



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

**VLOGA KOMUNIKACIJE PRI
REHABILITACIJI PACIENTA S KRONIČNO
BOLEČINO – PREGLED LITERATURE**

**THE ROLE OF COMMUNICATION IN THE
REHABILITATION OF PATIENTS WITH
CHRONIC PAIN: A LITERATURE REVIEW**

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidatka: Marijana Markovc

Jesenice, februar, 2023

ZAHVALA

Moja posebna zahvala gre mentorici, doc. dr. Katji Pesjak za nesebično pomoč, usmerjanje in nasvete pri izdelavi in oblikovanju diplomskega dela. Ob tem bi se zahvalila tudi Blanki Koščak Tivadar, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela in Alenki Benedik, univ. dipl. prev. za lektoriranje.

Prav tako bi rada poudarila, da tega dela ne bi bilo mogoče napisati brez podpore sogovornikov iz fizioterapevtskega sveta, pri katerih se že vnaprej veselim nadaljnjih priložnosti za strokovno sodelovanje. Vsi pogovori s sogovorniki so mi bili v veliko veselje in so prispevali k še večji zavzetosti za pisanje.

Ob koncu bi se rada še posebno zahvalila svoji družini za vso podporo, potrpežljivost in razumevanje. Hvala, ker ste verjeli vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Pomanjkanje znanja o učinkoviti komunikaciji pri obvladovanju kronične bolečine je ovira za izvajanje različnih fizioterapevtskih pristopov. Pomembni so psihološki pristopi, ki temeljijo na ustreznih komunikacijskih kompetencah fizioterapevtov.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil raziskati vlogo komunikacije pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino in identificirati vmesne in končne spremenljivke, ki povezujejo komunikacijsko vedenje fizioterapevtov z rehabilitacijskimi izidi.

Metoda: Diplomsko delo temelji na raziskovalni metodi pregleda literature. Pri pisanju diplomskega dela smo uporabili različne podatkovne baze: v spletnem bibliografskem sistemu COBISS+, v podatkovnih bazah PeDro, PubMed, CINAHL in Google Scholar. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: iskanje člankov v obdobju 2012–2022, besedila v angleščini in slovenščini, dostop brez plačila do polnega besedila in izvlečka. Med ključnimi besedami smo uporabili Boolov operator za slovenski jezik »IN« in za angleški jezik »AND«. Za ključne besede smo uporabili besede oz. besedne zveze: »kronična bolečina«, »fizioterapija«, »komunikacija«, »kvalitativna raziskava«, »chronic pain«, »physical therapy«, »communication«, »qualitative research«.

Rezultati: Vključenih je bilo štirinajst znanstvenih virov. Specifičnost uporabljenih komunikacijskih izrazov je bila zelo različna. Pregled gradiva je identificiral dve večji vsebinski kategoriji: vlogo komunikacije pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino ter elemente komunikacije, ki jih morajo poznati fizioterapevti. Ugotovljena in razkrita je omejena komunikacijska pismenost fizioterapevtov pri rehabilitaciji kronične bolečine. Diplomsko delo tudi podaja konceptualni okvir temelječ na dokazih, da znanje o ustrezni komunikaciji fizioterapevtov znatno vpliva na rezultate zdravljenja.

Razprava: Diplomsko delo je razkrilo omejeno operacionalizacijo komunikacijskega vedenja, ki ga pri svojem delu s pacienti s kronično bolečino izvajajo fizioterapevti. Konceptualni oziroma teoretični okvir, ki temelji na dveh komunikacijskih temah, opredeljenih v literaturi, je predlagan kot osnova oziroma smernice bodočih raziskav.

Ključne besede: mišično-skeletna bolečina, obvladovanje bolečine, oskrba pacienta, fizioterapevt

SUMMARY

Theoretical background: The lack of knowledge regarding effective communication when managing chronic pain hinders the implementation of various physiotherapeutic approaches. The psychological strategies based on adequate communication competences of physiotherapists are important.

Aims: The thesis aims to ascertain the role of communication used by physiotherapists in the treatment of patients with chronic pain and to identify intermediate and end variables that link communication behaviours to patient rehabilitation outcomes.

Methods: The literature review research methodology is the basis of the thesis. When writing the thesis, we used various databases: the online bibliographic system COBISS+ as well as PeDro, PubMed, CINAHL and Google Scholar databases. The following search criteria were applied: articles published in the period between 2012 and 2022, texts in English and Slovenian, and free access to the full text and abstract. To combine the keywords, we used the Boolean operator "IN" for the Slovenian language and "AND" for the English language. The following keywords were used to search for literature in both languages: "kronična bolečina", "fizioterapija", "komunikacija", "kvalitativna raziskava", "chronic pain", "physical therapy", "communication", "qualitative research".

Results: Fourteen scientific sources were included in the review. The specificity of the communication terms used varied greatly. The literature review identified two major categories: (i) the role of communication in the rehabilitation of patients with chronic pain and (ii) the elements of communication that physiotherapists must know. The limited communication literacy of physiotherapists in the rehabilitation of chronic pain has been identified and revealed. The thesis also provides a conceptual framework based on the evidence that the knowledge of appropriate communication among physiotherapists affects treatment outcomes significantly.

Discussion: The thesis revealed the limited operationalization of communication behaviour practiced by physiotherapists in their work with chronic pain patients. A conceptual or theoretical framework based on two communication topics defined in the literature is proposed as a basis or guideline for future research.

Key words: musculoskeletal pain, pain management, patient care, physiotherapist

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 POJEM KOMUNIKACIJA	1
1.1.1 Metafunkcije jezika	4
1.2 KOMUNIKACIJSKI PRISTOPI	5
1.2.1 Biopsihosocialni pristop	5
1.2.2 Komunikacijski pristop usmerjen na pacienta	5
1.2.3 Terapevtsko zaveznitvo	6
1.3 SODELOVANJE PACIENTA PRI KOMUNIKACIJI	7
1.3.1 Povratna informacija v verbalni in neverbalni komunikaciji	8
1.4 KOMUNIKACIJA PRI REHABILITACIJI KRONIČNE BOLEČINE	9
2 EMPIRIČNI DEL	11
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	11
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	11
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	11
2.3.1 Metode pregleda literature	12
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	12
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	13
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	14
2.4 REZULTATI	15
2.4.1 PRIZMA diagram	15
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	24
2.5 RAZPRAVA	26
2.5.1 Omejitve raziskave	31
2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo	31
3 ZAKLJUČEK	32
4 LITERATURA	33

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram	16
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature	12
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu	14
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	16
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	25

SEZNAM KRAJŠAV

PIP	Psihološko podprta praksa
PIPT	S psihološkimi pristopi podprta fizioterapevtska obravnava

1 UVOD

1.1 POJEM KOMUNIKACIJA

Komunikacija je proces izmenjave sporočil med dvema ali več sogovorniki. Gre za izmenjavo mnenj in idej. Njeno bistvo je razumevanje in ne strinjanje. Nastane z uporabo skupnih besednih in nebesednih simbolov. Uporabljamo besede, govoro telesa in glas. Ljudje drug drugemu sporočajo, kako se počutijo in kakšen odnos imajo do sebe ter do sočloveka. Ker gre za spretnost, se je lahko nauči in priuči vsakdo. Dokazano je, da je nebesedna komunikacija veliko pomembnejša od besed. Samo s spremembo tona glasu se lahko vsebina sporočila popolnoma spremeni (Ramovš, 2014).

Beseda komuniciranje ima izhodišče v latinski besedi *communicare*, kar pomeni podeliti, sporočiti, narediti nekaj skupno, sporazumeti se, sodelovati, deliti, narediti nekaj splošnega oziroma skupnega. Proces komunikacije definirajo trije glavni dejavniki: vsebina, oblika in cilj. Vsebina komunikacije in oblika skupaj ustvarjata sporočila, ki so poslana do cilja. Cilj je lahko oseba sama, druga oseba (medosebna komunikacija) ali drugi subjekti, na primer skupina, organizacija ali družba. Človeško komunikacijo delimo na verbalno komunikacijo in neverbalno komunikacijo. Verbalna komunikacija je tista, ki jo posameznik doseže z govorom in/ali pisanjem, kot zapisom govora, neverbalna pa tista, ki jo dosežemo z neverbalnimi znaki (Lapornik, 2017).

Verbalna komunikacija je ena izmed osnovnih dejavnosti človeka kot družabnega bitja, saj:

- je v interakciji z življenjskim in delovnim okoljem,
- spremeni svoje vedenje kot odgovor na sporočila, ki jih sprejema s komunikacijo,
- z verbalno komunikacijo se izvaja dvosmerna meditacija (hkrati človek meditira s svetom in svet s človekom) (Ramovš, 2014).

Neverbalna komunikacija je način, s katero ljudje komuniciramo brez besed, hote ali nehote. Neverbalna komunikacija se uporablja za izražanje čustev, prikazovanje

odnosov, ki odražajo lastnosti človeka, pa tudi za spodbujanje ali spreminjanje verbalne komunikacije (Ramovš, 2014).

Kadar izvajalec zdravstvene oskrbe pri obravnavi pacienta pomanjkljivo komunicira s pacientom, se najpogosteje zmanjša pacientovo zadovoljstvo ter učinkovitost same obravnave (Bofulin, et al., 2016). Proces komunikacije med fizioterapevtom in pacientom je vse bolj prepoznan kot terapevtska praksa. Po mnenju Svetovne zveze fizioterapevtov so komunikacijske veščine med temeljnimi strokovnimi kompetencami v poklicu fizioterapevta (World Physiotherapy (WP), 2019). S komunikacijskimi interakcijami lahko fizioterapevti izobražujejo, motivirajo, opolnomočijo ali osvobajajo, izražajo empatijo ali avtoriteto, izkazujejo zanimanje ali gradijo zaupanje (Hiller, 2017). Fizioterapevt med komunikacijo s pacientom usmerja in vodi pogovor, s čimer zagotavlja vrsto in potrebno količino informacij o stanju in okoliščinah, v katerih se pacient oziroma klient nahaja, katere mu lajšajo ali ovirajo možnosti ter o vidikih, ki se mu zdijo pomembni za njegovo zdravje in dobro počutje (Amoudi, et al., 2017).

Komunikacija je vseprisotna, saj človek ne more ne komunicirati, bolj redka pa je kompetentna komunikacija (Spitzberg, 2013). Komunikacijska kompetenca je formalno opredeljena kot »stopnja, do katere se smiselno vedenje dojema kot primerno in učinkovito v danem kontekstu«; na to presojo vpliva kombinacija komunikatorjeve motivacije, znanja in spretnosti (Spitzberg, 2013). Kompetentna komunikacija učinkovito in ustrezno prenaša pomen in je bila povezana z natančnejšim poročanjem in razkritjem pacientov, boljšim upoštevanjem zdravljenja in izboljšanimi kliničnimi rezultati v različnih okoljih zdravstvene oskrbe (Butow & Sharpe, 2013). Nedavno je bilo razvitih več začetnih in nadaljevalnih profesionalnih programov usposabljanja za izboljšanje usposobljenosti fizioterapevtov pri terapevtski komunikaciji pri obravnavi bolečine (Ballengee, et al., 2021; The National Quality Partners™ (NQP), 2022). Obstaja potreba po širšem, integrativnem pristopu, kjer je fizioterapevtska praksa odvisna od širšega obsega veščin in znanja, kot se tradicionalno trdi. V fizioterapevtski pristop je treba vključiti čustvene in socialne vidike življenja pacientov. Dejstvo je, da narašča raziskovalno zanimanje za učinke nekaterih komunikacijskih tehnik, kot sta

motivacijski pogovor in svetovanje kot del fizioterapevtskega zdravljenja (Lonsdale, et al., 2012).

