

# Rehabilitācijas klīniskais algoritms pacientiem ar muguras sāpēm

Autori: NRC "Vaivari" Klīniski metodiskās vadības darba grupa.

Darba grupas sastāvs: fizikālas un rehabilitācijas medicīnas ārstes Anna Millere, Dana Sviķe, Lolita Cibule, Zaiga Kalnbērza – Ribule, Ulla Bambīte, Dr. med., neiroloģe prof. Ināra Logina, Dr. med., neiroloģe Elīna Pūcīte

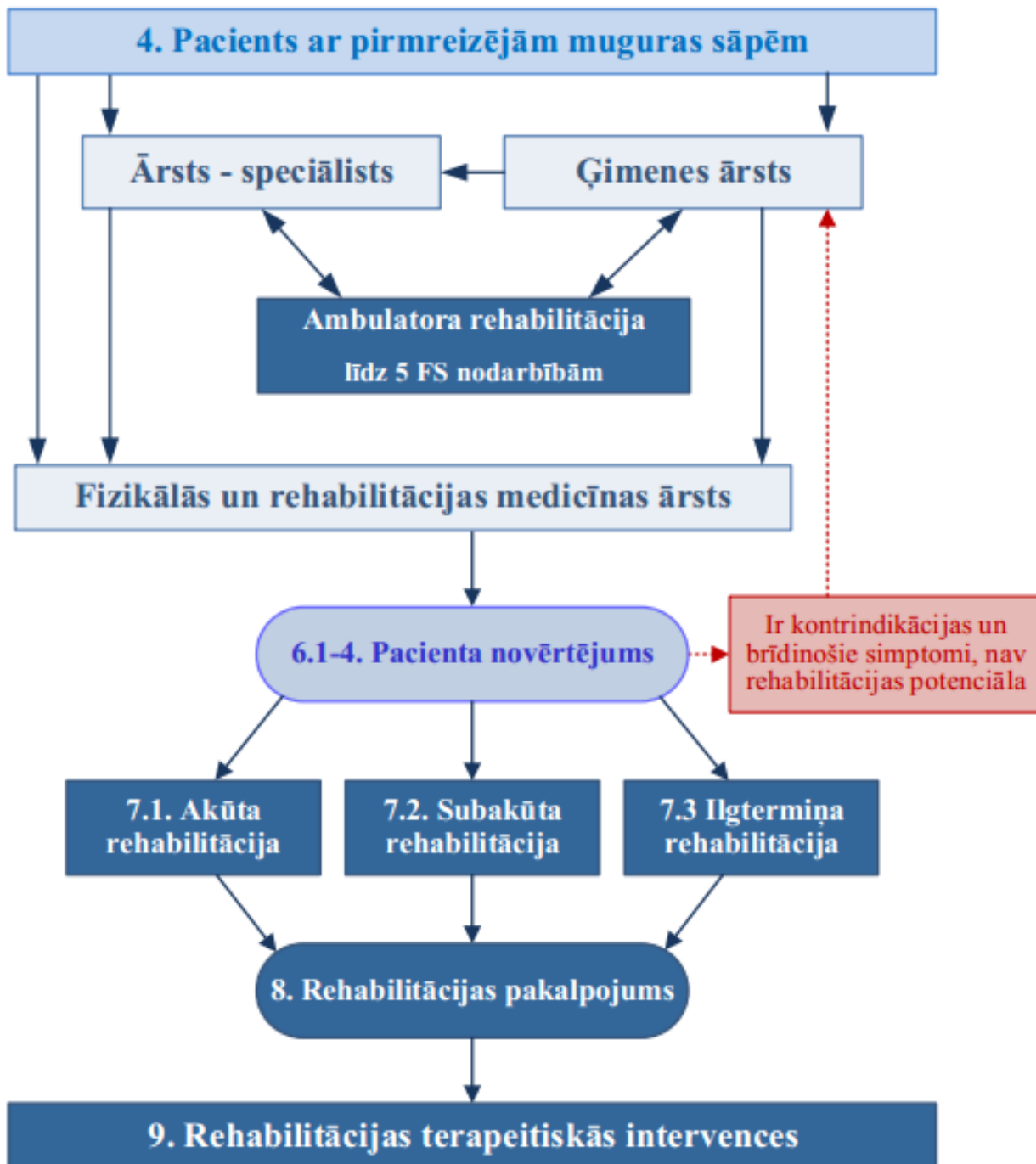
## Saturs

Rehabilitācijas klīniskais algoritms pacientiem ar muguras sāpēm .....	3
Saīsinājumi .....	4
1. Ievads .....	5
2. Algoritma mērķis .....	6
3. Mērķa grupas .....	7
4. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas kārtība.....	7
5. Biopsihosociālais modelis rehabilitācijā.....	8
6. Pacienta novērtēšana.....	9
6.1. Vispārējā veselības stāvokļa un funkcionēšanas novērtējums pēc SFK.....	9
6.2. Kontrindikāciju medicīniskajai rehabilitācijai novērtējums .....	10
6.3. Brīdinošo jeb sarkano karogu simptomu novērtējums.....	11
6.4. Psihosociālo faktoru jeb dzelteno karogu simptomu novērtējums .....	12
7. Medicīniskās rehabilitācijas veidi.....	14
7.1. Akūta rehabilitācija .....	14
7.2. Subakūta rehabilitācija.....	15
7.3. Ilgtermiņa rehabilitācija .....	15
8. Pacientu ar muguras sāpēm atlase medicīniskai rehabilitācijai .....	15
8.1. Atlases kritēriji ambulatorai medicīniskai rehabilitācijai .....	16
8.2. Atlases kritēriji medicīniskai rehabilitācijai dienas stacionārā.....	16
8.3. Atlases kritēriji medicīniskai rehabilitācijai stacionārā .....	16
9. Rehabilitācijas terapeitiskās intervences.....	17
9.1. Fizioterapija .....	17
9.2. Ergoterapija.....	18
9.3. Fizikālā medicīna .....	19
9.4. Kognitīvi biheiviorālā terapija .....	19

Literatūras saraksts .....	21
Pielikumi .....	27
Paplašinātā SFK pamatkopa muguras lejasdaļas sāpēm .....	27
Rekomendējamie mērījumi funkcionēšanas novērtēšanai .....	30
Novērtēšanas instrumenti dažādu funkciju novērtēšanai .....	32
Sāpju novērtēšanas analoģu skalas .....	34
Modificētā Osvestrija muguras lejasdaļas sāpju nespējas anketa .....	36
Sāpju uztveres anketa ( <i>PCQ</i> ) .....	39
Pacientu veselības aptauja - 9 ( <i>PHQ-9</i> ) .....	41
Ģeneralizēta trauksmes aptauja -7 ( <i>GAD-7</i> ) .....	42
Uzskatu un izvairīšanās uzvedības novērtējuma anketa ( <i>FAQ</i> ) .....	43
Monreālas kognitīvo funkciju novērtēšanas skala ( <i>MoCA</i> ) .....	45

# Rehabilitācijas klīniskais algoritms pacientiem ar muguras sāpēm

## Shēma



## Saīsinājumi

Saīsinājums	Skaidrojums
BI	Bartela indekss
CRO	C reaktīvais olbaltums (C reaktīvais proteīns)
EGĀ	Eritrocītu grimšanas ātrums
<i>FAQ</i>	Uzskatu un izvairīšanās uzvedības novērtējuma anketa <i>Fear- avoidance questionnaire</i>
FN	Funkcionēšanas novērtēšana
FRMĀ	Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts
FS	Funkcionālais speciālists
<i>GAD-7</i>	Ģeneralizēta trauksmes aptauja -7 ( <i>Generalized Anxiety Disorder Scale -7</i> )
<i>HIV</i>	Cilvēka imūndeficīta vīruss ( <i>Human immunodeficiency virus – angļu val.</i> )
i/v	Intra-venozi
KBT	Kognitīvi biheiviorālā terapija
KNVM	Kanādas nodarbes veikšanas mērījums
MK not.	Ministru kabineta noteikumi
<i>MoCA</i>	Monreālas kognitīvo funkciju novērtēšanas skala ( <i>Montreal Cognitive Assessment</i> )
<i>MODI</i>	Modificētā Osvestrija muguras lejasdaļas sāpju nespējas anketa ( <i>Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire</i> )
MSS	Muskuloskeletālas sāpes
<i>NICE</i>	Nacionālais Veselības aizsardzības un aprūpes kvalitātes institūts ( <i>The National Institute for Health and Clinical Excellence</i> )
NRS	Numeriskā sāpju novērtēšanas skala ( <i>Numeric Rating Scale</i> )
<i>PCQ</i>	Sāpju uztveres anketa ( <i>Pain Catastrophizing Scale</i> )
<i>PHQ-9</i>	Pacientu veselības aptauja-9 ( <i>Patient Health Questionnaire-9</i> )
PVO	Pasaules Veselības Organizācija
RF	Reimatoīdais faktors
SFK	Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija
VAS	Vizuālo analoģu skala
VRS	Verbālā sāpju intensitātes novērtēšanas skala ( <i>Verbal rating scale</i> )

## 1. Ievads

Muguras sāpes ir otrās visbiežāk sastopamās sāpes pēc galvassāpēm. Tās raksturīgas apmēram 60% līdz 80% cilvēku, gadā 1/3 iedzīvotāju muguras sāpes ierobežo ikdienas aktivitāšu veikšanu. (*Woolf & Pfleger, 2003*) Latvijā mugurkaula slimības ir biežākās diagnosticētās un ārstētās slimības gada laikā (pat biežākas kā arteriālā hipertenzija); muguras sāpes ir biežākā iedzīvotāju sūdzība pēdējā mēneša laikā, bet sāpes muguras augšējā un apakšējā daļā atsevišķi – otrās biežākās pēc galvassāpēm. (*Grinberga et al., 2019*)

Muguras sāpes nav slimība pati par sevi, bet gan simptoms ar sarežģītu bioloģisko, psiholoģisko un sociālo faktoru klāstu. (*Gatchel et al., 2007*)

Vairākumā gadījumu (85-90%) muguras sāpes ir muskuloskeletālas mehāniskas dabas sāpes bez precīzas patoanatomiskās diagnozes (*White 3rd & Gordon, 1982*), un bieži tiek pārspīlēta starpskriemeļu disku deģeneratīvo izmaiņu nozīme. Šādu nespēcīgu muguras sāpju ārstēšanu iesaka sākt ar nefarmakoloģiskām jeb rehabilitācijas terapijas metodēm gan akūtā, gan subakūtā un hroniskajā stadijā. (*Qaseem et al., 2017*) Muguras lejasdaļas sāpes ir viens no galvenajiem invaliditātes cēloņiem. Arī Latvijā, atbilstoši Centrālās statistikas pārvaldes apsekojumam, 40,5% no nodarbinātajiem ar ilgstošām saslimšanām nopietnākā veselības problēma bija muguras vai spranda sāpes. (*Bārzdiņš & Konstante, 2018*) Pētījumu rezultāti rāda, ka muskuloskeletālo slimību diagnožu grupā pārliecinoši vadošās kā pirmreizējas invaliditātes iemesls ir ar plaši izplatītām muguras problēmām saistītās slimības (dorsopātijas un spondilopātijas (M40-M54)), un tieši šajā grupā ievērojami biežāk nekā citos muskuloskeletālu sāpju (MSS) slimību gadījumos tiek noteikta III invaliditātes grupa. (*Bārzdiņš & Konstante, 2018*)

Psihosociālie faktori mūsdienās tiek atzīti kā nozīmīgi sāpju hronificēšanās prognozētāji. (*Kendall, 1999*) Pētījumi rāda savstarpējo saistību starp emocionālajiem faktoriem, sāpju hronificēšanos un nespējas attīstību. (*Pincus et al., 2002*)

Tāpat arī ir zināms, ka psiholoģiskais distress, depresija, pasīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas, sāpju katastrofizācija, kā arī baiļu un izvairīšanās uzvedība ir uzskatāmi par sāpju hronificēšanās riska faktoriem un potenciāli mediatoru nespējas attīstībai. (*Ramond-Roquin et al., 2014*)

Tāpēc psihosociālo faktoru izvērtējums muguras sāpju pacientu patoģenēzē ir nepieciešams, lai prognozētu sāpju hronificēšanos un nespējas attīstību un plānotu nepieciešamo rehabilitācijas taktiku. Multidisciplināra biopsihosociāla rehabilitācija sevī ietver kā fizisku, tā arī emocionālu, sociālu un izglītojošu intervenci, kuru realizē veselības aprūpes profesionāļu komanda. (*Saragiotto, de Almeida, et al., 2016*)

Pētījumos ir pierādīts, ka pacientiem ar hroniskām sāpēm izvairīšanās no bailēm ir saistīta ar pastiprinātām sāpēm, nespēju un ilgstošu darbanespēju. (*Gatchel et al., 2007*) Baiļu (no sāpēm) – izvairīšanās uzvedības modelis apraksta to, kā izvairīšanās uzvedības rezultātā indivīdiem rodas hroniskas, muskuloskeletālas sāpes. (*Lethem et al., 1983*) Multidisciplināras rehabilitācijas programmas ilgtermiņā samazina darba nespējas dienas, kas saistītas ar hronisku muguras sāpju paasinājumu, labvēlīgi ietekmē

pacienta darba spējas un veicina depresijas profilaksi pacientiem ar hroniskām sāpēm. (*Hampel et al., 2019*) Multiprofesionālu biopsihosociālu rehabilitāciju rekomendē izmantot tiem pacientiem ar muguras sāpēm, kuriem identificēti nozīmīgi psihosociālie riski. (*Kamper et al., 2014*)

