	48 (73,9 %)	28 (80 %)	p = 0,492 <sup>1</sup>
	Ne	24 (24 %)	17 (26,1 %)	7 (20 %)	
Priepuolių dažnumas	Kasdien	6 (6 %)	5 (7,7 %)	1 (2,9 %)	p = 0,220 <sup>1</sup>
	Kelis kartus per mėnesį	24 (24 %)	18 (27,7 %)	6 (17,1 %)	
	Kelis kartus per metus	34 (34 %)	23 (35,4 %)	11 (31,4 %)	
	1 metus priepuolių nebuvo	36 (36 %)	19 (29,2 %)	17 (48,6 %)	
Gydymo VNE trukmė	<5 metus	41 (41 %)	24 (36,9 %)	17 (48,6 %)	p = 0,259 <sup>1</sup>
	>5 metus	59 (59 %)	41 (63,1 %)	18 (51,4 %)	
VNE dozių skaičius per dieną	1	8 (8 %)	3 (4,6 %)	5 (14,3 %)	p = 0,241 <sup>1</sup>
	2	76 (76 %)	53 (81,6 %)	28 (80 %)	
	3	10 (10 %)	8 (12,3 %)	2 (5,7 %)	
	>3	1 (1 %)	1 (1,5 %)	0 (0 %)	
Visų vartojamų vaistų skaičius	1	40 (40 %)	26 (40 %)	14 (40 %)	p = 0,230 <sup>1</sup>
	2–5	55 (55 %)	34 (52,3 %)	21 (60 %)	
	>5	5 (5 %)	5 (7,7 %)	0 (0 %)	
VNE sukelti nepageidaujami reiškiniai	Taip	33 (33 %)	23 (35,4 %)	10 (28,6 %)	p = 0,489 <sup>1</sup>
	Ne	67 (67 %)	42 (64,6 %)	25 (71,4 %)	
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas	Gera	38 (38 %)	23 (35,4 %)	15 (42,9 %)	p = 0,427 <sup>1</sup>
	Vidutiniška	51 (51 %)	33 (50,8 %)	18 (51,4 %)	
	Bloga	11 (11 %)	9 (13,8 %)	2 (5,7 %)	

ŽE – židininė epilepsija, GE – generalizuota epilepsija, VNE – vaistai nuo epilepsijos

\*Demografinių ir klinikinių duomenų priklausomybė nuo epilepsijos formos

<sup>1</sup> <sup>2</sup> testas, <sup>3</sup>Fišerio tikslusis kriterijus, <sup>3</sup>Mann-Whitney U testas

diana ir standartiniu nuokrypiu; kokybiniai kintamieji – dažniu ir procentais. Kiekybinių duomenų skirstinio normalumui patikrinti naudotas Kolmogorovo-Smirnovo testas. Kiekybiniai duomenys, neturėję normalaus skirstinio, lyginti naudojant neparimetrinį Mann-Whitney U testą. Kokybinių duomenų kintamojo pasiskirstymui grupėse patikrinti naudotas Chi kvadrato ( $\chi^2$ ) testas, tikslusis Fišerio kriterijus (kai grupėje yra <5 atsakymai). Statistiškai reikšmingas skirtumas laikytas tuomet, kai reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ . Tiesiniam ryšiui tarp anketos atsakymų apie miego bei VNE vartojimo drausmingumą ir demografinių, klinikinų bei veiksmių, susijusių su VNE režimo laikymusi, naudoti Pearsono (kiekybiniams duomenims) ir Spearmano (kokybiniams duomenims) koreliacijos koeficientai. VNE vartojimo drausmingumo priklausomybei nuo klinikinų, demografinių duomenų ir faktorių, susijusių su VNE vartojimo drausmingumu, apskaičiuoti naudota dvinarė logistinė regresija.

## REZULTATAI

Į galutinę analizę įtraukta 100 anketų: 65 (65 %) respondentai sirgo ŽE ir 35 (35 %) – GE. Daugiau kaip pusė (62 %) apklaustųjų – 40 metų. Sergantieji ŽE buvo statistiškai reikšmingai vyresni ( $p = 0,038$ ), susirgę vyresniame amžiuje ( $p = 0,000$ ) ir sergantys trumpiau ( $p = 0,045$ ), lyginant su sergančiais GE. Didesnę dalį (53,9 %) sergančiųjų ŽE grupėje sudarė vyrai (sergančiųjų GE grupėje – 28,6 % vyrų) ( $p = 0,015$ ), buvo daugiau bedarbių ir pensininkų ( $p = 0,046$ ). Sergantieji ŽE statistiškai reikšmingai dažniau patyrė priepuolius ( $R = 0,21$ ,  $p = 0,04$ ). Visi demografiniai ir klinikiniai ŽE ir GE sergančiųjų asmenų duomenys pateikti 1 lentelėje.

### VNE vartojimo drausmingumas ir veiksniai, susiję su VNE režimo nesilaikymu

Beveik trečdalis (30 %) respondentų nedrausmingai vartojo paskirtus VNE ir nesilaikė paskirto gydymo režimo.

2 lentelė. Faktoriai, lemiantys ŽE ir GE sergančiųjų asmenų VNE vartojimo drausmingumą

Faktoriai, lemiantys VNE vartojimo drausmingumą		Visi duomenys, N (%)	ŽE, N (%)	GE, N (%)	p reikšmė*	Koreliacija R reikšmė (p reikšmė)
Pamiršo išgerti VNE	Taip	68 (68 %)	42 (64,6 %)	26 (74,3 %)	$p = 0,199^1$	$R = -0,13$ ( $p = 0,203$ )
	Ne	32 (32 %)	23 (35,4 %)	9 (25,7 %)		
Vartojo VNE, nesilaikydami nurodyto gydymo režimo	Taip	16 (16 %)	9 (13,9 %)	7 (20 %)	$p = 0,423^1$	$R = -0,08$ ( $p = 0,886$ )
	Ne	84 (84 %)	56 (86,1 %)	28 (80 %)		
Nevartoja VNE, kai pagerėja būklė	Taip	8 (8 %)	7 (10,8 %)	1 (2,9 %)	$p = 0,255^2$	$R = 0,14$ ( $p = 0,167$ )
	Ne	92 (92 %)	58 (89,2 %)	34 (97,1 %)		
Savarankiškai sumažino VNE dozę, suretėjus priepuoliams	Taip	11 (11 %)	7 (10,8 %)	4 (11,4 %)	$p = 1^2$	$R = -0,1$ ( $p = 0,921$ )
	Ne	89 (89 %)	58 (89,2 %)	31 (88,6 %)		
Savarankiškai nutraukė VNE, būklei pablogėjus	Taip	5 (5 %)	4 (6,2 %)	1 (2,9 %)	$p = 0,655^2$	$R = 0,07$ ( $p = 0,476$ )
	Ne	95 (95 %)	61 (93,4 %)	34 (97,1 %)		
Savarankiškai nutraukė VNE vartojimą, kai atsirado šalutinių reiškinių	Taip	12 (12 %)	9 (13,9 %)	3 (8,6 %)	$p = 0,533^2$	$R = 0,08$ ( $p = 0,444$ )
	Ne	88 (88 %)	56 (86,1 %)	32 (91,4 %)		
Užmiršta išgerti visus savo vartojamus vaistus	Niekada / retai	69 (69 %)	45 (69,2 %)	24 (68,6 %)	$p = 0,750^1$	$R = -0,01$ ( $p = 0,932$ )
	Kartais	30 (30 %)	19 (29,2 %)	11 (31,4 %)		
	Dažnai	1 (1 %)	1 (1,6 %)	0 (0 %)		
Pamiršimo išgerti VNE dažnumas	Niekada	37 (37 %)	26 (40 %)	11 (31,4 %)	$p = 0,689^1$	$R = 0,02$ ( $p = 0,872$ )
	Labai retai	50 (50 %)	31 (47,7 %)	19 (54,3 %)		
	Kelis kartus per mėnesį	11 (11 %)	6 (9,2 %)	5 (14,3 %)		
	Kartą per savaitę	1 (1 %)	1 (1,5 %)	0 (0 %)		
	Kasdien	1 (1 %)	1 (1,5 %)	0 (0 %)		
Mažesnės, nei paskirta, dozės vartojimo dažnumas	Niekada	76 (76 %)	52 (80 %)	24 (68,6 %)	$p = 0,506^1$	$R = 0,12$ ( $p = 0,234$ )
	Labai retai	19 (19 %)	11 (16,9 %)	8 (22,8 %)		
	Kelis kartus per mėnesį	3 (3 %)	1 (1,5 %)	2 (5,7 %)		
	Kasdien	2 (2 %)	1 (1,5 %)	1 (2,9 %)		
Priepuoliai dažnėja, kai nesilaiko gydymo režimo	Taip	12 (17,6 %)	8 (19,5 %)	4 (14,8 %)	$p = 0,751^2$	$R = 0,06$ ( $p = 0,625$ )
	Ne	56 (82,4 %)	33 (80,5 %)	23 (85,2 %)		

