

# **IZOBRAŽEVANJE BOLNIKOV – PODCENJEN IN PREZRT UKREP? PATIENT EDUCATION – UNDERESTIMATED AND OVERLOOKED?**

dr. Barbara Horvat, univ. dipl. psih., Slavica Bajuk, dipl. fiz., asist. Helena Jamnik, dr. med.  
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

## **Povzetek**

V prispevku najprej opredelimo izobraževanje, ki pomeni učenje in s tem spreminjanje dejavnosti pod vplivom izkušenj in z razmeroma trajnim učinkom. Predstavimo razliko med izobraževanjem bolnikov in zdravstvenim izobraževanjem. V nadaljevanju se usmerimo na izobraževanje bolnikov in njegove ključne pozitivne posledice, ki se zaradi boljšega poznavanja zdravstvenega stanja lahko kažejo v prevzemanju odgovornosti bolnikov za lastno zdravje ter v ugodnih vplivih na njihovo mišljenje, čustvovanje in zato spreminjanje vedenja. Predstaviti želimo tudi svoje izkušnje z izobraževanjem bolnikov z bolečino v hrbtenici in oseb s kronično razširjeno bolečino. Opažamo izboljšanje razumevanja situacije, podajamo pa tudi izsledke nekaterih tujih študij, ki dokazujejo pomen izobraževanja na različnih področjih posameznikovega delovanja, tudi na ravni zdravstvenega sistema. To se kaže v zmanjševanju bolniške odsotnosti in nižanju stroškov zdravljenja pri ljudeh, ki pridobijo znanje o svoji bolezni in možnostih samopomoči.

## **Ključne besede:**

izobraževanje bolnikov; učinki; stroški

## **Abstract**

*We start by defining education as learning and changing activities under the influence of experience with a relatively permanent effect. We also present the difference between patient education and health education. Then we focus on patient education and its key positive effects. Through better understanding of their health status, the patients can take more responsibility for their own health. This can impact their thinking and emotions, thereby leading to modified behaviour. We present our experience with the education of patients with back pain and of those with chronic widespread pain. We have observed better understanding of the situation in those patients. The results of some foreign studies that demonstrate the importance of patient education are also presented. These studies have shown the importance of education for the patient's overall functioning, as well as in the light of the whole health care system. Patient education is reflected in the reduction of sick leave and the reduction of treatment cost for the people who gain knowledge about their disease and the possibilities of self-help.*

## **Key words:**

*patient education; effects; costs*

## **UVOD**

Izobraževanje nas v sodobni družbi spremlja že od malega in skozi celotno življenje ter na vseh področjih. Na eni strani ga lahko opredelimo kot dolgotrajen proces razvijanja posameznikovih navad, znanj in sposobnosti (1), po drugi pa kot krajše pridobivanje znanj, spretnosti in sposobnosti za obvladovanje načinov zadovoljevanja potreb (2). Ključni element izobraževanja je učenje, ki pomeni spreminjanje dejavnosti pod vplivom izkušenj in z razmeroma trajnim učinkom (3). To pomeni, da izobraževanje, tj. pridobivanje

vpogledov, omogoča spremembo vedenja, torej drugačno delovanje, kot smo ga bili vajeni ali osvojitev do tedaj še neznanega ravnanja, ki naj bi pripomoglo k posameznikovemu blagostanju.

Leta 1998 (4) je potrebo po izobraževanju bolnikov prepoznala tudi SZO. Tako postaja v sodobnem zdravstvenem sistemu možnost izobraževanja bolnikov ena izmed temeljnih bolnikovih pravic in dolžnost izvajalca zdravstvene storitve. Najbolj intenzivna prizadevanja za uveljavitev izobraževanja bolnikov in priznavanje njegovega pomena

E-naslov za dopisovanje/ E-mail for correspondence (BH):  
barbara.horvat@ir-rs.si

izhajajo iz ZDA, ki so svoje dotedanje delo strnili v knjižicah Zdravi ljudje 2000 in Zdravi ljudje 2010 (Healthy People 2000 in Healthy People 2010) (5).

## IZOBRAŽEVANJE BOLNIKOV ALI ZDRAVSTVENO IZOBRAŽEVANJE

Izobraževanje bolnikov v razvitejših državah je ključna komponenta sodobnega zdravstvenega varstva. Literatura in strokovne debate o tej temi poročajo, da lahko razdelimo tovrstno izobraževanje v dve veliki kategoriji. V prvo sodi klinično izobraževanje bolnikov, v drugo pa zdravstveno izobraževanje (5). Kakšna je razlika med njima?