Rehabilitācija MSS slimību ārstēšanā ir īpaši būtiska tieši slimības sākumā (akūtā un subakūtā posmā) un tās mērķis ir pacientu agrīna atgriešana darbā, savlaicīga pacientu funkcionēšanas ierobežojumu un invaliditātes novēršana, kā arī pacientu izglītošana un veselīga dzīvesveida veicināšana. Svarīgs būtu arī paša rehabilitācijas procesa saturs – aktīvs, uz pacientu vērsts process, veicinot pacienta izpratni par savu slimību, palīdzot apgūt stratēģijas, kā pārvarēt sāpes, kā arī iemācot uzturēt sevi fiziski labā stāvoklī. Tas, ka starp izmeklējumiem un konsultācijām nākas ilgi gaidīt, nenāk par labu slimības gaitai – tas rada risku slimības “hronizācijai” un ilgstošai darbnespējai. Arī klīniskajās vadlīnijās “Muguras lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē” ieteikts nespecifisko muguras lejas daļas sāpju gadījumā saglabāt parastās fiziskās aktivitātes akūtā periodā un rekomendēt vingrinājumus, tos uzsākot jau pēc divām līdz sešām nedēļām pēc slimības sākuma. (*Gintere et al., 2016*)

Saskaņā ar *NICE* vadlīnijām, pacientiem ar pastāvīgām muguras lejasdaļas sāpēm, tiek rekomendēta multidisciplināra rehabilitācija, kas sevī iekļauj – pacientu izglītošanu, fizioterapiju, kā arī psiholoģisko intervenci, izmantojot kognitīvi biheiviorālās terapijas (turpmāk – KBT) pieeju ar nosacījumu, ja pacientam ir tendence izvairīties no ierastām aktivitātēm, kas pamatojas neatbilstošos uzskatos par savu veselības stāvokli, un iepriekšējie ārstniecības pasākumi nav bijuši rezultatīvi. (*NICE, 2020; McIntosh & Alleyne, 2014*)

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir, izmantojot SFK terminoloģiju, nodrošināt personām ar muguras sāpēm un noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem, šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu.

Multidisciplināra biopsihosociāla rehabilitācija iekļauj fizioterapiju un vēl vismaz vienu psiholoģisko intervenci vai ergoterapiju vai izglītošanu un sociālo darbu, balstoties uz SFK biopsihosociālo pieeju. (*PVO, 2003*) Rehabilitācijas procesā ir svarīgi aktualizēt sarkano un dzelteni karogu simptomu klātbūtni pacientiem ar muguras sāpēm, tādējādi ļaujot noteikt pacientu grupas, kurām būtu nepieciešami attiecīgie rehabilitācijas pakalpojumu veidi, atkarībā no funkcionēšanas ierobežojumiem.

## **2. Algoritma mērķis**

1. Veicināt izpratni par rehabilitācijas pasākumu secību pacientiem ar muguras sāpēm dažādos rehabilitācijas posmos un uzlabot rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas kvalitāti;
2. Nodrošinot savlaicīgu, atbilstošu pacienta funkcionēšanas novērtēšanu un biopsihosociālu pieeju personas funkcionēšanas ierobežojumu risināšanā.
3. Nodrošināt savlaicīgu brīdinošo simptomu atklāšanu rehabilitācijas periodā (rehabilitācijas laikā, novērtējot pacientu dinamiku).

4. Veicināt izpratni par bio-psiho-sociālo faktoru nozīmi ārstēšanā un rehabilitācijā, kā arī atbalsta pasākumu rekomendēšanu ar mērķi sekmēt pacienta ar muguras sāpēm līdzestību rehabilitācijā un veselības uzvedību pēc tās.

### **3. Mērķa grupas**

1. Ārsti speciālisti: fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti (FRMĀ), algologi, neurologi, vertebrologi, neiroķirurgi, arodveselības un arodslimību ārsti, citi ārsti- speciālisti;
2. Ģimenes ārsti;
3. Funkcionālie speciālisti;
4. Medicīnas māsas un ārstniecības atbalsta personas;
5. Klīniskie un veselības psihologi.

### **4. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas kārtība**

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu. (MK not. 555, 2018)

Pacients ar pirmreizējām muguras sāpēm sākotnēji var vērsties pie:

- Ģimenes ārsta vai ārsta speciālista;
- FRM ārsta bez ģimenes ārsta nosūtījuma, par maksu.

Ģimenes ārsts vai ārsts speciālists var nosūtīt pacientu līdz piecām reizēm pie funkcionālā speciālista, ja:

- atbilstoši Ministru kabineta noteikumu Nr. 555 punktam 104.4. ir noteikts funkcionēšanas ierobežojums vienā funkcionēšanas veidā atbilstoši SFK un ir paredzams, ka funkcionēšanas ierobežojums mazināsies apmeklējot funkcionālo speciālistu līdz piecām reizēm;
- ārstniecības iestādē/reģionā nav pieejams fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, tad funkcionālais speciālists var uzsākt rehabilitāciju ar ģimenes ārsta nosūtījumu (veidlapa Nr. 027/u) rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai.

Funkcionālais speciālists, atbilstoši savai kompetencei, novērtē pacientu pirms un pēc nodarbību uzsākšanas. Ja pēc piecām nodarbībām funkcionālā speciālista vadībā ir vērojama pozitīva dinamika un FS izvirzītie mērķi ir sasniegti, tad kursu neturpina. Ja mērķi nav sasniegti, vai arī, ja kurss netiek turpināts, jo mērķi sasniegti FS sniedz atgriezenisko saiti (veidlapa Nr. 027/u) par pacienta terapijas rezultātiem ģimenes ārstam vai ārstam speciālistam, kurš pacientu nosūtījis, un tas lemj par nosūtīšanu pie FRM ārsta rehabilitācijas pasākumu turpināšanai.

Ģimenes ārsts vai ārsts speciālists nosūta pacientu pie FRM ārsta, ja pacietam ir funkcionēšanas ierobežojumi vismaz divos funkcionēšanas domēnos atbilstoši SFK muguras lejasdaļas sāpju paplašinātai pamatkopai.

Ja pacientam nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, pēc izrakstīšanās no stacionārās ārstniecības iestādes, tad:

- tiek piesaistīts FRM ārsts, kas atbilstoši MK not. Nr. 555 izstrādā rehabilitācijas plānu medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai;
- ja stacionārā nav FRM ārsta, tiek sniegta ārstējošā ārsta rekomendācija par turpmākas medicīniskās rehabilitācijas nepieciešamību, aprakstot stacionārā uzsākto rehabilitāciju.

Konsultācijā pie FRM ārsta, tiek vērtēts pacienta medicīniskais stāvoklis, motivācija medicīniskai rehabilitācijai, tāpat arī novērtēti pacienta funkcionēšanas ierobežojumi atbilstoši SFK, tādejādi nosakot atbilstošāko rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas veidu un ņemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, dienas stacionārā un stacionārā ārstniecības iestādē. (*MK noteikumi Nr. 555*)

## 5. Biopsihosociālais modelis rehabilitācijā

Biopsihosociālais modelis šobrīd ir ieteicamais modelis muguras sāpju un ar to saistītās nespējas izpratnei un analīzei, kas vēsturiski nomainīja biomedicīnisko pieeju un sakņojas PVO definētajā daudzdimensionālajā veselības izpratnē – veselība ir vispārēja fiziskā, psihiskā un sociālā labklājība (*angļu val. well-being*), nevis tikai slimības trūkums. (*WHO, 1948; Gatchel et al., 2007; Pincus et al., 2002*)

Sāpju bioloģijas izpratnes attīstība ir ievērojami veicinājusi biopsihosociālā modeļa “bio” daļas attīstību, kas ļauj dziļāk izprast sāpes un ar to saistīto nespēju. Pētījumi parāda centrālās nervu sistēmas (CNS) saistību ar subjektīvo sāpju pieredzi un norāda uz konkrētiem galvas smadzeņu reģioniem, kas iesaistās sāpju pieredzes un uztveres veidošanā. (*Jensen, 2010*) Ir zināms, ka daudzas smadzeņu daļas ir aktīvas sāpju uztveres laikā, kas savukārt liecina, ka sāpju emocijas un uzvedība ir cieši integrēta un parāda uztveres, emocionālo, kognitīvo un uzvedības aspektu saikni.

Kaut arī biomedicīniskie traucējumi var izraisīt sāpju procesu, psiholoģiskajiem un sociālajiem faktoriem ir svarīga loma bioloģiskās komponentes attīstībā. (*Hancock et al., 2011*)

Psiholoģiskie faktori, kas saistīti ar ilgstošām sāpēm un nespēju, rada priekšnosacījumus, ka muguras sāpes var turpināties ilgstoši ar psiholoģiskām ciešanām, depresiju, trauksmi un stresu, kā arī bailēm un sāpju katastrofizāciju. (*Black et al., 2018; Scott et al., 2016; Lee et al., 2015*) Pētījumi liecina par saistību starp psihoemocionālajiem faktoriem un lielāku sāpju intensitāti un nespēju pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Pie šiem psihoemocionālajiem faktoriem pieder bailes no sāpēm, ar sāpēm saistīta trauksme un baiļu (no sāpēm) - izvairīšanās uzvedība. (*Martinez-Calderon et al., 2019*)

Mūsdienu izpratne par sāpēm ir veicinājusi pacientu izglītošanu un tās nozīmes attīstību, mēģinot konceptualizēt indivīda izpratni par viņa sāpēm un sekojošo potenciālo draudu nozīmi. (*Moseley & Butler, 2015*)

Sociālie faktori, piemēram, darba vide/atbalsts, neapmierinātība ar darbu un finansiālās problēmas, arī ir saistīti ar augstāku nespēju un invaliditāti. (*Pincus et al., 2013*)



Saskaņā ar biopsihosociālo modeli kognitīvie, emocionālie, psiholoģiskie, uzvedības, fiziskie un sociālie faktori savstarpēji mijiedarbojoties var nodrošināt sāpju saglabāšanu, kas savukārt nozīmē, ka ir nepieciešama integrēta multimodāla intervence. (*Linton, 2000; Turk & Okifuji, 2002; Kamper et al., 2015*)

Multidisciplināras biopsihosociālas rehabilitācijas pamatā ir biopsihosociālais modelis un šajā modelī veselību un slimību nosaka dinamiska mijiedarbība starp bioloģiskajiem (ģenētiskajiem un bioķīmiskajiem), psiholoģiskajiem (noskaņojums, personība un uzvedība) un sociālajiem faktoriem (kultūras, ģimenes, sociālekonomiskā un veselības aprūpes pieejamība). (*Gianola et al., 2018*)

Arī SFK pamatā ir bio-psiho-sociāla pieeja. Galvenais rehabilitācijas mērķis ir samazināt indivīda funkcionēšanas traucējumus sociālajā dzīvē. (*PVO, 2003*)

## 6. Pacienta novērtēšana

### 6.1. Vispārējā veselības stāvokļa un funkcionēšanas novērtējums pēc SFK

Konsultējot pacientu ar muguras sāpēm FRM ārsti veic:

- vispārējā veselības stāvokļa novērtēšanu;
- funkcionēšanas novērtēšanu, atbilstoši **paplašinātai SFK pamatkopai muguras lejasdaļas sāpēm**<sup>1</sup> - tiek vērtētas pamatkopā nosauktās kategorijas ķermeņa struktūras un funkcijas, aktivitātes un dalības komponentē, kā arī atbilstošie – pamatkopā iekļautie kontekstuālie vides faktori (SFK, 2003).

Novērtēšanas instrumentu minimālais saraksts lietošanai pēc nepieciešamības un speciālista izvēles:

- Rekomendējamie mērījumi funkcionēšanas novērtēšanai (Pielikums Nr. 2)
- Sāpju novērtēšanas analoģu skalas (Pielikums Nr. 4)
- Modificētā Osvestrija muguras lejasdaļas sāpju nespējas anketa (*Fairbank et al., 1980*) (*Fritz & Irrgang, 2001*) (Pielikums Nr.7)
- Sāpju uztveres anketa (*Pain Catastrophizing Scale, Sullivan 1995*) (*Sullivan, 2009*) (Pielikums Nr.8)
- Beka depresijas skala (*Beck Depression Inventory jeb BDI-I*). (*Beck et al., 1961*)
- Pacientu veselības aptauja-9 (*Patient Health Questionnaire-9 jeb PHQ-9*). (Pielikums Nr.10) (*Kroenke et al., 2001*)
- Ģeneralizētas trauksmes skala-7 (*Generalized Anxiety Disorder Scale-7 jeb GAD-7*) (Pielikums Nr. 12) (*R L Spitzer et al., 1999*)

---

<sup>1</sup> Paplašinātā SFK pamatkopa muguras lejasdaļas sāpēm – angļu valodā Comprehensive ICF Core Sets for low back pain [https://www.icf-research-branch.org/images/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive and Brief ICF Core Sets Low Back Pain.pdf](https://www.icf-research-branch.org/images/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive%20and%20Brief%20ICF%20Core%20Sets%20Low%20Back%20Pain.pdf)

- Uzskatu un izvairīšanās uzvedības novērtējuma anketa (*Fear-Avoidance Questionnaire*) (Pielikums Nr.14) (*Waddell et al., 1993*)
- Monreālas kognitīvo funkciju novērtēšanas skala (MoCA) (Pielikums Nr. 16).