Pristopi, osredotočeni na pacienta, so bili uvedeni v zdravstvene prakse kot način za zmanjšanje vrzeli med biomedicinskim modelom bolezni in pacientovimi izkušnjami bolezni (Louison Vang, et al., 2019). V fizioterapiji je naraščajoče zanimanje za pristope, osredotočene na pacienta, pomagalo poudariti odnos med terapevtom in pacientom ter komunikacijo v fizioterapevtski praksi (Wijma, et al., 2017). Dobro komunikacijo pacienti izpostavljajo kot pomembno za občutek vključenosti v proces zdravljenja in sodelovanje (Naylor, et al. 2022). Vendar pa študije o fizioterapevtski praksi podpirajo trditev, da je glas zdravstvenega osebja usmerjen bolj k neupoštevanju glasu pacientovega vsakdanjega življenjskega sveta kot pa k upoštevanju (Hiller & Delany, 2018). V raziskavi (Josephson, et al., 2015) trdijo, da čeprav se je zdelo, da so pacienti sodelovali pri posvetovanju s kliničnega in medosebnega vidika, so bili fizioterapevti usmerjeni v to, kaj jim je klinično pomembno. Podobna raziskava (Hiller & Delany, 2018) poudarja, kako je bila komunikacija med fizioterapevtom in pacientom pretežno značilna za pristop, usmerjen na zdravstveno osebje, zaradi načina strukture komunikacije in ker so se terapevti osredotočali predvsem na fizične vidike pacientovega zdravstvenega problema. Vendar so v Hillerjevi raziskavi (Hiller & Delany, 2018) avtorji izpostavili svoje ugotovitve s poudarjanjem, kako se je zdelo, da dotik, kot oblika neverbalnega komunikacijskega vira v fizioterapevtski praksi, spodbuja pristop, usmerjen na pacienta. Na splošno literatura o osredotočenosti na pacienta v fizioterapiji običajno poudarja dejstvo, da je praksa fizioterapije močno zakoreninjena v medicinskem, pristopu vzrok-posledica in da se fizioterapevti pogosto počutijo negotove, ko njihovo delo s pacientom ni več osredotočeno izključno na pacientovo telo. Ko se odnos s pacientom premakne na raven globlje komunikacije o njihovem socialnem in čustvenem življenju, se fizioterapevti pogosto počutijo negotovo (Jeffrey & Foster, 2012; Sanders, et al., 2013; Mudge, et al., 2014; Synnott, et al., 2015). Tako se predhodne raziskave komunikacije v fizioterapiji zaključijo s pozivom k empiričnim raziskavam, ki bi lahko pomagale teoretizirati klinične pogovore in izboljšati samozavedanje fizioterapevtov o komunikaciji, ki je temeljni element pri zdravljenju bolnikov (Hiller & Delany, 2018).

1.1.1 Metafunkcije jezika

Michael Halliday izhaja iz predpostavke, da se jezik razvija kot odziv na specifične zahteve družbe v kateri se nahaja. Narav jezika je tesno povezana z družbenimi cilji in vedno ostaja v funkciji ohranjanja družbe. Hallidayeva teorija gramatike je skoncentrirana okrog temeljnih konceptov, med katerimi je tudi koncept metafunkcije. Koncept metafunkcije izhaja iz ideje, da je govorna enota poved sestavljena iz treh pomenskih enot. Halliday deli naš način uporabe jezika na tri različne metafunkcije: besedilna metafunkcija povedi, medosebna in ideacijska metafunkcija povedi (Bakuuro, 2017). Ideacijska metafunkcija zadeva vsebino – našo jezikovno rabo kot predstave o svetu v najširšem pomenu in vključuje našo lastno zavest. Medosebna metafunkcija se nanaša na dotik in navezovanje stikov. Ta metafunkcija govori o tem, kako se uporaba jezika dotakne poslušalca ter oblikuje stik in odnos med govorcem in poslušalcem. Z uporabo verbalnih in neverbalnih virov stopimo v stik drug z drugim in vzpostavimo različne vrste odnosov. Medosebna metafunkcija je torej vse, kar lahko razumemo z izražanjem lastne osebnosti in osebnih čustev na eni strani ter oblikami interakcije in družbenega prepletanja z drugimi udeleženci v komunikacijski situaciji na drugi strani. Tretja metafunkcija, besedilna, ustvarja koherenco med idejnimi in medosebnimi metafunkcijami in zadeva pretok informacij v besedilu: to je, kako ljudje uporabljajo jezik za ustvarjanje koherence, na primer v pogovoru ali pismu. Besedilna metafunkcija je tista komponenta, ki govorniku omogoča, da tisto, kar govori, organizira tako, da je v kontekstu smiselno in izpolnjuje svojo funkcijo sporočila (Zečić-Durmišević, 2021).

Zgoraj zapisano predstavlja pomemben košček komunikacije in komunikacijskega procesa. Ker mnogoplastna interakcija med izvajalci zdravstvenih storitev in pacienti pogosto predstavlja veliko oviro pri oblikovanju ustrezne rehabilitacije (Papež, 2018), je pomembno, da fizioterapevti komunikacijske veščine pridobijo že tekom študija. Na tak način, se kompleksna narava komunikacije začne razvijati že na začetku profesionalnega razvoja (Jovanović, et al., 2020).

1.2 KOMUNIKACIJSKI PRISTOPI

1.2.1 Biopsihosocialni pristop

V fizioterapiji, tako kot v drugih k pacientu usmerjenih zdravstvenih poklicih, so biopsihosocialni pristopi uveljavljeni kot vodila in okviri za to, kako naj zdravstveno osebje komunicira s svojimi pacienti (Pinto, et al., 2012). Biopsihosocialni pristop k zdravstveni oskrbi temelji na ideji, da slabo zdravje ali telesna disfunkcija ne temelji le na telesni težavi, ampak tudi na vplivu drugih dejavnikov, kot so osebna čustva, dogodki in okoliščine v življenju posameznika ter zdravstvena ozaveščenost (Engel, 2012). V kontekstu »zdravstvene komunikacije« biopsihosocialni pristop od fizioterapevta zahteva, da pri ocenjevanju in postavljanju funkcionalne terapevtske diagnoze ter načrtovanju in izvajanju zdravljenja upošteva biološke, socialne in psihološke dejavnike, ki morajo biti vključeni v učinkovit komunikacijski pristop v klinični praksi (Epstein, et al., 2013). Po mnenju avtorjev so te tri komponente med seboj povezane, zato jih opisujemo kot »biopsihosocialno komunikacijo«. Poleg tega je ta pristop opisan kot »socialni pogovor« z več vprašanji, ki jih terapevt postavlja, da bi dosegel ravnovesje med psihosocialno in biomedicinsko vsebino takega pogovora. V ta namen se predlaga uporaba »odprtih vprašanj«, torej vprašanj brez ponujenih ali predlaganih odgovorov (Smith, et al., 2013).

1.2.2 Komunikacijski pristop usmerjen na pacienta

Na pacienta usmerjen komunikacijski pristop je blizu biopsihosocialnemu pristopu. Glavna značilnost tega pristopa je komunikacijski model, ki se uporablja tako za izmenjavo informacij kot odgovornosti, pa tudi za zmanjševanje razlik v moči med zdravstvenim delavcem-fizioterapevtom in pacientom, ki jih pacienti lahko občutijo zaradi situacije, v kateri so se znašli. V skladu s tem je ta komunikacijski model še posebej usmerjen na razumevanje potreb pacientov in njihovo reševanje, da bi zagotovili najboljšo možno perspektivo za vsakega pacienta. Komunikacija s poudarkom na pacientu pomeni izkazovanje spoštovanja in vrednotenje znanja in izkušenj vsakega posameznega pacienta (Stubbe, 2014). Komunikacijska strategija je

usmerjena k vključevanju in spodbujanju pacientove pripovedi ter pridobivanju informacij o pacientovih izkušnjah (Epstein, 2011). Odločitve o zdravljenju deli terapevt s pacientom, odnos med terapevtom in pacientom pa je opisan kot »sodelovalno zavezništvo« (Hiller & Delany, 2018). Posebnosti komunikacijskega modela, osredotočenega na pacienta, je uporaba "odprtih" vprašanj in vprašanj, ki ne usmerjajo odgovora ("nedirektivna vprašanja"). Zato komunikacija vključuje čustveni vidik osebnih izkušenj in se izogiba prekinjanju pacientove pripovedi (Hiller & Delany, 2018). V študiji Jensena in drugih (2018, cited in Hiller & Delany, 2018, p. 315) je navedeno, da pristop, usmerjen na pacienta, vključuje večšine »dobrega poslušanja« pacienta, kar omogoča boljše razumevanje socialnega in psihološkega konteksta, v katerem se pacient nahaja. Izid pacientovega zdravljenja oziroma rehabilitacije je vsekakor mogoče izboljšati, če poznamo in upoštevamo omenjene kontekste in čustveno-psihološka stališča oziroma preference (Hiller & Delany, 2018).

1.2.3 Terapevtsko zavezništvo

Odnos med pacientom in terapevtom se v literaturi največkrat imenuje »terapevtsko zavezništvo« in izhaja iz prakse na področju klinične psihologije. Po definiciji gre za zavestno in aktivno sodelovanje med pacientom in terapevtom. S pregledom literature je mogoče prepoznati še nekaj drugih izrazov, ki to razmerje opredeljujejo na skoraj identičen način, in sicer »terapevtski odnos« in »poročilo pacienta« (Jarrard, 2022). Izraz »terapevtski odnos« opredeljujejo empatija, zaupanje in spoštovanje, ki se izražajo skozi sodelovanje in komunikacijo (Sullivan, et al., 2018). Omenjeni izrazi označujejo skoraj identično pripoved, ki implicira sodelovanje in recipročnost v komunikaciji med terapevtom in klientom v najširšem pomenu. V literaturi, ki je v glavnem povezana s klinično psihologijo in psihoterapijo, se obravnava koncept terapevtske alianse in v tem smislu je predlagan teoretični razvoj koncepta alianse, ki nakazuje, da obstajajo razlike v različnih fazah terapije in da jih je mogoče razložiti zaradi dinamične narave zavezništva. Ločimo namreč dve fazi terapevtskega zavezništva: prva, ki jo najdemo v zgodnjih fazah terapije, je temeljila na pacientovem dojemanju terapevta kot tistega, ki nudi podporo in spodbudo, druga, bolj značilna za poznejše obdobje terapije, je predstavljena kot sodelovalni odnos med pacientom in terapevtom z namenom

premagovanja pacientove težave in implicira delitev odgovornosti pri delu za doseganje ciljev terapije in občutek skupnosti (Ardito & Rabellino, 2011). Raziskave kažejo, da je mogoče učinke fizioterapevtskega zdravljenja bistveno izboljšati s splošnimi posredniki, kot sta učinkovita komunikacija in psihološka interakcija med pacientom in terapevtom (Babatunde, et al., 2017). Terapevtsko zavezništvo je osrednja sestavina terapevtskega procesa in določa izid zdravljenja (Graves, et al., 2017). Terapevtska zveza temelji na Freudovi teoriji transferja in povratnega transferja (Ardito & Rabellino, 2011). Gre za model, ki je sestavljen iz elementov, kot so pogovor in dogovor o ciljih zdravljenja, pogovor in dogovor o nalogah v procesu zdravljenja ter razvoj osebnega odnosa, ki implicira vzajemna pozitivna čustva med pacientom in terapevtom (Babatunde, et al., 2017).

