

Ψυχοκοινωνική εικόνα επιληπτικών ασθενών στην Ελλάδα

Βοζίκης Αθανάσιος¹, Νικολάκης Δημήτριος²

1. Λέκτορας, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

2. Υπ. Διδάκτωρ, Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιληψία είναι μια νευρολογική διαταραχή, που οδηγεί στην περιστασιακή εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, με σημαντική επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ασθενών, των οικείων τους και του συστήματος υγείας.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το σύγχρονο ψυχοκοινωνικό προφίλ των επιληπτικών ασθενών στην Ελλάδα και να πραγματοποιηθεί συγκριτική ανάλυση με προηγούμενη αντίστοιχη έρευνα.

Υλικό και μέθοδος: Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από 91 ασθενείς με επιληψία όλων των ηλικιών, από το σύνολο των 350 ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια των ετών 2008-2009 (ποσοστό ανταπόκρισης 26%). Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε απλή περιγραφική ανάλυση σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$ και $\alpha=10\%$ και παραγοντική ανάλυση, με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 16.0.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν, ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από επιληψία στην Ελλάδα βελτιώθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία, καθώς οι κρίσεις εμφανίζονται μειωμένες κατά 15,7% και το ποσοστό των απασχολούμενων αυξήθηκε κατά 13%.

Συμπεράσματα: Αυτό σημαίνει, ότι τα άτομα που πάσχουν από επιληψία, δεν είναι πλέον περιθωριοποιημένα και συχνά επιτυγχάνουν να ζουν μια φυσιολογική ζωή με τους αναγκαίους περιορισμούς της ασθένειας αυτής.

Λέξεις Κλειδιά: Επιληψία, ποιότητα ζωής, ψυχοκοινωνική εικόνα, περιγραφική ανάλυση, παραγοντική ανάλυση.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Βοζίκης Αθανάσιος, Καραολή & Δημητρίου 80, Τ.Κ. 18534, Πειραιάς, Τηλ. 210-4142280, Email: avozik@unipi.gr

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 12, Issue 1 (January - March 2013)

ORIGINAL PAPER

The psychological and social profile of epileptic patients in Greece

Vozikis Athanassios¹, Nikolakis Dimitrios²

1. Lecturer, Dept. of Economic Science, University of Piraeus

2. PhD (c), Dept. of Statistics and Insurance Science, University of Piraeus

ABSTRACT

Epilepsy is a neurological disorder that leads to occasional epileptic seizures, affecting the quality of life.

Aim: The aim of the present study was to explore the current psychological and social profile of epileptic patients in Greece and to identify the main differences as compared to a former similar research.

Material and Methods: A sample of 91 questionnaires, from a total of 350 inpatients with epilepsy at a Public Hospital, during the years 2008 to 2009 (response rate 26%). For data analysis, we used simple descriptive statistical analysis (at significance level of $\alpha=5\%$ and $\alpha=10\%$) and factor analysis, using SPSS 16.0.

Results: Our research showed that the quality of life of people with epilepsy in Greece seems to have improved significantly during the last decade, as their crises have been reduced by 15,7% and their employment has increased by 13%.

Conclusions: All that mean that these people are no longer been placed in the margin of society and they succeed in living a normal life with the certain limitations of their disease.

Keywords: Epilepsy, quality of life, psychological and social profile, descriptive statistical analysis, factor analysis.

Corresponding Author: Vozikis Athanassios, 80 Karaoli & Dimitriou street, P.C.18534 Piraeus, Greece, Tel: 210 4142280, Email: avozik@unipi.gr



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιληψία είναι μια διαταραχή της λειτουργίας των ηλεκτρικών κυκλωμάτων του ανθρώπινου εγκεφάλου (νευρολογική διαταραχή) που οδηγεί στην περιστασιακή εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων.^{1,2}

Δυνητικά, οποιοσδήποτε μπορεί να καταληφθεί από μια τέτοια κρίση, αλλά οι περισσότεροι άνθρωποι εμφανίζουν αντίσταση στην εκδήλωση των κρίσεων. Όταν ένα άτομο έχει μικρή αντίσταση και οι κρίσεις επαναλαμβάνονται, τότε λέμε ότι το άτομο αυτό πάσχει από επιληψία³. Ανάλογα με το είδος και τη βαρύτητα της επιληψίας, οι κρίσεις μπορεί να εμφανίζονται από εξαιρετικά σπάνια έως πολύ συχνά.⁴⁻⁶