Klinično izobraževanje bolnikov je načrtovan, sistematičen in usmerjen način podajanja informacij. Pomeni odnos med bolnikom (ali njegovimi svojci) in izvajalcem zdravniške oskrbe (6). Cilji kliničnega izobraževanja so bolnikove ocene, evalvacija, diagnoza, napoved o izidu bolezni in posameznikove potrebe ter zahteve, ki so povezane z intervencijami (4, 5).

Zdravstveno izobraževanje je prav tako proces učenja, ki je podoben kliničnemu izobraževanju bolnikov. Osredotoča se na blagostanje, preventivo in promocijo zdravja. Namenjeno je lahko posameznikom, skupinam ali celotni skupnosti. Osnovni cilj zdravstvenega izobraževanja predstavljata spreminjanje in nadgradnja širše pogojenega zdravstvenega vedenja, ki zajema elemente posameznikovih psiholoških značilnosti v prepletu z vplivi iz socialnega okolja. Obe obliki izobraževanja bolnikom omogočata prevzemanje bolj dejavne vloge pri sprejemanju odločitev glede lastnega zdravstvenega stanja (5).

Izobraževanje, o katerem bomo pisali v prispevku, zajema značilnosti kliničnega izobraževanja bolnikov. Predstavili bomo namen tovrstnih izobraževanj.

## NAMEN IZOBRAŽEVANJA BOLNIKOV

SZO (4) ugotavlja, da je 80 % bolezni, ki niso zdravljene bolnišnično, kroničnih. Učinki večine tovrstnega zdravljenja so pomanjkljivi, k čemur pomembno prispeva dejstvo, da več kot polovica teh bolnikov ne zmore popolnoma slediti navodilom (4). Ob tem lahko doživljajo nemoč in ne zmorejo prevzeti odgovornosti za svoje zdravljenje. Pogosti razlogi, ki botrujejo pomanjkljivemu ozaveščanju o posameznikovem stanju, so: pomanjkanje časa, pomanjkljivo prepoznavanje potrebe po ozaveščanju bolnikov, pomanjkljiva motivacija (4, 5).

Nosilci izobraževanj se morajo zavedati dveh dejavnikov, ki vplivajo na učinek izobraževanja, in sicer:

- bolniki potrebujejo čas, da osvojijo postopke dolgotrajne skrbi zase in za svoje zdravje,
- bolniki imajo subjektivne in tudi objektivne zdravstvene potrebe (4).

Kljub navedenim omejitvam lahko kakovostno in učinkovito strukturirano izobraževanje pozitivno vpliva na različna področja posameznikovega delovanja ter psihološkega procesiranja, in sicer lahko (7 - 13):

- predstavlja pomembno pot k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje,
- vpliva in/ali sooblikuje posameznikovo čustvovanje ter njegovo razpoložensko lego,
- se odraža v načinu in vsebini mišljenja ter
- v spreminjanju vedenja in navad.

Podrobneje bomo predstavili posameznega izmed možnih pozitivnih učinkov izobraževanja.

Bolniki lahko med izobraževanjem dobijo vpogled v svoje vire moči, ki jim omogočajo dejavnejši pristop k trenutnemu zdravstvenemu stanju, s čimer se bolje zavedajo odgovornosti, ki jo imajo do lastnega zdravja (7, 8, 12, 13). Znanje in spoznanja, ki jih bolnik pridobi med izobraževanjem, mu lahko pomagajo k spremembi komunikacije in pri prehodu v dejavnost ter s tem pripomorejo k izboljšanju zdravstvenega stanja. Izobraževanje med drugim doda vrednost izbranim postopkom zdravljenja in vpliva na bolj konstruktiven način spoprijemanja z zdravstvenim stanjem ter skrbjo zase (7-13).