1.3 SODELOVANJE PACIENTA PRI KOMUNIKACIJI

Sodelovanje pacienta pri komunikaciji je bistvena sestavina fizioterapevtske obravnave. Sam cilj fizioterapevtske obravnave je optimizirati pacientovo funkcijo gibanja in telesne drže (WP, 2019). Zato imajo v fizioterapevtski obravnavi osrednje mesto aktivna terapija, vaje, strategije za vodenje bolnikovega lastnega rehabilitacijskega terapevtskega procesa, ki naj bi jih le-ti izvajali v svojih vsakodnevnih aktivnostih (Perreault, et al., 2014). Takšen koncept zahteva aktivno sodelovanje pacienta kot tudi prevzemanje določene odgovornosti za potek njegovega rehabilitacijskega procesa. Večina oblik zdravljenja, ki jih izvajajo fizioterapevti, ne morejo biti uspešne brez pacientovega prispevka in njegove motivacije za sodelovanje, tudi na področju komunikacije. Pacient kot posameznik mora biti vključen in aktivno sodelovati v vsaki fazi zdravljenja in ne more biti pasivni prejemnik terapije. Izkazati mora zavzetost in aktivno sodelovanje v procesu lastne rehabilitacije. Fizioterapevti skozi komunikacijo s pacientom izvajajo svetovalno delo in izobraževanje, ter ga s tem podpirajo pri osvajanju ustreznih aktivnosti. Eden od osnovnih poklicnih ciljev fizioterapevta je učinkovitost. Tega cilja ni mogoče doseči brez učinkovite komunikacije in sodelovanja z bolnikom. Učinkovita komunikacija in sodelovanje s pacientom v okviru fizioterapije, pomenita spodbujanje in razvijanje pacientove sposobnosti, da s tem sodelovanjem samostojno izvaja naučene vaje in druge predpisane režime, namenjene optimizaciji

njegovega telesnega delovanja (Sinha & Sharma, 2017). Učinkovitost številnih vidikov fizioterapije temelji na sodelovanju in angažiranosti pacientov, ki nastane kot posledica vzajemnosti v odnosu s fizioterapevtom (Sinha & Sharma, 2017). Velja, da je sodelovanje pacienta kot tudi upoštevanje predpisanega režima delovanja, tako neposredno v času trajanja zdravljenja kot tudi izven teh obdobj, odvisno od kakovosti komunikacijskega odnosa med pacientom in fizioterapevtom (Lonsdale, et al., 2012).

1.3.1 Povratna informacija v verbalni in neverbalni komunikaciji

V procesu zdravljenja je pomemben del ustrezna fizioterapevtska komunikacija s pacientom, ki omogoča izvedbo določenih aktivnosti s kombinacijo verbalnega navodila in razlage, vizualne demonstracije ter konkretnega fizičnega vodenja in pomoči v sami situaciji. Tovrstna komunikacija vsebuje elemente povratne informacije, torej povratne informacije, ki jo fizioterapevt posreduje pacientu kot odziv na njegove aktivnosti. V literaturi se komunikacijska povratna zanka med fizioterapevtom in pacientom imenuje augmentativna ali zunanja povratna zanka. Augmentativna povratna informacija je informacija, pridobljena iz zunanjega vira kot dodatek, v povezavi z zaznavo osebe, ki izvaja gib. Lahko je verbalne ali neverbalne narave in se lahko izvaja sočasno z izvajanjem določene gibalne aktivnosti, takoj za njo ali veliko kasneje (Kent & Molloy, 2013). Raziskave kažejo, da fizioterapevti pri komunikaciji večinoma uporabljajo verbalno in fizično vodenje (vodenje s fizičnim stikom). Besedni predlogi so večinoma v obliki kratkih komentarjev (Kent & Molloy, 2013). Amoudi, et al. (2017) navaja, da je glavni pomen vodenja s fizičnim kontaktom oziroma dotikom, uporaba taktilnih informacij za izboljšanje orientacije gibov, ki jih pacient izvaja v prostoru in s tem doseganje ustreznih in pravilno izvedenih gibov med terapevtskim procesom. Vizualno vodenje ali vizualna povratna informacija se uporablja v manjšem obsegu, razen pri nevroloških pacientih kjer je vidna informacija ključnega pomena. Povratne informacije lahko izboljšajo motorično učenje pri zdravih osebah. Med obravnavo pacient s povratnimi informacijami zaznava napake pri izvajanju gibalnih aktivnosti, da bi bil med terapevtsko obravnavo voden proti pričakovanemu cilju. Skrbno načrtovanje vsebine in pozornost, usmerjena v povratne informacije, lahko v začetni fazi močno povečata učinkovitost terapevtskega procesa. Komunikacija med pacienti in

fizioterapevti z vsebino povratne informacije ima tudi socialne afektivne elemente, ki vplivajo na vzdušje, ki vlada tej interakciji. Pozitivne komunikacijske veščine fizioterapevtov igrajo pomembno vlogo pri zmanjševanju občutka bolečine pri ortopedskih pacientih, zmanjšanju depresivnih elementov in povečanju motivacije. Kot navajata avtorja, komunikacijske veščine pozitivno vplivajo na pacientovo psihologijo in s tem fiziologijo, saj so neločljive (Amoudi, et al., 2017).

1.4 KOMUNIKACIJA PRI REHABILITACIJI KRONIČNE BOLEČINE

Komunikacija pri rehabilitaciji kronične bolečine je pomembna v različnih kontekstih. Za učinkovito upravljanje kronične bolečine je komunikacijo potrebno izvajati v praksi in potrebno se jo je naučiti. Hadi, et al. (2017) ugotavlja, da so bili pacienti, ki so bili nezadovoljni z obravnavo v primeru rehabilitacije kronične bolečine, nezadovoljni predvsem na treh področjih: fizioterapevti niso imeli dovolj zanimanja in empatije; pomanjkanje strokovnega znanja glede obvladovanja bolečine ter neučinkovita komunikacija med člani strokovnega tima (Hadi, et al., 2017). Slednje nam pokaže, da je komunikacija element, ki je v procesu rehabilitacije enako pomemben kot strokovno znanje in empatija.

V postopku rehabilitacije kronične bolečine je komunikacija pomembna na več korakih: priprava pacienta na fizično izvajanje vaj in postopkov; psihološka priprava pacienta – fizioterapevt mora ustrezno oblikovati razumevanje in percepcijo pacienta; strokovna predstavitev in pojasnitev problema (Malfliet, et al., 2017). Tudi z vidika pacientov je komunikacija ključnega pomena za ustrezno rehabilitacijo. Raziskava pokaže, da so pacienti prepoznali spodbujevalne dejavnike rehabilitacije kot so kakovostna in dovolj pogosta interakcija s fizioterapevti, empatija, spoštovanje pacientovih želja in tudi odprta komunikacija. V primeru neodprte komunikacije lahko pride do nezaupanja med pacientom in fizioterapevtom, ni predstave o skupnem razumevanju bolečine in pacienti niso motivirani za sodelovanje v rehabilitacijskem procesu (Becker, et al., 2017). Tisto, kar pacienti opazijo je tudi komunikacija znotraj tima fizioterapevtom. Nepopolna timska komunikacija je razlog za nezaupanje pacientov v rehabilitacijo (Hadi, et al., 2017).

Na določanje zelenih izidov oziroma ciljev pri rehabilitaciji kronične bolečine vplivajo številni psihosocialni dejavniki. Danes se uveljavlja v pacienta usmerjena obravnava, kjer poteka skupen dogovor med pacientom in stroko o terapijah, z upoštevanjem pacientove motivacije, njegovih skrbi, čustvenih potreb in življenjskih okoliščin (Kuret, et al., 2018). Psihosocialni dejavniki, ki vplivajo na sledenje zastavljenemu cilju so kompleksni in zato je potrebna aktivna vloga fizioterapevtov v timu, ki pacienta usmerjajo, ga vodijo, podpirajo in mu pomagajo. Pri tem je izjemnega pomena komunikacija, ki mora biti jasna, upoštevati mora socialne in kulturne dejavnike, skozi komunikacijo se lahko prepozna napačna prepričanja o bolečini in predhodne izkušnje o bolečini. Namreč, pacienti in fizioterapevti imajo lahko zelo različna prepričanja o izvoru težav, o tem kaj je pomembno in tudi o pričakovanih izidih. Če komunikacija ni jasna, to lahko vpliva na sodelovanje v rehabilitaciji (Schmidt, 2016).

2 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu smo s pomočjo pregleda literature proučili objavljeno znanstveno in strokovno literaturo, ki opisuje vlogo komunikacije pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil ugotoviti, kakšno vlogo ima komunikacija pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino. S pomočjo pregleda literature smo predstavili vrste komunikacije in pojasnili najpomembnejše elemente pri komunikaciji, ki jih fizioterapevti morajo poznati in obvladati ter pomen komunikacije pri izvajanju fizioterapije.