ŽE – židininė epilepsija, GE – generalizuota epilepsija, VNE – vaistai nuo epilepsijos

\*Įvairių faktorių, lemiančių VNE vartojimo drausmingumą, priklausomybė nuo epilepsijos formos

<sup>1</sup>  $\chi^2$  testas, <sup>2</sup> Fišerio tikslusis kriterijus

Vaistų vartojimo nedrausmingumas sergančiųjų ŽE ir GE grupėse nesiskyrė – netvarkingai VNE vartoja 29,2 % sergančiųjų ŽE ir 31,4 % – GE ( $p = 0,819$ ). Sergančiųjų skirtingomis epilepsijos formomis grupėse neradome ir skirtu-

mų tarp faktorių, turinčių įtakos VNE vartojimo drausmingumui ( $p > 0,05$ ) (2 lentelė).

Statistiškai reikšmingo amžiaus skirtumo drausmingai ir nedrausmingai VNE vartojančių asmenų grupėse nera-

3 lentelė. Duomenys apie epilepsiją, priepuolius, VNE vartojimą, gretutines ligas, sveikatos būklę ir kt. drausmingai ir nedrausmingai VNE vartojančių grupėse

Klinikiniai duomenys		Visi pacientai, N (%)	Drausmingai vartoja vaistus, N (%)	Nedrausmingai vartoja vaistus, N (%)	p reikšmė*	Koreliacija R reikšmė (p reikšmė)
Ligos trukmė (mediana ± SN, metais)		9,5 ± 11	7 ± 10,9	16,5 ± 12,9	$p = 0,022^2$	R = -0,11 (p = 0,288)
Susirgimo epilepsija amžius (mediana ± SN, metais)		21,5 ± 17	21,5 ± 17,5	21,5 ± 15,3	$p = 0,381^2$	R = 0,23 (p = 0,021)
Vartojamų VNE skaičius	1 VNE	54 (47 %)	38 (54,3 %)	16 (53,3 %)	$p = 0,948^1$	R = -0,01 (p = 0,955)
	2 VNE	28 (28 %)	19 (27,1 %)	9 (30 %)		
	3 VNE	18 (18 %)	13 (18,6 %)	5 (16,7 %)		
Priepuoliai kontroliuojami	Taip	76 (76 %)	56 (80 %)	20 (66,7 %)	$p = 0,153^1$	R = 0,14 (p = 0,156)
	Ne	24 (24 %)	14 (20 %)	10 (33,3 %)		
Priepuoliai kartojasi	Kasdien	6 (6 %)	4 (5,6 %)	2 (6,6 %)	$p = 0,033^1$	R = -0,21 (p = 0,032)
	Kelis kartus per mėnesį	24 (24 %)	13 (18,6 %)	11 (36,7 %)		
	Kelis kartus per metus	34 (34 %)	23 (32,9 %)	11 (36,7 %)		
	1 metus priepuolių nebuvo	36 (36 %)	30 (42,9 %)	6 (20 %)		
Gretutinės ligos	Širdies ir kraujagyslių liga	9 (9 %)	9 (12,9 %)	0 (0 %)	$p = 0,399^3$	R = 0,05 (p = 0,588)
	Kvėpavimo sistemos liga	3 (3 %)	1 (1,4 %)	2 (6,7 %)		
	Psichiatrinė liga	13 (13 %)	8 (11,4 %)	5 (16,7 %)		
	Endokrininė liga	3 (3 %)	2 (2,9 %)	1 (3,3 %)		
	Kita	18 (18 %)	13 (18,6 %)	5 (16,7 %)		
	Kita liga nesergu	64 (64 %)	46 (65,7 %)	18 (60 %)		
Gydymo VNE trukmė	<5 metus	41 (41 %)	31 (44,3 %)	10 (33,3 %)	$p = 0,308^1$	R = 0,1 (p = 0,312)
	>5 metus	59 (59 %)	39 (55,7 %)	20 (66,7 %)		
VNE dozių skaičius per dieną	1	8 (8 %)	2 (2,9 %)	6 (20 %)	$p = 0,032^1$	R = -0,2 (p = 0,051)
	2	76 (76 %)	60 (85,7 %)	21 (70 %)		
	3	10 (10 %)	7 (10 %)	3 (10 %)		
	>3	1 (1 %)	1 (1,4 %)	0 (0 %)		
Visų vartojamų vaistų skaičius	1	40 (40 %)	28 (40 %)	12 (40 %)	$p = 0,878^1$	R = 0,02 (p = 0,851)
	2–5	55 (55 %)	39 (55,7 %)	16 (53,3 %)		
	>5	5 (5 %)	3 (4,3 %)	2 (6,7 %)		
VNE sukelti nepageidaujami reiškiniai	Taip	33 (33 %)	20 (28,6 %)	13 (43,3 %)	$p = 0,150^1$	R = -0,14 (p = 0,153)
	Ne	67 (67 %)	50 (71,4 %)	17 (56,7 %)		
Informacijos apie epilepsiją, gydymo režimą, vaistų vartojimą šaltiniai	Gydantis gydytojas neurologas	89 (89 %)	65 (92,9 %)	24 (80 %)	$p > 0,05^3$	R = 0 (p = 0,978)
	Šeimos gydytojas	21 (21 %)	11 (15,7 %)	10 (33,3 %)		
	Vaistininkas	3 (3 %)	2 (2,9 %)	1 (3,3 %)		
	Informaciniai vaistų lapeliai	4 (4 %)	4 (5,7 %)	0 (0 %)		
	Internetas	22 (22 %)	18 (25,7 %)	4 (13,3 %)		
	Giminės, draugai, kaimynai	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (3,3 %)		
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas	Gera	38 (38 %)	31 (44,3 %)	7 (23,4 %)	$p = 0,141^1$	R = 0,17 (p = 0,086)
	Vidutiniška	51 (51 %)	32 (45,7 %)	19 (63,3 %)		
	Bloga	11 (11 %)	7 (10 %)	4 (13,3 %)		

VNE – vaistai nuo epilepsijos

\*Drausmingo ir nedrausmingo VNE vartojimo priklausomybė nuo įvairių duomenų apie epilepsiją, priepuolius, VNE vartojimą, sveikatos būklę.

