

PACIENTŲ PO NUGAROS SMEGENŲ PAŽEIDIMO EMOCINĖS BŪKLĖS SAŠAJOS SU KŪNO FUNKCIJOMIS IR DALYVUMU

*ALVYDAS JUOCEVIČIUS^{2,3}, JUOZAS RAISTENSKIS^{1,3}, LINA BŪTĖNAITĖ^{2,3},
SIGITA KILKUTĖ^{2,3}, DINA ŽIGARIENĖ³, ALGIRDAS VALIULIS³*

¹Vaikų ligoninė, Vilniaus universiteto ligoninės Sanatriškių klinikų filialas, Vaikų fizinės medicinos ir reabilitacijos centras, ²Vilniaus universiteto ligoninės Sanatriškių klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centras, ³Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra

Raktažodžiai: *nugaros smegenų pažeidimas, dalyvumas, TFK, HAD skalė.*

Santrauka

Nugaros smegenų pažeidimas (NSP) – tai tokia būklė, kai pažeidžiamas nugaros smegenų vientisumas ir žemiau pažeidimo išsivysto jutimų bei judesių sutrikimai, dėl to sutrinka asmens dalyvumas. Asmens dalyvumui turi įtakos ne tik fiziniai, bet ir psichosocialiniai veiksniai. Tikslas - nustatyti pacientų po NSP kūno funkcijų, veiklų ir dalyvumo bei nerimo ir depresijos laipsnio ryšius. Tiriamieji ir metodologija. Tyrime dalyvavo 120 ligonių po NSP, reabilituotų Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centro I stacionarinės reabilitacijos skyriuje 2007 sausio – 2010 gruodžio mėnesiais. Pacientui atvykus į reabilitacijos skyrių, jis per 2 darbo dienas buvo įvertinamas pagal parengtą tyrimo protokolą. Antras vertinimas buvo atliekamas likus kelioms dienoms iki asmens išrašymo iš reabilitacijos centro. Pacientai buvo vertinami pagal TFK klausimyno asmenims po NSP pilną versiją, HAD skalę. Papildomai surinkta informacija apie pažeidimo mechanizmą bei reabilitacijos etapą. Rezultatai ir išvados. Ryšiai tarp kūno funkcijų, veiklų ir dalyvumo bei HAD skalių rezultatų skiriasi priklausomai nuo reabilitacijos etapo (pirminė ir pakartotinė) bei nugaros smegenų pažeidimo mechanizmo (trauminio ir netrauminio). Trauminio NSP pacientų fizinė būklė bei dalyvumas buvo labiau susiję su jų psichologine būkle, negu pacientų po NSP dėl kitų priežasčių.

IVADAS

Nugaros smegenų pažeidimas – būklė, kai pažeidžiamas nugaros smegenų vientisumas ir žemiau pažeidimo

išsivysto jutimų bei judesių sutrikimai. Nugaros smegenų pažeidimai, sąlygojantys paraplegiją/ tetraplegiją, stipriai turi įtakos asmenims, patyrusiems traumą, ir jo šeimos gyvenimo kokybei. Tai yra ne tik socialinė, bet ir ekonominė našta šalies mastu. NSP sukelia daug medicininių, emocinių, socialinių pasekmių pacientui, todėl labai svarbi yra daugiadisciplininė pacientų reabilitacija.

Reabilitacija – tai kompleksinis medicininių, socialinių, pedagoginių ir profesinių priemonių naudojimas siekiant maksimalaus reabilituojamo asmens fizinio, psichologinio bei socialinio savarankiškumo.

Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija (TFK) atspindi biopsichosocialinį požiūrį į negalią, sujungia skirtingus sveikatos modelius [1]. Asmens funkcionavimas yra sveikatos būklės ir aplinkos bei asmenybės veiksmų sąveika. Jų sąveika yra dinamiška: vieno elemento pokyčiai sukelia kito arba kitų elementų pokyčius, pats neįgalumas gali turėti įtakos sveikatos būklei.

Literatūroje daug dėmesio skiriama nugaros smegenų pažeidimų pasekmių įvertinimui, tačiau pasigendama darbų, kuriuose būtų analizuojami ryšiai tarp fizinių parametrų (kūno funkcijų, veiklų ir dalyvumo) bei psichologinių faktorių (nerimo, depresijos) taikant Tarptautinę funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikaciją.