Cilja diplomskega dela sta bila:

- Ugotoviti vlogo komunikacije pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino.
- Pojasniti pomembne elemente pri komunikaciji fizioterapevtov.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V raziskavi smo s pregledom literature odgovorili na naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kakšno vlogo ima komunikacija pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino?
- Katere pomembne elemente komunikacije morajo poznati fizioterapevti?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo temelji na pregledu tuje in slovenske strokovne in znanstvene literature. Postavili smo dva raziskovalna cilja in oblikovali dve raziskovalni vprašanji. Na raziskovalni vprašanji smo odgovore pridobili s pomočjo pregleda literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Pri izdelavi diplomskega dela smo uporabili raziskovalni model pregleda tuje in slovenske strokovne in znanstvene literature. Literaturo smo poiskali v spletnem bibliografskem sistemu COBISS+, v podatkovnih bazah PubMed, PeDro, CINAHL in Google Scholar. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: iskanje člankov v obdobju 2012 – 2022, besedila v slovenščini in angleščini, prost dostop do polnega besedila in izvlečka. Med ključnimi besedami smo uporabili Boolov operator za slovenski jezik »IN« in za angleški jezik »AND«. Za ključne besede smo uporabili besede oz. besedne zveze: »kronična bolečina«, »fizioterapija«, »komunikacija«, »kvalitativna raziskava«, »chronic pain«, »physical therapy«, »communication«, »qualitative research«.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Z iskanjem ključnih besed in njihovih kombinacij v podatkovnih bazah z grobo omejitvijo na proste elektronske vire smo našli 4.444.342 zadetkov. S postavitvijo dodatnih kriterijev se je število zadetkov zmanjšalo na 3.028. V končno analizo smo vključili 14 znanstvenih prispevkov v angleškem jeziku. Tabela 1 prikazuje uporabljene podatkovne baze (slovenske in tuje), ključne besede, število zadetkov in izbrane zadetke za pregled v polnem besedilu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
COBISS+	kronična bolečina	131	0
	fizioterapija	1.324	0
	komunikacija	3.065	0
	kvalitativna raziskava	486	0
	komunikacija IN fizioterapevtska terapija	2	0
	komunikacija IN fizioterapevtska terapija IN kronična bolečina	0	0
	bolečina IN kvalitativna raziskava		

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
Pub Med	chronic pain	48.218	0
	physical therapy	98.224	0
	communication	223.781	0
	qualitative research	91.234	0
	chronic pain AND physical therapy	5.552	3
	communication AND qualitative research AND chronic pain AND physical therapy	29	5
	PeDro	chronic pain	7.794
physical therapy		8.111	0
communication		377	0
qualitative research		267	0
chronic pain AND physical therapy		1.681	1
communication AND qualitative research AND chronic pain AND physical therapy AND qualitative research		2	0
CINAHL		chronic pain	76.188
	physical therapy	102.962	0
	communication	672.651	0
	qualitative research	238.559	0
	chronic pain AND physical therapy	20.657	0
	communication AND qualitative research AND chronic pain AND physical therapy AND qualitative research	2.047	1
	Google Scholar	chronic pain	681.000
physical therapy		405.000	0
communication		667.000	0
qualitative research		753.000	0
chronic pain AND physical therapy		21.4000	1
communication AND qualitative research AND chronic pain AND physical therapy AND qualitative research		121.000	3
SKUPAJ			4.444.342

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Literatura je bila pregledana v skladu s smernicami za poročanje glede izboljšanja preglednosti pri poročanju o sintezi kvalitativnih raziskav (Tong, et al., 2012). V skladu

s prejšnjimi pregledi na področju rehabilitacije bolečine (O’Keeffe, et al, 2016; Keefe, et al., 2018) smo izvedli pregled po postopkih, ki so jih priporočili Sandelowski, Barroso in Voils (Sandelowski, et al. 2007). Ta metoda je še posebej primerna za sintezo podatkov iz kvalitativnih študij z uporabo različnih metodologij (Barnett-Page & Thomas, 2009). Po sistematičnem iskanju literature je bil pregled izbranih znanstvenih del izveden v treh korakih: izločene so bile ustrezne ugotovitve, podatki so bili razvrščeni glede na tematsko podobnost z uporabo tematske sinteze in ugotovitve so bile povzete in oblikovane tako, da odstranijo odvečne vsebine in da se hkrati ohrani kompleksnost njihove vsebine. Namesto iskanja kvantitativnega števila je bila (Sandelowski, et al. 2007) izvedena kvalitativna analiza glede na primernost občutljivosti znanstvenega dela in njegovega prispevka k izbrani temi.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Kakovost pregledane literature smo ocenili s pomočjo hierarhije dokazov, kot sta jo opredelila Polit & Beck (2018) glede na aktualnost in vsebinsko analizo. V končno analizo smo glede na kriterije vključili 14 virov. Izbrano literaturo smo razdelili na osem nivojev (tabela 2).

Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu

Nivo	Hierarhija dokazov	Število vključenih virov
Nivo 1	Sistematični pregledi /metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	0
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične raziskave	1
Nivo 3	Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti)	0
Nivo 4	Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	1
Nivo 5	Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	1
Nivo 6	Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	0
Nivo 7	Kvalitativne/opisne raziskave	11
Nivo 8	Neraziskovalni viri (mnenja,...)	0

(Vir: Polit & Beck, 2018)

Nivo 1 vsebuje sistematični pregled dokazov, nivo 2 so dokazi kliničnih vzročnih randomiziranih raziskav, nivo 3 dokazi nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment), nivo 4 dokazi prospektivnih kohortnih raziskav, nivo 5 dokazi retrospektivnih raziskav s kontrolami, nivo 6 dokazi presečnih raziskav, nivo 7 dokazi celostnih kvalitativnih raziskav ter nivo 8 mnenja strokovnjakov, poročila posameznih primerov. V nivo 2 smo uvrstili eno randomizirano klinično raziskavo, v nivo 4 en sistematični pregled literature, v nivo 5 eno opazovalno raziskavo in v nivo 7 enajst kvalitativnih raziskav.

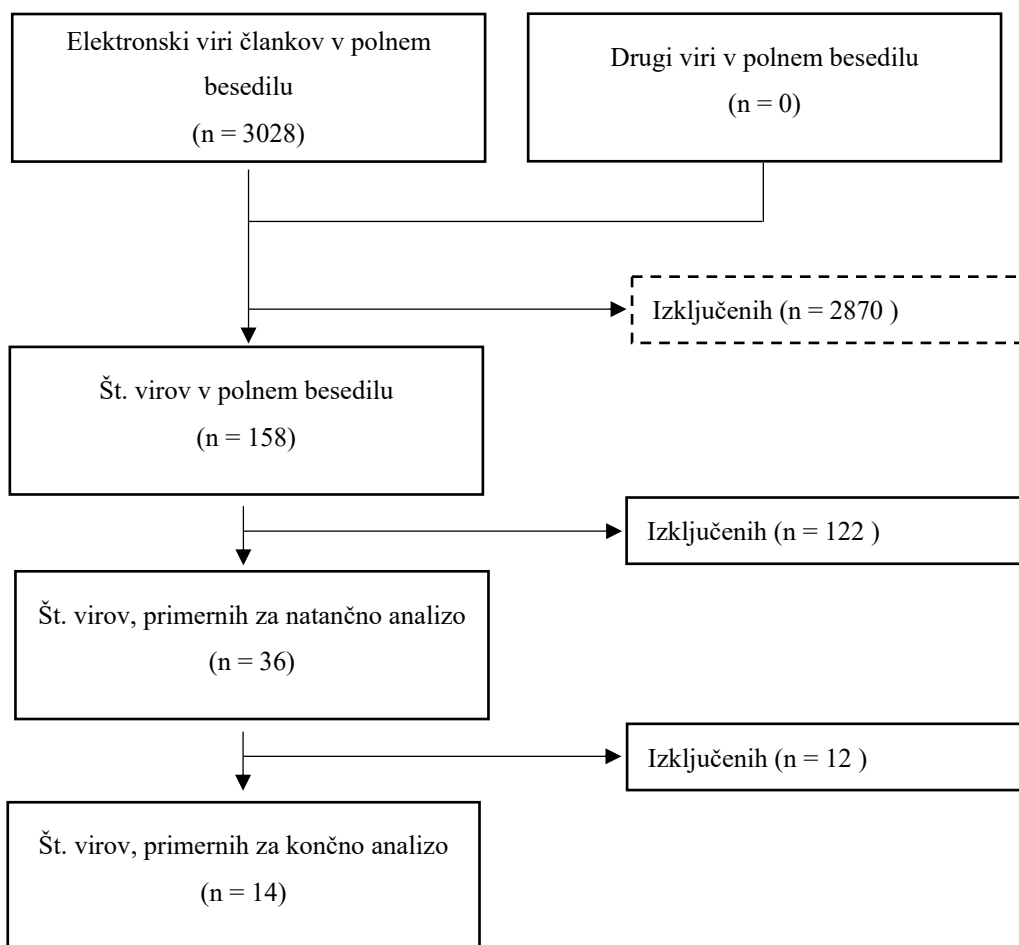
2.4 REZULTATI

V nadaljevanju je predstavljen potek pridobivanja končnega števila zadetkov s PRIZMA diagramom (Page, et al., 2021) (slika 1). V tabeli 3 so predstavljena ključna spoznanja raziskav, vključenih v pregled literature, določile so se jim kode, katere smo razvrstili v različne kategorije (tabela 4).

2.4.1 PRIZMA diagram

Diagram poteka prednostnih elementov poročanja za raziskave (PRIZMA) (slika 1) podrobno opisuje postopek izbire literature. S pomočjo ključnih iskalnih besed in besednih zvez smo našli 3028 elektronskih člankov s polnim besedilom iz 4 od 5 preiskanih baz podatkov. Po pregledu naslovov in izvlečkov ter odstranitvi 158 dvojnikov smo izključili 2870 virov. Za nadaljnjo analizo nam je ostalo 158 virov, katere smo pregledali in na podlagi vsebine izključili nadaljnjih 122 virov, 36 virov pa prenesli v natančno analizo. Po podrobni vsebinski analizi virov smo izključili še dodatnih 12 virov. Preostalih 14 virov je izpolnjevalo vsa zahtevana merila (Hoffmann, et al., 2013; Cheing, et al., 2014; Kawi, 2014; Opsommer & Schoeb, 2014; Del Baño-Aledo, et al., 2014; Bunzli, et al., 2016; Palazzo, et al., 2016; Synnott, et al., 2016; Wilson, et al., 2017; Ali & May, 2017; Cowell, et al., 2018; Serpanou, et al., 2019; Ahlsen & Nilsen, 2022; Cowell, et al., 2022) in so bila prenesena v končno analizo in se uporabila v diplomskem delu.

Shematska ponazoritev pridobljenih ustreznih znanstvenih virov v PRIZMA diagramu.