<sup>1</sup> <sup>2</sup> testas, <sup>2</sup>Mann-Whitney U testas, <sup>3</sup> <sup>2</sup> testas, nustatyta priklausomybė tarp serga / neserga kita liga ir drausmingai / nedrausmingai vartoja VNE



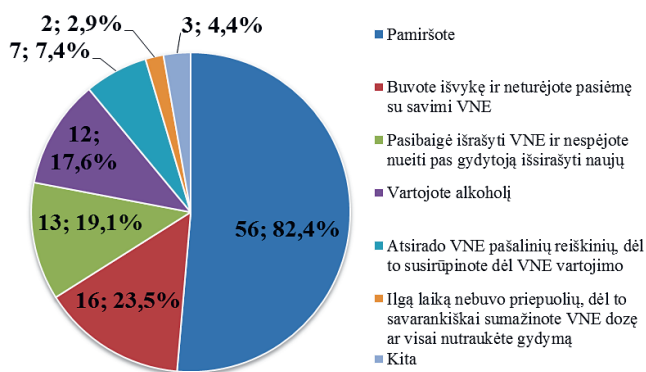
dome ( $p = 0,447$ ). VNE vartojimo drausmingumas nuo lyties ( $p = 0,826$ ), gyvenimo sąlygų ( $p = 0,632$ ), išsilavinimo ( $p = 0,429$ ), užimtumo ( $p = 0,329$ ), žalingų įpročių ( $p = 0,274$ ) nepriklauso. Pusė (53,3 %) gyvenančių kaime ir 25,9 % gyvenančių mieste VNE vartoja nedrausmingai ( $p = 0,032$ ).

Duomenys apie epilepsiją, priepuolius, VNE vartojimą, gretutines ligas, sveikatos būklę ir kt. drausmingai ir nedrausmingai VNE vartojančių grupėse pateikti 3 lentelėje.

Priepuoliai bent kartą per metus kartojasi 80 % nedrausmingai ir 57,1 % drausmingai VNE vartojančių asmenų ( $p = 0,033$ ). Duomenys apie VNE vartojimo drausmingumą lemiančius faktorius pateikti 4 lentelėje.

### VNE dozės praleidimo priežastys

Bent kartą pamiršę išgerti VNE nurodė 68 % respondentų – 92,3 % tiriamųjų, kuriems neužtenka žinių apie epilepsiją bei VNE vartojimą ir 62,1 %, kuriems jų užtenka ( $p = 0,032$ ). VNE išgerti pamiršo 74,6 % moterų ir 55,6 % vyrų ( $p = 0,046$ ), nors 83,6 % moterų ir 91,1 % vyrų užtenka žinių apie epilepsiją ir VNE vartojimą ( $p = 0,373$ ). Net 82,4 % respondentų, kurie nesilaikė paskirto gydymo režimo, nurodė, kad dažniausia VNE dozių praleidimo priežastis yra užmaršumas. Kitos dažniausios vaistų nevartojimo priežastys pateikiamos paveiksluke.



Pav. Vaistų nuo epilepsijos dozių praleidimo priežastys

### Respondentų nuomonė apie VNE ir jų poveikį sveikatos būklei

ŽE sergantys asmenys patikimai dažniau (47,7 %) nei sergantieji GE (25,7 %) abejojo VNE efektyvumu ir teigiamu poveikiu sveikatos būklei ( $p = 0,032$ ). Nuomonė apie VNE ir jų poveikį sveikatos būklei nuo lyties nepriklausė ( $p > 0,05$ ). Vieniši asmenys labiau pasitiki gydymu VNE – jie tiki, kad, nevartojant vaistų, sveikatos būklė būtų pra-

4 lentelė. Drausmingai ir nedrausmingai VNE vartojančių asmenų nuomonė apie VNE ir jų poveikį sveikatos būklei

Teiginiai apie VNE		Visi duomenys, N (%)	Drausmingai vartoja VNE, N (%)	Nedrausmingai vartoja VNE, N (%)	p reikšmė*	Koreliacija R reikšmė (p reikšmė)
Jūsų nuomonė apie vartojamus vaistus nuo epilepsijos	Teigiama - VNE pagerina sveikatos būklę	93 (93 %)	67 (95,7 %)	26 (86,7 %)	$p = 0,193^2$	$R = 0,16$ ( $p = 0,106$ )
	Neigiama - VNE nepagerina sveikatos būklės ar ją pablogina	7 (7 %)	3 (4,3 %)	4 (13,3 %)		
Dabartinė sveikatos būklė priklauso nuo VNE vartojimo	Sutinku	76 (76 %)	58 (82,8 %)	18 (60 %)	$p = 0,043^2$	$R = 0,25$ ( $p = 0,013$ )
	Abejoju	19 (19 %)	10 (14,3 %)	9 (30 %)		
	Nesutinku	5 (5 %)	2 (2,9 %)	3 (10 %)		
Nerimauju, kad turiu vartoti VNE ir kad ilgalaikis šių vaistų vartojimas gali sukelti šalutinių nepageidaujamų reiškinų	Sutinku	42 (42 %)	26 (37,1 %)	16 (53,3 %)	$p = 0,298^1$	$R = -0,11$ ( $p = 0,265$ )
	Abejoju	40 (40 %)	31 (44,3 %)	9 (30 %)		
	Nesutinku	18 (18 %)	13 (18,6 %)	5 (16,7 %)		
Nevartojant VNE, sveikatos būklė būtų prastesnė	Sutinku	64 (64 %)	49 (70 %)	15 (50 %)	$p = 0,158^1$	$R = 0,18$ ( $p = 0,068$ )
	Abejoju	27 (27 %)	16 (22,9 %)	11 (36,7 %)		
	Nesutinku	9 (9 %)	5 (7,1 %)	4 (13,3 %)		
Nerimauju, kad tampu priklausomas nuo VNE	Sutinku	27 (27 %)	18 (25,7 %)	9 (30 %)	$p = 0,776^1$	$R = -0,07$ ( $p = 0,509$ )
	Abejoju	31 (31 %)	21 (30 %)	10 (33,3 %)		
	Nesutinku	42 (42 %)	31 (44,3 %)	11 (36,7 %)		
Tik VNE padeda kontroliuoti ligą ir priepuoliai tapo retesni	Sutinku	61 (61 %)	44 (62,8 %)	17 (56,7 %)	$p = 0,715^1$	$R = 0,03$ ( $p = 0,762$ )
	Abejoju	31 (31 %)	20 (28,6 %)	11 (36,7 %)		
	Nesutinku	8 (8 %)	6 (8,6 %)	2 (6,6 %)		
Abejoju VNE efektyvumu ir teigiamu poveikiu sveikatos būklei	Sutinku	40 (40 %)	22 (31,4 %)	18 (60 %)	$p = 0,008^1$	$R = -0,27$ ( $p = 0,007$ )
	Nesutinku	60 (60 %)	48 (68,6 %)	12 (40 %)		

VNE - vaistai nuo epilepsijos  
<sup>1</sup> <sup>2</sup> testas, <sup>3</sup>Fišerio tikslusis kriterijus

\*Drausmingo ir nedrausmingo VNE vartojimo priklausomybė nuo nuomonės apie VNE ir jų poveikį sveikatos būklei

stesnė ( $R = -0,27, p = 0,006$ ) ir kad tik VNE padeda kontroliuoti ligą bei retinti priepuolius ( $R = -0,28, p = 0,005$ ), nei tie, kurie gyvena su tėvais ar šeima. Gyvenantys kaime dažniau galvoja, kad VNE nepagerina sveikatos būklės ar ją pablogina ( $R = 0,21; p = 0,032$ ), dažniau nerimauja, kad tampa priklausomi nuo vaistų ( $R = -0,21, p = 0,032$ ), ir dažniau abejoja vaistų efektyvumu bei teigiamu poveikiu sveikatai ( $R = -0,24, p = 0,016$ ).

Dviem trečdaliams (71,4 %) tikinčių, kad VNE nepagerina sveikatos būklės ar net ją pablogina (lyginant su 20,4 % tikinčių, kad VNE turi teigiamą poveikį jų sveikatos būklei), priepuoliai yra nekontroliuojami ( $p = 0,008$ ). Trečdaliui (37,5 %) netikinčių, kad tik VNE padeda kontroliuoti ligą ir priepuoliai tapo retesni (lyginant su 14,8 % tikinčių, kad dėl VNE vartojimo priepuoliai tapo retesni), priepuoliai yra prasčiau kontroliuojami ( $p = 0,026$ ). Didžiajai daliai (82,5 %) VNE efektyvumu abejojančių respondentų (lyginant su 51,7 % VNE efektyvumu ir teigiamu poveikiu sveikatai neabejojančių asmenų) priepuoliai pasikartoja dažniau nei kartą per metus ( $p = 0,001$ ).