Papildus pēc nepieciešamības var izmantot:

- Novērtēšanas instrumenti dažādu funkciju novērtēšanai (Pielikums Nr. 3)

## 6.2. Kontrindikāciju medicīniskajai rehabilitācijai novērtējums

Muguras sāpju pacientu atlasē rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai, jāvērtē ne tikai pacienta vispārējais stāvoklis un funkcionēšana, bet arī iespējamās kontrindikācijas medicīniskai rehabilitācijai.

Kontrindikācijas medicīniskai rehabilitācijai pacientam ar muguras sāpēm:

### 1. nestabils medicīniskais stāvoklis:

- dekompensēta sirds mazspēja,
- dekompensēta arteriālā hipertenzija,
- asiņošana vai tās iespējamība,
- aktīva plaušu tuberkuloze,
- neiropsihiatriskie traucējumi – izteikta demence ar ierobežotām pašaprūpes spējām vai izteikti psihiatriski traucējumi, kuru dēļ nav iespējams jebkāds rehabilitācijas posms.

### 2. nepietiekams rehabilitācijas potenciāls;

#### Rehabilitācijas potenciāla novērtējums.

Rehabilitācijas potenciāls (veiktspēja) – to nosaka pacienta spēja (gan ķermeniska, gan garīga) izturēt un realizēt paredzamo nepieciešamo terapiju un aktivitātes.

Rehabilitācijas potenciālu muguras sāpju pacientiem izvērtē pirms rehabilitācijas uzsākšanas jebkurā etapā - akūta, subakūta vai ilgtermiņa rehabilitācija. To izvērtē FMR ārsts pēc vairākiem kritērijiem:

- Pacienta vispārējais stāvoklis – nestabils medicīniskais stāvoklis un kontrindikācijas (skat. 6.3.punktu);;
- Pacienta spēja aktīvi iesaistīties rehabilitācijā – tiek novērtēts funkcionēšanas traucējumu līmenis pēc SFK atbilstoši paplašinātai muguras lejasdaļas sāpju pamatkopai;
- Pacienta motivācija – aktīva pacienta līdzdalība rehabilitācijas programmā. Vēlme mazināt savus funkcionēšanas traucējumus, kas radušies muguras sāpju dēļ, ārsta un rehabilitācijas speciālistu rekomendāciju ievērošana, terapijas izpilde.

### 3. ir kāds no muguras sāpju brīdinošiem jeb t.s. sarkaniem karogu stāvokļu klīniskiem simptomiem, kuru iemesls nav iepriekš noskaidrots.

Šādos gadījumos nepieciešams pacientu nosūtīt atpakaļ pie ārsta speciālista vai ģimenes ārsta diagnozes precizēšanai.

!!! Izņēmuma gadījums: ja muguras sāpes ir specifiskas un asociētas ar kādu brīdinošo simptomu kā seku parādības zināma un adekvāti ārstēta iemesla dēļ (piem., pēdas parēze L5 radikulopātijas dēļ, kuras iemesls - diska trūce - operēts vai ārstēts konservatīvi). Šādos gadījumos FRM ārsts izvērtē rehabilitācijas potenciālu un nozīmē sekojošu specifisku rehabilitācijas programmu atbilstoši diagnozei.

### 6.3. Brīdinošo jeb sarkano karogu simptomu novērtējums

Muguras sāpju brīdinošie sarkanie karogu simptomi (*Gintere et al., 2016; NICE, 2020*), kuru iemesls nav vēl verificēts vai attīstās/tiek atklāti rehabilitācijas procesā ir šādi:

#### 1. Sāpju norise / attīstība (sāpju dinamika)

- Akūtas vai subakūtas (pēc vai bez fiziskas piepūles) sāpes kopā ar kardiovaskulāriem simptomiem – kolapss, spiediena mazināšanās, perifēra pulsa trūkums kājās (iespējamais iemesls: aortas aneirisma, tās plīsums, aortas disekcija);
- Akūts sākums pēc niecīgas piepūles - ilgst vairāk par 6 nedēļām, īpaši sievietes postmenopauzes vecumā, bijis audzējs anamnēzē – neatkarīgi no tā ilguma un terapijas iznākuma (iespējamais iemesls: osteoporotisks vai destruktīvs metastātisks lūzums);
- Pakāpenisks sākums: ilgst vairāk kā 6 nedēļas; nav uzlabošanās vai progresē pēc adekvāti izvēlētas un uzsāktas 4-6 nedēļu terapijas (iespējamais iemesls: audzējs, metastāzes mugurkaula struktūrās);
- Pakāpenisks sākums, hroniska norise vecumā pirms 40 gadiem un rīta stīvums, pastiprinās pēc sēdēšanas, uzlabojums kustoties (iespējamais iemesls: iekaisīgas muguras sāpes – spondilartrīti).

#### 2. Sāpju raksturs, intensitāte.

- Nakts sāpes – izteiktas, stabilas, progresējošas (iespējamais iemesls: audzējs, patoloģisks vai osteoporotisks lūzums, radikulārs sindroms, spināla infekcija)
- Izteiktas sāpes mierā vai intensīvas sāpes pie niecīgām kustībām (iespējamais iemesls: audzējs, patoloģisks vai osteoporotisks lūzums, radikulārs sindroms, spināla infekcija)

#### 3. Anamnēzes dati

- Audzējs anamnēzē jebkad, svara zudums (iespējamais iemesls: metastātisks audzējs)
- Kolīts. Irīts. Ādas izmaiņas (psoriāze, reakcija uz saules iedarbību). Perifēro un sakroileālo locītavu disfunkcijas pazīmes (iespējamais iemesls: iekaisīgas muguras sāpes – spondilaartrīti)
- Sistēmiskas infekcijas riska faktori: Drudzis. HIV infekcija. I/V narkotiku lietošana. Imūnsupresija (kortikosteroīdu lietošana, cukura diabēts). Nesena infekcija (uroģenitāla, elpošanas ceļu). Bijuši i/v kateteri. Invazīvas manipulācijas vai operācijas nesena pagātnē (iespējamais iemesls: spināla infekcija)

- Kortikosteroīdu ilgstoša lietošana (iespējamais iemesls: osteoporotisks lūzums)
- Nesena liela spēka, trieciena trauma (iespējamais iemesls: traumatiskais lūzums)

#### 4. Vispārējās pazīmes / simptomi

- Drudzis un temperatūra - 38°C, ilgāk par 48h (iespējamais iemesls: spināla infekcija)
- Viscerālas slimības pazīmes un sūdzības - pankreatīts, pielonefrīts, nierakmeņu slimība, endometriozē (iespējamais iemesls: viscerālas atstarotas sāpes)
- Izmainītas analīzes – asins aina, CRO, EGĀ, RF, urīna analīzes u.c. (iespējamais iemesls: Spināla infekcija, audzējs, iekaisīgas muguras sāpes – spondilartīti, viscerālas atstarotas sāpes)

#### 5. Neiroloģiskie sindromi

- Urīnācijas traucējumi (atlieku urīns >100 ml). Motori simptomi - pēdas ekstenzoru parēze. Sensorie simptomi - notirpums starpenē, radikulāras neiropātiskas sāpes (iespējamais iemesls: “Zirgastes” bojājuma sindroms)
- Radikulāras neiropātiskas sāpes ar atbilstošu dermatomālu izstarojumu, motoriem un sensoriem simptomiem (iespējamais iemesls: radikulārs bojājuma sindroms)

Spināla klaudikācija - periodisks kāju vājums un sāpju pastiprināšanās ar izstarojumu uz kājām pie slodzes (ejot, stāvēt), sāpju mazināšanās apsēžoties, progresējoši kustību ierobežojumi kājās (parēze) un gaitas traucējumi (iespējamais iemesls: Spinālā kanāla sindroms ar mielopātiju) (*Hooten & Cohen, 2015; Coster et al., 2010; Chou et al., 2011*)

#### 6.4. Psihosociālo faktoru jeb dzelteno karogu simptomu novērtējums

Dzeltenie karogi ir pacientam identificētie psihosociālie faktori, kas, lai arī nav saistīti ar nopietnu organisku patoloģiju, tomēr norāda uz hronisku muguras sāpju un no tā izrietošās ilgtermiņa invaliditātes un iespējamā darba zaudēšanas iespējamības palielināšanos. Dzelteno karogu klātbūtne liecina par paaugstinātu distresu kā arī nespēju un sāpēm ilgtermiņā, tie var tikt sadalīti trijās grupās (sk. 1. tabulu). (*Nicholas et al., 2011*)

Ar sāpēm saistītas bailes un trauksmi vislabāk var definēt kā bailes, kas rodas, ja stimulus, kas saistīti ar sāpēm, uztver kā galvenos draudus. Baiļu un trauksmes reakcija ietver psihofizioloģiskus (piemēram, paaugstinātu muskuļu reaktivitāti), uzvedības (piemēram, bēgšanas un izvairīšanās uzvedību), kā arī kognitīvos (piemēram, katastrofizēšana) elementus. Atkarībā no pašreizējām bažām tiek skatīti un, iespējams, nepareizi interpretēti dažādi stimuli. Pētījumi liecina, ka pacientiem, kuriem raksturīgs izteikts sāpju sindroms bieži ir arī bailes no sāpēm, bailes no aktivitātēm, kas var veicināt sāpes, bailes no kustībām un bailes no (atkārtotas) traumas. (*Crombez et al., 2012*)

## 1. tabula Dzelteno karogu simptomātikas dalījums un raksturojums

Attieksmes un uzskati	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sāpes ir kaitīgas un/vai nopietnu nespēju izraisošas</li> <li>Cerība, ka vairāk lietderīga ir pasīva ārstēšana nekā aktīva līdzdalība ārstēšanas/rehabilitācijas procesā</li> <li>Sajūta, ka “neviens netic, ka sāpes ir īstas” – var būt saistītas ar iepriekšējo komunikāciju ar veselības aprūpes darbiniekiem.</li> </ul>
Emocijas un uzvedība	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baiļu (no sāpēm) un izvairīšanās uzvedība (izvairīšanās no aktivitātēm baidoties no sāpēm)</li> <li>Sāpju uzvedība, iekļaujot sāpju pārvarēšanas stratēģijas</li> <li>Pazemināts garastāvoklis un sociāla distancēšanās un noslēgšanās</li> </ul>
Citi psihosociāli faktori	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sliktas attiecības ģimenē vai vardarbīgu attiecību pieredze</li> <li>Finansiālas bažas, kas saistītas ar slimību vai esošām sāpēm</li> <li>Faktori, kas saistīti ar darbu, piem., konflikti par prombūtni un darba nespējas lapu, vai spēju veikt darba pienākumus</li> </ul>

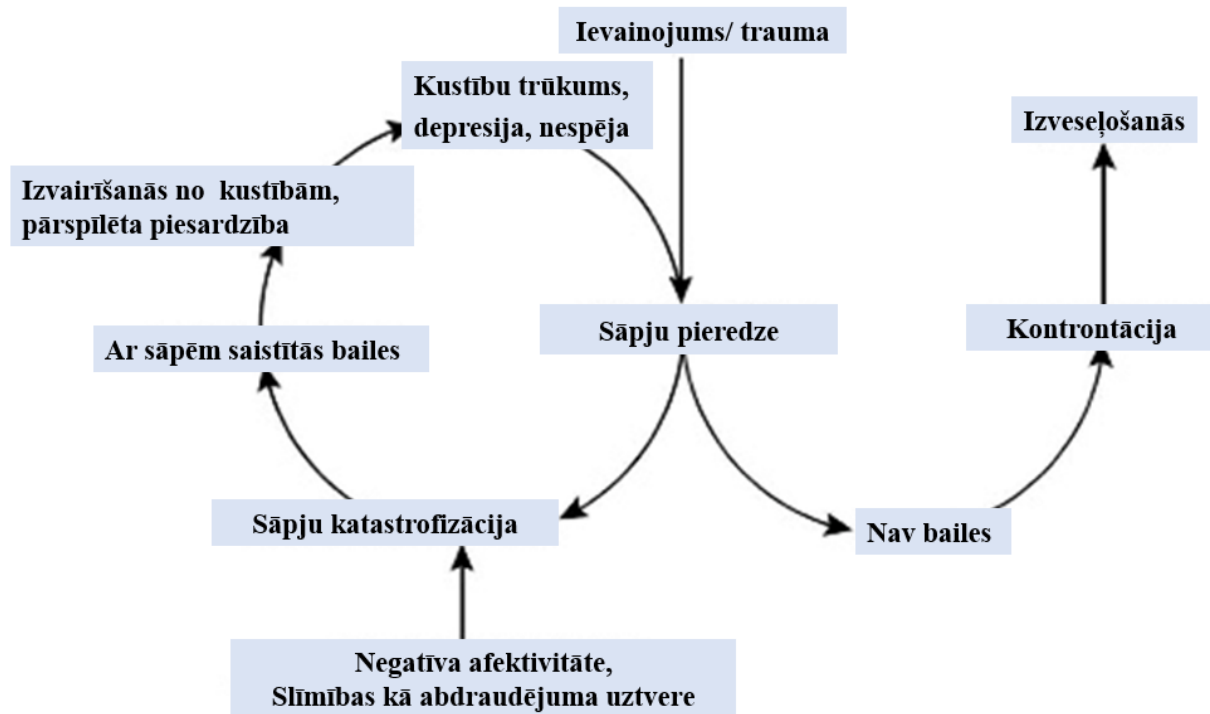
### Baiļu (no sāpēm) – izvairīšanās uzvedības modelis (*Fear-avoidance model*)

Saskaņā ar veiktajiem pētījumiem tiek ieteikts hronisku muguras lejasdaļas sāpju baiļu (no sāpēm) - izvairīšanās uzvedības modelis, kas plašāk pazīstams, kā *fear-avoidance model*. Modelis tika izstrādāts, lai identificētu un izskaidrotu, kāpēc attīstās hroniskas muguras lejasdaļas sāpju problēmas un ar tām saistītā invaliditāte personām, kuras cieš no muguras lejasdaļas sāpēm. Tas paskaidro, kāpēc hroniskas muguras lejasdaļas sāpes un ar to saistītā nespēja attīstās mazākumam no tiem pacientiem, kuriem ir akūtas muguras lejasdaļas sāpes.