Slika 1: PRIZMA diagram

(Page, et al., 2021)

V tabeli 3 so prikazane glavne značilnosti in ključna spoznanja vključenih zadetkov pregleda literature po avtorju/ih, letu objave, raziskovalnemu dizajnu, vzorcu in ključna spoznanja.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ahlsen & Nilsen	2022	Kvalitativna raziskava:	1 fizioterapevtka, 1 moški pacient s	V fizioterapiji je komunikacija, ki aktivno vključuje pacienta,

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
		opazovalna raziskava/študij a primera	kronično bolečino v vratu, Norveška	temeljnega pomena. Raziskave komunikacije v fizioterapije pokažejo, da so pacienti pogosto prezrti iz komunikacijskega vidika, saj se fizioterapevti osredotočajo zgolj na fizični oziroma biološki vidik. Odnos med pacientom in fizioterapevtom je v središču zdravljenja – odnos, ki je vzpostavljen s pogovori, sestavljenimi iz verbalnih in neverbalnih znakov. Raziskava pokaže, kako lahko fizioterapevti uporabljajo verbalne in neverbalne vire, da stopijo v stik s pacienti, in kako ti načini lahko spodbudijo sodelovanje pacientov. Fizioterapevtova uporaba odprtih stavkov, ponavljanje pacientovih lastnih besed, dotik, pogled in sprejemanja prekinitev v pacientovem govoru, spodbujajo sodelovanje pacienta.
Ali & May	2017	Kvalitativna raziskava: fokusne skupine	18 pacientov M: 9 / Ž: 9 st. skupina 18-81 let, univerzitetna bolnišnica in zasebna praksa Velika Britanija	Pomemben je odnos fizioterapevta do pacienta s kronično bolečino; fizioterapevt mora imeti sposobnost komuniciranja s pacientom in zgrajene pogajalske sposobnosti; ključno pri delu s pacientom je fizioterapevtovo zavedanje svoje odgovornosti in

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				strokovnosti ter zavezanost k uspehu ter izpolnjevanje želja pacientov, da fizioterapevt vodi zdravljenje.
Bunzli, et al.	2016	Kvalitativna raziskava: polstrukturirani intervjuji	14 pacientov M: 6 / Ž: 8 st. skupina 42 let, bolnišnica Avstralija, Irska	Poudarjena je vloga fizioterapevta kot mentorja pri delu s pacienti; pomembna je aktivna vključenost pacientov v zdravljenje in njihovo aktivno sodelovanje; pri terapiji je nujno potrebno vzpodbujati pogovor, si vzeti čas za razlago pacientu, ga motivirati in tudi sočustvovati; ozaveščanje pacientov o delu fizioterapevtov, vključevanju pacienta v njihovo delo in osebni pristop je predpogoj za optimalno zdravljenje; posledica terapevtskega zavezništva je uspešno zdravljenje.
Cheing, et al.	2014	Randomizirana klinična raziskava	76 pacientov M: 28 / Ž: 48 st. skupina 18-89 let, univerzitetna bolnišnica Hong Kong	Z uporabo tehnik motivacijskega intervjuja v fizioterapiji se ustvari terapevtsko zavezništvo; s terapevtskim zavezništvom se poveča učinek zdravljenja; z večjim učinkom zdravljenja se zmanjša kronična bolečina in posledično izboljša kvaliteta življenja pacienta; učinek zdravljenja je tesno povezan z ustrežno motivacijo fizioterapevta in tudi s psihosocialnim stanjem

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				pacienta.
Cowell, et al.	2018	polstrukturirani kvalitativni intervjuji	st. skupina 18-70 let primarna oskrba Anglija	Fizioterapevti se dobro zavedajo večdimenzionalne narave kronične bolečine; fizioterapevti imajo premalo znanja za obravnavo psiholoških dejavnikov pri pacientih s kronično bolečino; fizioterapevti med obravnavo nimajo časa za učinkovito obravnavo psiholoških dejavnikov pri pacientih; za učenje samokontrole bolečine pri pacientih je potrebno vključiti veliko mero pogajanj; fizioterapevti potrebujejo dodatno usposabljanje za zagotavljanje učinkovite komunikacije v procesu rehabilitacije.
Cowell, et al.	2022	Kvalitativna raziskava: opazovalna raziskava	19 konzultacij	Raziskava je razkrila slog komunikacije, usmerjen na pacienta, kjer so usposobljeni fizioterapevti pokazali sodelovalen in odziven stil verbalne in neverbalne komunikacije, da bi pridobili, raziskali in potrdili težave pacientov.
Del Baño-Aledo, et al.	2014	Kvalitativna raziskava: fokusne skupine	57 pacientov M: 33 / Ž: 24 st. skupina 18+ let, post-akutna ambulantna	Za paciente je pri zdravljenju pomemben odnos fizioterapevta, njegova pripravljenost za zagotavljanje informacij in strokovnost; za medosebne odnose so pomembni elementi

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			rehabilitacijska ambulanta Španija	kot so spoštljivost, čustvena podpora in občutljivost na spremembe pacientov; pomembna je vloga fizioterapevtov pri pacientu primerno podajanje informacij o napredku zdravljenja; komunikacijske sposobnosti fizioterapevtov so pomanjkljive kar znatno vpliva na pacientovo dožemanje uspešnosti zdravljenja.
Hoffmann, et al.	2013	Kvalitativna raziskava: polstrukturirani intervjuji	11 pacientov M: 1 / Ž: 10 st. skupina 22-72 let, zasebna praksa Avstralija	Pacienti imajo pred pričetkom zdravljenja kronične bolečine na podlagi govoric iz intimnega kroga družine, prijateljev, znancev svojo predstavo o ustreznih pristopih k zdravljenju; za razbijanje mitov o ustreznih načinih zdravljenja je potrebna potrpežljiva, strokovna in z ostalim zdravstvenimi delavci usklajena komunikacija; z ustvarjenim terapevtskim zavezništvom med pacientom in fizioterapevtom se pridobijo dodatni pomembni podatki o zdravstvenem stanju pacienta in rezultati zdravljenja so boljši; nujno je potrebno izvajati izobraževanje fizioterapevtov s področja ustrezne in individualne komunikacije s pacienti.
Kawi	2014	Kvalitativna	110 pacientov	Pri delu s pacienti imajo

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
		raziskava: odprta anketna vprašanja	M: 45 / Ž: 65 st. skupina 19-86 let, univerzitetna bolnišnica ZDA	fizioterapevti tri naloge in sicer priprava pacienta na zdravljenje, izvedba zdravljenja in obvladovanje čustev; duševno stanje pacienta kot so dobro počutje, anksioznost in depresija igrajo pomembno vlogo pri zdravljenju pacientov s kronično bolečino; zaradi pomanjkanja komunikacijskega pristopa do pacienta se fizioterapevti zatekajo k priporočanju protibolečinskih tablet ali opiatov; nujno potrebno je izobraževanje fizioterapevtov glede ustrezne komunikacije s pacienti in za razumevanje njihovih psihosocialnih stanj; pri delu fizioterapevta s pacientom s kronično bolečino je za uspešno zdravljenje ključna podpora pacientove družine.
Opsommer & Schoeb	2014	Kvalitativna raziskava: intervju / konzultacije	8 pacientov M: 2 / Ž: 8 st. skupina 18+ let univerzitetna bolnišnica in zasebna praksa Švica	Vzpostavitev interakcije med pacientom in fizioterapevtom je glavna dejavnost začetnih srečanj; različne oblike vprašanj, ki jih uporabljajo terapevti (da/ne vprašanja; povabila na pogovor) imajo posledice na to kako se raziskujejo biomedicinska in psihosocialna vprašanja; komunikacija med fizioterapevtom in pacientom

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				mora temeljiti na uporabi strokovnih dokazov in na dejanski interakciji in ne le na izvedbi zdravljenja.
Palazzo, et al.	2016	Kvalitativna raziskava: polstrukturirani intervjuji	29 pacientov M: 12 / Ž: 17 st. skupina 24-85 let, univerzitetna bolnišnica in zasebna praksa Francija	Fizioterapevt mora biti med izvajanjem terapije pozoren na pacientovo obnašanje, neverbalno komunikacijo, intenzivnost dojemanja in njegova prizadevanja za doseganje zastavljenega cilja; njegova prizadevanja za doseganje zastavljenega cilja; upoštevati je potrebno tudi pacientove želje po načinu zdravljenja; v primeru težave pacientovega dostopa do ustreznega zdravljenja je nujna potreba po uporabi alternativnih komunikacijskih kanalov oziroma alternativni pristopi izven zdravstvenih ustanov; pristop do pacientov ne sme biti uniformiran ampak je potrebno način komunikacije in izvedbo zdravljenja prilagoditi posameznemu psihološkemu tipu pacienta; pri medsebojni komunikaciji in pojasnjevanju je priporočljivo uporabljati sodobne tehnologije vendar virtualna resničnost ne sme nadomestiti človeškega odnosa; fizioterapevt mora skozi različne komunikacijske

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				pristope pridobiti pacientovo zaupanje.
Serpanou, et al.	2019	Kvalitativna raziskava: polstrukturirani intervjuji	13 pacientov M: 7 / Ž: 6 st. skupina 30-47 let, zdravstvene storitve na domu Grčija	Dobra komunikacija s pacientom pomaga pri premagovanju ovir v zvezi z adherenco; komunikacijske veščine so primarno področje učenja za težje paciente; nujna izmenjava ciljev in načrtovanje zdravljenja s pacienti je izredno pomembna; pomembno je prepoznavanje duševnih težav pacientov in zmožnost napotitve na zdravljenje; družina je partner v procesu rehabilitacije in zdravljenja kljub možnem pretiranem zaščitnem ravnanju le te; fizioterapevt mora skozi pogovor zaznati morebitne ovire za zdravljenje kot so finančna stiska pacienta, osebne težave.
Synnott, et al.	2016	Kvalitativna raziskava: intervjuji	13 fizioterapevtov M: 9 / Ž: 4 st. skupina 30-47 let zdravstvene storitve na domu Belgija, Avstralija, Danska, Irska	Z odprto obojestransko komunikacijo fizioterapevt pridobi potrebne podatke o naravi bolečine; s spoštljivo, strokovno in vključujočo komunikacijo fizioterapevt ustvari s pacientom potrebno terapevtsko zaveznitvo; z aktivno udeležbo na izobraževanjih s področja komunikacije s pacienti s kronično bolečino se fizioterapevtom poveča njihova

				ozaveščenost o njihovi vlogi in načinu dela; z obvladovanjem biopsihosocialnih vprašanj se krepi zaupanje fizioterapevtov v svoje sposobnosti in znanja; izražena je jasna vloga komunikacije in njenega vključevanja v izvajanje fizioterapije.
Wilson, et al.	2017	Kvalitativna raziskava: interpretativna fenomenološka analiza delno strukturiranih intervjujev	8 pacientov M: 2 / Ž: 6 st. skupina 22-51 let, univerzitetna bolnišnica ZDA	Pri pacientih s kroničnimi bolečinami je najbolj cenjen individualni pristop fizioterapevta; pri na pacienta osredotočenemu pristopu so pomembni osredotočenost na pacienta, celostna obravnava pacienta vključno s psihološkega vidika, iskanje strokovne rešitve pri sodelavcih specialistih, izgradnja zaupnega odnosa; za uspešno zdravljenje konične bolečine je pomemben celostni pristop, kateri združuje tako zdravljenje fizične težave kakor tudi psihološke obravnave pacienta.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 4 so prikazane kategorije, kode ter podatki o avtorjih, kateri spadajo pod določeno kategorijo. Vseh 14 zadetkov, ki smo jih vključili v končni pregled literature, smo kodirali in razdelili v dve kategoriji, ki sta prikazani v tabeli 4. V procesu kodiranja smo identificirali 30 kod, ki smo jih glede na njihove skupne lastnosti in medsebojne povezave združili in oblikovali v dve vsebinski kategoriji: vloga komunikacije pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino ter elementi komunikacije, ki jih morajo poznati fizioterapevti.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Vloga komunikacije pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino	vzpostavitev medsebojnega odnosa; razvoj odnosa; vzpostavitev zaupanja; spoštljiva komunikacija; izkazovanje pozitivnih čustev; humor; pacientu prilagojena komunikacija; sodelovanje; potek rehabilitacije; iskanje skupnega jezika; prepoznavanje pomembnosti dvosmerne komunikacije; dogovarjanje o ciljih zdravljenja N = 12	Ahlsen & Nilsen, 2022; Ali & May, 2017; Bunzli, et al., 2016; Cheing, et al., 2014; Cowell, et al., 2018; Cowell, et al., 2022; Del Baño-Aledo, et al, 2014; Hoffmann, et al., 2013; Kawi, 2014; Opsommer & Schoeb, 2014; Palazzo, et al., 2016; Serpanou, et al., 2019; Wilson, et al., 2017.
Elementi komunikacije, ki jih morajo poznati fizioterapevti	uporaba odprtih vprašanj; uporaba pogleda in kimanja; vprašanja o življenjske slogu; omogočanje odprte komunikacije; terapevtski dotik; izkazovanje empatije; zagotavljanje čustvene podpore; soočanje z negotovostjo; odziv pacienta; priznanje možnih omejitev fizioterapevta; usposobljenost; znanje; verbalna komunikacija; neverbalna komunikacija; informativno komuniciranje; izobraževanje; informiranje; preverjanje razumevanja poteka rehabilitacije N = 18	Ali, & May, 2017; Bunzli, et al., 2016; Cheing, et al., 2014; Cowell, et al., 2022; Cowell, et al., 2018; Del Baño-Aledo, et al, 2014; Hoffmann, et al., 2013; Kawi, 2014; Opsommer & Schoeb, 2014; Palazzo, et al., 2016; Serpanou, et al., 2019; Synnott, et.al., 2016; Wilson, et al., 2017.