Respondentų nuomonė apie vartojamus VNE ir jų poveikį sveikatos būklei drausmingai ir nedrausmingai VNE vartojančių asmenų grupėse pateikiama 4 lentelėje.

Penktadalis (20 %) teigiančių, kad jų dabartinė būklė nepriklauso nuo VNE vartojimo, ir kurių priepuoliai yra gerai kontroliuojami (lyginant su 2,6 % tikinčių, kad jų būklė priklauso nuo VNE), VNE vartojo mažesne doze nei paskirta ( $p = 0,022$ ). Kiek daugiau nei pusė (60 %) tikinčių, kad jų sveikatos būklė nepriklauso nuo VNE vartojimo (lyginant su 5,3 % tikinčių, kad būklė priklauso nuo VNE vartojimo), savarankiškai sumažina VNE dozę priepuoliams suretėjus ( $p = 0,000$ ). Kiek daugiau nei pusė (60 %) netikinčių, kad jų būklė priklauso nuo VNE (lyginant su 7,9 %

tikinčių, kad VNE svarbūs kontroliuojant ligą), nutraukia VNE vartojimą atsiradus nepageidaujamų reiškinių ( $p = 0,002$ ). Respondentų nuomonė, kad jų dabartinė būklė nepriklauso nuo VNE vartojimo, silpnai, bet statistiškai reikšmingai koreliuoja su dažnesniu pamišimu išgerti vaistus ( $R = -0,29, p = 0,003$ ), savarankiškų vaistų dozės mažinimu ( $R = -0,35, p = 0,000$ ), VNE nutraukimu sumažėjus priepuolių skaičiui ( $R = -0,39, p = 0,000$ ) ar atsiradus šalutinių reiškinių ( $R = -0,31, p = 0,002$ ).

Didelė dalis (81,8 %) respondentų, kurie blogiau vertina savo sveikatos būklę (lyginant su 26,3 % gerai savo būklę vertinančių asmenų), abejoja VNE efektyvumu ( $p = 0,004$ ). Penktadalis asmenų (22,2 %), abejojančių VNE efektyvumu ir teigiamu poveikiu sveikatai (lyginant su 5 % VNE efektyvumu neabejojančių asmenų), nutraukia VNE vartojimą atsiradus nepageidaujamų reiškinių ( $p = 0,012$ ).

### Miego režimo vertinimas

Miego režimo vertinimas su epilepsijos forma, lytimi, priepuolių kontrole, vartojamų VNE skaičiumi nėra susijęs ( $p > 0,05$ ). Geresnis miego kokybės vertinimas yra susijęs su geresniu sveikatos būklės vertinimu ( $p = 0,018$ ). Trečdalis (34,6 %) žalingų įpročių turinčių asmenų nurodė, kad, pasikeitus miego režimui, nesilaiko paskirto gydymo režimo, praleidžia VNE dozes ar VNE išgeria ne tuo pačiu laiku (tą patį nurodė 13,5 % respondentų be žalingų įpročių) ( $p = 0,018$ ).

Prasčiau miego režimo laikosi moterys ( $R = -0,17, p = 0,096$ ), jaunesni ( $R = -0,18, p = 0,075$ ) ir trumpiau sergantys epilepsija asmenys ( $R = -0,27, p = 0,006$ ). Blogiau miego kokybę vertina moterys ( $R = 0,2, p = 0,041$ ), vyresni

5 lentelė. Drausmingai ir nedrausmingai VNE vartojančių asmenų miego režimo vertinimas

Duomenys apie miego režimą		Visi duomenys, N (%)	Drausmingai vartoja VNE, N (%)	Nedrausmingai vartoja VNE, N (%)	p reikšmė*	Koreliacija R reikšmė (p reikšmė)
Nakties miego trukmė (valandomis)	<7	35 (35 %)	23 (32,8 %)	12 (40 %)	$p = 0,565^1$	$R = -0,1$ ( $p = 0,337$ )
	7-9	58 (58 %)	41 (58,6 %)	17 (56,7 %)		
	>9	7 (7 %)	6 (8,6 %)	1 (3,3 %)		
Miego režimo laikymasis (atsigulimas ir kėlimasis tuo pačiu laiku)	Taip	47 (47 %)	38 (54,3 %)	9 (30 %)	$p = 0,027^1$	$R = 0,22$ ( $p = 0,026$ )
	Ne	53 (53 %)	32 (45,7 %)	21 (70 %)		
Miego kokybės vertinimas	Labai gerai	8 (8 %)	5 (7,1 %)	3 (10 %)	$p = 0,263^1$	$R = 0,08$ ( $p = 0,456$ )
	Gerai	42 (42 %)	34 (48,6 %)	8 (26,7 %)		
	Vidutiniškai	42 (42 %)	25 (35,7 %)	17 (56,7 %)		
	Blogai	7 (7 %)	5 (7,1 %)	2 (6,6 %)		
	Labai blogai	1 (1 %)	1 (1,4 %)	0 (0 %)		
Miego trūkumas (<7 val. naktį) dažnina priepuolius	Taip	43 (43 %)	29 (41,4 %)	14 (46,7 %)	$p = 0,628^1$	$R = -0,05$ ( $p = 0,632$ )
	Ne	57 (57 %)	41 (58,6 %)	16 (53,3 %)		
Pasikeitus miego režimui, laikomasi VNE vartojimo režimo (VNE geriama tuo pačiu laiku, nepraleidžiamos dozės)	Taip	81 (81 %)	56 (80 %)	25 (83,3 %)	$p = 0,698^1$	$R = -0,04$ ( $p = 0,701$ )
	Ne	19 (19 %)	14 (20 %)	5 (16,7 %)		

VNE - vaistai nuo epilepsijos

\*Drausmingo ir nedrausmingo VNE vartojimo priklausomybė nuo įvairių su miego režimu susijusių faktorių,

<sup>1</sup> <sup>2</sup> testas

( $R = 0,27$ ,  $p = 0,006$ ), dažnesnius priepuolius patiriantys ( $R = -0,27$ ,  $p = 0,008$ ) ir daugiau VNE vartojantys ( $R = 0,27$ ,  $p = 0,006$ ) respondentai. Nuomonė, kad miego trūkumas didina priepuolių dažnį, koreliuoja su moteriška lytimi ( $R = -0,18$ ,  $p = 0,079$ ), vyresniu amžiumi ( $R = 0,19$ ,  $p = 0,057$ ) ir ilgesne ligos trukme ( $R = 0,25$ ,  $p = 0,013$ ).

Miego režimo vertinimas ir jo įtaka drausmingam VNE vartojimui pateikti 5 lentelėje.

### Logistinės regresijos rezultatai

Į logistinės regresijos modelį įtraukti visi faktoriai, lemiantys VNE vartojimo nedrausmingumą ( $p < 0,05$ ): gyvenamoji vieta, priepuolių dažnumas, vartojamų VNE dozių dažnumas, sunkumai, patiriami laikantis paskirto VNE vartojimo, nuomonė apie VNE, miego režimo nesilaikymas. Dvinarė logistinė regresija parodė, kad trys kintamieji yra reikšmingai susiję su paskirtu VNE vartojimo nedrausmingumu: gyvenimas kaimo vietovėje ( $p = 0,0495$ ,  $OR = 4,48$ , 95 % CI 1–20,05), dažnesnis priepuolių pasikartojimas ( $p = 0,0247$ ,  $OR = 0,46$ , 95 % CI 0,23–0,9), mažiau kartų per dieną vartojami VNE ( $p = 0,0016$ ,  $OR = 0,25$ , 95 % CI 0,1–0,59).