Σήμερα υπολογίζεται ότι γύρω στα 50 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως πάσχουν από ενεργό επιληψία (40 εκατομμύρια στις αναπτυσσόμενες χώρες και 10 εκατομμύρια στις αναπτυγμένες χώρες).⁷⁻⁹ Ειδικότερα για την Ελλάδα, εκτιμάται ότι υπάρχουν γύρω στα 100 χιλιάδες άτομα με τη συγκεκριμένη ασθένεια.¹⁰

Η επιληψία είναι μια ασθένεια, η οποία δεν γνωρίζει γεωγραφικά, κοινωνικά ή εθνικά σύνορα, επηρεάζει εξίσου και τα δυο φύλα και μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε ηλικία.¹¹⁻¹³

Μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 70% των ατόμων με επιληψία μπορούν να ελεγχθούν ικανοποιητικά με αντιεπιληπτικά φάρμακα,

με το υπόλοιπο 30,0% να μην ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή. Σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχουν άλλες μέθοδοι αντιμετώπισης της επιληψίας.^{14,15}

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το σύγχρονο ψυχοκοινωνικό προφίλ των επιληπτικών ασθενών στην Ελλάδα και να πραγματοποιηθεί συγκριτική ανάλυση με αντίστοιχη έρευνα της προηγούμενης δεκαετίας που πραγματεύεται το ίδιο θέμα από την Ελλάδα επίσης. Ως επιμέρους στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των ευρημάτων σε σχέση με αντίστοιχα άλλων συναφών μελετών από τη διεθνή βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την παρούσα ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από 91 ασθενείς με επιληψία όλων των ηλικιών, από τους 350 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο. Η μελέτη διεξήχθη κατά τη διάρκεια των ετών 2008-2009 (ποσοστό ανταπόκρισης 26%). Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε μεταβλητές σχετικά με δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, την κοινωνική ζωή, τις δεξιότητες, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τα κλινικά

χαρακτηριστικά των ασθενών. Πριν την έναρξη της έρευνας, υποβλήθηκε σχετικό πρωτόκολλο στην επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου και λήφθηκε η απαραίτητη έγκριση για την πραγματοποίησή της.

Τηρήθηκε η ανωνυμία του ερωτηματολογίου κάθε συμμετέχοντος, ο οποίος συμπλήρωνε πληροφορημένη συγκατάθεση πριν την έναρξη της διαδικασίας. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε απλή περιγραφική ανάλυση σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$ και $\alpha=10\%$. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 16.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το 52,7% του συνόλου των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες, η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν 31,29 έτη και η ηλικία τους κυμαίνονταν από 17 έως 60 ετών, με το μεγαλύτερο ποσοστό (38,4%) του συνόλου των ερωτηθέντων να ανήκουν στην 3^η ηλικιακή ομάδα (30-39 ετών). Όσον αφορά τις μεταβλητές που αφορούσαν τον τόπο μόνιμης κατοικίας μέχρι την ενηλικίωση και τον τωρινό τόπο μόνιμης κατοικίας, η πλειονότητα του συνόλου των ερωτηθέντων ασθενών απάντησαν σε Αθήνα ή Θεσσαλονίκη (ποσοστό 60,4% και 65,9% αντίστοιχα). Το μεγαλύτερο ποσοστό (42,1%)

του συνόλου των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ήταν πλήρως απασχολούμενοι, ότι ήταν απόφοιτοι λυκείου (ή εξατάξιου γυμνασίου), σε ποσοστό 46,1%, ενώ η πλειοψηφία τους, (ποσοστό 80,2%), απάντησαν ότι ήταν ελεύθεροι. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό (42,4%) του συνόλου των ερωτηθέντων, δήλωσαν ότι νόσος τους δεν τους εμπόδιζε καθόλου στην ανεύρεση εργασίας, ενώ το 55,7% των άνω των 18 ετών ανέφεραν ότι είχαν δίπλωμα οδήγησης.

