

## SERGANČIŪJŲ JUOSMENS-KRYŽMENS REZGINIO LIGOMIS AMBULATORINĖS REABILITACIJOS EFEKTYVUMO ŠĄSAJOS SU NERIMU IR DEPRESIŠKUMU

**Aušrinė Urbonienė, Aleksandras Kriščiūnas, Raimondas Savickas**

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Reabilitacijos klinika*

**Raktažodžiai:** juosmens-kryžmens rezginio ligos, ambulatorinė reabilitacija, nerimas, depresija.

### Santrauka

Reabilitacijos programos dažnai orientuojamos į fizinę paciento būklę ir simptomų malšinimą, nepakankamai įvertinant psichoemocinę ligonio būklę, galinčią turėti reikšmės reabilitacijos baigtims. Šio tyrimo tikslas - įvertinti sergančiųjų juosmens-kryžmens rezginio ligomis nerimą ir depresiškumą bei nustatyti sąsajas su reabilitacijos efektyvumu vertinant funkcinės būklės pokyčius. Atliktas prospektyvinis 111 sergančiųjų juosmens-kryžmens rezginio ligomis ambulatorinės reabilitacijos efektyvumo tyrimas. „Roland Moris Negalios klausimynas“ ir „Skaitmeninė analoginė skausmo skale“ vertinta tiriamųjų funkcinė būklė prieš ir po reabilitacijos bei tirtos sąsajos su tiriamųjų psichoemociene būkle, kuri vertinta „Hospitaline Nerimo ir depresijos skale“. Nustatyti statistiškai reikšmingi pacientų funkcinės būklės pokyčiai po reabilitacijos bei nerimo sumažėjimas. Reikšmingų depresiškumo pokyčių nenustatyta. Depresiškumas ir nerimas susiję su skausmo intensyvumu, trukme, pastovumu, o nerimo - su nuskausminamųjų vaistų vartojimu ir skausmo pasikartojimu. Esant depresiškumui ir nerimui negalia ir skausmas didesni. Ligonų psichoemocinė būklė turėtų būti vertinama ir koreguojama siekiant didesnio reabilitacijos efektyvumo.

### Įvadas

Juosmens-kryžmens nervų šaknelių ir rezginio ligomis serga 3-5 proc. populiacijos [1]. Nugaros apatinės dalies ir kojos skausmas-dažniausias šių ligų simptomas pacientui sukelia fizinę ir emociinę kančią, o jam tapus lėtiniu 5-10 proc. sergančiųjų ilgam sutrinka biopsichosocialinės funkcijos [2]. Šiuolaikinė skausmo samprata neatsiejama nuo psichosocialinių veiksnių. Esant ilgai besitęsiančiam

skausmui ligoniai varginami tiek fizinės, tiek psichinės būsenos sutrikimo, įskaitant depresiją, nerimą, blogesnę streso įveikimą, kognityvinių funkcijų sutrikimą, priklausomybes ir sutrikusią socialinę veiklą [3]. Esant lėtiniam skausmui ligoniams du kartus didesnė savižudybės rizika lyginant su sveikų asmenų grupe, suicidalinės mintys būdingos 20 proc., o suicidaliniai bandymai bent kartą gyvenime būdingi 5-14 proc. pacientų [4,5]. Nerimas, depresija, somatizacija reikšmingai labiau paplitę esant NADS, lyginant su kitomis ligomis sergančiais ligoniais [6]. Nerimas, depresija, su NADS susijęs stresas siejamas su didesniu skausmu ir negalia, sąlygoja žemesnę tarpasmeninių santykių ir gyvenimo pilnatvę [6-8]. Nurodoma, kad į psichologinius veiksnius nukreiptos intervencijos gali sutaupyti sveikatos priežiūros kaštus mažinant gydymo trukmę ir apsilankymų pas gydytojus skaičių bei pagerinti sergančiųjų NADS gyvenimo pilnatvę [9]. Vis dėlto iki šiol reabilitacijos programos dažnai orientuojamos į fizinę paciento būklę ir simptomų malšinimą, nepakankamai įvertinant psichoemocinę ligonio būklę, galinčią turėti įtakos gydymo baigtims ir jų prognozei.

**Šio tyrimo tikslas** - įvertinti sergančiųjų juosmens-kryžmens rezginio ligomis nerimą ir depresiškumą bei nustatyti sąsajas su reabilitacijos efektyvumu vertinant funkcinės būklės pokyčius.

### Tyrimo objektas ir metodai

Atliktas prospektyvinis sergančiųjų juosmens-kryžmens rezginio ligomis (ligos diagnozių kodai pagal TLK-10: G54.1, G54.4, G55.1, G55.2, G55.3, G55.8) ambulatorinės reabilitacijos efektyvumo tyrimas. Tyrime dalyvavo 111 LSMUL Kauno klinikų ambulatorinės reabilitacijos pacientų, iš jų 20 (18 proc) vyrų ir 91 (82 proc.) moteris. Ligonų amžiaus vidurkis  $52,2 \pm 11,8$  m.