### Faktorių, lemiančių nedrausmingą VNE vartojimą, priklausomybė nuo epilepsijos formos

Nedrausmingai VNE vartojančių asmenų, sergančių ŽE ir GE, ligos trukmė statistiškai reikšmingai nesiskiria ( $p = 0,154$ ). Faktorių, lemiančių nedrausmingą VNE vartojimą, pasiskirstymas nuo epilepsijos formos nepriklauso: 31,6 % sergančiųjų ŽE ir 18,2 % – GE gyvena kaime ( $p = 0,672$ ), 84,2 % sergančiųjų ŽE ir 72,7 % – GE priepuoliai kartojasi bent kartą per metus ( $p = 0,493$ ), 68,4 % asmenų, sergančių ŽE, ir 72,7 % – GE nesilaiko normalaus miego režimo ( $p = 1$ ), 52,6 % sergančiųjų ŽE ir 72,7 % – GE tiki, kad jų dabartinė būklė priklauso nuo VNE vartojimo ( $p = 0,325$ ), ir 31,6 % sergančiųjų ŽE ir 54,6 % – GE abejoja VNE efektyvumu ( $p = 0,179$ ), 31,6 % sergančiųjų ŽE ir 27,3 % – GE asmenų dažniau sunku laikytis paskirto VNE vartojimo režimo ( $p = 0,724$ ). Nedrausmingai VNE vartojančių grupėje mažiau kartų per dieną VNE statistiškai reikšmingai dažniau vartoja sergantys GE – 45,5 % ir 5,3 % sergančiųjų ŽE asmenų ( $p = 0,019$ ).

## REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime nagrinėjome epilepsija sergančių asmenų VNE vartojimo ir miego režimo laikymosi drausmingumą židinine ir generalizuota epilepsijomis sergančių asmenų grupėse. Atliktų klinikinių tyrimų duomenimis, tikslus gydytojo paskirtų VNE neįvartojimo dažnis nėra žinomas ir varijuoja priklausomai nuo tyrimų metodologijos [6, 7]. Šio darbo rezultatai praktiškai nesiskyrė nuo JAV ir Jungtinėje Karalystėje (JK) atliktų tyrimų rezultatų. Hovinga ir kt. (JAV) savo tyrime naudojo panašią nedrausmingo

VNE vartojimo įvertinimo metodiką, jų tyrimo respondentai ( $n = 408$ ) nesiskyrė nuo lietuvių savo amžiumi, lytimi ir išsilavinimu, nedrausmingas VNE vartojimas siekė 29 % (mūsų – 30 %) [20]. JK atlikto tyrimo metu buvo vertinti anketiniai (subjektyvūs) ir vaisto koncentracijos kraujo serume (objektyvūs) duomenys, nustatyta, kad nedrausmingai VNE vartoja 26,9 % (iš 438) pacientų [28]. Kituose tyrimuose nedrausmingo VNE vartojimo dažnis buvo šiek tiek didesnis ir svyravo nuo 36,4 iki 39,7 % [13, 25, 29, 30]. Rezultatų skirtumą galimai lėmė tyrimo metodika: anglų atliktame tyrime nedrausmingam VNE vartojimui įvertinti naudotas ESMS (angl. *Epilepsy Self-Management Scale*) klausimynas ir matuota VNE koncentracija kraujo serume [30], Etiopijos ir Kinijos mokslininkai naudojo MMAS-8 (angl. *Morisky Medication Adherence Scale-8*) skalę [13, 29], Šiaurės Karolinos tyrėjai tyrė VNE koncentraciją kraujo serume [25]. Tyrimuose skyrėsi tiriamųjų amžius, moterų ir vyrų santykis, priepuolių pasikartojimo dažnis ar gyvenamoji vieta. Respondentų amžiaus mediana (metais) anglų tyrime buvo 49,9 [30], Etiopijos – 27 [13], Kinijos – 28 [29], mūsų – 37,5 metų; skirtingas moterų ir vyrų santykis: Etiopijos – 58,7 % vyrų [13], o mūsų – 45 %; ilgiau nei metus nebuvo priepuolių: anglų – 59,1 % [30], mūsų – 36 % tirtųjų; kaime gyvena: 75 % – Etiopijoje [13], 42,9 % – Kinijoje [29], 15 % mūsų tirtųjų respondentų. Mūsų tyrime mažesni nedrausmingą VNE vartojimą galėjo lemti atminties problemos, didesnis atsakingumas, baimė dėl sveikatos būklės ir subjektyvi anonimė respondentų nuomonė. Faught atliktoje apžvalgoje nustatyta, kad, atliekant anonimines respondentų apklausas, padidėja šališkumas, apklausos rezultatus gali lemti atminties problemos ar neatsakingas anketos užpildymas [6]. Daug didesni (48,1 %), lyginant su mūsų rezultatais, nedrausmingą VNE vartojimą, atlikę anonimę ESA apklausą ( $n = 368$ ), rado kinai, užduodami tik du klausimus – ar per paskutinį mėnesį sergantysis bent kartą neišgėrė VNE, ar nutraukė gydymą VNE, ir nedrausmingam gydymuisi priskirdami visus, kurie bent į vieną klausimą atsakė teigiamai [16]. Tam galėjo turėti įtakos klausimyno nespecifiškumas, nes VNE išgerti bent vieną kartą per mėnesį pamišta nemaža dalis VNE vartojančių asmenų. Be to, kitose studijose toks pamiršimo dažnis nėra laikomas nedrausmingu VNE vartojimu. Prancūzų atlikto tyrimo ( $n = 263$ ) metu naudota autorių sudaryta 23 klausimų anкета [18]. Jų rezultato skirtumą (21 %) nuo mūsų galėjo lemti tai, kad 78 % tiriamųjų buvo jauni asmenys (45 m.); kadangi į tyrimą buvo įtraukti vaikai ir paaugliai, kurių VNE vartojimą prižiūri tėvai, tai lemia drausmingesnį VNE vartojimą [18]. Mes į tyrimą įtraukėme tik vyresnius nei 18 metų asmenis, 38 % buvo 40 metų amžiaus.

Nustatyta, kad vaistų vartojimo režimo laikymosi drausmingumas nuo epilepsijos formos nepriklauso. Tokius pat rezultatus gavo ir kiti tyrėjai [8, 16, 29]. Ferrari ir kt. ( $n = 385$ ) nustatė, kad 53 % sergančiųjų ŽE ir 58 % – GE [8], atitinkamai Guo ir kt. ( $n = 184$ ) nustatė, kad 39 % sergančiųjų ŽE ir 44 % – GE VNE vartoja nedrausmingai [29]. Skirtingą rezultatą gavo Gurumurthy ir kt. ( $n = 451$ ), jų tyrime pacientai, sergantys GE, dažniau nesilaikė paskirto



VNE vartojimo režimo. Viena iš priežasčių galėtų būti ta, kad sergantieji GE rečiau nei sergantieji ŽE patiria priepuolius, nors ryšio tarp priepuolių dažnumo ir nedrausmingo vaistų vartojimo šioje studijoje taip pat nenustatyta [10].

Mūsų tyrime VNE vartojimo drausmingumas nuo lyties nepriklausė, tokius pat rezultatus gavo prancūzai ( $n = 263$ ), vokiečiai ( $n = 31317$ ), kinai ( $n = 382$ ) ir amerikiečiai ( $n = 408$ ) [16, 18, 20, 27]. Tačiau brazilų tyrime moterys VNE vartoja drausmingiau už vyrus ir tai aiškinama didesniu moterų rūpinimusi savo sveikata, jos dažniau ir greičiau kreipiasi pagalbos, pablogėjus sveikatos būklei, ir drausmingiau laikosi vaistų vartojimo režimo [8].