Tyrimo tikslas: nustatyti pacientų po NSP kūnų funkcijų, veiklų ir dalyvumo bei nerimo ir depresijos laipsnio ryšius.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODOLOGIJA

Tyrime dalyvavo 120 ligonių po NSP, reabilituotų VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centro I stacionarinės reabilitacijos skyriuje 2007 sausio – 2010 gruodžio mėnesiais. Pacientų atrankos kriterijai: 1) nugaros smegenų pažeidimas; 2) stabili sveikatos būklė; 3) gebėjimas toleruoti kompleksinės reabilitacijos poveikio priemones nustatytą

laiko tarpą; 4) sutikimas dalyvauti tyrime. Pacientai nebuvo įtraukiami į tyrimą, jeigu: 1) jų sveikatos būklė buvo sunki dėl gretutinės patologijos; 2) jie nesutiko dalyvauti tyrime.

Pacientui atvykus į reabilitacijos skyrių, jis per 2 darbo dienas buvo įvertinamas pagal parengtą tyrimo protokolą. Antras vertinimas buvo atliekamas likus kelioms dienoms iki asmens išrašymo iš reabilitacijos centro.

Pacientai buvo vertinami pagal TFK klausimyno pilną versiją, HAD skalę. Papildomai surinkta informacija apie pažeidimo mechanizmą ir reabilitacijos etapą (pirminė/parkartinė).

HAD skalė naudota paciento emocinei būsenai vertinti. HAD skalė (Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD's) sudaro 14 teiginių, kurie atspindi paciento emocinę būklę – septyni anketos klausimai vertina depresijos simptomus ir septyni – nerimo simptomus. Kiekvienam klausimui pateikiami keturi atsakymai, iš kurių tiriamasis turi pasirinkti vieną, tiksliausiai atspindintį jo savijautą per praėjusią savaitę. Ši skalė leidžia greitai įvertinti ligonio emocinę būklę [2].

TFK pagrindu parengtas klausimynas asmenų po NSP vertinimui. Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos pagrindu parengtą klausimyną asmenų po NSP vertinimui (angl. Core set for spinal cord

1 lentelė. Asmenų, patyrusių trauminį NSP, HAD skalės įverčių ir kūno funkcijų sąsajos pirminės reabilitacijos metu

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Kategorija	Atvykus		Išvykstant	
	Nerimo skalė	Depresijos skalė	Nerimo skalė	Depresijos skalė
b2 atvykus	0,755**	0,757**	0,514*	0,714**
b2 išvykstant	0,778**	0,762**	0,499*	0,655**
b5 suma išvykstant			0,471*	
b6 suma atvykus	0,551*		0,549*	0,461*
b6 suma išvykstant	0,543*		0,634**	
b7 suma atvykus	0,611**		0,761**	0,510*
b7 suma išvykstant	0,728**		0,757**	0,537*

2 lentelė. Asmenų, patyrusių trauminį NSP, HAD skalės įverčių ir svarankiško sąsajos pirminės reabilitacijos metu

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Kategorija	Atvykus		Išvykstant	
	Nerimo skalė	Depresijos skalė	Nerimo skalė	Depresijos skalė
d2 suma atvykus	0,526*	0,570**	0,493*	
d2 suma išvykstant	0,496*	0,536*		
d410 suma atvykus	0,578**		0,518*	
d410 suma išvykstant	0,731**	0,570**	0,632**	0,562**
d415 suma atvykus			0,489*	
d415 suma išvykstant	0,526*		0,556*	0,518*
d450 suma išvykstant			0,483*	
d460 suma išvykstant	0,502*		0,670**	
Rankos funkcionalumas atvykus	0,542*		0,822**	
Rankos funkcionalumas išvykstant	0,609**	0,452*	0,657**	0,495*
d5 suma atvykus	0,626**	0,517*	0,820**	
d5 suma išvykstant	0,589**	0,449*	0,617**	0,462*
d6 suma atvykus			0,496*	0,618**
d6 suma išvykstant	0,460*		0,636**	0,508*

injury) buvo pasiūlytas Vokietijos ir Šveicarijos mokslininkų grupės 2010 metais [6-8]. Šią versiją sudaro 162 kategorijos, iš kurių 63 kūno funkcijos, 14 kūno struktūrų, 53 veiklos ir dalyvumai, 32 aplinkos veiksniai. Kiekviena kategorija, išskyrus aplinkos veiksnius, yra vertinama nuo 0 (nėra sunkumo) iki 4 (visiškas sunkumas), 8 – nepatikslingas, 9 – netaikytina [1].