2.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu, ki temelji na pregledu literature, smo proučili tujo literaturo, povezano z vlogo komunikacije pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino. Vključili smo 14 raziskav, ki so bile objavljene v obdobju 2012 in 2022. Večina raziskav je bila opravljena v zahodnih državah. Raziskave so vključevale fizioterapevte in paciente, ki so predstavljali različne kronične bolečine in vrste zdravljenja. Stanja so segala od splošne kronične ali trdovratne bolečine brez vzročne bolezni ali poškodbe do lokalizirane mišično-skeletne bolečine v križu in/ali vratu ter z eno študijo kronične bolečine pri posttravmatski paraplegiji. Raziskovalno okolje je bilo razpršeno od univerzitetne bolnišnice, center za ambulantno rehabilitacijsko obravnavo, klinike za športno medicino, zasebne prakse in zdravstvenih storitev na domu. Tudi tehnike zbiranja podatkov in analize so se med raziskavami razlikovale.

Ker je bila večina vključenih raziskav namenjena raziskovanju komunikacije kot pojava in ne terminologije, so se komunikacijski izrazi med raziskavami razlikovali, prav tako način in vrsta komunikacije in stopnja strokovnosti, od povsem poljubne do strogo strokovne komunikacije. Večina vključenih raziskav ni konceptualizirala ali operacionalizirala komunikacije s ponovljivo specifičnostjo. Le dve od štirinajstih raziskav (Cowell, et al., 2018; Serpanou, et al. 2019) sta opredelili komunikacijske izraze pred zbiranjem podatkov, čeprav so bila med raziskavami podana zelo različna temeljna pojmovanja, kaj je komunikacija. Dve raziskavi sta priznali interaktivno, recipročno naravo komunikacije in poudarili njen pomen za klinično prakso. Prva raziskava je označila komunikacijo kot »dvosmerni proces med fizioterapevtom in pacientom ... potreben za razumevanje drug drugega« (Serpanou, et al. 2019) in »fizioterapija in komunikacija sta bila neločljiva procesa«. Druga raziskava je zaključila, da »dobra komunikacija vključuje: vzeti si čas za pogovor namesto razlago; uporaba ustrezne terminologije; in spodbujanje pacientovega sodelovanja v komunikacijskem procesu« (Cowell, et al., 2018). Ta definicija dobre komunikacije je bila specifična za kontekst, podprta s citati in dovolj opisna, da jo je zlahka razumeti in ponoviti. Pet raziskav (Cheing, et al., 2014; Del Baño-Aledo, et al., 2014; Opsommer & Schoeb, 2014; Bunzli, et al., 2016; Serpanou, et al. 2019) ni poskušalo operacionalizirati

komunikacije, namesto tega je uporabilo izraze s pozitivno vrednostjo, a navsezadnje dvoumne, kot so »previdna komunikacija«, (Cowell, et al., 2018) »učinkovita komunikacija« (Opsommer & Schoeb, 2014; Cowell, et al., 2018) »komunikacijske veščine/slog/proces« (Opsommer & Schoeb, 2014; Cowell, et al., 2018; Serpanou, et al. 2019) ali »spoštljiva komunikacija« (Del Baño-Aledo, et al., 2014) brez navedbe, zakaj in kako je bila prednostna komunikacija strukturirana.

Z analizo reprezentativnih citatov in opisov komunikacije, ki jih uporabljajo fizioterapevti, smo določili različne izraze za samo komunikacijo, kateri imajo enak ali podoben pomen. Prav tako smo se srečali s komunikacijskim vedenjem z nejasnimi identifikatorji učinkovitosti, kot sta »dobra komunikacija« ali »učinkovita komunikacija«. Bolj podrobno bi vsebino pregledane literature lahko razdelili še v tematske sklope prepoznavanje, vzpostavljanje odnosa, empatija, sodelovanje, strokovna odgovornost, informiranje in določanje poteka zdravljenja. S pregledom literature, prepoznavanjem vsebin in oblikovanjem kategorij, smo si odgovorili na obe zastavljeni razsikovalni vprašanji: kakšno vlogo ima komunikacija pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino in katere pomembne elemente komunikacije morajo poznati fizioterapevti.

Kljub temu, da Hiller, et al., (2015) v svoji raziskavi ugotavlja, da je komunikacija med fizioterapevti in pacienti vodena oziroma nadzorovana s strani fizioterapevta, ter da se najpogosteje usmerja na pacientovo telo, smo z našo raziskavo ugotovili, da fizioterapevti pri svoji komunikaciji uporabljajo več različnih verbalnih in neverbalnih komunikacijskih veščin, da bi paciente spodbudili k razkrivanju osebnih podatkov. Predvsem z uporabo odprtih vprašanj/formulacij, s pogledom in kimanjem kot nadaljevanje pogovora ter s spraševanjem o življenjskem slogu pacienta (Opsommer & Schoeb, 2014; Synnott, et al. 2016; Cowell, et al., 2018; Serpanou, et al. 2019). S tem pristopom si ustvarijo t.i. odprto komunikacijsko linijo in neformalni dostop do pomembnih podatkov o pacientu (Wilson, et al., 2017; Serpanou, et al. 2019). To je tudi začetek izgradnje medsebojnega odnosa. Velik del komunikacije fizioterapevti izvajajo z namenom ustvarjanja vzdušja za krepitev medsebojnega zaupanja (Palazzo, et al., 2016). Namen je razvijanje dobrega začetnega odnosa s pacientom (Cowell, et al., 2018)

in s prijaznim ter spoštljivim vedenjem fizioterapevtov ustvariti pozitivno izkušnjo pacientov (Del Baño-Aledo, et.al., 2014). Tehnike za vzpostavitev ustreznega medsebojnega odnosa so poslušanje (Cowell, et al., 2022), uporaba humorja (Wilson, et al., 2017) in prilagajanje komunikacije obravnavanemu pacientu (Ali & May, 2017; Serpanou, et al. 2019). Pomembno je prilagajati način komunikacije potrebam pacienta, pa naj bo to v verbalni ali pisni obliki. Pri tem je treba še posebej paziti na izdajo občutljivih informacij pacienta (Ali & May, 2017). Ahlsen in Nilsen (2022) trdita, da je najpomembnejše poslušanje; če fizioterapevt ne posluša, ne izve pomembnih informacij (Cowell, et al., 2022).

S pregledom literature sta bili prepoznani dve vrsti komunikacije – empatična komunikacija in komunikacija za vzpostavitev odnosa. Empatična komunikacija se od komunikacije za vzpostavitev odnosa razlikuje v tem, da je komunikacija za vzpostavitev odnosa bolj osredotočena na komuniciranje na način, ki spodbuja zaupanje, medtem ko je bila empatična komunikacija bolj osredotočena na prepoznavanje in obravnavanje čustvenih zadev (Palazzo, et al., 2016). Podobno kot pri komunikaciji za vzpostavitev odnosa, je pri empatični komunikaciji poslušanje pacienta ključno komunikacijsko vedenje, povezano s spodbujanjem, z delom s pacientom in ne z obsojanjem (Cowell, et al., 2018). Empatična komunikacija vključuje tudi medsebojno uporabo dotika za sporočanje močnega in podpornega odnosa ter posredovanje osebnih izkušenj pacienta z bolečino (Cowell, et al., 2018). Dodatno je pomembna tudi časovna komponenta pri komunikaciji. Zgodnja podpora prizadevanjem pacientov velja za optimalno in posledično krepi zaupanje pacienta v delo fizioterapevta in hkrati pomirja njihovo zaskrbljenost (Cowell, et al., 2018). V kombinaciji s časovno komponento terapij se pacienti tudi lažje prepriča v možnosti izboljšanja njihovega stanja (Cowell, et al., 2018). Pri tem pa za fizioterapevte ta komunikacija predstavlja izziv, predvsem težave pri odzivanju na žalost, potrto, prizadetost in druga čustva, ki jih kažejo njihovi pacienti. Kljub pogostim težkim situacijam, je za uspešno zdravljenje pomembno, da pacienti pokažejo svoja čustva, saj izražanje čustev olajša fizioterapevtovo razumevanje pacientovih težav in pozitivno vpliva na rezultat zdravljenja (Coronado, et al., 2020). Poleg empatične komunikacije in komunikacije za vzpostavitev odnosa, je naša raziskava opozorila tudi na sodelovalno komunikacijo med fizioterapevti in pacienti.

Sodelovalna komunikacija vključuje komunikacijsko vedenje, kot je iskanje skupnih točk (Ahlsen & Nilsen, 2022) in obravnava komunikacijo kot dvosmerno ulico (Serpanou, et al. 2019). Uspešna sodelovalna komunikacija je osredotočena na cilj in zagotavlja, da se pacienti počutijo vključene v proces zdravljenja (Kawi, 2014). Ustrezno komunikacijsko vedenje pomeni si vzeti čas za razlago, uporabo pacientu razumljivo terminologijo, poslušanje, razumevanje in spoznavanje pacienta in spodbujanje pacientovega sodelovanja v procesu zdravljenja. Pacientom je vseč oziroma jim je pomembno, da njihovi fizioterapevti sprejemajo končne odločitve o njihovem zdravljenju, v kolikor so deležni ustreznega pojasnila in razlage (Ali & May, 2017), zato je med pacienti in fizioterapevti pomembna tudi komunikacija o poklicni odgovornosti fizioterapevta. Komunikacija, ki vključuje priznanje fizioterapevta o njegovih omejitvah v poklicnih veščinah ali znanju ter njegovo pripravljenost za iskanje pomoči pri sodelavcih, je pomemben pokazatelj dobrega fizioterapevta. S tem fizioterapevt proti pacientu ne pokaže svojega neznanja ali šibkosti ali se boji priznati svojih omejitev znanja, ampak dokazuje ravno nasprotno (Wilson, et al., 2017). Tudi Hiller, et al. (2015) navaja, da fizioterapevti svojega odnosa s pacienti niso povezovali z nekim določenim komunikacijskim modelom, ampak so znanja in izkušnje v komuniciranju združili v nov funkcionalen način komunikacije, ki je bil ustrezen za tisti trenutek in pacienta.