Šī modeļa pamatā atkarībā no sāpju uztveres var būt dažādi iznākumi:

- ja parādies sāpēm/ ievainojumam tas tiek uztverts kā nedraudošs, pacienti turpina iesaistīties ikdienas aktivitātēs, tādejādi veicinot atveseļošanās procesu;
- gadījumos, ja akūtas sāpes/ ievainojums tiek uztverts pārspīlēti (katastrofizācija), sākas apburtais loks, kur pārspīlētā sāpju uztvere rada ar sāpēm saistītas problēmas, kā piemēram no sāpēm atkarīgās bailes, izvairīšanos un distancēšanos (sk. 1. attēlu). (*Lethem et al., 1983; Vlaeyen & Linton, 2000*)

Šāds sāpju uztveres modelis akūtu sāpju gadījumā var būt pieņemams, bet ilgtermiņā tas nav vēlams un var izraisīt hroniskas sāpes. Ilgtermiņa sekas šādam uzvedības modelim ir nespēja un sāpju sliekšņa pazemināšanās.



### 1. attēls. Baiļu (no sāpēm) – izvairīšanās uzvedības modelis.

Pacienti ar izteiktu sāpju sindromu un ilgstošām muguras sāpēm, nepieciešams izvērtēt psihosociālos riskus, proti, dzelteni karogu simptomātiku, izmantojot novērtēšanas instrumentus anketas, piemēram,

- Ģeneralizētas trauksmes skala -7 (*Generalized Anxiety Disorder Scale-7 jeb GAD-7*) (Pielikums Nr. 12) (*R. L. Spitzer et al., 1999*)
- Uzskatu un izvairīšanās uzvedības novērtējuma anketa (*Fear-Avoidance Questionnaire*) (Pielikums Nr.14) (*Waddell et al., 1993*)

## 7. Medicīniskās rehabilitācijas veidi

### 7.1. Akūta rehabilitācija (līdz 3 mēnešiem kopš slimības sākuma)

Akūtās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz vienlaikus ar akūtas slimības vai slimības paasinājuma ārstēšanu līdz trim mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža. Akūtās rehabilitācijas pakalpojumi var tikt nodrošināti gan ambulatorās, gan stacionārās ārstniecības iestādēs.

## **7.2. Subakūta rehabilitācija (līdz 6 mēnešiem kopš slimības sākuma)**

Subakūtās rehabilitācijas pakalpojumi ir pakalpojumi, kurus sniedz līdz sešiem mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža.

## **7.3. Ilgtermiņa rehabilitācija (hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumos pēc 6 mēnešiem kopš slimības sākuma)**

Ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumi, kurus sniedz hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, kas ilgāki par sešiem mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža.

## **8. Pacientu ar muguras sāpēm atlase medicīniskai rehabilitācijai**

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus pacientiem ar muguras sāpēm var nodrošināt ambulatori, dienas stacionārā vai stacionārā atkarībā no pacienta funkcionēšanas ierobežojumiem, ņemot vērā atlases kritērijus attiecīgajam rehabilitācijas pakalpojumam.

Ambulatori tiek nodrošināts monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums, kas atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr. 555 ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kuru var saņemt ambulatorā vai stacionārā ārstniecības iestādē.

Ministru kabineta noteikumiem Nr. 555. dienas stacionārā vai stacionārajā ārstniecības iestādē, tiek realizēts multiprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums, ko īsteno multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas komanda, ievērojot šādus nosacījumus:

- pakalpojumu sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts un funkcionālie speciālisti, piedaloties ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kā arī klīniskajiem vai veselības psihologiem;
- multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanā iesaistāmos speciālistus nosaka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, kurš koordinē multiprofesionālās komandas darbu;

Multiprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedz:

- kā bāzes pakalpojumu, kas ilgst 2-3 stundas dienā un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas;
- kā intensīvas rehabilitācijas kursu, kas ilgst 3-4 stundas dienā un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas;

Vismaz reizi nedēļā notiek multiprofesionālās medicīniskās rehabilitācijas komandas sapulces, kurās pieņemtos lēmumus fiksē pacienta medicīniskajā dokumentācijā.

Hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, ja pacientam rehabilitācija ir nepieciešama ilgāk par sešiem mēnešiem, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts pacientu var iekļaut medicīniskās

rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā. Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts īsteno medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr. 555.

### **8.1. Atlases kritēriji ambulatorai medicīniskai rehabilitācijai**

1. Pacientam ir akūtas, subakūtas vai hroniskas muguras sāpes, kas rada vieglus vai vidējus funkcionēšanas traucējumus vismaz vienā SFK domēnā atbilstoši paplašinātai SFK pamatkopai muguras lejasdaļas sāpēm  
**un/vai**  
Pacientam ir akūtas, subakūtas un hroniskas muguras sāpes, kas rada ilgstošu darba nespēju un/vai invaliditātes risku.
2. Pacients ir spējīgs ierasties uz pakalpojumu (tai skaitā izmantojot tehniskos palīglīdzekļus), aktīvi iesaistīties terapijas procesā un ir motivēts rehabilitācijai, kā arī līdz šim nav saņēmis mērķtiecīgu rehabilitāciju muguras sāpju dēļ, izņemot dinamiskās novērošanas reģistra pacientus.
3. Nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe.

### **8.2. Atlases kritēriji medicīniskai rehabilitācijai dienas stacionārā**

1. Pacientam ir subakūtas un hroniskas muguras sāpes, kas rada ilgstošu darba nespēju un/vai invaliditātes risku  
**un/vai**  
Pacientam ir hroniskas muguras sāpes ar psiholoģisko faktoru klātbūtni un progresējošiem funkcionēšanas traucējumiem, ir nepieciešama rehabilitācija multiprofesionālā komandā, tai skaitā psiholoģiska palīdzība  
**un/vai**  
Pacientam ir subakūtas muguras sāpes, kas rada mērenus vai vidēji smagus funkcionēšanas traucējumus vismaz divos SFK domēnos atbilstoši paplašinātai SFK pamatkopai muguras lejasdaļas sāpēm.
2. Pacients ir spējīgs ierasties uz pakalpojumu (tai skaitā izmantojot tehniskos palīglīdzekļus), aktīvi iesaistīties terapijas procesā un ir motivēts rehabilitācijai, kā arī līdz šim nav saņēmis mērķtiecīgu rehabilitāciju muguras sāpju dēļ, izņemot dinamiskās novērošanas reģistra pacientus.
3. Nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe.

### **8.3. Atlases kritēriji medicīniskai rehabilitācijai stacionārā**

Atlases kritēriji pacientu ar atbilstošu rehabilitācijas potenciālu - spējīgs aktīvi iesaistīties terapijas procesā un ir motivēts rehabilitācijai ir šādi (iepējamās kombinācijas):

1. Pacientam ir akūtas, subakūtas un hroniskas muguras sāpes un nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība (mazā iegurņa orgānu funkciju traucējumi, izteikti pārvietošanās traucējumi);



2. Pacients ir darbaspējīgā vecumā ar pirmreizējām muguras sāpēm un progresējošiem funkcionēšanas traucējumiem un /vai nav citādi iespējams nodrošināt atbilstošas intensitātes rehabilitāciju mērķu sasniegšanai;
3. Pacienti pēc mugurkaula ķirurģijas operācijas (ne vēlāk par 6 mēnešiem) ar neiroloģisku deficītu un citiem funkcionēšanas traucējumiem;
4. Pacienti ar muguras sāpēm, kur nav iespējama mugurkaula ķirurģijas terapija medicīnisku indikāciju dēļ;
5. Pacienti ar muguras sāpēm kuru stāvoklis neuzlabojas pēc 6 nedēļu ilgās konservatīvas terapijas (medikamentozā terapija, rehabilitācijas tehnoloģijas) un ir raksturīgi “dzelteno karogu” simptomi;
6. Pacientam ir mēreni vai smagi funkcionēšanas traucējumi vismaz divos domēnos atbilstoši SFK paplašinātai pamatkopai muguras lejasdaļas sāpēm.

## **9. Rehabilitācijas terapeitiskās intervences**

Muguras lejasdaļas sāpes (LBP) var izpausties ar dažādu spaguma pakāpi, sāpju intensitāti un ilgumu (akūts/hronisks), kā arī radīt dažādus funkcionēšanas ierobežojumus.

Sākotnēji akūtas muguras lejasdaļas sāpes var ārstēt konservatīvi un noteiktas fizioterapijas pieejas var nevis saasināt, bet gan palīdzēt. Ir jāidentificē pacienti, kuriem, iespējams, būs nepieciešama sarežģītāka un ilgstošāka terapija, salīdzinot ar tiem, kuriem muguras sāpes izzudīs spontāni.

Hronisku muguras lejasdaļas sāpju gadījumā ir pieejamas daudzas rehabilitācijas metodes, būtu jāakcentē arī potenciālie psihosociālie faktori, kas veicina muguras lejasdaļas sāpes (piemēram, neapmierinātība ar darbu, trauksme, katastrofizācija, depresija utt.). (*Pergolizzi & LeQuang, 2020*)

### **9.1. Fizioterapija**

Izglītojoša programma muguras sāpju pacientiem, tā sauktās “Muguras skolas” uzrāda lielāku efektivitāti sāpju un funkciju traucējumu mazināšanā hronisku muguras lejas daļu sāpju aprūpē ilgtermiņā, salīdzinot ar standarta terapiju, fizikālās terapijas modalitātēm vai informatīvu materiālu izsniegšanu (pierādījumu līmenis A) (*Enix et al., 2020*)

Pilates, stabilizācijas / motorās kontroles, aerobie un pretestības vingrinājumi, iespējams, ir visefektīvākie ārstēšanas paņēmieni pieaugušajiem ar nespecifiskām hroniskām muguras lejasdaļas sāpēm. (*Owen et al., 2020; Saragiotto, Maher, et al., 2016*)

Aerobie vingrinājumi ir rekomendējami, lai mazinātu sāpes un funkciju traucējumus, kā arī lai uzlabotu psihisko veselību pacientiem ar nespecifiskām muguras sāpēm (pierādījumu līmenis A) (*Enix et al., 2020*)

Ir pierādījumi, ka agrīna fizioterapija ir efektīva (iekļaujot pacientu izglītošanu) ne vēlāk kā 4 nedēļas pēc ģimenes ārsta konsultācijas.

Motorās kontroles vingrojumi neuzrādīja lielāku efektivitāti salīdzinājumā ar citiem vingrinājumu veidiem vai medicīnisku ārstēšanu, samazinot sāpes un nespēju pacientiem ar akūtām un subakūtām muguras sāpēm. (*Saragiotto, Maher, et al., 2016*)

Ankilizējošā spondiloartrīta gadījumā rekomendējama 8 nedēļu fizioterapija kopā ar ultraskaņas terapiju uzlaboja pacientu dzīves kvalitāti, tai skaitā mazināja sāpes. (*Sun et al., 2018*)

Ārstnieciskā vingrošana ūdenī, katru dienu, vismaz 4 nedēļas, ievērojami uzlaboja pacienta dzīves kvalitāti, tai skaitā mazināja sāpes, uzlaboja emocionālo stāvokli, uzlaboja locītavu kustību apjomu, pacientiem ar ankilizejošo spondiloartrītu. (*Dundar et al., 2014*)

Sešu nedēļu fizioterapija speciālistu uzraudzībā, ievērojami samazināja sāpju biežumu un intensitāti, uzlaboja muguras muskuļu spēku un locītavu lokanību pacientēm postmenopauzē ar patoloģiskiem skriemeļu lūzumiem. (*Çergel et al., 2019*)

Trakcijai atsevišķi vai kopā ar citām ārstēšanas metodēm ir maza ietekme uz sāpju intensitāti, funkcionālo stāvokli, un pacienta ātrāku atgriešanos darbā. (*Wegner et al., 2013*)

## 9.2. Ergoterapija

Ergoterapijas galvenais mērķis muguras sāpju terapijā ir funkcionēšanas veicināšana aktivitāšu un dalības līmenī atbilstoši SFK.

Ergoterapeiti koncentrējas uz pacientu ar muguras sāpēm nodarbes (pašaprūpe, produktivitāte, brīvais laiks) veikšanas ierobežojumiem, ņemot vērā vides konteksta faktoros (*Lagueux et al., 2018*). Eksperti iesaka izmantot Kanādas nodarbes veikšanas mērījumu, lai identificētu un novērtētu nodarbju veikšanas grūtības pacienta ar muguras sāpēm skatījumā (*Schell et al., 2014*).

Ergoterapeitiem ir vadošā loma multiprofesionālā rehabilitācijas komandā, kuras mērķis ir pacienta ar muguras sāpēm nodarbinātības veicināšana (atgriešana darba tirgū) (*Müllersdorf & Söderback, 2002; Lagueux et al., 2018*). Pētījumu rezultāti rāda, ka multiprofesionāla biopsihosociāla rehabilitācija, iekļaujot ergoterapiju, samazina sāpes un uzlabo funkcionēšanu pacientiem ar hroniskām muguras sāpēm salīdzinājumā ar monoprofesionālu rehabilitācijas pakalpojumu iepriekš nosauktajai pacientu grupai (*Guzmán et al., 2001; Gianola et al., 2018*).