Περιγραφικά αποτελέσματα

Συγκρίνοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης με τα ευρήματα της αντίστοιχης έρευνας, η οποία αφορούσε δεδομένα της περιόδου 1997-1998, παρατηρούμε ότι την τελευταία δεκαετία σημειώθηκαν αρκετές μεταβολές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επιληπτικών ασθενών, (Πίνακες 1 και 2). Οι ποσοστιαίες μεταβολές που σημειώθηκαν την τελευταία δεκαετία στα κλινικά χαρακτηριστικά «συνολικός αριθμός κρίσεων», «αριθμός ιατρικών επισκέψεων τον τελευταίο χρόνο», παρουσιάζονται αντίστοιχα στους Πίνακες 3 και 4.

Οι άντρες εμφανίζουν περισσότερες κρίσεις από τις γυναίκες, ενώ η εργασία φαίνεται να επιδρά αρνητικά στην πιθανότητα επίσκεψης στο γιατρό τουλάχιστον δυο φορές το χρόνο. Τα άτομα ηλικίας από 24 έως και 29 ετών είναι αυτά που φαίνεται να απολαμβάνουν τη μεγαλύτερη κοινωνική αποδοχή. Οι ασθενείς



δημιουργούν συνήθως τη δική τους οικογένεια σε ηλικία από 30 ετών και πάνω, ενώ τα άτομα ηλικίας από 40 ετών και πάνω είναι αυτά που πίνουν κρασί με τη μεγαλύτερη συχνότητα.

Παραγοντική ανάλυση

Ο Πίνακας 5 αποτυπώνει τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και των παραγόντων, όπως προέκυψε από την ανάλυση. Παρατηρώντας λοιπόν τις τιμές του παραπάνω πίνακα, συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

Η μεταβλητή «δίπλωμα οδήγησης», λόγω της **μέτριας θετικής συσχέτισής** της και με τους δυο πρώτους παράγοντες, γεφυρώνει τις ομάδες «ποσοτικά χαρακτηριστικά των κρίσεων» και «επιπτώσεις των κρίσεων στις καθημερινές δραστηριότητες». Επιπλέον η μεταβλητή «βαθμός ανασφάλειας για το μέλλον» ενώνει τις ομάδες «έναρξη εκδήλωσης - βαθμιαία εξέλιξη της επιληψίας» και «επιπτώσεις των κρίσεων στην εκπαίδευση». Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι η εν λόγω μεταβλητή φαίνεται να λειτουργεί με αντίστροφη σχέση σε καθεμία από τις παραπάνω δυο ομάδες, καθώς εμφανίζει **μέτρια θετική συσχέτιση** με τον τρίτο παράγοντα και **μέτρια αρνητική συσχέτιση** με τον τέταρτο. Κάτι ανάλογο ισχύει και για τη μεταβλητή «συχνότητα νυκτερινών εξόδων», η οποία παρουσιάζει **μέτρια αρνητική συσχέτιση** με

το δεύτερο παράγοντα και **μέτρια θετική συσχέτιση** με τον τέταρτο, γεφυρώνοντας έτσι τις ομάδες «επιπτώσεις των κρίσεων στις καθημερινές δραστηριότητες» και «επιπτώσεις των κρίσεων στην εκπαίδευση».

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα άτομα με επιληψία είναι από τα πλέον ευάλωτα μέλη της κοινωνίας και αυτό αποδίδεται εν μέρει στην ίδια την ασθένειά τους, αλλά συγχρόνως και στο κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με το πρόβλημά τους και με άλλα νευρολογικά και διανοητικά προβλήματα και αναπηρίες.¹⁶ Παρόλα αυτά, και σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς μας, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τους ασθενείς στην Ελλάδα, παρουσιάζει τάσεις μείωσης τα τελευταία χρόνια, κυρίως όσον αφορά τις γυναίκες. Αυτό οδηγεί σε κατεξοχήν μεγαλύτερη αποδοχή των συγκεκριμένων ατόμων, πράγμα που τους διευκολύνει στην ομαλή κοινωνική τους ένταξη. Οι κρίσεις εμφανίζονται μειωμένες, με μείωση της μέσης ηλικίας 1^{ης} κρίσης κατά 4,4 έτη και αύξηση του ποσοστού των ασθενών που δηλώνουν ότι δεν έκαναν καμία κρίση το τελευταίο δίμηνο κατά 15,7% σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία.