Izvajalci izobraževanja v zdravstvenih ustanovah dojemajo prednost izobraževanja na ravni čustvovanja in razpoložena (5, 10). Oboje je lahko prisotno na dveh področjih – na področju doživljanja procesa zdravljenja in na področju doživljanja simptomatike. Bolniki preko izobraževanja pogosto pridobijo občutek varnosti in zaupanja v proces zdravljenja, zato se poveča tudi stopnja zadovoljstva. Učinkovito izobraževanje bolnikom pomaga pri razumevanju zdravstvene kompleksnosti in pri tem zvišuje kompetentnost pri razumevanju in sledenju navodil, ki jih prejema. Dodatna razlaga o njihovem stanju znižuje anksioznost, ki se pojavlja ob telesnih simptomih (5, 7, 9, 10).

Sprememba v mišljenju se lahko kaže v zmanjšanem katastrofičnem doživljanju situacije oz. zdravstvenega stanja v smislu upadanja ponavljajočih se misli o bolečini (ruminacije) in povečevanje ter pripisovanje prevelike pomembnosti doživljanju bolečine (magnifikacije) (12, 13).

## NAŠE IZKUŠNJE

V ambulantno-rehabilitacijski službi (ARS) na URI-Soča imamo trenutno izkušnje kliničnega izobraževanja bolnikov v Šoli proti bolečini v hrbtenici (ŠPBH) in z izobraževanjem bolnikov, ki so obravnavani zaradi kronične razširjene bolečine.

V čem sta si izobraževanja podobni in v čem se razlikujeta?

Šola proti bolečini v hrbtenici se je začela pribl. leta 1990. V tem času je bilo vključenih v program več kot 11.500

bolnikov z bolečino v hrbtenici. V ŠPBH, ki zajema 4 ure praktičnega in teoretičnega dela, so vključeni bolniki z akutno in kronično bolečino v križu in bolečino v vratu, katere vzrok so različni dejavniki. Moderen način življenja, v katerem se ljudje premalo gibljejo in skrbijo za mišično moč, gibljivost in koordinacijo je najpogostejši vzrok za bolečino v hrbtenici (8-10). Zato je vsebina ŠPBH usmerjena v motiviranje udeležencev za dejavno življenje in športne dejavnosti (8, 9, 12). Bolniki, ki v enem ali dveh mesecih ne doživljajo nižje intenzitete bolečine, so v rizični skupini in imajo večjo možnost, da razvijejo kronično bolečino, kjer prav tako prepoznavamo ključno vlogo ŠPBH (14). Predavanja v ŠPBH izvajajo diplomirani fizioterapevti z večletnimi izkušnjami in z dodatnimi specialnimi znanji s področja bolečine v hrbtenici. Teoretični del vsebuje anatomijo in funkcijo hrbtenice, biomehaniko hrbtenice pri gibanju v različnih položajih, optimalno držo in ergonomijo. Praktični del vsebuje učenje telesne vadbe, učenje pravilne drže stoje in vzravnane drže pri sedenju, učenje pravilnega pobiranja bremen in pravilne drže v različnih delovnih situacijah, učenje razbremenilnih položajev, samovlek in druge tehnike samopomoči, s katerimi si lahko pomagajo ob pojavu bolečine v hrbtenici v domačem okolju. Telesna vadba vsebuje vaje za sproščanje, vaje za stabilizacijo ter vaje za krepitev, raztezanje in koordinacijo celega telesa. Cilj ŠPBH je zmanjšanje bolečine, preprečitev ponovne epizode bolečine v hrbtenici in dejavna skrb za lastno hrbtenico. Vsebina šolanja se ves čas spreminja v skladu z novimi dognanji.

Izobraževanje bolnikov s kronično razširjeno nerakavo bolečino pa poteka od leta 2012.

V dvodnevno izobraževanje o kronični razširjeni nerakavi bolečini vključujemo vse bolnike, ki jih sprejmemo v nadaljnjo interdisciplinarno rehabilitacijsko obravnavo in tiste, za katere menimo, da rehabilitacija pri nas ne bi prinesla sprememb, bi jim pa pomagala razlaga njihovega trenutnega bolečinskega stanja. Izobraževanje za bolnike s kronično bolečino izvede zdravnik s timom strokovnih zdravstvenih sodelavcev. Vsak dan predavajo zdravnica, psihologinja in fizioterapevtka, socialna delavka in delovna terapevtka pa se izmenjata. S tovrstnim pristopom skušamo bolnikom približati pomen interdisciplinarnosti in jih opozoriti na pomen vpliva bolečine na njihovo funkcioniranje, povezanost telesnih in duševnih funkcij, življenje v družini, delovnem okolju in njihovi socialni mreži. Vsebinska izobraževanja bolnikov s kronično razširjeno nerakavo bolečino zajema: razlago mehanizmov zaznavanja bolečine in delovanja zdravil, opis in razlago razlik med akutno in kronično bolečino, opis tehnik samo-opazovanja, pomen kakovostnega spanca, pomen krepitev telesne dejavnosti, predstavitev pristopov k telesni aktivaciji, predstavitev zgradbe gibalnega aparata s poudarkom na mišicah in njihove vloge pri različnih funkcijah, telesni drža, hoji, statičnih položajih – prisilnih držah, razlago miofascialnih prožilnih točk in prenesene bolečine, razlago fizioloških