Pacientu izglītošana ergoterapijas laikā par pareizu ķermeņa ergonomiku, par vides pielāgošanu, slodzes dozēšanu, veicot dažādas nodarbes, ievērojami samazināja hronisku muguras sāpju paasinājumu biežumu (*Járomi et al., 2018, Lagueux et al., 2018*).

Nodarbes veicināšanai pacientiem ar muguras sāpēm, pamatojoties uz individuālu vajadzību izvērtējumu, ergoterapeiti biežāk izmanto šādas tehnoloģijas: nodarbju analīze un veikšana, iekļaujot bioatgriezeniskā saites izmantošanu, locītavu aizsardzības un enerģijas taupīšanas principu apmācību, tehnisko palīg līdzekļu izmantošanu, slodzes dozēšanu; vides adaptācija, dzīves paradumu pārskatīšana tai skaitā stresa vadība un relaksācijas metodes (*Müllersdorf & Söderback, 2002; Hale, 2016*).

### 9.3. Fizikālā medicīna

Akūtām muguras lejas daļas sāpēm siltuma terapijas izmantošana, īstermiņā samazina muguras sāpes (pierādījumu līmenis B). (*Enix et al., 2020*)

Augstas vai zemas intensitātes lāzera terapija kombinācijā ar fizioterapiju, uzrāda labāku muguras sāpju samazināšanos īstermiņā, salīdzinot ar fizioterapiju vai lāzerterapiju vienu pašu (pierādījumu līmenis B) (*Enix et al., 2020*)

Hronisku muguras lejas daļas sāpju pacientiem akupunktūra kopā ar standarta terapiju rekomendējama īstermiņa sāpju un funkciju traucējumu samazināšanai, salīdzinot ar standarta terapiju vienu pašu (pierādījumu līmenis A) (*Enix et al., 2020*)

Ultraskaņai īsā laikā var būt neliela ietekme uz muguras muguras funkcijas uzlabošanu, salīdzinot ar placebo, pierādījumu noteiktība ir ļoti zema. Patiesā ietekme, visticamāk, būs ievērojami atšķirīga. Pašreizējie pierādījumi neatbalsta terapeitiskās ultraskaņas izmantošanu hroniskas LBP ārstēšanā. (*Ebadi et al., 2020*)

Dažādas fizikālās medicīnas metodes – aukstuma, siltuma izmantošana, tai skaitā lāzerterapija vai ultraskaņas izmantošana, tiek rekomendēta, lai mazinātu sāpes, stīvumu, uzlabotu locītavu kustību apjomu pacientiem ar ankilizējošo spondiloartrītu. (*Küçükdeveci et al., 2013*)

Miofasciālo sāpju mazināšanā efektīvas terapijas ir lāzerterapija, vidēji efektīva ir transkutāna elektroneirostimulācija, akupunktūra un magnetoterapija. Savukārt, nepietiekami pierādījumi ir augstas frekvences elektroterapijai un ultraskaņas izmantošanu miofasciālo sāpju mazināšanā. (*Oral et al., 2013*)

### 9.4. Kognitīvi biheiviorālā terapija

Kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT) ir pierādījusi īstermiņa efektivitāti hronisku sāpju ārstēšanā, t.sk. pacientiem ar hroniskām muguras sāpēm.

KBT sāpju ārstēšanā ir balstīta uz pieņēmumu, ka ar sāpēm saistītie uzskati un pārvarēšanas stratēģiju efektivitāte ietekmē emocijas un fiziskās nespējas smagumu. Ir pierādīts, ka KBT ir efektīva hronisku sāpju ārstēšanā.

Pētījumos ir noskaidrots, ka KBT ietekmē sāpes un ar tām saistīto garastāvokli, nedaudz mazāk ietekmējot sāpju smagumu. (*Gatchel & Rollings, 2008*)

1. Pacientiem ar hroniskām muguras sāpēm KBT ir salīdzināma ar ķirurģiskās operācijas rezultātiem 1 gada laikā.
2. Pieņemama “pirmās izvēles” ārstēšanas metode pacientiem ar hroniskām muguras sāpēm, kuri nav ārstējušies.
3. Izmantojot minēto terapijas metodi, var pievērsties arī disfunkcionāliem domāšanas modeļiem un uzvedībai, kas saistīta ar blakus slimību depresiju, trauksmi un vielu lietošanu pacientiem ar muguras sāpēm. (*Mirza & Deyo, 2007; Eccleston et al., 2013*)

KBT kombinācijā ar fizioterapiju, salīdzinot ar fizioterapiju vienu pašu:

- samazina sāpes pacientiem ar muguras lejas daļas sāpēm. Terapijas ilgums vismaz 12 mēneši (pierādījumu līmenis A). (*Enix et al., 2020*)
- samazina funkcionēšanas traucējumus/ nespēju pacientiem ar muguras lejas daļas sāpēm, un pāatrina to atgriešanos darbā (pierādījumu līmenis B). (*Enix et al., 2020*)

Izvērtējot pacientu nepieciešamību saņemt rehabilitācijas pakalpojumu dienas stacionārā un vai stacionārā būtu vēlams izvērtēt dzelteni karogu klātbūtni, iekļaujot KBT individuālajā rehabilitācijas plānā.

## Literatūras saraksts

- Bārzdiņš, J., & Konstante, R. (2018). *Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai*.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Black, N. M., Sullivan, S. J., & Mani, R. (2018). A biopsychosocial understanding of lower back pain: Content analysis of online information. *European Journal of Pain (London, England)*, 22(4), 728–744. <https://doi.org/10.1002/ejp.1158>
- Çergel, Y., Topuz, O., Alkan, H., Sarsan, A., & Sabir Akkoyunlu, N. (2019). The effects of short-term back extensor strength training in postmenopausal osteoporotic women with vertebral fractures: comparison of supervised and home exercise program. *Archives of Osteoporosis*, 14(1), 82. <https://doi.org/10.1007/s11657-019-0632-z>
- Chou, R., Qaseem, A., Owens, D. K., & Shekelle, P. (2011). Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 154(3), 181–189. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-3-201102010-00008>
- Coster, S., de Bruijn, S. F. T. M., & Tavy, D. L. J. (2010). Diagnostic value of history, physical examination and needle electromyography in diagnosing lumbosacral radiculopathy. *Journal of Neurology*, 257(3), 332–337. <https://doi.org/10.1007/s00415-009-5316-y>
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *The Clinical Journal of Pain*, 28(6), 475–483. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182385392>
- Dundar, U., Solak, O., Toktas, H., Demirdal, U. S., Subasi, V., Kavuncu, V., & Evcik, D. (2014). Effect of aquatic exercise on ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Rheumatology International*, 34(11), 1505–1511. <https://doi.org/10.1007/s00296-014-2980-8>
- Ebadi, S., Henschke, N., Forogh, B., Nakhostin Ansari, N., van Tulder, M. W., Babaei-Ghazani, A., & Fallah, E. (2020). Therapeutic ultrasound for chronic low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD009169. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009169.pub3>
- Eccleston, C., Morley, S. J., & Williams, A. C. de C. (2013). Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 59–63. <https://doi.org/10.1093/bja/aet207>
- Enix, D., Cho, C., Sembrano, J., Easa, J., Annaswamy, T., Meagher, R., Cassidy, R., O'Toole, J., Matz, P., Asgari, M., Reitman, C., Robbins, D., Stout, A., Tazell, R., Baisden, J., Bess, S., Cheng, D., Provenzano, D., Vorobeychik, Y., & Gulur, P. (2020). *Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain*.

- Fairbank, J. C., Couper, J., Davies, J. B., & O'Brien, J. P. (1980). The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*, *66*(8), 271–273.
- Fritz, J. M., & Irrgang, J. J. (2001). A comparison of a modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. *Physical Therapy*, *81*(2), 776–788. <https://doi.org/10.1093/ptj/81.2.776>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, *133*(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gatchel, R. J., & Rollings, K. H. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society*, *8*(1), 40–44. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2007.10.007>
- Gianola, S., Andreano, A., Castellini, G., Moja, L., & Valsecchi, M. G. (2018). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: the need to present minimal important differences units in meta-analyses. *Health and Quality of Life Outcomes*, *16*(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0924-9>
- Gintere, S., Logina, I., Kozlovska, L., Bērziņa, G., & Pūcīte, E. (2016). *Klīniskās vadlīnijas Muguras Lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē.*
- Grīnberga, D., Velika, B., Pudule, I., Gavare, I., & Villeruša, A. (2019). *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2018.*
- Guzmán, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *322*(7301), 1511–1516. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7301.1511>
- Hale, L. (2016). *Clinical review Back Pain, Chronic: Occupational Therapy.*
- Hampel, P., Köpnick, A., & Roch, S. (2019). Psychological and work-related outcomes after inpatient multidisciplinary rehabilitation of chronic low back pain: a prospective randomized controlled trial. *BMC Psychology*, *7*(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0282-3>
- Hancock, M. J., Maher, C. G., Laslett, M., Hay, E., & Koes, B. (2011). Discussion paper: what happened to the “bio” in the bio-psycho-social model of low back pain? *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, *20*(12), 2105–2110. <https://doi.org/10.1007/s00586-011-1886-3>
- Hooten, W. M., & Cohen, S. P. (2015). Evaluation and Treatment of Low Back Pain: A Clinically Focused Review for Primary Care Specialists. *Mayo Clinic Proceedings*, *90*(12), 1699–1718. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.10.009>

- Ivanovs, R. (2019). *Derpresijas un trauksmes saistība ar kardiovaskulārām slimībām un kardiovasulārās mirstības risku tuvāko 10 gadu laikā (SCORE) primārajā aprūpē Latvijā.*
- Jensen, M. P. (2010). A neuropsychological model of pain: research and clinical implications. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 11(1), 2–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.05.001>
- Jensen, M. P., Chen, C., & Brugger, A. M. (2003). Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *The Journal of Pain*, 4(7), 407–414. [https://doi.org/10.1016/s1526-5900\(03\)00716-8](https://doi.org/10.1016/s1526-5900(03)00716-8)
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD000963. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 350, h444. <https://doi.org/10.1136/bmj.h444>
- Kendall, N. A. (1999). Psychosocial approaches to the prevention of chronic pain: the low back paradigm. *Bailliere's Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 13(3), 545–554. <https://doi.org/10.1053/berh.1999.0044>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Küçükdeveci, A. A., Oral, A., Ilieva, E. M., Varela, E., Valero, R., Berteanu, M., & Christodoulou, N. (2013). Inflammatory arthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49(4), 551–564.
- Lagueux, É., Dépelteau, A., & Masse, J. (2018). Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. *Pain Research & Management*, 2018, 5378451. <https://doi.org/10.1155/2018/5378451>
- Lee, H., Hübscher, M., Moseley, G. L., Kamper, S. J., Traeger, A. C., Mansell, G., & McAuley, J. H. (2015). How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain*, 156(6), 988–997. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000146>
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D., & Bentley, G. (1983). Outline of a Fear-Avoidance Model of exaggerated pain perception--I. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 401–408.

[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90009-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90009-8)

- Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25(9), 1148–1156. <https://doi.org/10.1097/00007632-200005010-00017>
- Martinez-Calderon, J., Flores-Cortes, M., Morales-Asencio, J. M., & Luque-Suarez, A. (2019). Pain-Related Fear, Pain Intensity and Function in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 20(12), 1394–1415. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.04.009>
- McIntosh, G., & Alleyne, J. (2014). Indications for Rehabilitation in Acute Low Back Pain: Making a Correct Referral SPINE HEALTH. *Journal of Current Clinical Care*, 4, 25–33.
- Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība, 176 (2018).
- Mirza, S. K., & Deyo, R. A. (2007). Systematic review of randomized trials comparing lumbar fusion surgery to nonoperative care for treatment of chronic back pain. *Spine*, 32(7), 816–823. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000259225.37454.38>
- Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 16(9), 807–813. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>
- Müllersdorf, M., & Söderback, I. (2002). Occupational therapists' assessments of adults with long-term pain: the Swedish experience. *Occupational Therapy International*, 9(1), 1–23. <https://doi.org/10.1002/oti.153>
- National institute of health and care excellent (NICE). (2020). *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management*.
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., & Main, C. J. (2011). Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737 LP – 753. <http://ptjournal.apta.org/content/91/5/737.abstract>
- Oral, A., Ilieva, E. M., Küçükdeveci, A. A., Varela, E., Valero, R., Berteanu, M., & Christodoulou, N. (2013). Generalised and regional soft tissue pain syndromes. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49(4), 535–549.
- Owen, P. J., Miller, C. T., Mundell, N. L., Verswijveren, S. J. J. M., Tagliaferri, S. D., Brisby, H., Bowe, S. J., & Belavy, D. L. (2020). Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 54(21), 1279–1287. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100886>
- Pasaules Veselības Organizācija. (2003). *Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības*



*klasifikācija.*

- Pergolizzi, J. V. J., & LeQuang, J. A. (2020). Rehabilitation for Low Back Pain: A Narrative Review for Managing Pain and Improving Function in Acute and Chronic Conditions. *Pain and Therapy*, 9(1), 83–96. <https://doi.org/10.1007/s40122-020-00149-5>
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109–20. <https://doi.org/10.1097/00007632-200203010-00017>
- Pincus, T., Kent, P., Bronfort, G., Loisel, P., Pransky, G., & Hartvigsen, J. (2013). Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain—is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. In *Spine* (Vol. 38, Issue 24, pp. 2118–2123). <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3182a8c5d6>
- Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–530. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>
- Ramond-Roquin, A., Bouton, C., Gobin-Tempereau, A.-S., Airagnes, G., Richard, I., Roquelaure, Y., & Huez, J.-F. (2014). Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care—a systematic review. *Family Practice*, 31(4), 379–388. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu008>
- Saragiotto, B. T., de Almeida, M. O., Yamato, T. P., & Maher, C. G. (2016). Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation for Nonspecific Chronic Low Back Pain. *Physical Therapy*, 96(6), 759–763. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150359>
- Saragiotto, B. T., Maher, C. G., Yamato, T. P., Costa, L. O. P., Menezes Costa, L. C., Ostelo, R. W. J. G., & Macedo, L. G. (2016). Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD012004. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012004>
- Schell, B. A. B., Scaffa, M., Gillen, G., & Cohn, E. S. (2014). *Willard and Spackman's Occupational Therapy/ Edition 12*.
- Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Hu, C., de Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., & Kessler, R. C. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150–158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Kroenke, K. (1999). *GAD-7 Anxiety Scoring GAD-7 Anxiety Severity*. 21.