Duomenys apdoroti taikant SPSS 13 (SPSS Inc., Chicago, IL) metodiką. Koreliacijų tarp testo rezultatų analizei buvo naudojamas Pearsono koreliacijos koeficientas. Koreliacija buvo vertinama esanti labai stipri, kai Pearsono koreliacijos koeficiento reikšmės buvo nuo 0,9 iki 1,0, stipri – nuo 0,7 iki 0,9, vidutinė – nuo 0,5 iki 0,7, silpna – nuo 0,3 iki 0,5. Duomenys traktuojami kaip patikimi (p), jei reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

REZULTATAI

Analizuojant trauminį NSP patyrusių pacientų pirminės reabilitacijos metu duomenis, stipriausi ryšiai nustatyti tarp rankos funkcionalumo atvykus ir depresijos lygio išvykstant bei savipriežiūros atvykus ir nerimo išvykstant (1 ir 2 lentelė).

Jutimus ir skausmą (b2) su nerimu atvykus siejo stiprus koreliacinis ryšys, labai panašus ryšys nustatytas ir su judesiais susijusiomis funkcijomis išvykstant (b7). Pacientams išvykstant iš reabilitacijos skyriaus sustiprėjo ryšiai tarp depresijos įverčių bei jutimų funkcijų (b2), griaučių, neuromotorinės ir su judesiais susijusių funkcijų (b7). Skausmą ir nerimą bei depresiją dažnai sieja stiprus abipusis ryšys.

Pacientams išvykstant iš reabilitacijos skyriaus sustiprėjo ryšiai tarp depresijos įverčių bei šlapinimosi sistemos funkcijų (b6). Čia vėlgi galime įžvelgti abipusius kintamųjų ryšius.

Tyrimo metu buvo nustatyta, kad pacientų po trauminio NSP dalyvumas reabilitacijos pradžioje buvo mažiau susijęs su nerimu (išskyrus bendrąsias užduotis ir reikalus (d2), pagrindinės kūno padėties išlaikymą (d410). Savipriežiūros veiksmų atlikimą atvykus su nerimu siejo vidutinio stiprumo ryšys, o išvykstant jis sustiprėjo (atitinkamai 0,626 ir 0,820). Abiejų parametų ryšys išvykstant buvo vidutinio stiprumo ir beveik nesiskyrė nuo ryšio atvykus.

Pakartotinės reabilitacijos metu nebuvo nustatyti statistiškai patikimi koreliaciniai ryšiai tarp kūno funkcijų, veiklų ir dalyvumo bei HAD skalės nerimo įverčių. Šiems pacientams stipriausi koreliaciniai ryšiai nustatyti tarp depresijos lygio išvykstant bei širdies ir kraujagyslių, kraujo, imuninės ir kvėpavimo sistemų funkcijų (b4) sumos atvykus ir išvykstant, virškinimo, medžiagų apykaitos ir belatakų liaukų sistemų funkcijų (b5) sumos atvykus (3 lentelė).

Kaip galima matyti 4 lentelėje, pacientams atvykus

3 lentelė. Asmenų, patyrusių trauminį NSP, HAD depresijos skalės įverčių ir kūno funkcijų sąsajos pakartotinės reabilitacijos metu
* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Kategorija	Atvykus	Išvykstant
b4 suma atvykus	0,680**	0,718**
b4 suma išvykstant	0,716**	0,606**
b5 suma atvykus		0,703**
b5 suma išvykstant	0,582*	0,749**
b7 suma atvykus	0,605*	0,595*
b7 suma išvykstant	0,677**	0,627*