Η αυξημένη ανεργία και η υποαπασχόληση των ατόμων με επιληψία είναι σύνηθες φαινόμενο σε όλο τον κόσμο, το οποίο έχει επιτείνει την περιθωριοποίησή τους.¹⁷ Σχετική έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο

αποκάλυψε ποσοστό ανεργίας 46% για τα άτομα με επιληψία, σε σύγκριση με ποσοστό ανεργίας 19% της ομάδας ελέγχου.¹⁸ Το πρόβλημα επιτείνεται από το γεγονός, ότι σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν συγκεκριμένα νομικά εμπόδια που περιορίζουν την πρόσβαση των ατόμων με επιληψία στην αγορά εργασίας. Αυτός ο συνδυασμός θεσμικών και κοινωνικών περιορισμών, οδηγεί τα άτομα με επιληψία να παρουσιάζουν χαμηλότερες επιδόσεις στο χώρο εργασίας, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.^{19,20} Παρόλα αυτά, στην έρευνά μας παρατηρείται αύξηση κατά 13% του ποσοστού των ασθενών που εργάζονται με μερική ή πλήρη απασχόληση, σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία.

Όσον αφορά τις επιδόσεις στο σχολείο, από μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, διαπιστώθηκε ότι παιδιά με επιληψία με μέσο ή πάνω από το μέσο επίπεδο νοημοσύνης, υστερούσαν κατά τουλάχιστον δύο έτη σε δεξιότητες ανάγνωσης.²¹ Αυτές οι σημαντικά χαμηλότερες εκπαιδευτικές επιδόσεις, θα μπορούσαν να αποδοθούν στις γνωστικές δυσλειτουργίες που προκαλούνται από την ίδια την αιτιολογία της ασθένειας, τη συχνότητα της επιληπτικής δραστηριότητας και τις επιδράσεις της φαρμακευτικής αντιεπιληπτικής αγωγής. Αυτή η γνωστική δυσλειτουργία μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, αλλά οι πλέον κοινές είναι οι

διαταραχές της μνήμης, η πνευματική επιβράδυνση και η διάσπαση της προσοχής.²²

Η μείωση της συχνότητας των κρίσεων που διαπιστώθηκε στην έρευνά μας, είχε σαν αποτέλεσμα η ασθένεια να εμφανίζει μικρότερη επίπτωση στο μορφωτικό επίπεδο και τη δυνατότητα απασχόλησης των ασθενών συγκριτικά με αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα αλλά και το εξωτερικό.^{23,24} Επίσης καταγράφεται αύξηση 3,6% σε εκείνους που σπουδάζουν και ταυτόχρονα μείωση κατά 10,0% των ασθενών που είναι άνεργοι ή ασχολούνται με τα οικιακά.²³

Παρά το γεγονός ότι οι κρίσεις δεν φαίνεται να επηρεάζουν τις σχέσεις με το άλλο φύλο, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών είναι ανύπαντροι, εύρημα το οποίο διαφοροποιείται σημαντικά με τα αποτελέσματα συναφών μελετών από άλλες χώρες.²⁵ Ίσως το γεγονός αυτό να υποδηλώνει την έντονη επίδραση του κοινωνικού περιγύρου και των προκαταλήψεων που συνδέονται με την επιληψία στην Ελλάδα ακόμα και σήμερα. Εξάλλου, δεν πρέπει να μας διαφεύγει, ότι ακόμα και σε πολλές χώρες αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου σχετικά πρόσφατα καταργήθηκαν νομοθετικές διατάξεις που απαγόρευαν στους επιληπτικούς να παντρεύονται.¹⁷

Η δυνατότητα οδήγησης αποτελεί σημαντικό παράγοντα επηρεασμού της ζωής των ατόμων με επιληψία. Σχετικές νομοθετικές