- Spitzer, R L, Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, Robert L, Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Sullivan, M. J. L. (2009). *The Pain Catastrophizing Scale*.
- Sun, Y.-Y., Cui, H.-J., Dong, J.-N., Sun, P., & Meng, Q.-X. (2018). Randomized, Controlled Trial: Efficacy of Ultrasound and Exercise in Patients With Ankylosing Spondylitis. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 24(4), 30–34.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.3.678>
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00242-0)
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157–168. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90127-b](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90127-b)
- Wegner, I., Widyahening, I. S., van Tulder, M. W., Blomberg, S. E. I., de Vet, H. C., Brønfort, G., Bouter, L. M., & van der Heijden, G. J. (2013). Traction for low-back pain with or without sciatica. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8), CD003010. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003010.pub5>
- White 3rd, A. A., & Gordon, S. L. (1982). Synopsis: workshop on idiopathic low-back pain. *Spine*, 7(2), 141–149. [https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/6211779/Synopsis:\\_workshop\\_on\\_idiopathic\\_low\\_back\\_pain\\_](https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/6211779/Synopsis:_workshop_on_idiopathic_low_back_pain_)
- Woolf, A. D., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 646–656. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14710506>
- World Health Organization (WHO). (1948). *Constitution of the World Health Organisation*.

## Pielikumi

Pielikums Nr.1

### Paplašinātā SFK pamatkopa muguras lejasdaļas sāpēm

#### **Kermeņa funkcijas:**

##### *2. līmeņa kategorijas*

b126 Temperaments un personības funkcijas

**b130 Enerģijas un dziņu funkcijas**

**b134 Miega funkcijas**

**b152 Emocionālās funkcijas**

b180 Pašapziņas un laika izjūtas funkcijas

b260 Proprioceptīvās funkcijas

**b280 Sāpju sajūta**

**b455 Slodzes tolerances funkcijas**

b620 Urinācijas funkcijas

b640 Dzimumfunkcijas

**b710 Locītavu kustību funkcijas**

**b715 Locītavu stabilitātes funkcija**

b720 Kaulu kustību funkcijas

**b730 Muskuļu spēka funkcijas**

**b735 Muskuļu tonusa funkcijas**

**b740 Muskuļu izturības funkcijas**

b750 Motorisko refleksu funkcijas

b770 Gaitas modeļa funkcijas

b780 Sajūtas, kas saistītas ar muskuļiem un kustību funkcijām

#### **Kermeņa struktūras:**

**s120 Muguras smadzenes un ar to saistītās struktūras**

s740 Iegurņa apvidus struktūras

s750 Apakšējās ekstremitātes struktūras

**s760 Rumpja struktūras**

**s770 Ar kustībām saistītās muskuļu un skeleta sistēmas papildstruktūras**

## **Aktivitātes un dalība:**

**d240 Stresa pārvarēšana un citas psiholoģiskas vajadzības**

**d410 Ķermeņa stāvokļa maiņa**

**d415 Ķermeņa stāvokļa saglabāšana**

d420 Sevis pārvietošana

**d430 Priekšmetu pacelšana un pārnešana**

d445 Plaukstu un rokas izmantošana

**d450 Staigāšana**

d455 Pārvietošanās

d460 Pārvietošanās dažādās vietās

d465 Pārvietošanās, izmantojot aprīkojumu

d470 Transportlīdzekļa izmantošana pasažiera lomā

d475 Transportlīdzekļa vadīšana

d510 Mazgāšanās

**d530 Tualetes izmantošana**

**d540 Ģērbšanās**

d570 Rūpes par savu veselību

d620 Preču un pakalpojumu iegāde

d630 Ēdiena gatavošana

**d640 Mājas soļa veikšana**

d650 Rūpes par iedzīves priekšmetiem

d660 Palīdzība citiem

d710 Interpersonāla pamatmijiedarbība

**d760 Attiecības ģimenē**

d770 Intīmās attiecības

**d845 Darba iegūšana, tā saglabāšana un darba attiecību pārtraukšana**

**d850 Apmaksāts darbs**

**d859 Cits precizēts un neprecizēts darbs un nodarbinātība**

d910 Dzīve kopienā

d920 Atpūta un brīvais laiks

## **Vides faktori:**

### **e110 Personīgā patēriņa lietas vai vielas**

e120 Lietas un tehnoloģijas sevis pārvietošanai un mobilitātei telpās un ārpus tām

### **e135 Darbā lietojamie līdzekļi un tehnoloģijas**

e150 Publiskai lietošanai paredzēto ēku plānošanā, konstruēšanā un celtniecībā lietojamie līdzekļi un tehnoloģijas

### **e155 Privātai lietošanai paredzēto ēku plānošanā, konstruēšanā un celtniecībā lietojamie līdzekļi un tehnoloģijas**

e225 Klimats

e255 Vibrācija

e325 Paziņas, līdzaudži, kolēģi, kaimiņi un kopienas locekļi

### **e310 Tiešā ģimene**

e330 Priekšnieki

### **e355 Veselības aprūpes profesionāļi**

e360 Ar veselības aprūpi saistītie profesionāļi

### **e410 Tiešās ģimenes attieksmes**

e425 Paziņu, līdzaudžu, kolēģu, kaimiņu un kopienas locekļu attieksmes

### **e450 Veselības aprūpes profesionāļu attieksmes**

e455 Citu ar veselības aprūpi saistīto profesionāļu attieksmes

e460 Sabiedrības attieksmes

e465 Sabiedriskās normas, paradumi un ideoloģija

e540 Dienesti, sistēmas un politika transporta sfērā

### **e550 Dienesti, sistēmas un politika tiesiskajā sfērā**

### **e570 Dienesti, sistēmas un politika sociālajā drošībā**

e575 Dienesti, sistēmas un politika vispārējā sociālajā palīdzībā

### **580 Dienesti, sistēmas un politika veselības aprūpē**

e585 Dienesti, sistēmas un politika izglītībā un mācībās

e590 Dienesti, sistēmas un politika darba un nodarbinātības jautājumos

**\*Kategorijas treknrakstā iekļautas īsajā SFK pamatkopā muguras lejasdaļas sāpēm.**

**\*\*Tulkojums no Comprehensive ICF Core Set for Low Back Pain, saskaņots ar <https://www.spkc.gov.lv/lv/funkcijasanas-nespejas-un-veselibas-klasifikacija>**

## Rekomendējamie mērījumi funkcionēšanas novērtēšanai

SFK kategorija	Mērījums LV
<b><u>Kermeņa funkcijas</u></b>	
<b>b130 Enerģijas un dziņu funkcijas</b>	
<b>b134 Miega funkcijas</b>	Intervija
<b>b152 Emocionālās funkcijas</b>	Pacientu veselības aptauja - 9 Ģeneralizētā trauksmes aptauja -7 Uzskatu un izvairīšanās uzvedības aptauja Sāpju uztveres anketa
<b>b280 Sāpju sajūta</b>	Intervija VAS McGila sāpju skala
<b>b455 Slodzes tolerances funkcijas</b>	
<b>b710 Locītavu kustību funkcijas</b>	Goniometrija
<b>b715 Locītavu stabilitātes funkcija</b>	
<b>b730 Muskuļu spēka funkcijas</b>	Manuāla muskuļu testēšana Dinamometrija
<b>b735 Muskuļu tonusa funkcijas</b>	Ašvorta skala, Modificētā Ašvorta skala
<b>b740 Muskuļu izturības funkcijas</b>	
<b><u>Kermeņa struktūras</u></b>	
<b>s120 Muguras smadzenes un ar to saistītās struktūras</b>	Attēldiagnostikas metodes
<b>s760 Rumpja struktūras</b>	Attēldiagnostikas metodes
<b>s770 Ar kustībām saistītās muskuļu un skeleta sistēmas papildstruktūras</b>	Attēldiagnostikas metodes
<b><u>Aktivitātes un dalība</u></b>	
<b>d240 Stresa pārvarēšana un citas psiholoģiskas vajadzības</b>	Pacientu veselības aptauja - 9 Ģeneralizētā trauksmes aptauja -7 Uzskatu un izvairīšanās uzvedības aptauja Sāpju uztveres anketa
<b>d410 Ķermeņa stāvokļa maiņa</b>	Modificētā Osvestrija muguras lejasdaļas sāpju nespējas anketa

<b>d415 Ķermeņa stāvokļa saglabāšana</b>	Modificētā Osvestrija muguras lejasdaļas sāpju nespējas anketa
<b>d430 Priekšmetu pacelšana un pārvešana</b>	Modificētā Osvestrija muguras lejasdaļas sāpju nespējas anketa
<b>d450 Staigāšana</b>	Modificētā Osvestrija muguras lejasdaļas sāpju nespējas anketa
<b>d530 Tualetes izmantošana</b>	Bartela indekss Kanādas nodarbes veikšanas mērījums
<b>d540 Ģērbšanās</b>	Bartela indekss Kanādas nodarbes veikšanas mērījums
<b>d640 Mājas soļa veikšana</b>	Bartela indekss Kanādas nodarbes veikšanas mērījums
<b>d760 Attiecības ģimenē</b>	Intervija
<b>d845 Darba iegūšana, tā saglabāšana un darba attiecību pārtraukšana</b>	Intervija
<b>d850 Apmaksāts darbs</b>	Intervija
<b>d859 Cits precizēts un neprecizēts darbs un nodarbinātība</b>	Intervija
<b><u>Vides faktori</u></b>	
<b>e110 Personīgā patēriņa lietas vai vielas</b>	Intervija
<b>e135 Darbā lietojamie līdzekļi un tehnoloģijas</b>	Intervija
<b>e155 Privātai lietošanai paredzēto ēku plānošanā, konstruēšanā un celtniecībā lietojamie līdzekļi un tehnoloģijas</b>	Intervija
<b>e310 Tiešā ģimene</b>	Intervija
<b>e355 Veselības aprūpes profesionāļi</b>	Intervija
<b>e410 Tiešās ģimenes attieksmes</b>	Intervija Novērošana
<b>e450 Veselības aprūpes profesionāļu attieksmes</b>	Intervija
<b>e550 Dienesti, sistēmas un politika tiesiskajā sfērā</b>	Intervija
<b>e570 Dienesti, sistēmas un politika sociālajā drošībā</b>	Intervija
<b>580 Dienesti, sistēmas un politika veselības aprūpē</b>	Intervija

## **Novērtēšanas instrumenti dažādu funkciju novērtēšanai**

**FN instrumenti mērķu izvirzīšanai, lai veicinātu personas līdzdalību rehabilitācijas procesā:**

- Kanādas nodarbes veikšanas mērījums (KNVM), 5. versija
- Mērķa sasniegumu skala

**FN instrumenti, ierīces garīgo funkciju novērtēšanai:**

- Mini-mentālā stāvokļa izmeklēšanas tests
- Monreālas kognitīvo funkciju novērtēšanas skala
- Kognitīvās rehabilitācijas programmatūras sistēma *RehaCom*®
- Pacientu veselības aptauja - 9
- Ģeneralizētā trauksmes aptauja -7
- Baiļu un izvairīšanās uzvedības aptauja

**FN instrumenti, ierīces maņu funkcijas un sāpju novērtēšanai:**

- Vizuālo analogu skala (VAS)
- Sāpju uztveres anketa
- Modificētā Osvestrija muguras lejasdaļas sāpju nespējas anketa
- Sāpju klīniskā pamata izmeklēšana tehnoloģiskais nodrošinājums
- Kvantitatīvā sensorā testēšana

**FN instrumenti, ierīces asinsrites sistēmas un elpošanas sistēmas funkcijas novērtēšanai:**

- Sešu minūšu iešanas tests
- Pulsa frekvences un arteriālā spiediena noteikšana

**FN instrumenti, ierīces nervu, muskuļu un skeleta sistēmas un ar kustībām saistītās funkcijas novērtēšanai:**

- Kustību apjoma mērījumi (goniometrija)
- Ašvorta/Modificētā Ašvorta skala
- Dinamometrija, muskuļu spēka mērījumi
- *HURLAB BT4 iBalance Premium* platforma

**FN ierīces nervu sistēmas struktūras novērtēšanai**

- Vizuālās diagnostikas metodes

**FN ierīces ar kustībām saistītās struktūras novērtēšanai:**

- Vizuālās diagnostikas metodes



- Antropometriskie mērījumi
- Fotofiksācija

**FN instrumenti, ierīces vispārēju uzdevumu un vajadzību novērtēšanai:**

- Bartela indekss (BI)

**FN instrumenti, ierīces mobilitātes novērtēšanai:**

- Bartela indekss (BI)
- PVO Invaliditātes novērtēšanas saraksta 2. versija (*WHODAS 2.0*)
- Videofiksācija
- Piecelšanās no krēsla tests
- Piecelšanās un iešanas tests
- Desmit metru iešanas tests
- Berga līdzsvara skala
- Līdzsvars stāvot uz vienas kājas
- Divu minūšu iešanas tests
- Sešu minūšu iešanas tests
- Instrumentālā gaitas analīze

**FN instrumenti, ierīces pašaprūpes novērtēšanai:**

- Bartela indekss (BI)
- PVO Invaliditātes novērtēšanas saraksta 2. versija (*WHODAS 2.0*)

**FN instrumenti - vides faktoru novērtēšanai**

- *The Housing Enabler (HE)*
- Kritienu un negadījumu mājās skrīninga rīks

**Veselībratības novērtējums**

- Veselībratības Prasmju Instruments (*Health Literacy Skills Instrument*)

## Sāpju novērtēšanas analoģu skalas

### Vizuālo analoģu skala (VAS)

Vizuālo analoģu skala (VAS) – indivīds atzīmē savu sāpju intensitāti uz 10 cm (100 mm) gara nogriežņa/lineāla atbilstoši savām izjūtām. Skalas sākuma jeb „0” punkts atbilst stāvoklim, kad sāpju nav, beigu punkts – maksimāli stiprām, visstiprākajām, kādas vien var iedomāties. Pārbaudītājs pēc tam izmēra šo norādīto atzīmi, to izsakot skaitliskās vienībās (cm vai mm), ko fiksē medicīniskajā dokumentācijā.