Pirmą ir paskutinę ambulatorinės reabilitacijos (AR) dieną tiriamieji užpildė klausimynus, kuriuose atskirai buvo vertinama NADS ir kojos skausmas (KS) „Skaitmeninė analoginė skausmo skale“ (SAS), negalia pagal „Roland

Morris Negalios klausimyną (Roland Morris Disability Questionnaire)“ atskirai vertinant su NADS susijusią negalią (NADS RMNK) ir su KS susijusią negalią (K RMNK). RMNK sudaro 24 klausimai, kuo daugiau teigiamų atsakymų, tuo didesnė negalia. Ambulatorinės reabilitacijos efektyvumas buvo vertinamas pagal NADS, KS, NADS RMNK ir KS RMNK pokyčius. Emocinė būklė vertinta pagal „Hospitalinę nerimo ir depresijos skalę“ (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), sukurta ligonių, sergančių ne psichikos ligomis, psichoemocinei būklei įvertinti. HAD skalę sudaro 14 klausimų, kurių 7 skirti depresijos, 7 - nerimo simptomams. Poskalių balų suma mažiau kaip 8 - nėra nerimo ar depresiškumo, 8-10 - galimas nerimas ar depresiškumas, daugiau kaip 11 balų - nerimo ar depresiškumo pasireiškimas. Skausmo charakteristika, negalios pokyčiai buvo analizuojami priklausomai nuo tiriamųjų psichoemocinės būklės, atsižvelgiant į nerimo ir depresiškumo buvimą.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Science for Windows) programų paketą. Atliekant aprašomąją duomenų analizę pateiktas kiekybinių kintamųjų vidurkis kartu su standartiniu nuokrypiu V(SN). Tolydaus kintamojo normalumo prielaida tikrinta naudojant Kolmogorovo-Smirnovo testą. Jei kintamojo skirstinys tenkino skirstinio normališkumo prielaidą, dviejų nepriklausomų grupių kiekybiniais dydžiams palyginti buvo taikomas parametrinis Student'ų *t*, kai netenkino - neparametriniai - Mann-Whitney U kriterijus. Kiekybiniais priklausomiems kintamiesiems, tenkinusiems skirtingo normališkumo sąlygą, naudojome parametrinį Student'ų porinį, netenkinusiems - neparametrinį Wilcoxon kriterijų. Kokybinių požymių pakartotinių matavimų palyginimui taip pat taikytas Wilcoxon kriterijus. Kokybinių požymių tarpusavio priklausomumą ir suderinamumą vertinome chi kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijumi. Ryšiui tarp požymių nustatyti buvo vertinami koreliacijos koeficientai. Siekiant padidinti tyrimo patikimumą, lyginant lyčių skirtumus, esant mažesniai vyrų skaičiui, atsitiktinumo principu iš moterų grupės atrinktos 37 (p\* - reikšmė, kai moterų n=37 ir p- reikšmė, kai moterų n=91). Tikrinant statistines hipotezes, reikšmingumo lygmuo pasirinktas 0,05.

## Rezultatai

Vertinant reabilitacijos efektyvumą, nustatėme tiriamųjų būklės pokyčius: NADS intensyvumo vidurkis prieš reabilitaciją buvo  $6,2 \pm 1,8$  balo ir reikšmingai sumažėjo po reabilitacijos - pokyčio vidurkis -  $2,5 \pm 1,8$  balo, ( $p < 0,001$ ), KS atitinkamai  $5,8 \pm 2,3$  balo ir  $2,4 \pm 1,9$  balo ( $p < 0,001$ ). Negalios lygio pagal NADS RMNK vidurkis prieš -  $12,4 \pm 5,4$

balo, pokytis -  $3,4 \pm 4,2$  balo ( $p < 0,001$ ), o KS RMNK -  $10,5 \pm 6,4$ , pokytis  $2,8 \pm 4,1$  ( $p < 0,001$ ).

Įvertinus pacientų psichoemocinę būklę, nustatėme, kad prieš reabilitaciją 45 (41,3 proc.) pacientų depresijos poskalės balų suma buvo  $\geq 8$ . Šioje grupėje depresijos poskalės balų V(SN) - 10,6 (2,9) balo, (95 proc. PI - [9,78-11,51]). Nerimo poskalės balų suma  $\geq 8$  balų buvo 62 (55,9 proc.) tiriamųjų, o poskalės balų V(SN) - 10,6 (2,9) balo, (95 proc. PI - [10,48-11,87]).