učinkov stopnjevane telesne vadbe ter pomena redne in postopno dozirane telesne dejavnosti, predstavitev pomena ergonomske usmerjenosti delovnega okolja, seznanitev z načeli uporabe tehnik zavedanja telesa in sproščanja, predstavitev vplivov stresnih dogodkov na zaznavanje bolečine. Če povzamemo, želimo skozi izobraževanje bolnikom pokazati poti k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje in vplivati tudi na njihovo oceno situacije v smeri pozitivnejšega mišljenja, ki bi se odražalo v pozitivnejšem čustvovanju (15).

Leta 2009 (16) je tim, ki izvaja ŠPBH, izvedel raziskavo, v kateri so ugotavljali spremembe v poznavanju stanja. Rezultati so pokazali pomembno boljše poznavanje stanja in s stanjem povezanih razlag po izvedenem izobraževanju. V prihodnje načrtujemo natančnejšo evalvacijo sprememb po opravljenem izobraževanju bolnikov s kronično razširjeno nerakavo bolečino. Preverjali bomo, kako vsebina izobraževanja vpliva na oceno situacije, ko je prisotno doživljanje bolečine – ali se spremeni katasrofičnost doživljanja bolečine in ali je prisotna povezava z doživljanjem strahu pred gibanjem ter zaupanjem v lastno telo.

V nadaljevanju predstavljamo izsledke nekaterih raziskav s tega področja. Moseley (7) navaja, da sta bolečina v križu in kronična razširjena nerakava bolečina multidimenzionalni, zaradi česar so uveljavljeni različni pristopi k zmanjševanju bolečine. Sam izpostavlja švedski model. Heymans in sodelavci (10) so izvedli raziskavo, v kateri so prvič primerjali učinkovitost med krajšim programom šole proti bolečini v hrbtenici in razširjenim programom šole proti bolečini v hrbtenici pri fizičnih delavcih na bolniškem staležu s subakutno bolečino. V prvi skupini so bolniki opravili švedski model ŠPBH. To je štiri skupinska srečanja 1-krat tedensko po 2 uri (30 minut izobraževanje, 90 minut praktični del). Druga skupina je imela 16 skupinskih srečanj 2-krat tedensko po 1 uro. Krajši program je bil bolj učinkovit pri zmanjšanju bolniškega staleža, pri izboljšavanju funkcioniranja in kineziofobiji (strah pred gibanjem). Pri krajšem programu je po šestih mesecih večje število delavcev imelo višjo oceno zaznanega izboljšanja stanja.

Burckhard in sodelavci (17) so učinke izobraževanja preverjali na skupini žensk s fibromialgijo. Razdelili so jih v tri skupine. V prvo so bile vključene zgolj v izobraževanje (N=31), v drugo so zajeli bolnice, ki so bile poleg izobraževanja vključene še v fizioterapijo (N=33), tretjo skupino pa so predstavljale ženske z odloženo obravnavo (N=35). Ta skupina je predstavljala kontrolno skupino. Rezultati so pokazali izboljšanje na področju samoučinkovitosti v skupini žensk, ki so bile vključene v izobraževanje in fizioterapijo. Zmožnost samoučinkovitosti je v primerjavi s kontrolno skupino narasla tudi v skupini oseb, ki so bile vključene samo v izobraževanje. Podobno je tudi Gowans s sodelavci (18) izvajal randomizacijsko študijo, v kateri je primerjal skupino bolnikov, ki so bili vključeni v 6-tedenski program, ki je vseboval izobraževanje in vadbo v



vodi (N=20) z 21 bolniki, ki so bili na čakalnem seznamu. Skupina, ki je bila vključena v izobraževanje, je izkazovala pomemben napredek na področju telesnega delovanja, čustvenega blagostanja in poznavanja fibromialgije. Med skupinama niso dokazali razlik v samoučinkovitosti.