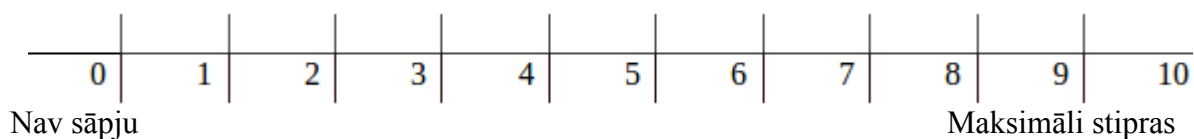


Sāpju nav

Visstiprākās iespējamās sāpes

### Numeriskā analoģu (reitinga) skala (NRS)

Numeriskā analoģu (reitinga) skala (NRS) – indivīds atzīmē sāpju intensitāti uz 11 ballu skaitliskas skalas, kur sāpju intensitātei atbilst skaitlis no 0 līdz 10, atbilstoši 0 - sāpju nav, 10 balles – maksimāli stipras, neizturamas sāpes.



### Verbālā sāpju intensitātes (reitinga) skala (VRS)

Verbālā sāpju intensitātes (reitinga) skala (VRS) – indivīds uz skalas atzīmē sāpju intensitātes novērtējumu aprakstoši vārdiski: nav sāpju, maz izteiktas, vidēji izteiktas, stipras, ļoti stipras, maksimālās jeb visstiprāk izteiktas, ko pārbaudītājs fiksē medicīniskajos dokumentos.

Nav sāpju	Vieglas	Vidējas	Stipras	Ļoti stipras	Maksimāli stipras
-----------	---------	---------	---------	--------------	-------------------

## Rezultātu interpretācija

Sāpju intensitāti ar abām minētajām skalām (VAS un NRS) var noteikt pārbaudītājs (ārsts, ārsta palīgs, sertificēta māsa), aktīvi iztaujājot pacientu, taču iespējama arī indivīda pašnovērtējuma sniegšana rakstiskā veidā, aizpildot anketas vai citādi. Visbiežāk nosaka pašreizējo (izmeklēšanas brīdī esošo) sāpju intensitāti, bet nereti kompleksā izvērtējumā vērtē vidējās sāpes pēdējās diennaktis vai pēdējās nedēļas laikā; var mērīt arī maksimālo un minimālo sāpju līmeni, sāpes miera stāvoklī, pie kustībām; atsevišķi spontāno un provocēto sāpju stiprumu.

Sāpes novērtē kā vieglas (vājas, maz izteiktas), ja tās ir 3 un mazāk balles stipras, 4-6 balles atbilst vidēji stiprām sāpēm, un stipras (intensīvas, stipri izteiktas) sāpes vērtējums ir 7 un vairāk balles. Pacienta sniegtā novērtējuma datus fiksē primārajos medicīniskajos dokumentos.

Vizuāli analogā sāpju skala (*Jensen et al., 2003*) - indivīds atzīmē savu sāpju intensitāti uz 10 cm (100 mm) gara nogriežņa/lineāla atbilstoši savām izjūtām.

Datu interpretācija ir sekojoša :

- no 0 līdz 4 mm sāpes nav;
- 5 līdz 44 mm - vieglas sāpes;
- 45 līdz 74 mm - mērenas sāpes;
- 75 līdz 100 mm - stipras sāpes.

## Modificētā Osvestrija muguras lejasdaļas sāpju nespējas anketa

(Fritz & Irrgang, 2001) (Fairbank et al., 1980)

Šī anketa tika izstrādāta, lai sniegtu informāciju par to, kā muguras sāpes ir ietekmējušas Jūsu spēju tikt galā ar ikdienas dzīvi. Lūdzu, atbildiet uz katru jautājumu, atzīmējot vienu lodziņu, kas vislabāk šobrīd raksturo Jūsu stāvokli.

<p><b>Sāpju intensitāte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es varu paciest esošās sāpes, nelietojot pretsāpju medikamentus.</li> <li><input type="checkbox"/> Ir stipras sāpes, bet es spēju tikt galā, nelietojot pretsāpju medikamentus.</li> <li><input type="checkbox"/> Pretsāpju medikamenti pilnībā novērš sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Pretsāpju medikamenti mēreni atvieglo sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Pretsāpju medikamenti nedaudz mazina sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Pretsāpju medikamenti nav efektīvi un sāpes nemazina.</li> </ul>	<p><b>Sēdēšana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es varu sēdēt jebkurā krēslā tik ilgi, cik es vēlos.</li> <li><input type="checkbox"/> Es varu sēdēt tikai savā iecienītākajā krēslā tik ilgi, cik es vēlos.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes attur mani no sēdēšanas, kas ilgāka par 1 stundu.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes attur mani no sēdēšanas, kas ilgāka par 30 minūtēm.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes attur mani no sēdēšanas, kas ilgāka par 10 minūtēm.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes attur mani no sēdēšanas vispār.</li> </ul>
<p><b>Personiskā aprūpe (piemēram, mazgāšanās, apģērbšanās)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es varu sevi normāli aprūpēt, nepastiprinot sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Es varu sevi normāli aprūpēt, bet tas pastiprina sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Es varu sevi aprūpēt lēnām un piesardzīgi, tas izraisa sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Man ir nepieciešama palīdzība, lai veiktu personīgo higiēnu, bet lielāko daļu es varu izdarīt pats (-i).</li> <li><input type="checkbox"/> Man katru dienu ir nepieciešama palīdzība pašaprūpē.</li> <li><input type="checkbox"/> Es nespēju apģērbties, mazgājos ar grūtībām un paliēku gultā</li> </ul>	<p><b>Stāvēšana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es varu stāvēt, cik ilgi vien vēlos, nepastiprinot sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Es varu stāvēt, cik ilgi vien vēlos, bet tas pastiprina sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes attur mani no stāvēšanas, kas ilgāka par 1 stundu.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes attur mani no stāvēšanas, kas ilgāka par 30 minūtēm.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes attur mani no stāvēšanas, kas ilgāka par 10 minūtēm.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes attur mani no stāvēšanas vispār.</li> </ul>
<p><b>Smagumu celšana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es varu pacelt smagus priekšmetus, nepastiprinot sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Es varu pacelt smagus priekšmetus, bet tas pastiprina sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes traucē man pacelt smagus priekšmetus no grīdas, bet es to varu izdarīt, ja tas ir ērti novietots (piemēram, uz galda).</li> </ul>	<p><b>Gulēšana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sāpes man netraucē labi gulēt.</li> <li><input type="checkbox"/> Es guļu labi, tikai lietojot pretsāpju medikamentus.</li> <li><input type="checkbox"/> Pat lietojot zāles, es guļu mazāk par 6 stundām.</li> <li><input type="checkbox"/> Pat lietojot zāles, es guļu mazāk par 4 stundām.</li> <li><input type="checkbox"/> Pat lietojot zāles, es guļu mazāk par 2 stundām.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes man vispār neļauj gulēt.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sāpes traucē man pacelt smagus priekšmetus, bet es varu pacelt vidēji smagus un vieglus priekšmetus, ja tie ir ērti novietoti.</li> <li><input type="checkbox"/> Es varu pacelt tikai ļoti vieglus priekšmetus.</li> <li><input type="checkbox"/> Es vispār neko nevaru pacelt vai panest.</li> </ul>	
<p><b>Staigāšana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sāpes man netraucē doties pastaigās neatkarīgi no attāluma, varu noiet jebkuru distanci.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes traucē man noiet vairāk nekā 1600 metrus</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes traucē man noiet vairāk nekā 800 metrus.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes traucē man noiet vairāk nekā 400 metrus.</li> <li><input type="checkbox"/> Es varu pārvietoties tikai izmantojot krukus vai spieķi.</li> <li><input type="checkbox"/> Lielāko daļu laika es pavadu gultā un ar lielu piepūli tieku līdz tualetei.</li> </ul>	<p><b>Sociālā dzīve</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mana sabiedriskā dzīve ir normāla, un tā nepastiprina sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Mana sabiedriskā dzīve ir normāla, bet tā pastiprina sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes traucē man piedalīties aktīvākos pasākumos (piemēram, sportā, dejošanā).</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes attur mani no biežākas izklaidēšanās.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes ierobežo manu sociālo dzīvi mājās.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpju dēļ man gandrīz vispār nav sociālās (sabiedriskās) dzīves.</li> </ul>
<p><b>Ceļošana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es varu ceļot jebkur, nepastiprinot sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Es varu ceļot jebkur, bet tas pastiprina sāpes.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes man traucē ceļot ilgāk par 2 stundām.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes man traucē ceļot ilgāk par 1 stundu.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes ierobežo manu ceļošanu līdz īsiem, nepieciešamiem braucieniem, kas nav ilgāki par pusstundu.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes mani attur no jekādas ceļošanas, izņemot vizītes pie ārsta/ terapeita vai uz slimnīcu.</li> </ul>	<p><b>Nodarbinātība / mājas solis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mājas uzkopšanas darbi /darba pienākumi sāpes neizraisa.</li> <li><input type="checkbox"/> Manas parastās sadzīves/darba pienākumi sāpes palielina, bet es joprojām varu paveikt visu vajadzīgo.</li> <li><input type="checkbox"/> Es varu paveikt lielāko daļu mājsaimniecības darbu /darba pienākumu, bet sāpes traucē man veikt atsevišķus fiziskus darbus (piemēram, priekšmetu pacelšana, darbs ar putekļu sūcēju).</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes ierobežo mani veikt mājas uzkopšanas darbus / darba pienākumus, spēju veikt tikai vieglus uzdevumus.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes ierobežo mani veikt vieglus mājas uzkopšanas / darba pienākumus.</li> <li><input type="checkbox"/> Sāpes traucē man veikt jebkādu mājas uzkopšanas darbus vai darba pienākumus.</li> </ul>

## Rezultātu interpretācija

Punktu skaits: Katrai sadaļai kopējais iespējamais rezultāts ir 5: t.i. no 0 līdz 5. Ja jautājumā atzīmēts pirmais atbilžu variants, tad sadaļas rezultāts = 0, ja pēdējais atbilžu variants ir atzīmēts, tad = 5.

Ja visi desmit jautājumi ir aizpildīti, rezultāts tiek aprēķināts šādi:

Piemērs:  $16$  (kopējais punktu skaits) /  $50$  (kopējais iespējamais rezultāts)  $\times 100 = 32\%$

Ja viens jautājums nav atzīmēts vai nav piemērojams, rezultāts tiek aprēķināts:

$16$  (kopējais punktu skaits) /  $45$  (kopējais iespējamais rezultāts)  $\times 100 = 35,5\%$

Rezultātu interpretācija

0% - 20%: minimāla nespēja

21% -40%: mērena nespēja

41% -60%: smaga nespēja

61% -80%: ļoti smaga nespēja

81% -100%: šie pacienti ir vai nu totāli asistējami, vai pārspīlē savus simptomus.

**Sāpju uztveres anketa (PCQ)***(Pain Catastrophizing scale) (Sullivan, 2009)*

Vecums: \_\_\_\_ Dzimums: V( ) S( )

Ikviens dažreiz dzīvē piedzīvo sāpju epizodes. Šādas sāpes var būt galvassāpes, zobu sāpes, locītavu vai muskuļu sāpes. Cilvēki nereti nonāk situācijās, kas var izraisīt sāpes, piemēram, slimība, trauma, stomatoloģiskas procedūras vai ķirurģiskas iejaukšanās.

Mūs interesē, kādas ir jūsu domas un sajūtas, kad jūs izjutat sāpes. Turpmāk ir sniegti trīspadsmit apgalvojumi, kas apraksta dažādas domas un sajūtas, kas var būt saistītas ar sāpēm. Izmantojot turpmāk sniegto skalu, lūdzu, norādiet, cik lielā mērā jums bija šīs domas un sajūtas, kad izjutāt sāpes.