Analizavome nerimo ir depresiškumo buvimą reabilitacijos pradžioje priklausomai nuo NADS ir KS charakteristikų - trukmės (iki 3 mėn. - ūmus, daugiau 3 mėn. - lėtinis skausmas), intensyvumo, pastovumo, ar pasireiškė pirmą kartą, nuskausminamųjų vaistų vartojimo. Ūmaus skausmo grupėje tiriamųjų su depresijos ir nerimo būsenai skaičius mažesnis lyginant su tiriamųjų skaičiumi lėtinio skausmo grupėje. Reikšmingai skyrėsi tiriamųjų su nerimu ir depresiškumu pasiskirstymas grupėse pagal skausmo intensyvumą - esant didesniam skausmo intensyvumui (6-10 balų) buvo didesnis tiriamųjų su depresiškumu skaičius, lyginant su tiriamųjų skaičiumi mažesnio skausmo intensyvumo (1-5 balai) NADS ir KS grupėse. Skirtumų tarp tiriamųjų su nerimu didesnio ir mažesnio KS grupėse nenustatyta, tačiau skyrėsi NADS grupės - esant didesniam NADS, tiriamųjų su nerimu skaičius buvo didesnis, lyginant su mažesnio NADS grupe. Nerimo lygio balų vidurkis tiesiogiai koreliavo su kojos skausmo intensyvumo balų vidurkiu, ( $r=0,3$ ,  $p=0,028$ ). Tiriamiesiems, kuriuos skausmas vargino pastoviai, buvo dažniau nustatytas depresiškumas ir nerimas, lyginant su tais, kuriuos skausmas vargino nepastoviai. Tiriamųjų su nerimu skaičius buvo reikšmingai didesnis vaistus nuo skausmo vartojančių ligonių grupėje lyginant su nevartojančių grupe. Ligoniu su nerimu skaičius buvo reikšmingai didesnis, jei NADS ar KS skausmas pasireiškė pakartotinai, lyginant su tais, kuriems NADS ar KS atsirado pirmą kartą. Duomenys pateikti 1 lentelėje.

Nustatyta, kad reabilitacijos pradžioje nerimo būsenai reikšmingai buvo dažnesnė moterims lyginant su vyrais, atitinkamai - 57(62,6)/31(83,8) ir 5(29,4), ( $p=0,002/p^* < 0,001$ ). Palyginus depresiškumo dažnį vyrams ir moterims, reikšmingo skirtumo šiose grupėse nenustatyta. Taip pat nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų depresiškumo ir nerimo pasireiškimo dažnį analizuojant grupėse pagal amžių.

Įvertinome, kaip kito tiriamųjų su nerimu ir depresiškumu skaičius bei depresiškumo ir nerimo intensyvumas po AR. Prieš AR depresiškumas 8 balai ir daugiau nustatytas 45 pacientams (41,3 proc., iš jų nuo 8 iki 10 balų - 22,9 proc., daugiau kaip 10 balų - 18,3 proc.), po AR depresiškumas 8 balai ir daugiau nustatytas 40 pacientų (36,7 proc.,

iš jų nuo 8 iki 10 balų– 22,9 proc., daugiau kaip 10 - 13,8 proc.). Pokytis statistiškai nereikšmingas ( $p=0,332$ ). Prieš AR nerimo būseną 8 balai ir daugiau buvo 62 pacientams (55,9 proc., iš jų nuo 8 iki 10 balų –27,9 proc., daugiau kaip 10 balų – 27,9 proc.), po AR - 47 (42,3 proc. iš jų nuo 8 iki 10 balų–18 proc., daugiau 10 balų– 24,3 proc.), tiriamųjų

be nerimo dažnis reikšmingai padidėjo nuo 44,1 iki 57,7 proc. ( $p=0,003$ ) (1 pav.).

Depresiško ir nerimo pasireiškimo pokyčiai po ambulatorinės reabilitacijos tiesiogiai, reikšmingai koreliavo ( $r=0,263$ ,  $p=0,006$ ). Taip pat, remdamiesi koreliacine analize, gavome, kad depresiško pasireiškimo pokytis tiesiogiai, reikšmingai koreliavo su