Nustatėme, kad patikimai dažniau gydymo režimo nesilaiko gyvenantys kaimo vietovėje, nors kinai savo tyrime skirtumo tarp gyvenamosios vietos nerado [16]. Kitose šalyse ryšys tarp VNE vartojimo drausmingumo ir gyvenamosios vietos (miestas ar kaimas) nebuvo vertintas, o VNE vartojimo drausmingumas nuo išsilavinimo [20, 28, 29], užimtumo [29] ir gaunamų pajamų [20] nepriklausė. Tokie pat rezultatai gauti ir mūsų tyrime – VNE vartojimo drausmingumas nuo respondentų išsilavinimo ir užimtumo nepriklauso, o socioekonominio statuso mes nevertinome.

Mūsų tyrime nedrausmingas VNE vartojimas nekoreliavo ir su paciento amžiumi. Tokie pat rezultatai gauti ir kitose studijose [18, 20, 28, 29], nors kai kuriuose tyrimuose dažniau nedrausmingai VNE vartoja vyresni asmenys, ypač perkopę 65 metus – čia dažnis svyruoja nuo 31,8 iki 50 % [22, 23, 25, 31, 32]. Tokį rezultatą gali lemti didesnis vyresnių asmenų jautrumas VNE šalutiniam poveikiui, gretutinės ligos, politerapija, vyresniems asmenims sunkiau suprasti ir laikytis paskirto gydymo režimo dėl pažinimo sutrikimų ar kitų fizinių sunkumų (pvz., sunku nuryti tabletes ar atidaryti vaistų dėžutes) [16, 23, 33]. Mūsų tyrime VNE vartojimo drausmingumui šie veiksniai įtakos neturėjo. Taip pat gydymo režimo nesilaikymui vyresnių asmenų grupėje įtakos gali turėti ir vaistų įperkamumas [23, 33], tačiau šio veiksnio mes savo tyrime nevertinome. Kontraversiška išvada pateikta kitose studijose – čia blogiau vaistus vartoja jaunesni pacientai [7, 8, 26]. Manoma, kad prastesnį vaistų vartojimą jaunesniame amžiuje gali lemti geresnis sveikatos būklės vertinimas, greitesnis gyvenimo tempas ir didesnis užimtumas, mažesnis dėmesys kreipiamas į sveikatos būklę [6, 7]. Amerikiečių apžvalgoje nustatyta, kad prastas VNE vartojimo režimas paauglystėje yra susijęs su jaučiama stigmatizacija ir išsiskyrimu iš kitų bendraamžių [33].

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad asmenys, nesilaikantys gydymo režimo, dažniau patiria priepuolius. Tokius pat rezultatus gavo airių ir kiti mokslininkai [8, 11, 20, 21, 28]. Manoma, kad dažnesnius priepuolius patiriantiems pacientams sunkiau laikytis gydymo režimo dėl galimų su priepuoliais susijusių atminties sutrikimų. Lyginant su kitais tyrimais, VNE nedrausmingai vartoja 70 % brazilų, patyrusių priepuolius per paskutinius 6 mėnesius (72 % patyrusių priepuolius per paskutines 30 dienų) [8], 41 % anglų, patyrusių priepuolius per paskutinius mėnesius [28], 63 % amerikiečių, patyrusių bent vieną priepuolį pas-

kutiniais metais [21]. Mūsų tyrime 80 % nedrausmingai besigydančių asmenų patyrė bent vieną priepuolį paskutiniaisiais metais.

Nustatėme, kad VNE vartojimo režimas su vartojamų VNE skaičiumi nėra susijęs, tačiau priklauso nuo dozių skaičiaus – ku mažiau kartų per dieną vartoja VNE, tuo prasciau laikosi paskirto gydymo režimo. Amerikiečiai savo tyrimu patvirtino, kad retesnis VNE dozavimas (prailginto atpalaidavimo VNE vartojimas) nebūtinai pagerina jų vartojimą [34], o praleistos dozės itin padidina priepuolių pasikartojimo riziką [35]. Nedrausmingas VNE vartojimas gali būti susijęs ne su VNE dozių skaičiumi, o su bendra paciento sveikatos būkle, gyvenimo kokybe ir įsitraukimu į gydymą [34]. Kinai savo tyrime reikšmingo skirtumo tarp monoterapijos ir politerapijos taip pat nenustatė, tačiau rado priešingą rezultatą – vartojantys 3 kartus per dieną blogiau laikosi gydymo režimo [29]. Vokiečių tyrime (iširta per 31 tūkstantį pacientų) nustatyta, kad VNE vartojant 2 kartus per dieną pablogėja VNE vartojimo drausmingumas [27]. Tai būtų galima susieti su kasdienės asmens rutinos sutrikdymu – dažnesnis vaistų vartojimas apsunkina kasdienę epilepsija sergančių asmenų veiklą, sukelia nepatogumų. O štai Etiopijos mokslininkai nustatė, kad skyrus vartoti 3 vaistus, vaistai dažniau nevertinami [36]. Taip pat kitose studijose nuo 20,9 iki 32 % nedrausmingą vaistų vartojimą lemia didesnis vartojamų VNE skaičius [18, 26]. Tai gali būti susiję su blogesniu VNE toleravimu ir dažniau atsirandančiomis VNE tarpusavio reakcijomis ar šalutiniais reiškiniais [11, 37].

Keliuose tyrimuose nustatyta, kad VNE vartojimo drausmingumas nepriklauso nuo ligos trukmės [8, 18, 29]. Mūsų tyrimo rezultatai atitinka kinų [16] ir amerikiečių [17] gautus rezultatus, kad asmenys, ilgiau sergantys epilepsija, dažniau linkę nesilaikyti VNE vartojimo režimo. Amerikiečių tyrime nustatyta, kad 2/3 pacientų, vartojančių VNE ilgiau nei 5 metus, praleidžia VNE dozes, o praleistų VNE dozių dažnis didėja kiekvienais vėlesniais metais – VNE dozę praleidžia 52 % gydomų vienerius metus, 80 % – gydomų 11 ir daugiau metų [17]. Prastesnį VNE vartojimą galima sieti su ligos remisija. Įvairių tyrimų duomenimis, simptomams pagerėjus, nuo 8,4 iki 8,5 % respondentų nutraukia VNE vartojimą [8, 36]. Tai yra gerokai daugiau, nei mūsų tyrime (2,9 %).

Net 82,4 % mūsų apklaustų pacientų nurodė, kad dažniausia praleistos VNE dozės priežastis – užmaršumas. Kitų tyrimų rezultatais, ši priežastis svyruoja nuo 32,5 iki 84,1 % [8, 10, 16, 18, 20, 36, 38]. Panašiausius rezultatus gavo norvegai – 84,1 % respondentų nurodė, kad yra pamiršę išgerti VNE ir nesilaikę nurodyto gydymo režimo; tai buvo susiję su depresiška nuotaika, jaunesniu amžiumi, atminties problemomis [38]. Mes savo tyrime nuotaikos ir atminties sutrikimų nevertinome, tačiau nustatėme, kad moterys patikimai dažniau pamiršta išgerti VNE. Subjektyvią nuomonę galėjo lemti didesnis moterų atsakingumas ir sąžiningesnis anketos užpildymas. Norvegų mokslininkų tyrimo duomenimis, patiriama stigma yra susijusi su tuo, kad dažnai pamirštama išgerti VNE, o kasdienis ir ilgalaikis vartojimas yra susijęs su didesne stigmatizacija

[38]. Galimai tai yra viena iš priežasčių, dėl ko moterys dažniau paminėta išgerti VNE.