	<b>Kad man sāp....</b>	<b>Nemaz</b>	<b>Reti</b>	<b>Vidēji</b>	<b>Bieži</b>	<b>Visu laiku</b>
1	Es visu laiku uztraucos, vai sāpes beigsies	0	1	2	3	4
2	Man šķiet, ka es šobrīd vairs nevaru paciest sāpes.	0	1	2	3	4
3	Tas ir šausmīgi, un es domāju, ka nekad nekļūs labāk.	0	1	2	3	4
4	Tas ir šausmīgi, un man ir sajūta, ka sāpes mani pārņem	0	1	2	3	4
5	Man ir sajūta, ka nespēju vairs izturēt sāpes.	0	1	2	3	4
6	Man ir bail, ka sāpes pastiprināsies.	0	1	2	3	4
7	Es nepārtraukti domāju arī par citiem sāpīgiem notikumiem.	0	1	2	3	4
8	Es ārkārtīgi vēlos, lai sāpes beigtos.	0	1	2	3	4
9	Es nevaru pārstāt domāt par sāpēm	0	1	2	3	4
10	Es nepārtraukti domāju par to, cik ļoti man sāp	0	1	2	3	4
11	Es nepārtraukti domāju par to, cik ļoti es gribu, lai sāpes pāriet.	0	1	2	3	4
12	Es neko nevaru darīt, lai samazinātu sāpju intensitāti.	0	1	2	3	4
13	Es mēdzu aizdomāties, ka kaut kas nopietns var notikt.	0	1	2	3	4

Kopā \_\_\_\_\_

## Rezultātu interpretācija

Anketa sastāv no 13 jautājumiem, kopējais punktu skaits anketā ir no 0-52. 20 balles kopējā skalā, kas atšķir minimālu nespēju no vidēji stipras nespējas un 30 punkti no vidējas uz smagu.

Tas nozīmē, ka, analizējot kopēju punktu skaitu (kopējā skalā):

- No 0-20 punkti - minimalu nespēju
- 21-29 punkti – vidēja nespēja
- 30-52 punkti smaga nespēja

Jautājumi tiek dalīti 3 apakšskalās, kur katrai no apakšskalām atbilst noteiktu jautājumu summa:

Ruminācija (*Rumination*) – 8., 9., 10., 11. jautājumu summa

Pārspīlēšana (*Magnification*) - 6., 7., 13. jautājumu summa

Bezpalīdzība (*Helplessness*) – 1., 2., 3., 4., 5., 12. jautājumu summa



**Pacientu veselības aptauja - 9 (PHQ-9)***(Kroenke et al., 2001)*

PHQ-9 skalas izmantošanai, pavairošanai, tulkošanai un izplatīšanai nav nepieciešama atļauja. Šis depresijas pašnovērtējuma instruments ir veidots no deviņiem apgalvojumiem, kuri ir balstīti uz DSM-IV depresijas diagnostiskiem kritērijiem

<b>Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām?</b> <i>(Apvelciet atbilstošo aplīti katrā rindiņā)</i>	<b>Nemaz</b>	<b>Vienu vai dažas dienas</b>	<b>Vairumā dienu</b>	<b>Gandrīz katru dienu</b>
1. interešu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3
3. grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	0	1	2	3
4. nogurums vai enerģijas trūkums	0	1	2	3
5. pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0	1	2	3
6. neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievīlis/-usi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
7. grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties tv	0	1	2	3
8. kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. vai pretēji – bijāt tik satraukts un rosīgs, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0	1	2	3
9. domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā ievainot sevi	0	1	2	3
<b>Vērtējumu skaits</b>				
<b>Summa</b>				

**Rezultātu interpretācija**

Pacientu veselības aptauja -9 (PHQ-9) anketa sastāv no 9 jautājumiem, kur atbildes tiek sniegtas 4 punktu Likerta skalā no 0 (“nemaz”) līdz 3 (“gandrīz katru dienu”). Kopējais punktu skaits anketā ir no 0-27 punktiem.

Anketas rezultātu interpretācija:

0– 4 punkti – nav depresija

5–9 punkti – viegla depresija;

10–14 punkti – vidēja depresija;

15–19 punkti – vidēja smaga depresija;

20–27 punkti – smaga depresija.

**Ģeneralizēta trauksmes aptauja -7 (GAD-7)***(R L Spitzer et al., 1999)*

Anketa ir brīvpieejas pašnovērtēšanas skala, kas tika izstrādāta, lai novērtētu trauksmes simptomus primārās aprūpes pacientu populācijā.

<b>Cik bieži <u>pēdējo 2 nedēļu laikā</u> Jūs saskārāties ar kādu no turpmāk minētajām problēmām?</b> <i>(Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindiņā)</i>	<b>Nemaz</b>	<b>Dažas dienas</b>	<b>Vairāk par nedēļu</b>	<b>Gandrīz katru dienu</b>
1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu.	0	1	2	3
2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu.	0	1	2	3
3. Pārmērīgi satraucāties par dažādām lietām.	0	1	2	3
4. Grūtības atslābināties	0	1	2	3
5. Bijāt tik nemierīgs /-a, ka nesējāt nosēdēt uz vietas.	0	1	2	3
6. Viegli kļūvāt aizkaitinams/ -a	0	1	2	3
7. Jūtāt bailes, ka varētu notikt kaut kas šausmīgs	0	1	2	3
Kopā:	_____+_____+_____+_____			
Kopvērtējums	=_____			

**Rezultātu interpretācija**

Ģeneralizēta trauksmes aptauja -7 (GAD-7) – sastāv no 7 jautājumiem, kur atbildes tiek sniegtas 4 punktu Likerta skalā no 0 (“nemaz”) līdz 3 (“gandrīz katru dienu”).

Kopējais punktu skaits anketā ir no 0-21.

Sekojoš punktu skaits anketā liecina par:

- 0–4 - minimāla trauksme
- 5–9 - viegla trauksme
- 10–14 - mērena trauksme
- 15–21 - stipra trauksme

## Uzskatu un izvairīšanās uzvedības novērtējuma anketa (FAQ)

(Fear- avoidance questionnaire, Waddell et al., 1993)

Šajā aptaujas lapā būs minētas dažas lietas, ko citi pacienti ir mums stāstījuši par savām sāpēm.

Lūdzu, izlasiet katru no zemāk redzamajiem apgalvojumiem un atzīmējiet ciparu no 0 līdz 6, kas norāda cik lielā mērā fiziskās aktivitātes (tādas kā liekšanās, smagumu celšana, staigāšana vai braukšana ar automašīnu) ietekmē vai varētu ietekmēt Jūsu muguras sāpes.

	Pilnībā nepiekrītu			Nezinu	Pilnībā piekrītu		
	0	1	2		3	4	5
1. Manas sāpes izraisīja fiziskas aktivitātes.	0	1	2	3	4	5	6
2. Fiziskās aktivitātes pastiprina manas sāpes.	0	1	2	3	4	5	6
3. Fiziskās aktivitātes varētu nodarīt pāri manai mugurai	0	1	2	3	4	5	6
Man nevajadzētu veikt fiziskās aktivitātes, kas pastiprina vai varētu pastiprināt manas sāpes.	0	1	2	3	4	5	6
5. Es nevaru veikt fiziskās aktivitātes, kas pastiprina vai varētu pastiprināt manas sāpes.	0	1	2	3	4	5	6
Nākamie apgalvojumi ir par to, kā Jūsu darbs ietekmē vai varētu ietekmēt Jūsu muguras sāpes.							
6. Manas sāpes izraisīja mans darbs vai negadījums darbā.	0	1	2	3	4	5	6
7. Mans darbs pastiprināja manas sāpes	0	1	2	3	4	5	6
8. Man tiek apmaksāta slimības lapa, sakarā ar muguras sāpēm.	0	1	2	3	4	5	6
9. Mans darbs ir pārāk smags man.	0	1	2	3	4	5	6
10. Mans darbs pastiprina vai varētu pastiprināt manas sāpes.	0	1	2	3	4	5	6
11. Mans darbs varētu nodarīt pāri manai mugurai.	0	1	2	3	4	5	6
12. Man nevajadzētu veikt savu ierasto darbu ar pašreizējām sāpēm.	0	1	2	3	4	5	6
13. Es nevaru veikt savu ierasto darbu ar pašreizējām sāpēm.	0	1	2	3	4	5	6
14. Es nevaru veikt savu ierasto darbu, kamēr sāpes nav izārstētas.	0	1	2	3	4	5	6
15. Es domāju, ka nevarēšu atgriezties savā ierastajā darbā tuvākajos 3 mēnešos.	0	1	2	3	4	5	6
16. Es domāju, ka nekad nevarēšu atgriezties savā ierastajā darbā.	0	1	2	3	4	5	6

## **Rezultātu interpretācija**

Pacientu uzskatu un izvairīšanās uzvedības novērtējuma anketa - sastāv no 17 apgalvojumiem, kur katru jautājumu novērtē ar septiņu punktu Likerta skalu (0 – pilnībā nepiekrītu, 6 – pilnībā piekrītu).

Anketai ir divas apakšskalas:

Darba apakšskala ar septiņiem jautājumiem (6., 7., 9., 10., 11., 12., 15.) (maksimālais punktu skaits 42)

Fizisko aktivitāšu apakšskala ar četriem jautājumiem (2., 3., 4., 5.) (maksimālais punktu skaits 24).

Lielāks punktu skaits liecina par izteiktāku pārliecību, ka sāpju cēlonis un iespējamais pastiprinošais faktors ir fiziskās aktivitātes un/vai darbs un izteiktāku vēlēšanos izvairīties.

## Monreālas kognitīvo funkciju novērtēšanas skala (MoCA)

<b>MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)</b>		<b>VĀRDS :</b> Izglītība : Dzimums :	<b>Dzimšanas dati :</b> Datums :					
<b>VIZUĀLI TĒLPISKĀS SPĒJAS / VADĪBAS FUNKCIJAS</b>		Pārzīmēt kubu	Uzzīmēt PULKSTENI (desmit minūtes pāri vienpadsmitiem) (3 punkti)	<b>PUNKTI</b>				
		[ ]	[ ] [ ] [ ] Kontūra Ciparnīca Rādītāji	___/5				
<b>NOSAUKŠANA</b>					___/3			
<b>ATMIŅA</b>	Izlasiet vārdu sarakstu, lūdziet respondentam tos atkārtot. Veiciet to 2 reizes, pat, ja 1. mēģinājums bijis veiksmīgs. Lūdziet atcerēties šos vārdus vēl pēc 5 minūtēm.	SUNS	VELVETS	BĒRZS	ROZE	ZILS	Nav punkti	
		1. mēģinājums						
		2. mēģinājums						
<b>UZMANĪBA</b>		Nosauciet skaitļu virkni (1 skaitlis /sekundē)		Respondentam tie jāatkārto tiešā secībā [ ] 2 1 8 5 4			___/2	
				Respondentam tie jāatkārto pretējā secībā [ ] 7 4 2				
Sauciet burtus. Respondentam jāuzsūt ar plaukstu pa galdu pie katra burta A. Punkti netiek doti, ja ir ≥ 2 kļūdas				[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB			___/1	
Atņemiet pa 7, sākot no 100		[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	___/3	
		4 vai 5 pareizas darbības: 3 p., 2 vai 3 pareizas: 2 p., 1 pareiza: 1 p., 0 pareizas: 0 p.						
<b>VALODA</b>		Atkārtojiet: Es zinu tikai to, ka Jānis ir vienīgais, kas šodien palīdz. [ ] Kakls vienmēr slēpās zem divāna, kad suņi bija istabā. [ ]					___/2	
Valodas raitums. 1 minūtes laikā nosauciet pēc iespējas vairāk vārdus uz burtu L. [ ] _____ (N ≥ 11 vārdi)							___/1	
<b>VISPĀRINĀŠANA</b>		Līdzība starp vārdiem, piemēram, banāns – apelsīns = augļi [ ] vilciens - velosipēds [ ] pulkstenis – lineāls					___/2	
<b>ATSAUKŠANA ATMIŅĀ</b>		Jātsauc atmiņā vārdi BEZ NOTEIKTAS SECĪBAS	SUNS [ ]	VELVETS [ ]	BĒRZS [ ]	ROZE [ ]	ZILS [ ]	___/5
Izvēles uzdevums		Norāde par kategoriju						
		Norāde ar sarakstiem atbilstoši variantiem						
<b>ORIENTĀCIJA</b>		[ ] Datums	[ ] Mēnesis	[ ] Gads	[ ] Diena	[ ] Vieta	[ ] Pilsēta	___/6
© Z.Nasreddine MD Version November 7, 2004 www.mocatest.org Norma ≥ 26/30		<b>KOPĀ</b>					___/30	
Testu vada _____		Pieskaitīt 1 punktu, ja izglītība ≤ 12 skolas gadem						

## Rezultātu interpretācija

Piešķir vienu punktu par katru pareizu atbildi *MoCA* aptaujā. Respondentam precīzi jāpasaka datums un precīza vieta (slimnīcas nosaukums, klīnika, birojs). Punkti netiek piešķirti, ja respondents kļūdas par vienu dienu vai datumu.

Kopējais punktu skaits: summējot visus ieraksītos punktus labajā pusē. Pievienojiet vienu punktu, ja respondentam izglītība ir 12 gadu vai mazāk skolas gadu, maksimālais punktu skaits ir 30.

Kopējais punktu skaits 26 un augstāk tiek uzskatīts par normu.

Anketa ir brīvpieejas lietošanā, bet tās lietošanai ir nepieciešama apmācība