4 lentelė. Asmenų, patyrusių trauminį NSP, HAD depresijos skalės įverčių ir savarankiškumo sąsajos pakartotinės reabilitacijos metu
* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Kategorija	Atvykus	Išvykstant
d2 suma atvykus		0,533*
d410 suma atvykus	0,699**	0,603*
d410 suma išvykstant	0,691*	0,591*
d415 suma atvykus	0,605*	
d415 suma išvykstant	0,637*	
d450 suma atvykus	0,658*	0,540*
d450 suma išvykstant	0,586*	0,544*
Rankos funkcionalumas išvykstant	0,559*	
d5 suma atvykus	0,650*	0,612*
d5 suma išvykstant	0,684**	0,641*
d6 suma atvykus	0,543*	0,581*
d6 suma išvykstant	0,593*	0,588*

5 lentelė. Asmenų, patyrusių NSP dėl kitų priežasčių, HAD skalės įverčių bei kūno funkcijų pirminės reabilitacijos metu tarpusavio sąsajos
* $p<0.05$ ** $p<0.01$

TFK kodų grupė	Atvykus depresijos skalė	Išvykstant depresijos skalė
Jutimai atvykus		0,764**
Jutimai išvykstant	0,602*	0,780**
Skausmas atvykus		0,586*

pakartotinei reabilitacijai, jų dalyvumą su depresija sieja vidutinio stiprumo koreliaciniai ryšiai. Reabilitacijos pabaigoje ryšiai susilpnėjo, bet išliko stiprūs.

Lyginant pacientų po trauminio NSP depresijos lygį pirminės ir pakartotinės reabilitacijos metu nustatyta, jog griežtesnių neuromotorinės ir su judesiais susijusios funkcijos turi stipriausią koreliacinį ryšį su išgyvenama depresija (1 pav.).

Analizuojant pacientų su NSP dėl kitų priežasčių pirminės reabilitacijos duomenis, nebuvo nustatyta statistiškai patikimų ryšių tarp veiklų ir dalyvumo bei HAD skalės įverčių. Tyrimas parodė, kad egzistuoja stiprios koreliacijos tarp jutimų įvertinimų bei skausmo ir HAD skalės depresijos įverčių (5 lentelė).

Kitokia situacija stebėta su pakartotinės reabilitacijos rodikliais pacientams su netrauminės kilmės NSP. Tyrimo metu buvo nustatyti vidutinio stiprumo, stiprūs ir labai stiprūs koreliaciniai ryšiai (6 ir 7 lentelė). Rezultatai parodė, jog pacientams atvykus pakartotinei reabilitacijai kūno funkcijas ir nerimą bei depresiją sieja stiprūs ir labai stiprūs ryšiai.

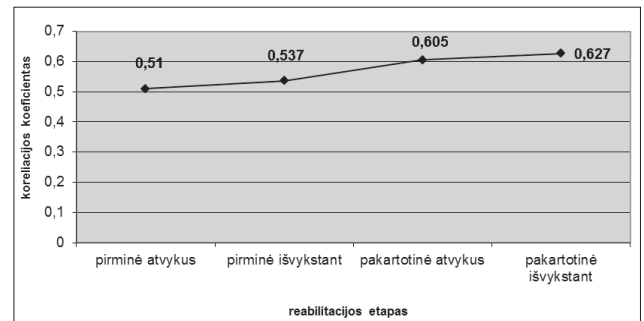
Depresija labiau negu nerimas yra susijusi su asmenų

6 lentelė. Asmenų, patyrusių NSP dėl kitų priežasčių, HAD skalės įverčių ir kūno funkcijų sąsajos pakartotinės reabilitacijos metu
* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Kategorija	Atvykus		Išvykstant	
	Nerimo skalė	Depresijos skalė	Nerimo skalė	Depresijos skalė
b1 suma atvykus		0,868**		0,775*
b1 suma išvykstant		0,868*		0,776*
Jutimai atvykus	0,851*		0,798*	
Jutimai išvykstant	0,825*			
b5 suma atvykus	0,865**	0,799*	0,827*	0,752*
b5 suma išvykstant	0,887**	0,879*	0,757*	0,872**
b6 suma atvykus	0,783*		0,843*	
b6 suma išvykstant	0,821*		0,859*	0,674*
b7 suma atvykus	0,821*		0,859*	