Įvairiuose tyrimuose nuo 5,4 iki 70 % respondentų nurodo, kad nesilaiko drausmingo gydymo režimo dėl patiriamų šalutinių reiškinių [12, 13, 16, 18, 26, 27, 31, 38]. Mūsų tyrime šią priežastį nurodė 7,4 % apklaustųjų. Toks didelis rezultatų svyravimas priklauso ir nuo vaistų, kuriuos vartoja pacientai, – tyrimuose su dideliu šalutinių reiškinių procentu pacientai vartojo senosios kartos VNE, kurie daug dažniau sukelia šalutinį poveikį. Kaip kitas VNE neįvertinimo priežastis pacientai nurodo: neturi VNE (3,8–12 %) [16, 20, 36], vaistų skonis ir tabletės dydis (18 % ir 14 %) [18], tablečių laužymas (12,3 %) [26], negali nusipirkti vaistų (1,9–21,5 %), blogi paciento ir gydytojo santykiai (9,5 %) [13, 16, 36], sunkėjantys ligos simptomai (9 %) [8] ar papildomas vaistų vartojimas dieną (5,4 %) [26]. Mes savo anketoje šių konkrečių klausimų neuždavėme, o patys pacientai tokių priežasčių nenurodė.

Mūsų tyrime 7 % apklaustųjų nurodė turintys neigiamą nuomonę apie gydymą VNE. Kituose tyrimuose šis procentas svyruoja nuo 12,8 iki 25,7 [16, 36]. JK susirūpinimą dėl ilgalaikio vaistų vartojimo išreiškė 48,7 % apklaustųjų (mūsų tyrime – 42 %), o 19 % bijo nepageidaujamų reakcijų dėl VNE vartojimo. Trečdalis (28,1 %) respondentų nurodė, kad tampa nuo vaistų priklausomi (mūsų – 27 %) [30]. Etiopijos mokslininkai savo tyrime (n = 292) nustatė, kad daugiau nei trys ketvirtadaliai (78,4 %) pacientų įsitikinę, kad vaistai yra svarbūs kontroliuojant jų ligą (mūsų – 93 %), atitinkamai 44,1 % tirtųjų yra labai susirūpinę dėl galimo neigiamo vaistų poveikio (mūsų – 42 %). Nustatyta, kad nerimaujantys dėl vartojamų vaistų neigiamo poveikio dažniau nesilaiko paskirto VNE gydymo režimo [36].

Ryšio tarp epilepsijos formos ir miego režimo nenustatėme, tačiau nedrausmingai vartojantys VNE dažniau nesilaiko miego režimo. Amerikiečių apžvalgoje teigiama, kad miego trūkumas yra nepriklausomas epilepsiforminių potencialų aktyvatorius [39]. Kitoje studijoje nustatyta, kad gera miego kokybė yra tiesiogiai susijusi su geresne priepuolių kontrole [19]. VNE poveikis miegui gali skirtis priklausomai nuo vartojamų VNE – gali turėti silpnesnį ar stipresnį sedacinį poveikį, sukelti mieguistumą dieną, sutrikdyti miego struktūrą, miego būdravimo režimą ir paveikti miego kokybę [40, 41], tačiau paskirto VNE režimo laikymasis pagerina naktinį miegą, sumažina mieguistumą dieną ir taip pagerina miego kokybę [42].

## IŠVADOS

1. Gydymo vaistais nuo epilepsijos laikymosi drausmingumas nepriklauso nuo epilepsijos formos: beveik trečdalis (30 %) epilepsija sergančių asmenų (29,2 % – židinine ir 31,4 % – generalizuota) vaistus vartoja nedrausmingai.
2. Dažniausia subjektyvi nedrausmingo vaistų nuo epilepsijos vartojimo priežastis sergančiųjų židinine ir ge-

neralizuota epilepsija grupėse – užmaršumas, o objektyvios: gyvenimas kaimo vietovėje, dažnesni priepuoliai ir retesnės vaistų nuo epilepsijos dozės.

3. Nors absoliuti dauguma epilepsija sergančių asmenų tiki, kad vaistai nuo epilepsijos pagerina sveikatos būklę, kas trečias respondentas abejoja vaistų nuo epilepsijos efektyvumu, patikimai dažniau – sergantys židinine epilepsija.
4. Gydymo vartojimo drausmingumas priklauso nuo paciento požiūrio į vaistus nuo epilepsijos – netikintys gydymu pacientai nelinkę laikytis gydytojo nurodymų.
5. Trečdalis respondentų naktį miega mažiau nei 7 valandas, daugiau nei pusė nesilaiko reguliaraus miego režimo. Miego režimo laikymosi drausmingumas sergančiųjų židinine ir generalizuota epilepsijomis grupėse nesiskiria.
6. Nesilaikantys miego režimo pacientai nelinkę drausmingai vartoti skiriamų vaistų.

## Literatūra

1. WHO. Epilepsy: a public health imperative [Internet]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/epilepsy/report\\_2019/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/epilepsy/report_2019/en/)
2. Sperling MR. The consequences of uncontrolled epilepsy. *CNS Spectr* 2004; 9(2): 98–109. <https://doi.org/10.1017/S1092852900008464>
3. Laxer KD, Trinka E, Hirsch LJ, Cendes F, Langfitt J, Delanty N, et al. The consequences of refractory epilepsy and its treatment. *Epilepsy Behav* 2014; 37: 59–70. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.05.031>
4. Fanta T, Azale T, Assefa D, Getachew M. Prevalence and factors associated with perceived stigma among patients with epilepsy in Ethiopia. *Psychiatry J* 2015; 2015: 627345. <https://doi.org/10.1155/2015/627345>
5. Group BMJP. Diagnosis and management of the epilepsies in adults and children: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2012; 344: e1173. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1173>
6. Faught E. Adherence to antiepilepsy drug therapy. *Epilepsy Behav* 2012; 25(3): 297–302. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.08.027>
7. Chapman SCE, Horne R, Eade R, Balestrini S, Rush J, Sisodiya SM. Applying a perceptions and practicalities approach to understanding nonadherence to antiepileptic drugs. *Epilepsia* 2015; 56(9): 1398–407. <https://doi.org/10.1111/epi.13097>
8. Ferrari CMM, de Sousa RMC, Castro LHM. Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy in Brazil. *Seizure* 2013; 22(5): 384–9. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.02.006>
9. Malek N, Heath CA, Greene J. A review of medication adherence in people with epilepsy. *Acta Neurol Scand* 2017; 135(5): 507–15. <https://doi.org/10.1111/ane.12703>
10. Gurumurthy R, Chanda K, Sarma G. An evaluation of factors affecting adherence to antiepileptic drugs in patients with epilepsy: a cross-sectional study. *Singapore Med J* 2017; 58(2): 98–102. <https://doi.org/10.11622/smedj.2016022>
11. Rourke GO, Brien JJO. Identifying the barriers to antiepileptic drug adherence among adults with epilepsy. *Seizure* 2017; 45: 160–8. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.12.006>
12. Samsøsen C, Reimers A, Bråthen G, Helde G, Brodtkorb E. Nonadherence to treatment causing acute hospitalizations in