ρυθμίσεις ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, ωστόσο στα άτομα με επιληψία συχνά απαγορεύεται να κατέχουν άδεια οδήγησης εφόσον δεν είναι ελεύθερα κρίσεων. Ο αποτελεσματικός έλεγχος των επιληπτικών κρίσεων μπορεί να δώσει στα άτομα με επιληψία τη δυνατότητα να οδηγούν, να αυξήσουν το βαθμό ελευθερίας τους και τελικά να βελτιώσουν τη ποιότητα της ζωής τους.²⁶ Σήμερα, η αναλογία των ασθενών με επιληψία άνω των 18 ετών οι οποίοι έχουν δίπλωμα οδήγησης στην Ελλάδα ανέρχεται στο 17,7%, ποσοστό υψηλότερο από αυτό που παρουσιάζεται σε άλλες έρευνες.^{23-25,27}

Οι άντρες ασθενείς έχουν την τάση να επισκέπτονται πιο τακτικά το γιατρό τους σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς, το οποίο κρίνεται ως φυσιολογικό, καθώς από την έρευνά μας προέκυψε ότι οι άντρες κάνουν περισσότερες κρίσεις από τις γυναίκες.

Σήμερα οι ασθενείς αποδέχονται πιο εύκολα την πάθησή τους, με μείωση του ποσοστού των ασθενών που τους ενοχλεί αρκετά ο χαρακτηρισμός «επιληπτικός» κατά 9,5% και ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού των ασθενών που δηλώνουν ότι δεν τους ενοχλεί καθόλου κατά 8,8%, ενώ νιώθουν λιγότερη μοναξιά σε σύγκριση με την προηγούμενη δεκαετία. Παρόλα αυτά, περίπου το ένα τρίτο των επιληπτικών συνεχίζει να ζει με ανεξέλεγκτες κρίσεις, αν και λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Μαζί με το κοινωνικό στίγμα, που εξακολουθεί να υφίσταται από

ορισμένα μέλη της κοινωνίας, τα άτομα με επιληψία συχνά βιώνουν μια αίσθηση κοινωνικού αποκλεισμού και μια συνολική υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Οι ίδιες συνέπειες βαρύνουν και τους φροντιστές των ατόμων με επιληψία και αυτό είναι ενδεικτικό του βαθμού, στο οποίο η ασθένεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής τόσο εκείνων που ασθενούν αλλά και εκείνων που τους φροντίζουν.^{28,29}

Συμπεράσματα

Οι επιληπτικοί ασθενείς εμφανίζουν διάφορα προβλήματα που έχουν σημαντική επίπτωση στο επίπεδο της ποιότητας ζωής τους. Οι συχνές κρίσεις, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, η ψυχολογική συννοσηρότητα και ο κοινωνικός στιγματισμός είναι σημαντικοί παράγοντες, που σχετίζονται με τη βαρύτητα της νόσου και μπορεί να προκαλέσουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των επιληπτικών ασθενών. Η παρούσα έρευνα επισημαίνει και αναδεικνύει τα παραπάνω προβλήματα στην Ελληνική πραγματικότητα και συγχρόνως αποτυπώνει τη σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών κατά την τελευταία δεκαετία. Η βελτίωση αυτή συνδέεται κυρίως με τη μειωμένη συχνότητα των κρίσεων, την καλύτερη κλινική διαχείριση της ασθένειάς τους και την αυξημένη δυνατότητα μόρφωσης και απασχόλησης. Και παρά την ύπαρξη