## IZOBRAŽEVANJE IN/ALI VEDENJSKO-KOGNITIVNA TERAPIJA (VKT)?

Kot pomemben terapevtski ukrep pri obravnavi fibromialgije velja vedenjsko-kognitivna terapija (VKT) (19, 20). Kognitivno vedenjske in vedenjske intervence namreč vodijo do izboljšanja na področju doživljanja bolečine (v smislu dajanja nižjih ocen), drugih kliničnih simptomov, funkcijske nezmožnosti, bolečinskega vedenja in doživljanja katastrofičnosti. Zaradi nezmožnosti popolnega nadzora vseh dejavnikov dopuščajo možnost, da bi bili lahko rezultati študije tudi drugačni. Vlaeyen in sodelavci (21) so izbrali skupino bolnikov, ki so imeli v povprečju fibromialgijo 10,2 leti. Razdeljeni so bili v tri skupine – edukativno-kognitivna skupina (N=49), edukativno-diskusijna skupina (N=39) in kontrolna skupina bolnikov, ki so bili na čakalni listi (N=43). Znotraj obeh primerjalnih skupin so dokazali spremembe v doživljanju jakosti bolečine, nje-nega nadzora in spoprijemanja z njo, med skupinama pa razlike niso bile pomembne. Nekoliko ugodnejši so bili rezultati v edukativno-diskusijski skupini, kjer so udeleženci poročali o intenzivnejši socialni podpori in pomembnem zmanjšanju strahu. Socialna podpora lahko zato predstavlja mediatorja pri fibromialgiji in lahko razlaga napredek znotraj multimodalne skupinske terapije. V skupini s pristopom VKT je bilo manj katastrofičnega doživljanja bolečine. V kontrolni skupini ni bilo sprememb (21).

V literaturi pa tudi v praksi je pogosto nepoznavanje vsebine in razlike med izobraževanjem bolnikov in VKT. Zaradi podobnosti ju pogosto obravnavajo z enačanjem, kar doživljamo avtorji prispevka kot neustrezno. Pristopa se lahko pomembno dopolnjujeta, oz. je to celo nujno, nikakor pa se med seboj ne zmoreta nadomestiti.

Kot pišemo v Uvodu, predstavlja izobraževanje bolnikov pridobivanje vpogledov, ki omogočajo spremembo vedenja, torej drugačno delovanje, kot smo ga bili navajeni ali osvojitev do tedaj še neznanega ravnanja, ki naj bi prispevalo k posameznikovemu blagostanju. Izobraževanje bolnikov naj bi bilo interdisciplinarno, kar pomeni, da obravnavano zdravstveno problematiko predstavijo različni profili strokovnjakov. Po drugi strani je VKT ožje usmerjena, saj zajema sklop psiholoških znanj, metod in tehnik, ob pomoči katerih terapevt pomaga bolniku pri razumevanju njegovih težav ter spreminjanju miselnih in vedenjskih vzorcev, ki te težave ohranjajo. Pristop je usmerjen na obvladovanje težav, s katerimi se bolnik ukvarja v trenutnem življenjskem obdobju (tukaj in sedaj). VKT temelji na kognitivnem modelu, ki pravi, da naša čustva in vedenje niso

neposredno odvisni od zunanjih dogodkov, pač pa je pomembno, kakšen pomen imajo ti dogodki za nas, kako jih dojemamo v posamezni situaciji, torej od miselnih (kognitivnih) procesov. VKT vsebuje tudi edukacijo, ki pa je za razliko od kliničnega izobraževanja bolnikov ozko usmerjena na psihološki pristop in tehnike VKT (19-21).

Nekatere bolnike vključimo v proces izobraževanja, pri drugih pa teoretično razlago podkrepimo tudi z izkustvenim učenjem, ki ga omogočimo z vključitvijo v program, ki temelji na pristopu VKT. V dvodnevno izobraževanje vključimo vse tiste bolnike, za katere presodimo, da bodo vsebino razumeli, da bodo lahko dlje časa vzdrževali pozornost in sledili, hkrati pa verjamemo, da jim bo izobraževanje nudilo nove vpogleds v doživljanje bolečine. Vključenost v izobraževanje je predpogoj za delo v izkustvenem učenju, ki temelji na pristopu VKT. Bolniki, ki jih vključimo v tovrstno obravnavo, morajo ustrezati vključitvenim merilom, med katere uvrščamo: stabilno razpoložensko lego, vpogleds v povezavo med telesom, mislimi in čustvovanjem, motivacijo za sodelovanje in delo na sebi, telesno in duševno kondicijo, ki omogoča daljšo ter strnjeno obravnavo.