**1 lentelė.** Depresiško ir nerimo pasireiškimas priklausomai nuo skausmo charakteristikos

Skausmo charakteristikos	n(proc.)	V(SN)	p reikšmė/** p reikšmė	
				Depresiškumas $\geq 8$
Skausmo trukmė (mėn.)	$<3$	13(28,9)*	12,0(4,06)	0,129/0,272
	$\geq 3$	32(71,1)*	10,09(2,07)	
NAD skausmo intensyvumas (balai)	$\leq 5$	14(31,1)*	11,21(3,02)	0,378/0,271
	$>5$	31(68,9)*	10,39(2,83)	
Kojos skausmo intensyvumas (balai)	$\leq 5$	15(33,3)*	9,87(1,89)	0,203/0,363
	$>5$	30(66,7)*	11,03(3,22)	
Skausmas	Nepastovus	9(20,5)*	9,11(1,27)	0,005/0,064
	Pastovus	35(79,5)*	11,11(3,05)	
Vaistus nuo skausmo	Nevartoja	17(37,8)	9,94(1,6)	0,139/0,542
	Vartoja	28(62,2)	11,07(3,39)	
Skausmas atsirado:	pirmą kartą gyvenime	31(72,1)	12,0(3,46)	0,077/0,113
	ne pirmą kartą gyvenime	12(27,9)	10,26(2,56)	
Nerimas $\geq 8$				
Skausmo trukmė (mėn.)	$<3$	12(19,4)*	10,75(2,6)	0,551/0,646
	$\geq 3$	50(80,6)*	11,28(2,79)	
NAD skausmo intensyvumas (balai)	$\leq 5$	18(29,0)*	11,28(2,7)	0,855/0,730
	$>5$	44(71,0)*	11,14(2,78)	
Kojos skausmo intensyvumas (balai)	$\leq 5$	24(38,7)	10,13(2,19)	0,015/0,013
	$>5$	38(61,3)	11,84(2,86)	
Skausmas	Nepastovus	17(27,9)*	10,47(2,43)	0,215/0,360
	Pastovus	44(72,1)*	11,45(2,86)	
Vaistus nuo skausmo	Nevartoja	21(34,4)*	10,95(2,33)	0,761/0,994
	Vartoja	40(65,6)*	11,18(2,88)	
Skausmas atsirado:	pirmą kartą gyvenime	17(28,3)*	12,12(3,12)	0,082/0,108
	ne pirmą kartą gyvenime	43(71,7)*	10,74(2,54)	

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, \* $p<0,05$  reikšmė, remiantis chi kvadrato ( $\chi^2$ ) suderinamumo testu, p reikšmė, remiantis parametriniu Student'is ir \*\*p reikšmė, remiantis neparametriniu Mann-Whitney testu

KS RMNK pokyčiu ( $r=0,256$ ,  $p=0,007$ ). Nerimo pasireiškimo pokytis tiesiogiai, reikšmingai koreliavo su NADS RMNK ( $r=0,254$ ,  $p=0,007$ ) bei NADS pokyčiu ( $r=0,281$ ,  $p=0,003$ ).

Įvertinome, kaip skyrėsi skausmas ir negalia grupėse, suskirstytose pagal HAD poskalių įverčius į mažiau 8 balų bei 8 ir daugiau balų depresijos ir nerimo grupes. Nustatėme, kad prieš reabilitaciją ligonių su depresišku grupėje reikšmingai didesni buvo negalios dėl NADS ( $<0,05$ ) ir KS ( $<0,001$ ) bei KS balų vidurkiai ( $<0,05$ ), o po reabilitacijos - KS RMNK ir KS balų vidurkiai ( $<0,05$ ), lyginant su tiriamaisiais be depresiško. Tiriamųjų su nerimu grupėje reikšmingai didesni buvo negalios dėl NADS ir KS balų vidurkiai prieš reabilitaciją ir po jos, bei NADS ir KS balų vidurkiai ( $<0,05$ ) po reabilitacijos lyginant su tiriamaisiais, kuriems nerimas nebuvo nustatytas. Duomenys pateikti 2 lentelėje.

Apibendrinant rezultatus, galime teigti, nerimas buvo susijęs su funkcinė tiriamųjų būkle ir jo dažnis bei intensyvumas mažėjo reabilitacijos eigoje gerėjant funkcinėi būklei. Depresiško intensyvumas ir tiriamųjų su depresišku skaičius po reabilitacijos reikšmingai nepakito, bet depresiškumas buvo susijęs su skausmo ir negalios rodikliais prieš ir po reabilitacijos.