Namreč, fizioterapevti pridobivajo in posredujejo znanja in informacije na različne, a povezane načine: preko izobraževanj in seminarjev (Del Baño-Aledo, et.al., 2014; Ali & May, 2017) poklicnih izkušenj preko dela s pacienti (Synnott, et al., 2016; Cowell, et al., 2018) preko vpogleda v zdravstveno zgodovino pacienta (Cowell, et al., 2018) in iz verbalne in neverbalne (npr. položaji/gibanja, vedenje glede bolečine) komunikacije ter namigov pacientove predstavitve stanja (Cowell, et al., 2018). S pravilnim informiranjem oziroma predajanjem znanja, fizioterapevti lahko spreminjajo pacientovo neustrezno dojemanje zdravljenja, da se slednji lažje soočijo z morebitnim konfliktom pričakovanj o kakovostni oskrbi (Synnott, et al., 2016).

Kljub veliki razširjenosti kronične bolečine ter stalnim prizadevanjem za razumevanje in zmanjšanje bolečine, raziskave kažejo, da ima področje razumevanja in lajšanja

kronične bolečine še vedno prostor za izboljšave. Tudi če dokazi kažejo, da intervencije, kot so zdravila, vadba in kognitivno-vedenjska terapija, so učinkoviti, pacienti ne upoštevajo vedno teh priporočil za zdravljenje. Dobra komunikacija in odnos med fizioterapevtom in pacientom, lahko spodbudi upoštevanje predlogov sprememb življenjskega sloga in zdravstvenih posegov za katere se zdi, da imajo koristi za izboljšanje zdravja (Butow & Sharpe, 2013). Pri sami rehabilitaciji kronične bolečine s strani fizioterapevtov lahko nekatera komunikacijska vedenja in izzivi odražajo fizioterapevtovo strokovno znanje in njegovo usposobljenost. Na primer, znanje o človeškem gibanju lahko osredotoči fizioterapevta k večjemu zanašanju na informacije, posredovane z neverbalnimi znaki, povezanih z bolečino med gibanjem in posledično določanju vrste terapije. Prav neverbalna komunikacija kot sta npr. pogled in kimanje, je v procesu zdravljenja še kako pomembna. Olajša odkritje težave, način zdravljenja in tudi pospeši proces rehabilitacije. Fizioterapevti in pacienti sledijo interakcijskim ciljem v vseh korakih fizioterapevtske obravnave, od začetne ocene stanja do končne obravnave. Zato je pri medsebojni komunikaciji potrebno zajeti vse bistvene elemente ciljno usmerjenega komunikacijskega vedenja (Kawi, 2014; Cowell, et al., 2018)

Zadnja štiri desetletja je vse več zanimanja za psihološko usmerjeno obvladovanje bolečine, vključno z opisom psihološko informirane oziroma podprte prakse (angleško: *psychologically informed practice – PIP*). Psihološko podprta praksa zahteva širši fokus kot tradicionalni biomehanski pristopi, ki temeljijo na patologiji in se tradicionalno uporabljajo za obvladovanje mišično-skeletne bolečine. Glavni poudarek psihološko podprte prakse, je obravnavanje vedenjskih vidikov bolečine (tj. odziva ljudi na bolečino) z opredelitvijo individualnih pričakovanj, prepričanj in občutkov kot prognostičnih dejavnikov za klinične rezultate. Zanimanje za psihološko podprto prakso narašča, kar dokazuje njena uporaba in pojavljanje koncepta v znanstvenih krogih. Zdravniki in fizioterapevti so opredelili psihološko podprto prakso kot del pristopa celostne oskrbe, ki vključuje tudi presejanje in ciljno zdravljenje za ljudi z velikim tveganjem za nadaljnjo oviranost, povezano z bolečino (Keefe, et al., 2018).

2.5.1 Omejitve raziskave

Pri izdelavi diplomskega dela se lahko izpostavi kot glavna omejitev raziskave pomanjkanje literature, nedostopnost tujih člankov v polnem besedilu ter ustreznih člankov vezanih na samo obravnavano temo.

2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo

V diplomskem delu smo s pregledom literature raziskali vlogo komunikacije pri rehabilitaciji pacienta s kronično bolečino. Z njim smo podali predhodni konceptualni okvir, ki temelji na dokazih, za prednostno ciljno usmerjeno komunikacijsko vedenje fizioterapevtov pri rehabilitaciji kronične bolečine. Pridobljene ugotovitve lahko služijo kot podlaga za prihodnje kvalitativne raziskave, saj zagotavljajo osnovo za izboljšanje operacionalizacije komunikacije kot pojava; opisovanje elementov komunikacijskega vedenja na standardizirane in ponovljive načine; in uporabo bolj strogih metodoloških standardov. Identifikacija ciljno usmerjenega komunikacijskega vedenja, pridobljenega iz kvalitativne in kvantitativne literature, lahko služi tudi kot podlaga za prihodnje kvantitativne raziskave, ki bodo poskušale oceniti vpliv komunikacije fizioterapevta pri napredku med zdravljenjem (npr. razkritje informacij in čustev) in po končanem zdravljenju (npr. intenzivnost bolečine, telesna dejavnost). Z razširitvijo raziskave področja in posledično izdelavo konceptualnega okvirja lahko le ta služi kot temeljni korak za oblikovanje na dokazih temelječega komunikacijskega usposabljanja za fizioterapevte in druge zdravstvene delavce, ki sodelujejo pri rehabilitaciji kronične bolečine. Lahko pa se uporabijo tudi kot vodilo za želeno komunikacijsko vedenje, ki se mora upoštevati pri vsakdanji praksi, in za razmislek o dosedanjih obstoječih komunikacijskih praksah.

3 ZAKLJUČEK

Posledica kronične bolečine se lahko kaže s tesnobnim in depresivnim razpoloženjem pacientov ter z izrazito zmanjšano kakovostjo življenja. Prekomerno uživanje opiatov, ki jih v prvem koraku pacienti vzamejo kot odrešitev, lahko težave še poslabšajo.

Pacienti s kronično bolečino, ki izhaja kot posledica različnih zdravstvenih stanj, prihajajo na fizioterapijo v glavnem zaradi zmanjševanja bolečine. Pri sami terapiji fizioterapevti izbirajo med naborom razpoložljivih in za pacienta sprejemljivih metod od terapevtskih vaj, fizikalne terapije, manualne terapije. S psihološkimi pristopi podprta fizioterapevtska obravnava pacienta (PIPT) združuje klasično fizioterapevtsko obravnavo in na dokazih temelječo psihoterapijo za obvladovanje bolečine. Prav zaradi pomanjkanja komunikacijskih veščin fizioterapevtov je uporaba PIPT v praksi zelo omejena.

Izhajajoč iz dosedanjih ugotovitev lahko zaključimo, da fizioterapevti danes v svoji praksi redko uporabljajo biopsihosocialni in na pacienta usmerjen pristop, temveč se ukvarjajo predvsem z biomedicinskim vidikom težave, na katere opozarjajo njihovi pacienti. Fizioterapevti posvečajo premalo pozornosti psihosocialnemu vidiku pacientovega stanja. Celotna komunikacija med pacientom in fizioterapevtom je vodena s t.i. zaprtimi vprašanji (na katera je odgovor večinoma da ali ne), sami izpeljujejo zaključke, prekinjajo paciente in se odločajo brez dosedanjih izkušenj, odnosa do stanja ali potreb svojih pacientov. Zato je nujno potrebno izvajati ustrezna izobraževanja z namenom pridobiti znanja in veščine na tem področju komunikacije za fizioterapevte. S tem se bo zagotovilo ustrezno razvijanje komunikacijskih veščin in posledično bistveno izboljšanje učinkov fizioterapevtskega zdravljenja.

4 LITERATURA

Ahlsen, B. & Nilsen, A.B., 2022. Getting in touch: Communication in physical therapy practice and the multiple functions of language. *Frontiers in rehabilitation sciences*, 3, pp. 1-9.

Ali, N. & May, S.A., 2017. Qualitative study into Egyptian patients satisfaction with physiotherapy management of low back pain. *Physiotherapy Research International*, 22(2), pp. 11-21.

Amoudi, M., Anabtawi, R., Bzoor, A., Keelani, S. & Abu Hassan, W., 2017. The Effectiveness of Positive Communication Skills in Reducing Pain during Physiotherapy Session: A Quantitative Result from Questionnaire Surveys of Palestinian Orthopaedic Patients. *Universal Journal of Public Health*, 5(1), pp. 17-24.

Ardito, R.B. & Rabellino, D., 2011. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, pp. 1-11.

Babatunde, F., MacDermid, J. & MacIntyre, N., 2017. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17(375), pp. 1-23.

Bakuuro, J., 2017. Demystifying Halliday's Metafunctions of Language. *International journal of language and literature*, 5(2), pp. 211-217

Ballengee, L.A., Zullig, L.L., George, S.Z., 2021. Implementation of psychologically informed physical therapy for low back pain: where do we stand, where do we go? *Journal of Physiotherapy*, 14, pp. 3747-3757.

Barnett-Page, E. & Thomas, J., 2009. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9, pp. 1-11.

Becker, W.C., Dorflinger, L., Edmond, S.N., Islam, L., Heapy, A.A. & Fraenkel, L., 2017. Barriers and facilitators to use of nonpharmacological treatments in chronic pain. *BMC Family Practice*, 18(41), pp. 1-8.

Bunzli, S., McEvoy, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P. & O'Sullivan, K., 2016. Patient perspectives on participation in cognitive functional therapy for chronic low back pain. *Physical Therapy*, 96, pp. 1397-1407.

Butow, P. & Sharpe, L., 2013. The impact of communication on adherence in pain management. *Pain*, 154, pp. 101-107.

C. Williams, A.C., Fisher, E., Hearn, L. & Eccleston, C., 2020. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(8), pp. 1-170.

Cheing, G., Vong, S., Chan, F., Ditchman, N., Brooks, J. & Chan, C., 2014. Testing a path-analytic mediation model of how motivational enhancement physiotherapy improves physical functioning in pain patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, pp. 798-805.

Coronado, R.A., Brintz, C.E., McKernan, L. C., Master, H., Motzny, C., Silva, F.M., Goyal, P.M., Wegener, S.T. & Archer, K. R., 2020. Psychologically informed physical therapy for musculoskeletal pain: current approaches, implications, and future directions from recent randomized trials. *PAIN Reports*, 5(5), pp. 1-14.

Cowell; I., McGregor, A., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., Schoeb, V. & Murtagh, G., 2022. Physiotherapists' Approaches to Patients' Concerns in Back Pain Consultations Following a Psychologically Informed Training Program. *Qualitative Health Research*, 31(13), pp. 2486-2501.

Cowell, I., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A. & Murtagh, G., 2018. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic

low back pain from a biopsychosocial perspective: a qualitative study. *Musculoskeletal Science & Practice*, 38, pp. 113-119.

Del Baño-Aledo, M.E., Medina-Mirapeix, F., Escolar-Reina, P., Montilla-Herrador, J. & Collins, S. M., 2014. Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Physiotherapy*, 100, pp. 73-79.

Engel, G.L., 2012. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), pp. 377-396.