## POMEN IZOBRAŽEVANJA PRI SOOČANJU S KRONIČNO BOLEČINO

V prispevku smo že izpostavili in opisali pozitivne posledice izobraževanja, ki se lahko kažejo v: bolnikovem prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje, vplivih na njihovo čustvovanje in razpoložensko lego, vsebini mišljenja, ki je manj katastrofična ter v spreminjanju vedenja in navad. Omenjene pozitivne posledice pa ne prispevalo le k blagostanju posameznega bolnika, temveč so izrednega pomena tudi na ravni zdravstvenega sistema – tako z vidika nadaljnje obravnave bolnikov kot tudi na področju zmanjševanja stroškov (22).

Ocene namreč kažejo, da 60 % do 80 % populacije v razvitem svetu razvije bolečino enkrat v življenju. Bolečina v hrbtenici je povezana z odsotnostjo z dela in tako z velikimi ekonomskimi posledicami. Neposredni in posredni ekonomski izračuni kažejo, da je bila v ZDA poraba sredstev zaradi bolečine v hrbtenici 50 bilijonov dolarjev na leto (22), v Angliji 11 bilijonov dolarjev (23) in na Nizozemskem 5 bilijonov dolarjev. Porabo sredstev so preverjali tudi za fibromialgijo. Ugotovili so, da so stroški v 9 letih obravnave teh bolnikov v ZDA blizu 1 bilijon dolarjev. V Franciji so preračunali, da naj bi obravnava bolnika s težjo simptomatiko fibromialgije znašala 10.087 evrov, z zmerno 6.633 evrov in z blago 5.473 evrov. Omenjeni so le stroški zdravljenja, stroški bolniškega staleža so izvezeti (24).

Na URI-Soča ugotavljamo, da se število dni bolniškega staleža po zaključeni rehabilitaciji v interdisciplinarnem rehabilitacijskem programu zmanjšuje. Trenutno še zbira-

mo podatke in natančna vrednost še ni znana, a kaže v smer zmanjševanja stroškov zaradi odsotnosti z dela zaradi doživljanja bolečine. To je posledica celotnega programa in ne zgolj edukacije. Klinične izkušnje kažejo, da je napredek na področju izkustvenega učenja med rehabilitacijskim programom bistveno manjši, če se bolnik ni uspel udeležiti programa izobraževanja.

Ob tem si lahko zastavimo vprašanje, kakšna oblika izobraževanja je najustreznejša. Literatura izpostavlja pomen dobro strukturiranega in organiziranega izobraževanja bolnikov (5), kar naj bi bilo ugodno tako za terapevte kot tudi za bolnike, ki so deležni izobraževanja. Organizirano izobraževanja pomeni, da ga terapevti pripravijo posebej, kot samostojno dejavnost. Slednje je časovno in ekonomično učinkovitejše. Ugotavljajo, da je individualno izobraževanje bolnikov med drugo zdravstveno storitvijo časovno potratno in preveč skopo. Zato je priporočljiva organizacija skupinskega izobraževanja bolnikov, kamor je povabljenih več bolnikov s podobno simptomatiko. Vpetost več profilov pa omogoča, da se bolnikom ne pojasni le diagnoza, o kateri morajo izvedeti že med pregledom, temveč se jim predstavijo tudi načini samopomoči in značilnosti celostnega delovanja, kar lahko, kot smo že pisali, botruje spremembam na miselni, čustveni in vedenjski ravni. K učinkovitejšemu razumevanju in k uspešnosti izobraževanja prispeva tudi struktura.

## ZAKLJUČEK

Izobraževanje bolnikov doživljamo kot pomemben ukrep na ravni posameznika kot tudi na ravni zdravstvenega sistema. Menimo, da je izobraževanje, kot ga opisujemo v prispevku, v Sloveniji še prezrto in je potrebno razmisliti o njegovem mestu v zdravstvu.