## Rezultatų aptarimas

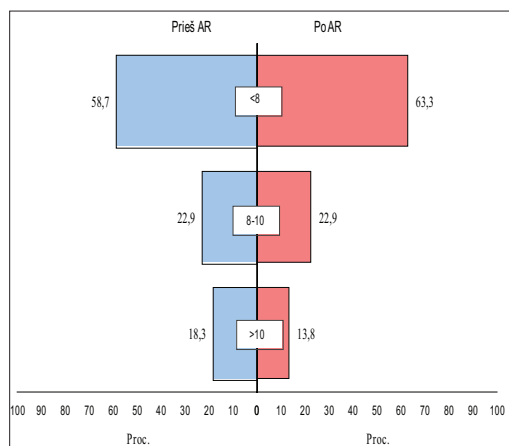
Palyginome tyrimo rezultatus su užsienio autorių duomenimis. Duomenys apie NADS, jo sąlygotos negalios ir psichoemocinės būklės ryšį yra prieštaringi. N. Mngoma ir kt., tyrę nerimo ir depresijos pokyčių skirtumus priklausomai nuo skausmo intensyvumo, nustatė mažesnius nerimo ir depresijos rodiklių pokyčius didesnio NADS grupėje [10]. L.C. Mok ir I.F. Lee nustatė, kad nerimo ir depresijos lygis tiesiogiai koreliuoja su skausmo intensyvumu ( $r = 0,471$ ,  $p < 0,05$ ) [11]. Mūsų atliktame tyrime nustatyta tiesioginė koreliacija tarp depresiškumo ir negalios lygio pokyčių ( $r = 0,256$ ,  $p = 0,007$ ) bei tarp nerimo lygio ir negalios pokyčių ( $r = 0,254$ ,  $p = 0,007$ ) ir tarp nerimo lygio ir NADS intensyvumo pokyčių ( $r = 0,281$ ,  $p = 0,003$ ). Kim T.S. ir kt. lygino sveikų ir sergančių šauktnių, esant juosmens–kryžmens srities tarpšlankstelinio disko išvaržai, nerimo ir depresiškumo lygį. Tyrimo metu nustatyta, kad skausmo intensyvumas ir depresiškumo lygis reikšmingai siejosi su funkicine būkle. Esant juosmens–kryžmens srities tarpšlankstelinio disko išvaržai, nustatytas didesnis nerimo ir depresiškumo lygis, lyginant su sveikaisiais. Skausmo intensyvumas ir nerimo lygmuo koreliavo su negalios lygiu [12]. Ne visų autorių duomenys patvirtina psichoemocinės būklės ryšį su NADS intensyvumu. K. Janowski ir kt. atliktame tyrime skausmo intensyvumas nebuvo susijęs psichoemocinės būklės rodikliais [13]. Tačiau S.L. Scholich teigia, kad psichologiniai veiksniai gali turėti didesnės įtakos ligonio neįgalumui ir gyvenimo pilnatvei, nei pats skausmas [14]. Skausmo–depresijos simptomų ryšys yra abipusis. Buvę ar esami psichologiniai sutrikimai ar ligos reikšmingi tiek skausmui atsirasti, tiek jo baigtims. Pagal M.J. Bair, tyrusio 573 pacientus, gydomus nuo depresijos 37 pirminės sveikatos priežiūros klinikose, duomenis, 2/3 depresi-

somai nuo skausmo intensyvumo, nustatė mažesnius nerimo ir depresijos rodiklių pokyčius didesnio NADS grupėje [10]. L.C. Mok ir I.F. Lee nustatė, kad nerimo ir depresijos lygis tiesiogiai koreliuoja su skausmo intensyvumu ( $r = 0,471$ ,  $p < 0,05$ ) [11]. Mūsų atliktame tyrime nustatyta tiesioginė koreliacija tarp depresiškumo ir negalios lygio pokyčių ( $r = 0,256$ ,  $p = 0,007$ ) bei tarp nerimo lygio ir negalios pokyčių ( $r = 0,254$ ,  $p = 0,007$ ) ir tarp nerimo lygio ir NADS intensyvumo pokyčių ( $r = 0,281$ ,  $p = 0,003$ ). Kim T.S. ir kt. lygino sveikų ir sergančių šauktnių, esant juosmens–kryžmens srities tarpšlankstelinio disko išvaržai, nerimo ir depresiškumo lygį. Tyrimo metu nustatyta, kad skausmo intensyvumas ir depresiškumo lygis reikšmingai siejosi su funkicine būkle. Esant juosmens–kryžmens srities tarpšlankstelinio disko išvaržai, nustatytas didesnis nerimo ir depresiškumo lygis, lyginant su sveikaisiais. Skausmo intensyvumas ir nerimo lygmuo koreliavo su negalios lygiu [12]. Ne visų autorių duomenys patvirtina psichoemocinės būklės ryšį su NADS intensyvumu. K. Janowski ir kt. atliktame tyrime skausmo intensyvumas nebuvo susijęs psichoemocinės būklės rodikliais [13]. Tačiau S.L. Scholich teigia, kad psichologiniai veiksniai gali turėti didesnės įtakos ligonio neįgalumui ir gyvenimo pilnatvei, nei pats skausmas [14]. Skausmo–depresijos simptomų ryšys yra abipusis. Buvę ar esami psichologiniai sutrikimai ar ligos reikšmingi tiek skausmui atsirasti, tiek jo baigtims. Pagal M.J. Bair, tyrusio 573 pacientus, gydomus nuo depresijos 37 pirminės sveikatos priežiūros klinikose, duomenis, 2/3 depresi-