7 lentelė. Asmenų, patyrusių NSP dėl kitų priežasčių, HAD skalės įverčių ir savarankiškumo sąsajos pakartotinės reabilitacijos metu
* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Kategorija	Atvykus		Išvykstant	
	Nerimo skalė	Depresijos skalė	Nerimo skalė	Depresijos skalė
d2 suma atvykus		0,868*		0,776*
d2 suma išvykstant		0,868*		0,776*
d410 suma atvykus		0,758*		
d410 suma išvykstant		0,860*		
d415 suma išvykstant		0,815*		
d460 suma atvykus	0,878**		0,889**	
d5 suma atvykus	0,782*	0,837*		
d5 suma išvykstant		0,801*		
d6 suma išvykstant		0,824*		



1 paveikslas. Su judesiais susijusių funkcijų ryšio su depresijos lygiu pokyčiai

po NSP valyvu (7 lentelė). Gebėjimai judėti namuose ir už jų ribų bei atlikti savipriežiūros veiksmus yra susiję su nerimo lygiu pacientams atvykus pakartotinės reabilitacijos. Depresiją ir dalyvumą atvykus siejo labai stiprios koreliacijos (tik kūno padėties išlaikymą – stipri). Po pakartotinės reabilitacijos kurso, depresiją siejo stiprus ryšys su bendrosiomis užduotimis ir reikalais (d2), o nerimas labai stipriai koreliavo su judėjimu po namus ir už jų ribų (d460).

REZULTATŲ APTARIMAS

Patyręs NSP asmuo, kuris iki to gyveno savarankiškai ir buvo aktyvus, staiga tampa neįgalu: nepajėgiu kontroliuoti nei savo kūno funkcijų, nei pilnavertiškai dalyvauti aplinkoje. Iš nepriklausomo žmogaus toks asmuo tampa priklausomu nuo kitų tenkinant kasdienius pagrindinius

savo poreikius. Šie praradimai neišvengiamai išprovokuoja nerimo ir depresinės reakcijas.

Mūsų atlikto tyrimo duomenų analizė atskleidžia, kad nerimo ir depresinės reakcijos yra susijusios su asmens funkcijomis ir dalyvumu.

Literatūroje pastaruoju metu plačiai analizuojamas TFK taikymo klinikinėje veikloje galimybės. Šiuo metu TFK yra skiriama daug dėmesio, Carlo Besta neurologijos instituto Milane Italijoje darbuotojų atlikta sisteminė 2001 – 2009 metų literatūros, susijusios su TFK, apžvalga parodė, kad trečdalis išspausdintų straipsnių parašyti per 2008 – 2009 metus. 25,9% visų straipsnių buvo klinikinių atvejų apžvalgos ar reabilitacijos studijos [8]. TFK yra naudingas vertinant pacientų, sergančių ligomis, turinčiomis ilgalaikes pasekmes funkcionavimui ir gyvenimo kokybei (pvz., Parkinsono liga, miastenija, migrena, išsėtinė sklerozė, GSI ir pan.), nes leidžia įvertinti funkcinę būklę, veiklas ir dalyvumą ir aplinkos veiksnius [1, 2, 10, 11].

Leonardi su kolegomis (2009) atliko tyrimą, kurio metu vertino TFK taikymą asmenims, sergantiems miastenija. Autoriai nustatė, jog 14 kūno funkcijų bei 22 veiklų ir dalyvumo sutrikimai pasireiškė bent 30% tiriamųjų. Pacientams buvo sunkiausia kelti ir nešti daiktus (87,3%), žiūrėti (86,3%), atlikti namų ruošą (81,3%), vairuoti (79,5%) ir vaikščioti (78,5%) bei atlikti sudėtinės užduotis (78,5%). Iš savipriežiūros veiksmų didžiausios problemos kilo geriant (74,5%) ir valgant (73,5%). Net 41,2% negalėjo leisti laisvalaikio kaip nori, nes jis buvo apribotas ligos simptomų [10, 11].

Schepers su kolegomis (2007) atliko tyrimą, kuriuo siekė susieti 15 testų, taikomų asmenų po galvos smegenų insulto vertinimui, komponentus su TFK sritimis. Rezultatai parodė, jog dažniausiai šios metodikos vertina mobilumo ir kiek rečiau savipriežiūros domeną. Tokius rezultatus galėjo lemti faktas, jog buvo pasirinkti testai, vertinantys veiklas ir dalyvumą. Tačiau nepaisant to, net 27% visų testų komponentų analizavo kūno funkcijas. Taip, Bartelio indeksas analizuoja 11 kategorijų, apibrėžtų TFK, o FNT testas turi 21 bendrą kriterijų su TFK. Dėl šios priežasties šios tradicinės metodikos nesuteikia išsamios informacijos apie asmenų funkcionavimą [12].