- people with epilepsy: an observational, prospective study. *Epilepsia* 2014; 55(11): e125–8. <https://doi.org/10.1111/epi.12801>
13. Getnet A, Woldeyohannes SM, Bekana L, Mekonen T, Fekadu W, Menberu M, et al. Antiepileptic drug nonadherence and its predictors among people with epilepsy. *Behav Neurol* 2016; 2016: 3189108. <https://doi.org/10.1155/2016/3189108>
  14. Nakhutina L, Gonzalez JS, Margolis SA, Spada A, Grant A. Adherence to antiepileptic drugs and beliefs about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2011; 22(3): 584–6. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.08.007>
  15. Hovstadius B, Petersson G. Non-adherence to drug therapy and drug acquisition costs in a national population – a patient-based register study. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 326. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-326>
  16. Liu J, Liu Z, Ding H, Yang X. Adherence to treatment and influencing factors in a sample of Chinese epilepsy patients. *Epileptic Disord* 2013; 15(3): 289–94. <https://doi.org/10.1684/epd.2013.0588>
  17. Cramer JA, Glassman M, Rienzi V. The relationship between poor medication compliance and seizures. *Epilepsy Behav* 2002; 3(4): 338–42. [https://doi.org/10.1016/S1525-5050\(02\)00037-9](https://doi.org/10.1016/S1525-5050(02)00037-9)
  18. Laville F, Montana M, Roux N, Rathelot P, Giorgi R, Vanelle P. Factors limiting adherence to antiepileptic treatment: a French online patient survey. *J Clin Pharm Ther* 2018; 43(1): 73–9. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12615>
  19. Kataria L, Vaughn BV. Sleep and epilepsy. *Sleep Med Clin* 2016; 11(1): 25–38. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2015.10.008>
  20. Hovinga CA, Asato MR, Manjunath R, Wheless JW, Phelps SJ, Sheth RD, et al. Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy Behav* 2008; 13(2): 316–22. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2008.03.009>
  21. Jones RM, Butler JA, Thomas VA, Peveler RC, Prevett M. Adherence to treatment in patients with epilepsy: associations with seizure control and illness beliefs. *Seizure* 2006; 15(7): 504–8. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2006.06.003>
  22. Faught E, Duh MS, Weiner JR, Guérin A, Cunningham MC. Nonadherence to antiepileptic drugs and increased mortality: findings from the RANSOM Study. *Neurology* 2008; 71(20): 1572–8. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000319693.10338.b9>
  23. Piper K, Richman J, Faught E, Martin R, Funkhouser E, Szaflarski J, et al. Adherence to antiepileptic drugs among diverse older Americans on part D Medicare. *Epilepsy Behav* 2017; 66: 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.10.017>
  24. Manjunath R, Davis KL, Candrilli SD, Ettinger AB. Association of antiepileptic drug nonadherence with risk of seizures in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2009; 14(2): 372–8. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2008.12.006>
  25. Davis KL, Candrilli SD, Edin HM. Prevalence and cost of nonadherence with antiepileptic drugs in an adult managed care population. *Epilepsia* 2008; 49(3): 446–54. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2007.01414.x>
  26. May TW, Berkenfeld R, Dennig D, Scheid B, Hausfeld H, Walther S, et al. Patients' perspectives on management and barriers of regular antiepileptic drug intake. *Epilepsy Behav* 2018; 79: 162–8. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.11.039>
  27. Gollwitzer S, Kostev K, Hagge M, Lang J, Graf W, Hamer HM. Nonadherence to antiepileptic drugs in Germany: a retrospective, population-based study. *Neurology* 2016; 87(5): 466–72. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002791>
  28. Smithson WH, Hukins D, Buelow JM, Allgar V, Dickson J. Adherence to medicines and self-management of epilepsy: a community-based study. *Epilepsy Behav* 2013; 26(1): 109–13. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.10.021>
  29. Guo Y, Ding X-Y, Lu R-Y, Shen C-H, Ding Y, Wang S, et al. Depression and anxiety are associated with reduced antiepileptic drug adherence in Chinese patients. *Epilepsy Behav* 2015; 50: 91–5. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.06.042>
  30. Chapman SCE, Horne R, Chater A, Hukins D, Smithson WH. Patients' perspectives on antiepileptic medication: relationships between beliefs about medicines and adherence among patients with epilepsy in UK primary care. *Epilepsy Behav* 2014; 31: 312–20. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.10.016>
  31. Zeber JE, Copeland LA, Pugh MJV. Variation in antiepileptic drug adherence among older patients with new-onset epilepsy. *Ann Pharmacother* 2010; 44(12): 1896–904. <https://doi.org/10.1345/aph.1P385>
  32. Ettinger AB, Manjunath R, Candrilli SD, Davis KL. Prevalence and cost of nonadherence to antiepileptic drugs in elderly patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2009; 14(2): 324–9. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2008.10.021>
  33. French JA, Staley BA. AED Treatment through different ages: as our brains change, should our drug choices also? *Epilepsy Curr* 2012; 12(Suppl 3): 22–7. <https://doi.org/10.5698/1535-7511-12.4s.22>
  34. Bautista RED, Rundle-Gonzalez V. Effects of antiepileptic drug characteristics on medication adherence. *Epilepsy Behav* 2012; 23(4): 437–41. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.02.002>
  35. Bialer M. Extended-release formulations for the treatment of epilepsy. *CNS Drugs* 2007; 21(9): 765–74. <https://doi.org/10.2165/00023210-200721090-00005>
  36. Niriayo YL, Mamo A, Gidey K, Demoz GT. Medication belief and adherence among patients with epilepsy. *Behav Neurol* 2019; 2019: 2806341. <https://doi.org/10.1155/2019/2806341>
  37. Kanner AM, Balabanov AJ. The use of monotherapy in patients with epilepsy: an appraisal of the new antiepileptic drugs. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2005; 5(4): 322–8. <https://doi.org/10.1007/s11910-005-0078-0>
  38. Henning O, Johannessen Landmark C, Nakken KO, Lossius MI. Nonadherence to treatment regimens in epilepsy from the patient's perspective and predisposing factors: differences between intentional and unintentional lack of adherence. *Epilepsia* 2019; 60(5): e58–62. <https://doi.org/10.1111/epi.14734>
  39. Lanigar S, Bandyopadhyay S. Sleep and epilepsy: a complex interplay. *Mo Med* 2017; 114(6): 453–7.
  40. Jain SV, Glauser TA. Effects of epilepsy treatments on sleep architecture and daytime sleepiness: an evidence-based review of objective sleep metrics. *Epilepsia* 2014; 55(1): 26–37. <https://doi.org/10.1111/epi.12478>
  41. Legros B, Bazil CW. Effects of antiepileptic drugs on sleep architecture: a pilot study. *Sleep Med* 2003; 4(1): 51–5. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(02\)00217-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(02)00217-4)

42. Placidi F, Scalise A, Marciani MG, Romigi A, Diomedi M, Gigli GL. Effect of antiepileptic drugs on sleep. *Clin Neurophysiol* 2000; 111(Suppl 2): S115-9. [https://doi.org/10.1016/S1388-2457\(00\)00411-9](https://doi.org/10.1016/S1388-2457(00)00411-9)

**D. Streckytė, R. Mameniškienė**

#### **EVALUATION OF SLEEP AND TREATMENT DISCIPLINE IN PEOPLE WITH EPILEPSY**

##### **Summary**

*Introduction.* Antiepileptic drugs are effective in treating epilepsy and about 70% of people with epilepsy can be seizure-free; however, undisciplined use of antiepileptic drugs is a major cause of treatment failure.

*The aim of the study.* To study the discipline of sleep and treatment regimen in people with different types of epilepsy and evaluate their determinants.

*Methods.* A cross-sectional questionnaire-based study of adults with epilepsy who received antiepileptic treatment. Statistical analysis was performed using MS Excel and SPSS 21.0 programs. Statistical significance was defined with a  $p < 0.05$ .

*Results.* The study included 100 participants, 65% had focal epilepsy and 55% were women. The median age was  $37.5 \pm 15.7$ , mean epilepsy duration -  $9.5 \pm 11$ , mean age of epilepsy onset -  $21.5 \pm 17$  years. It was found that 30% of participants did not adhere to their treatment regardless of epilepsy type ( $p = 0.819$ ). Nonadherence was associated with living in a rural area ( $p = 0.032$ ), frequent seizures ( $p = 0.033$ ), and less frequent medication dosing ( $p = 0.032$ ), especially in generalized epilepsy group ( $p = 0.019$ ). Sleep regimen did not depend on epilepsy type ( $p > 0.05$ ), 35% of respondents slept less than 7 hours per night, and 53% did not follow sleep regimen, which was related to treatment indiscipline ( $p = 0.027$ ).

*Conclusions.* Nonadherence to the antiepileptic drugs is common among people with epilepsy. The most common subjective reason is forgetfulness, while objective reasons are living in a rural area, frequent seizures, and less frequent dosage of the antiepileptic drug. More than half of people with epilepsy do not follow a regular sleep regimen and tend to disregard treatment regimen.

**Keywords:** discipline, epilepsy, sleep, regimen, antiepileptic drugs.

Gauta:  
2020 09 09

Primta spaudai:  
2020 10 04