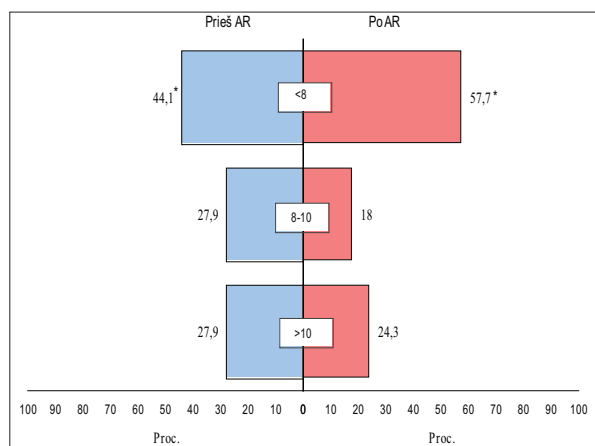
**2 lentelė.** Negalios ir skausmo intensyvumo pasiskirstymas prieš ir po ambulatorinės rehabilitacijos, atsižvelgiant į depresiškumo ir nerimo grupes prieš ambulatorinę rehabilitaciją

Rodikliai	Depresijos poskalė, balai		p reikšmė/ *p reikšmė
	<8 (n=64)	≥8 (n=45)	
	V(SN)		
NADS RMNK prieš AR	11,3(4,81)	13,82(5,78)	<b>0,015</b>
NADS RMNK po AR	8,25(5,62)	9,84(5,43)	0,142
KS RMNK prieš AR	8,31(5,95)	13,56(5,46)	<b>&lt;0,001</b>
KS RMNK po AR	6,55(5,24)	9,31(5,37)	<b>0,008/0,007</b>
NADS SAS prieš AR	6,3(1,81)	6,07(1,94)	0,526/0,635
NADS SAS po AR	3,64(2,01)	3,71(1,65)	0,847/0,705
KS SAS prieš AR	5,47(2,31)	6,38(1,96)	<b>0,034/0,036</b>
KS SAS po AR	3,23(2,1)	3,78(2,06)	0,182/0,215
	Nerimo poskalė, balai		p reikšmė/ *p reikšmė
	<8 (n=49)	≥8 (n=62)	
	V(SN)		
NADS RMNK prieš AR	11,12(4,97)	13,35(5,63)	<b>0,031</b>
NADS RMNK po AR	7,63(5,24)	10,0(5,89)	<b>0,029</b>
KS RMNK prieš AR	8,84(6,02)	11,85(6,45)	<b>0,013</b>
KS RMNK po AR	6,35(4,91)	8,87(5,89)	<b>0,018/0,029</b>
NADS SAS prieš AR	5,86(2,06)	6,48(1,63)	0,076/0,091
NADS SAS po AR	3,16(1,86)	4,1(1,8)	<b>0,009/0,01</b>
KS SAS prieš AR	5,43(2,32)	6,13(2,15)	0,103/0,086
KS SAS po AR	2,94(1,94)	3,87(2,18)	<b>0,021/0,029</b>

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, p reikšmė, remiantis parametriniu Student's ir \*p reikšmė, remiantis neparametriniu Mann-Whitney testu. RMNK- Roland Morris negalios klausimynas, SAS – skaitmeninė analoginė skausmo skalė, AR- ambulatorinė rehabilitacija, KS- kojos skausmas, NADS-nugaros apatinės dalies skausmas



Depresiškumas ( $Z = 1,895$ ,  $p = 0,058$ )



Nerimas ( $Z = 3,212$ ,  $p = 0,001$ ; \* $p = 0,044$ )

**1 pav.** Nerimo ir depresiškumo pasireiškimo pokyčiai po ambulatorinės rehabilitacijos

AR- ambulatorinė rehabilitacija, < 8 - nėra nerimo ar depresiškumo, 8-10 - galimas nerimas ar depresiškumas, >10 balų - nerimo ar depresiškumo pasireiškimas

ja sergančiųjų stebimi skausmai, ir kuo didesnis skausmo intensyvumas, tuo blogesni depresijos gydymo rezultatai, juos vertinant po 3 mėn. nuo gydymo antidepresantais pradžios, ir blogesnė su sveikata susijusi gyvenimo pilnatvė [15]. W.S. Shaw ir kt. nustatė, kad depresija anamnezėje penkis kartus padidina riziką NADS tapti lėtiniu, generalizuotas nerimas anamnezėje -2,5 karto, potrauminis stresas - 3,2, priklausomybė nuo nikotino - 2,5 karto. Autorius nenustatė ryšio tarp lėtinio skausmo atsiradimo ir priklausomybės nuo alkoholio [16]. D.R. Murphy ir kt. nustatė, kad esant NADS tarpusavyje koreliuoja daugelis psichologinių veiksnių, tokių kaip baimė, skausmo katastrofizavimas, susitaikymo strategija, žema savivertė ir depresija. Autorių nuomone, nustačius sutrikimų viename iš susijusių tarpusavyje psichologinių veiksnių, tikėtina, kad bus sutrikę ir kiti. [17]. M.K. Nicholas ir kt., ištyrę 812 pacientų su lėtiniu skausmu, nustatė, kad dažniausiai patiriami depresijos simptomai liūdesys, iniciatyvos stoka ir galimybių patirti malonumą nebuvimas. Depresijos simptomai koreliuoja su fizine negalia, bet mažiau nei kiti kintamieji, tokie, kaip ligos pasikartojimo baimė, skausmo intensyvumas, savarankiškumo sutrikimas. Jis nustatė, kad depresijos simptomai labiau koreliuoja su situacijos katastrofizavimu, žemesniu gyvenimo kontrolės jausmo lygiu, dažnesniu beviltiškumo strategijos taikymu, menka socialine parama [18]. Australijoje atliktame tyrime A.M. Hall ir kt. nustatė, kad psichologiniai veiksniai – depresija ir stresas, bet ne nerimas, 30 proc. veikia su NADS susijusių negalių. Jie pabrėžė depresijos ir streso ankstyvos diagnostikos ir valdymo svarbą, siekiant sumažinti ilgalaikio neįgalumo riziką [19].