Pacientų po trauminio NSP pirminės reabilitacijos metu rankos funkcionalumą atvykus ir depresijos lygį išvykstant bei savipriežiūros veiklas atvykus ir nerimą išvykstant siejo labai stiprūs ryšiai. Tokie rezultatai gali būti grindžiami prielaida, jog rankos funkcionalumas yra glaudžiai susijęs su galimybe savarankiškai tenkinti daugelį pagrindinių kasdienių poreikių, tvarkytis asmens higieną, o jos sutrikimas atima profesinės savirealizacijos galimybes, kas savo ruožtu sukelia gyvenimo ir aplinkos kontrolės praradimą, mažina asmens savivertę ir saviefigtyvumą [3].

Taigi, kuo silpnesnės yra pacientų, patyrusių NSP rankų funkcijos, tuo stipriau yra išreikšta depresija. Tuo tarpu negėbėjimas pasirūpinti savimi verčia nerimauti dėl ateities perspektyvų, kyla baimės tapti našta artimiesiems.

Perry su kt. tyrimas rodo, jog skausmas turi emocinį komponentą, o stiprios neigiamos emocijos - baimė, nerimas, liūdesys, nevilts ir pan., gali sumažinti skausmo slenkstį [5]. Intensyvus skausmas didina paciento nerimą. Tyrimai atskleidžia, kad patiriantys lėtinį skausmą pacientai beveik visais atvejais išgyvena skirtingo lygio depresiją [3, 5]. Baimę, nesaugumą ir neužtikrintumą dėl ateities perspektyvų pacientui kelia ir NSP sąlygoti mobilumo apribojimai. Nerimas ir depresija dar labiau suintensyvėja pacientui bebaigiant reabilitacinį gydymą, kadangi jis susiduria su nepasiteisinusiais lūkesčiais savarankiškai judėti, yra priverstas atsakyti didelės dalies gyvenimo siekių, tikslų ir vaidmenų.

Sutrikusi šlapimo funkcija glaudžiai siejasi su paciento sumažėjusia saviverte, prarastais kūno kontrolės jausmais ir bejėgiškumu. Tačiau dažnai šlapimo funkcijos sutrikimai bei šlapimo takų infekcijos yra minimos kaip depresijos pasekmės [4].

Pakartotinės reabilitacijos metu susilpnėję ryšiai tarp dalyvumo ir depresijos lygio gali būti paaiškinti tuo, kad pacientai išmoko naujų dalykų, geba geriau prisitaikyti supančioje aplinkoje. Taip pat pagerėjo ir jų emocinė būklė taikant nemedikamentinį ir pagal poreikį medikamentinį gydymą.

Nepaisant taikomo medikamentinio gydymo pacientų emocijus išgyvenimus ir nuotaiką galima vis stipriau veikti jų gebėjimai atlikti judesius, nes tai yra vienas pagrindinių savarankiško gyvenimo veiksnių, o atvykdami pakartotinei reabilitacijai dauguma pacientų nėra susitaikę su liga ir vis dar turi stiprius lūkesčius pasveikti. Tačiau galimas ir atvirkštinis ryšys: išgyvenama depresija sukelia asmens vangumą, jis mažiau juda, sumažėja interesai (taip pat ir treniravimuisi), sustiprėja beviltiškumo ir beprasmiškumo jausmai [3]. Visa tai gali turėti įtakos mažesniai judesių funkcijos atsistatymui.

VšĮ VULSK RFSMC atlikto tyrimo rezultatai patvirtino, kad kompleksinis šių žmonių vertinimas taikant biopsichosocialinį modelį leidžia objektyviai įvertinti, kaip tarpusavyje yra susijusi emocinė būklė ir asmens kūno funkcijos, aktyvumas ir dalyvumas.

IŠVADOS

1. Pacientų po NSP emocinė būklė yra glaudžiai susijusi su kūno funkcijomis, veiklomis ir dalyvumu.
2. Tikslinga atlikti daugiau tyrimų siekiant nustatyti, kokie ryšiai sieja atskiras kūno funkcijas, veiklas ir dalyvumus su nerimo ir depresijos lygiais.