προκαταλήψεων ακόμα και σήμερα στην Ελληνική κοινωνία σχετικά με την επιληψία, η έρευνά μας έδειξε ότι τα συγκεκριμένα άτομα δεν είναι πλέον περιθωριοποιημένα και προσπαθούν να ζουν μια φυσιολογική ζωή με τους αναγκαίους περιορισμούς της επιληψίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Blume W, Lüders H, Mizrahi E, Tassinari C, van Emde Boas W, Engel J. [Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology](#). *Epilepsia* 2001;42 (9):1212-8.
2. The National Society for Epilepsy. What is Epilepsy? 2009 <http://www.epilepsynse.org.uk/AboutEpilepsy/Whatisepilepsy> (Accessed on 15 February 2009).
3. Fisher R, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. [Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy \(ILAE\) and the International Bureau for Epilepsy \(IBE\)](#). *Epilepsia* 2005;46(4):470-2.
4. [De Boer HM](#), [Mula M](#), [Sander JW](#). The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy Behav* 2008;12(4):540-6.
5. Katsipi P. Determination of stress and depression in a specific population of people with epilepsy. Graduate Thesis 2007, University of Piraeus, Dept. of Statistics and Insurance Science. (In Greek)
6. [World Health Organization](#). [Epilepsy: aetiology, epidemiology and prognosis](#). 2001 Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs165/en/> (Accessed on 14 June 2007).
7. [Wiebe S](#), [Camfield P](#), [Jetté N](#), [Burneo JG](#). Epidemiology of epilepsy: prevalence, impact, comorbidity and disparities. *Can J Neurol Sci* 2009;36(Suppl 2):7-16.
8. Plioplys S, Dunn DW, Caplan R. 10-year research update review: psychiatric problems in children with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46 (11):1389-402.
9. Berg A. Epidemiology in Epilepsy. *Epilepsy Curr* 2001;1(2):55.
10. [Baker G](#), [Jacoby A](#), [Buck D](#), [Stalgis C](#), [Monnet D](#). Quality of Life of People with Epilepsy: A European Study. *Epilepsia* 2005;38(3):353 - 362.
11. Sander JW. The epidemiology of epilepsy revisited. *Curr Opin Neurol* 2003;16(2):165-70.
12. Forsgren L, Edvinson SO, Blomquist HK, Heijbel J, Sidenvall R. Epilepsy in a population of mentally retarded children and adults. *Epilepsy Res* 1990;6: 234-148
13. Sillanpaa M. Learning disability: occurrence and long-term consequences



- in childhood-onset epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2004;5: 937-944
14. Birbeck GL, Hays RD, Cui X, Vickrey BG. Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy. *Epilepsia* 2002;43 (5):535-538.
15. Trost LF, Wender RC, Suter CC, Von Worley AM, Brixner DI, Rosenberg JH, et al. [Management of epilepsy in adults. Treatment guidelines](#). *Postgraduate Medicine* 2005;118(6):29-33.
16. Pahl K, De Boer HM. Epilepsy and rights. In: *Atlas: epilepsy care in the world*. Geneva, WHO 2005:72-73
17. De Boer HM. "Out of the Shadows": a global campaign against epilepsy. *Epilepsia* 2002;43(Suppl 6):7-8
18. Elwes RD, Marshall J, Beattie A, Newman PK. Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1991;54:200-203.
19. International League Against Epilepsy. Living with epilepsy: Employment. *Epilepsia* 2003;44(suppl 6):49-50.
20. International League Against Epilepsy. Quality of life: General considerations. *Epilepsia* 2003;44(suppl 6):57-58.
21. Rutter M, Graham P, Yule W.A neuropsychiatric study in child-hood. *Clin Dev Med* 1970;3:35-36.
22. Aldenkamp AP, De Krom M, Reijs R. Newer antiepileptic drugs and cognitive issues. *Epilepsia* 2003;44(suppl 4):21-29.
23. Seirli M. Psychosocial profile of patients with epilepsy, Graduate Thesis 2008, University of Piraeus, Dept. of Statistics and Insurance Science. (In Greek)
24. [Frigerio R](#), [Elbaz A](#), [Sanft KR](#), [Peterson BJ](#), [Bower JH](#), [Ahlskog JE](#), et al. [Education and occupations preceding Parkinson disease: a population-based case-control study](#). *Neurology* 2005;65(10):1575-83.
25. Thompson PJ and Upton D. The impact of chronic epilepsy on the family. *Seizure* 1992;1(1):43-48.
26. Drazkowski J. An overview of epilepsy and driving. *Epilepsia* 2007;48(suppl 9):10-12.
27. Sheth SG, Krauss G and Krumholt ZA. Mortality in epilepsy: Driving fatalities vs other causes of death in patients with epilepsy. *Neurology* 2004;63(6):1002-1007.
28. Westphal-Guitti AC, Alonso NB, Migliorini RC, Da Silva TI, Azevedo AM, Caboclo LO, Sakamoto AC & Yacubian EM. Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy. *J Neurosci Nurs* 2007;39(6):354-60.
29. NINDS. Seizures and Epilepsy: Hope Through Research. Available at: http://www.ninds.nih.gov/disorders/epilepsy/detail_epilepsy.htm [Accessed on 29 April 2008].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Ηλικιακή Κατανομή