B. Mohr ir kt. tyręs įprastos ir su kognityvine elgesio terapija taikomų programų efektą depresijos mažinimui ligoniams su lėtiniu NADS, nustatė, kad iš karto po reabilitacijos depresijos simptomai sumažėja abiejų programų tiriamiesiems, tačiau tiriant po pusės metų ir po metų tik programoje, kurioje taikyta kognityvinė elgesio terapija [20]. Kito tyrimo autoriai lygino standartinę reabilitacijos programą esant lėtiniam NADS su kognityvine elgesio terapijos programa depresijos simptomams koreguoti šiems ligoniams, nustatė, kad standartinė reabilitacijos programa nebuvo efektyvi esant vidutiniams ir lengviems depresijos simptomams vertinant po šešių ir dvylikos mėn., bet reabilitacijos programa su kognityvine elgesio terapija reikšmingai pagerino psichologinę būklę vertinant po 6 mėn. Moterų psichologinė būklė pagerėjo labiau nei vyrų [21]. Tęsiant tą patį tyrimą, po dvejų metų nustatyta, kad reabilitacijos programa su papildoma psichoterapija esant depresijos simptomams, ligoniams su lėtiniu NADS buvo sėkminga depresijos simptomams mažinti, vertinant ir po dvejų metų [22]. Pagal M.J.L. Sullivan ir kt., ankstyvas

depresijos simptomų įvertinimas ir korekcija ligoniams su NADS gali būti naudingas siekiant išvengti skausmo tapimo lėtiniu [23]. Apibendrinant pateiktus užsienio autorių ir mūsų tyrimo duomenis, galime teigti, kad ryšys tarp psichologinės būklės ir skausmo bei negalios egzistuoja. Remiantis užsienio šalių patirtimi, būtų tikslinga daugiau dėmesio reabilitacijos programoje skirti psichologinių veiksnių identifikavimui ir korekcijai, siekiant padidinti sergančių juosmens-kryžmens rezginio ligomis reabilitacijos efektyvumą.

### Išvados

Sergančiųjų juosmens-kryžmens rezginio ligomis nerimas po ambulatorinės reabilitacijos reikšmingai mažėja, depresiškumo pokytis nereikšmingas. Depresiškumas ir nerimas susiję su skausmo intensyvumu, trukme, pastovumu, o nerimo - su nuskausminamųjų vaistų vartojimu ir skausmo pasikartojimu. Esant depresiškumui ir nerimui negalia ir skausmas didesni. Ligonų psichoemocinė būklė turėtų būti vertinama detaliau ir koreguojama siekiant didesnio reabilitacijos efektyvumo.

### Literatūra

1. Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*. 2007; 334:1313-1317.
2. Tarulli AW, Raynor EM. Lumbosacral radiculopathy. *Neurol Clin*. 2007; 25(2):387-405.
3. Jacobs MS. Psychological factors influencing chronic pain and the impact of litigation. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013; 1:135-141.
4. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006 May; 36(5):575-86.
5. Fishbain DA, Bruns D, Disorbio JM, Lewis JE. Risk for five forms of suicidality in acute pain patients and chronic pain patients vs pain-free community controls. *Pain Med*. 2009 Sep; 10(6):1095-105.
6. Keeley P, Creed F, Tomenson B, Todd C, Borglin G, Dickens C. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain*. 2008; 135(1-2):142-50.
7. Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination with Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. *Psychosom Med*. 2008 Oct; 70(8):890-7.
8. Waxman SE, Tripp DA, Flamenbaum R. The Mediating Role of Depression and Negative Partner Responses in Chronic Low Back Pain and Relationship Satisfaction *J Pain*. 2008 May; 9(5):434-42.
9. Bener A, Verjee M, Dafeeah EE, Falah O, Al-Juhaishi T, Schlogl J, et al. Psychological factors: anxiety, depression, and so-