Literatūra

1. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO: Geneva, 2001.
2. Zigmond AS, Snaith RP. Hospital anxiety and depression scale. 1983.
3. Dorstyn DS, Mathias JL, Denson LA. Psychological intervention during spinal rehabilitation: a preliminary study. *Spinal Cord* 2010; 48:756–761.
4. Dorsett P, Geraghty T. Depression and Adjustment After Spinal Cord Injury: A Three-Year Longitudinal Study. *Topics In Spinal Cord Injury Rehabilitation/Spring* 2004; 43-56.
5. Perry KN, Nicholas MK, Middleton J. Psychological characteristics of people with spinal cord injury-related persisting pain referred to a tertiary pain management center. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 2009; 46(1):57–68.
6. Biering-Sørensen F, M Scheuringer, M Baumberger, S W Charlifue, M W M Post, F Montero, N Kostanjsek and G Stucki. Developing core sets for persons with spinal cord injuries based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Spinal Cord* 2006; 44, 541–546.
7. Biering-Sorensen FS, Charlifue M, DeVivo V, Noonan M, Post T, Stripling P Wing. International Spinal Cord Injury Data Sets. *Spinal Cord* 2006; 44, 530–534.
8. Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bichenbach JE, Leonardi M. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationasation. *Disabil Rehabil*. 2011; 33(4):281 – 309.
9. Cieza A, I Kirchberger, F Biering-Srensen, M Baumberger, S Charlifue, MW Post, R Campbell, A Kovindha, H Ring, A Sinnott, N Kostanjsek, G Stucki. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal Cord* 2010; 48:305–312.
10. Leonardi M, Meucci P, Ajovalasit D, Albanesi F, Cerniauskaite M, Invernizzi V, Lembo R, Quintas R, Sattin D, Carella F, Romito L, Soliveri P, Bussone G, D'amico D, Maggi L, Mantegazza R, Raggi A. ICF in neurology: Functioning and disability in patients with migraine, myasthenia gravis and Parkinson's disease. *Disabil Rehabil*. 2009; 31 Suppl 1: S88-99.
11. Leonardi M, Raggi A, Antozzi C, Confaloniere P, Maggi L, Cornelio F, Mantegazza R. Disability and functional profiles of patients with myasthenia gravis measured with ICF classification. *Int J Rehabil Res*. 2009 Jun; 32 (2): 167-17212.
12. Schepers VPM, Ketelaar M, Van de Port IGL, Visser – Meily JMA, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International classification of functioning, disability and health. *Disability and Rehabilitation*, February 2007; 29(3): 221 – 230.

RELATION BETWEEN EMOTIONAL STATUS AND BODY FUNCTIONS, ACTIVITIES AND PARTICIPATION FOR PERSONS WITH SCI

Alvydas Juocevičius, Juozas Raistenskis, Lina Būtėnaitė, Sigita Kilkutė, Dina Žigarienė, Algirdas Valiulis

Summary

Key words: spinal cord injury, participation, anxiety, depression, ICF, HAD scale.

Introduction: Spinal cord injury – condition, when occur lesion in wholeness of spinal cord and below it occur disturbances in senses and motor functions that cause problems in participation. Psychological state is related with body functions and participation, social factors.

Purpose: Evaluate relations between body functions, activities and participation and levels of anxiety and depression.

Methods: Research was performed in Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos, Rehabilitation, Physical and Sports Medicine Center's Ist in – patient rehabilitation unit during the period of 2007 January – 2010 December. 120 patients after spinal cord injury participated in this research. They were evaluated twice: after arrival to and before leaving the rehabilitation center. Evaluation of patient was performed during observation and some information about body functions and activities/ participation was gathered from medical documentation. Patients were evaluated applying ICF core set for spinal cord injury, HAD scale. Some more information about mechanism and rehabilitation course was gathered from documentation.

Results and conclusions: Results revealed, that body function, activities, participation are related with anxiety and depression scores of HAD scale. Strength of these relations depend on rehabilitation phase and spinal cord injury mechanism (traumatic and non – traumatic). Functioning and participation of patients after traumatic spinal cord injury were more related with anxiety and depression if compare with persons after non – traumatic spinal cord injury.

Correspondence to: alvydas.juocvicius@santa.lt

Gauta 2012-10-12