Epstein, R.M. & Street, Jr. R., 2011. The values and value of patient centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), pp. 100-103.

Epstein, R.M., Morse, D.S., Williams, G.C., leRoux, P., Suchman, A. L. & Quill, T.E., 2013. Clinical practice and the biopsychosocial approach. In: R.M. Frankel & T.E. Quill & S. H. McDaniel, eds. *The biopsychosocial approach: past, present and future*. New York: The University of Rochester Press, pp. 33-66.

Graves, T.A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D.L., Eddy, K.T., Bourion-Bedes, S., Bron, A., Constantino, M.J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Karlsson, G.P., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Prestano, C., Satir, D.A., Simpson, S., Sly, R., Lacey, H., Stiles-Shields, C., Tasca, G.A., Waller, G., Zaitsoff, S.L., Rienecke, R., Le Grange, D. & Thomas, J.J., 2017. A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), pp. 323-340.

Hadi, M.A., Alldred, D.P., Briggs. M., Marczewski, K. & Closs, S.J., 2017. »Treated as a number, not treated as a person«: a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. *BMJ Open*, 7(6), pp. 1-7.

Hadi, M.A., McHugh, G.A. & Closs, S.J., 2019. Impact of chronic pain on patients' quality of life: a comparative mixed-methods study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), pp. 133-141.

Hiller, A., Guillemin, M. & Delany, C., 2015. Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient education and counseling*, 98(10), pp. 1222-1228.

Hiller, A., 2017. *Toward relationship-centred care: patient-physiotherapist interaction in private practice: doktorska disertacija*. Melbourne: The University of Melbourne, Melbourne School of Population and Global Health.

Hiller, A. & Delany, C., 2018. Communication in physiotherapy: challenging established theoretical approaches. In: B.E. Gibson, D.A. Nicholls, J. Setchell, K.S. Groven, eds. *Manipulating Practices A Critical Physiotherapy Reader*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, pp. 308-333.

Hoffmann, T.C., Del Mar, C.B., Strong, J. & Mai, J., 2013. Patients' expectations of acute low back pain management: implications for evidence uptake. *BMC Family Practice*, 14(7), pp. 1-6.

Jarrard, C., 2022. *The impact of trainee therapist personal characteristics and technique usage on the therapeutic alliance and session depth: magistrsko delo*. Augusta: Augusta University, Faculty of The Graduate School.

Jeffrey, J.E. & Foster, N.E., 2012. A qualitative investigation of physical therapists' experiences and feelings of managing patients with nonspecific low back pain. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 92(2), pp. 266-278.

Josephson, I., Woodward-Kron, R., Delany, C. & Hiller, A., 2015. Evaluative language in physiotherapy practice: How does it contribute to the therapeutic relationship? *Social Science & Medicine*, 143, pp. 128-136.

Jovanović, S., Kekuš, D. & Stojanović-Jovanović, B., 2020. Komunikacija u fizioterapeutske prakse. *Sestrinska reč*, 23(80), pp. 7-10.

Kawi, J., 2014. Chronic low back pain patients' perceptions on self-management, selfmanagement support, and functional ability. *Pain Management Nursing*, 15(1), pp. 258-264.

Keefe, F.J., Main, C.J. & George, S.Z., 2018. Advancing psychologically informed practice for patients with persistent musculoskeletal pain: promise, pitfalls, and solutions. *Physical Therapy*, 98(5), pp. 398-407.

Kekuš, D., 2010. *Komunikacije u profesionalnoj praksi zdravstvenih radnika*. Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija.

Kent, F. & Molloy, E., 2013. Patient feedback in physiotherapy clinical education: A mixed methods study. *Focus On Health Professional Education: A Multi-Disciplinary Journal*, 14(2), pp. 21-34.

Kuret, Z., Osolnik, B & Perme Sušnik, K., 2018. Vloga pacienta pri določanju ciljev v rehabilitaciji (bolnikov s kronično bolečino). *Rehabilitacija*, 17(1), pp. 21-28.

Lakke, S., Fojjer, M., Dehner, L., Krijnen, W. & Hobbelen, H., 2019. The added value of therapist communication on the effect of physical therapy treatment in older adults; a systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 102(2), pp. 253-265.

Lapornik, K., 2017. *Gradivo za udeležence: Učinkovita komunikacija – korak do sočloveka in uspeha*. Novo mesto: Združenje izobraževalnih in svetovalnih središč Slovenije.

Lonsdale, C., Hall, A.M., Williams, G.C., McDonough, S.M., Ntoumanis, N., Murray, A. & Hurley D.A., 2012. Communication style and exercise compliance in

physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1), pp. 2-15.

Louison Vang, M., Hougaard Andersen, Aida, Hendricks, O., Handberg, G., Illes, Z.L. & Roessler, K.K., 2019. Patient-centeredness in the 21st century: instrumentalisation or improved communication? *European journal for person centered healthcare*, 7(2), pp. 325-333.

Malfliet, A., Kregel, J., Meeus, M., Cagniec, B., Roussel, N., Dolphens, M., Danneels, L. & Nijs, J., 2017. Applying contemporary neuroscience in exercise interventions for chronic spinal pain: treatment protocol. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 21(5), pp. 378-387.

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. & The PRISMA Group, 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*, 339, pp. 264-269.

Mudge, S., Stretton, C. & Kayes, N., 2014. Are physiotherapists comfortable with person-centred practice? An autoethnographic insight. *Disability and Rehabilitation*, 36, pp. 457-463.

National Quality Forum, 2018. *The National Quality Partners™ (NQP) Opioid Stewardship Action Team brought together experts and recognized leaders from the private and public sectors committed to addressing the nation's escalating opioid epidemic*. [online] Available at:

https://www.qualityforum.org/National_Quality_Partners_Opioid_Stewardship_Action_Team.aspx [Accessed 10 January 2023].

Naylor, J., Killingback, C. & Green, A., 2022. What are the views of musculoskeletal physiotherapists and patients on person-centred practice? A systematic review of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 22, pp. 1-12.

O’Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzi, S., O’Sullivan, P. & O’Sullivan, K., 2016. What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physical Therapy*, 96(5), pp. 609-622.

O’Sullivan P., 2012. It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain. *British Journal of Sports Medicine*, 46(4), pp. 224-227.

Opsommer, E. & Schoeb, V., 2014. »Tell me about your troubles«: description of patient–physiotherapist interaction during initial encounters. *Physiotherapy Research International*, 19(4), pp. 205-221.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, M.P., Boutron, I., Hoffmann, C.T., Mulrow, D.C., Shamseer, L., Tetzlaff, M.J., Akl, A.E., Brennan, E.S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, M.J., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, W.E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, A.L., Stewart, A.L., Thomas, J., Tricco, C.A., Welch, A.V., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMC Systematic Reviews*, 10(89), pp.1-11.

Palazzo, C., Klinger, E., Dorner, V., Kadri, A., Thierry, O., Boumenir, Y., Martin, W., Poiraudreau, S. & Ville, I., 2016. Barriers to home-based exercise program adherence with chronic low back pain: patient expectations regarding new technologies. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(2), pp. 107-113.

Papež, B.J., 2018. Določanje ciljev rehabilitacije pri pacientih, napotenih na fizioterapijo. *Rehabilitacija*, 17(1), pp. 54-58.

Perreault, k., Dionne, C.E., Rossignol, M., Poitras, S. & Morin, D., 2014. Physiotherapy practice in the private sector: organizational characteristics and models. *BMC Health Services Research*, 14(362), pp. 1-13.

Pinto, R.Z., Ferreira, M., Oliveira, V.C., Franco, M.R., Adams, R., Maher, C.G. & Ferreira, P.H., 2012. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), pp. 77-87.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Ramovš, K., 2014. Z učinkovito komunikacijo do boljših medosebnih odnosov. In: B. Nose & B. Jugovič, ed./eds. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi, 6. dnevi Marije Tomšič. Novo mesto, 23. januar 2014*. Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 50-55.

Sandelowski, M., Barroso, J. & Voils, C. I., 2007. Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Research in Nursing & Health*, 30(1), pp. 99-111.

Sanders, T., Foster, N.E., Bishop, A. & Ong, B.N., 2013. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(65), pp. 2-10.

Schmidt, S.G., 2016. Recognizing potential barriers to setting and achieving effective rehabilitation goals for patients with persistent pain. *Physiotherapy: Theory and Practice*, 32(5), pp. 415-426.

Serpanou, I., Sakellari, E., Psychogiou, M., Zyga, S. & Sapountzi-Krepia, D., 2019. Physical therapists' perceptions about patients with incomplete post-traumatic paraplegia adherence to recommended home exercises: a qualitative study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 23(1), pp. 33-40.

Sinha, A.G. & Sharma, R., 2017. Factors Influencing Utilization of Physiotherapy Service among Children with Cerebral Palsy in Jalandhar District of Punjab. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 8(2), pp. 209-215.

Smith, R.C., Fortin, A.H., Dwamena, F. & Frankel, R.M., 2013. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling*, 91(3), pp. 265-270.

Spitzberg, B.H., 2013. (Re) Introducing communication competence to the health professions. *Journal of Public Health Research*. 2(3), pp. 126-136.

Stubbe, D.E., 2014. Separate Worlds: Bridging the Divide Between Evidence-Based and Patient-Centered Care. *The Journal of life long learning in psychiatry*, 12(3), pp. 314-316.

Sullivan, M.D., Edlund, M.J., Fan, M-Y., DeVries, A., Braden, J.B. & Martin, B.C., 2008. Trends in use of opioids for non-cancer pain conditions 2000-2005 in commercial and Medicaid insurance plans: the TROUP study. *Pain Reports*, 138(2), pp. 440-449.

Sullivan, N., Hebron, C. & Vuoskoski, P., 2018. »Selling” chronic pain: physiotherapists« lived experiences of communicating the diagnosis of chronic nonspecific lower back pain to their patients. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(9), pp. 973-992.

Synnott, A., O’Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O’Sullivan, P. & O’Sullivan, K., 2015. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 61, pp. 68-76.

Synnott, A., O’Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O’Sullivan, P., Robinson, K. & O’Sullivan, K., 2016. Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after cognitive functional therapy training: a qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 62(4), pp. 215-221.

Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S. & Craig J., 2012. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12, pp. 1-8.

Wijma, A.J., Bletterman, A.N., Clark, J.R., Vervoort, S., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J. & Van Wilgen, C.P., 2017. Patient-centeredness in physiotherapy: what does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiother Theory Pract*, 33(11), pp. 825-840.

Wilson, S., Chaloner, N., Osborn, M. & Gauntlett-Gilbert, J., 2017. Psychologically informed physiotherapy for chronic pain: Patient experiences of treatment and therapeutic process. *Journal of Physiotherapy*, 103, pp. 98-105.

World Confederation for Physical Therapy (WCPT), 2019. *Policy statement: description of physical therapy*. [online] Available at: <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf> [Accessed 10 September 2022].

Zečić-Durmišević, D., 2021. Hallidayev koncept funkcija jezika i primjena tog koncepta u kritičkoj analizi diskursa. *Journal of the Faculty of Philosophy in Sarajevo*, 24, pp. 237-250.