- matization symptoms in low back pain patients. *J Pain Res.* 2013; 6:95-101.
10. Mngoma N, Corbière M, Stevenson J. Pain Profiles and Psychosocial Distress Symptoms in Workers with Low Back Pain. *Physiother Can.* 2008 Summer; 60(3): 239–245.
  11. Mok LC, Lee IF. Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *J Clin Nurs.* 2008 Jun; 17(11):1471-80.
  12. Kim TS, Pae CU, Hong CK, Kim JJ, Lee CU, Lee SJ, et al. Interrelationships among pain, disability, and psychological factors in young Korean conscripts with lumbar disc herniation. *Mil Med.* 2006 Nov; 171(11):1113-6.
  13. Janowski K, Steuden S, Kuryłowicz J. Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *Eur Spine J.* 2010 Apr; 19(4):613-23.
  14. Scholich SL, Hallner D, Wittenberg RH, Hasenbring MI, Rusu AC. The relationship between pain, disability, quality of life and cognitive-behavioural factors in chronic back pain. *Disabil Rehabil.* 2012; 34(23):1993-2000.
  15. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, Stang PE, Croghan TW, Kroenke K. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med.* 2004 Jan-Feb; 66(1):17-22.
  16. Shaw WS, Means-Christensen AJ, Slater MA, Webster JS, Patterson TL, Grant I, et al. Psychiatric disorders and risk of transition to chronicity in men with first onset low back pain. *Pain Med.* 2010 Sep; 11(9):1391-400.
  17. Murphy DR, Hurwitz EL. The usefulness of clinical measures of psychologic factors in patients with spinal pain. *J Manipulative Physiol Ther.* 2011 Nov; 34(9):609-13.
  18. Nicholas MK, Coulston CM, Asghari A, Malhi GS. Depressive symptoms in patients with chronic pain. *Med J Aust.* 2009 Apr 6; 190(7 Suppl):S66-70.
  19. Hall AM, Kamper SJ, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML, Nicholas MK. Symptoms of depression and stress mediate the effect of pain on disability. *Pain.* 2011 May; 152(5):1044-51.
  20. Mohr B, Krohn-Grimberghe B, Gräf T, Schulze J, Petermann F, Hampel P. Patients with chronic low back pain: the impact of psychosocial features. *Rehabilitation (Stuttg).* 2009 Oct; 48(5):288-97.
  21. Hampel P, Graef T, Krohn-Grimberghe B, Tlach L. Effects of gender and cognitive-behavioural management of depressive symptoms on rehabilitation outcome among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain: a 1 year longitudinal study. *Eur Spine J.* 2009 Dec; 18(12):1867-80.
  22. Tlach L, Hampel P. Long-term effects of a cognitive-behavioural training program for the management of depressive symptoms among patients in orthopedic inpatient rehabilitation of chronic low back pain: a 2-year follow-up. *Eur Spine J.* 2011 Dec; 20(12):2143-51.
  23. Sullivan MJL, Adams H, Tripp D, Stanish WD. Stage of chronicity and treatment response in patients with musculoskeletal injuries and concurrent symptoms of depression. *Pain.* 2008 Mar; 135(1-2):151-9.

**THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY, DEPRESSIVE STATES AND EFFICACY OF OUTPATIENT REHABILITATION IN PATIENTS WITH DISORDERS OF THE LUMBOSACRAL PLEXUS**

**A. Urbonienė, A. Kriščiūnas, R. Savickas**

Key words: disorders of the lumbosacral plexus, outpatient rehabilitation, anxiety, depression.

**Summary**

Programmes of rehabilitation are often orientated to the physical status of patients and to the reduction of symptoms. The psycho-emotional state of patients may influence on the outcomes of rehabilitation, was not evaluated plenty. The aim of this research is to evaluate the anxiety and depressive states of patients with lumbosacral plexus and to determine the relation between effectiveness of rehabilitation while evaluating the changes of functional state. The research in 111 outpatients with disorders of the lumbosacral plexus was performed. Roland Morris Disability Questionnaire and Pain Numeric Rating Scale were used to evaluate the functional state before and after rehabilitation; and the relation between the psycho-emotional state of the researched according to Hospital Anxiety and Depression scale were examined. Statistically significant functional state changes after rehabilitation and anxiety reduction were determined. No significant change in depression states were established. Depressive states and anxiety are related to pain intensity, duration and continuous pain; and anxiety – with the use of pain killers and with the repeated pain. Anxiety and depressive states are related to disability and pain intensity. The psycho-emotional state of the patients after rehabilitation improve. The patient psycho-emotional state should be evaluated and controled for more effective rehabilitation.

Correspondence to: kristina.ur@gmail.com

Gauta 2013-07-09