Κατηγορίες	Παλιά έρευνα	Νέα έρευνα	Διαφορά
0-23	28,4%	23,3%	-5,1%
24-29	19,8%	20,9%	+1,1%
30-39	28,4%	38,4%	+10,0%
40-49	9,2%	12,7%	+3,5%
50+	14,2%	4,7%	-9,5%

Πίνακας 2. Κατανομή απασχόλησης

Κατηγορίες	Παλιά έρευνα	Νέα έρευνα	Διαφορά
Πλήρως απασχολούμενος	34,3%	42,1%	+7,8%
Μερικώς απασχολούμενος	8,4%	13,6%	+5,2%
Άνεργος, ψάχνω για δουλειά	12,5%	13,6%	+1,1%
Άνεργος, δεν ψάχνω για δουλειά	4,9%	0,0%	-4,9%
Συνταξιούχος	7,0%	8,0%	+1,0%
Ασθενής	4,9%	1,1%	-3,8%
Οικιακά	11,9%	6,8%	-5,1%
Σπουδαστής	11,2%	14,8%	+3,6%
Άλλο	4,9%	0,0%	-4,9%

Πίνακας 3. Συνολικός αριθμός κρίσεων

Κατηγορίες	Παλιά έρευνα	Νέα έρευνα	Διαφορά
1	5,6%	1,2%	-4,4%
2-5	18,2%	18,6%	+0,4%
6-10	15,4%	8,1%	-7,3%
Πάνω από 21	20,9%	30,2%	+9,3%
Πάνω από 100	39,9%	41,9%	+2,0%

Πίνακας 4. Αριθμός ιατρικών επισκέψεων τον τελευταίο χρόνο

Κατηγορίες	Παλιά έρευνα	Νέα έρευνα	Διαφορά
0-1	34,4%	25,6%	-8,8%
2-3	29,7%	46,5%	+16,8%
4+	35,9%	27,9%	-8,0%



Πίνακας 5. Πίνακας των εταιρικοτήτων του παραγοντικού μοντέλου

	Συνιστώσες				
	1	2	3	4	5
Συχνότητα κρίσεων τον περασμένο χρόνο	,851	,130	,175	-,129	,040
Αριθμός κρίσεων το τελευταίο δίμηνο	,815	,193	,098	,051	,128
Συνολικός αριθμός κρίσεων	,684	-,014	,007	-,194	-,089
Οδήγηση	,263	,732	-,041	-,170	-,200
Βαθμός δυσκολίας ανεύρεσης εργασίας	,194	,651	,124	-,086	,279
Συχνότητα κατανάλωσης κρασιού	,157	-,642	-,258	,024	,218
Δίπλωμα οδήγησης	,465	,559	-,189	-,302	-,215
Ηλικία πρώτης κρίσης	-,207	-,059	,655	,205	,213
Νοσηλεία τον τελευταίο χρόνο λόγω κρίσεων	-,136	-,053	-,637	,006	,003
Συχνότητα ιατρικών επισκέψεων	,377	,173	,610	-,121	-,373
Αριθμός ιατρικών επισκέψεων τον τελευταίο χρόνο	,462	,208	,604	-,127	-,159
Μορφωτικό επίπεδο	-,110	-,044	,055	,711	,293
Διακοπή σπουδών λόγω προβλημάτων υγείας	-,230	-,010	,135	,690	,194
Βαθμός ανασφάλειας για το μέλλον	-,087	,190	,405	-,587	,294
Συχνότητα νυκτερινών εξόδων	-,062	-,338	-,047	,531	-,119
Ικανότητα ελέγχου των κρίσεων	,047	-,119	-,019	,145	,845

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.