## Literatura

- 1.) Možina S. Učenje, izobraževanje, usposabljanje v organizaciji. V: Možina S, ur. Management kadrovskih virov. Ljubljana: Založba Fakultete za družbene vede; 2002. p. 207–50.
- 2.) Ferjan M. Skrivnosti vodenja šole. Radovljica: Didakta; 1996.
- 3.) Pečjak V. Učenje, spomin, mišljenje. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2001.
- 4.) Therapeutic patient education. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998.
- 5.) Basic concepts of patient education. V: Dreeben O. Patient education in rehabilitation. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. 2010. Dostopno na [http://www.jblearning.com/samples/0763755443/55447\\_CH01\\_Dreeben.pdf](http://www.jblearning.com/samples/0763755443/55447_CH01_Dreeben.pdf) (citirano 1. 2. 2015).
- 6.) Ribeiro LH, Jennings F, Jones A, Furtado R, Natour J. Effectiveness of a back school program in low back pain. *Clin Exp Rheumatol* 2008; 26: 81–8.
- 7.) Moseley L. Combined physiotherapy and education is efficacious for chronic low back pain. *Aust J Physiother* 2002; 48: 297–302.
- 8.) Meng K, Seekatz B, Roßband H, Worrigen U, Vogel H, Faller H. Intermediate and long-term effects of a standardized back school for inpatient orthopedic rehabilitation on illness knowledge and self-management behaviors: a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2011; 27: 248–57.
- 9.) Narciso Garcia A, Mota da Silva T, Alqualo Costa R. Effectiveness of back school versus McKenzie exercises in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Phys Ther* 2013; 93: 729–47.
- 10.) Heymans MW, de Vet HCW, Bongers PM, Knol DL, Koes BW, van Mechelen W. The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: a pragmatic randomized controlled trial. *Spine* 2006; 31: 1075–82.
- 11.) Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, Maher CG, Lin CWC. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1: CD008325.
- 12.) Moseley GL. Widespread brain activity during an abdominal task markedly reduced after pain physiology education: fMRI evaluation of a single patient with chronic low back pain. *Aust J Physiother* 2005; 51: 49–52.
- 13.) Gallagher L, McAuley J, Moseley GL. A randomized-controlled trial of using a book of metaphors to reconceptualize pain and decrease catastrophizing in people with chronic pain. *Clin J Pain* 2013; 29: 20–5.
- 14.) Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine* 1987; 12: 632–44.
- 15.) Horvat B, Vidmar J, Zabukovec I, Klar N, Žalik T, Perme Sušnik K, Jamnik H. Predstavitev interdisciplinarnih rehabilitacijskih obravnave pacientov s kronično razširjeno nerakavo bolečino na URI-Soča. V: Jamnik H, Moharič M, ur. Vodenje in rehabilitacija bolnikov s kronično bolečino: izbrane teme s področja vodenja in rehabilitacije bolnikov s kronično nerakavo bolečino: redna letna učna delavnica: zbornik predavanj. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, 2014: 91–105.
- 16.) Bajuk S, Naglič N, Kokalj S, Vidmar J, Jere K, Podbevšek J, Gregorčič Trček K, Klar N. Učinkovitost šole proti bolečini v hrbtenici. V: Puh U, ur. Pove-

- zovanje teorije in prakse. 15. kongres fizioterapevtov Slovenije z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj, 24. in 25. maj 2013. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije - strokovno združenje, 2013: 105–6.
- 17.) Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A. A randomized controlled trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1994; 21: 714–20.
- 18.) Gowans SE, Dehueck A, Abbey S. Measuring exercise-induced mood changes in fibromyalgia: a comparison of several measures. *Arthritis Rheum* 2002; 47: 603–9.
- 19.) Moseley GL. Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *Eur J Pain* 2004; 8: 39–45.
- 20.) Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol* 2014; 69: 153–66.
- 21.) Vlaeyen J. Cognitive-behavioural treatments for chronic pain: what works for whom? *Clin J Pain* 2005; 21: 1–8.
- 22.) Frymoyer JW. An international challenge to the diagnosis and treatment of disorders of the lumbar spine. *Spine* 1993; 18: 2147–52.
- 23.) Frymoyer JW. An international challenge to the diagnosis and treatment of disorders of the lumbar spine. *Spine* 1993; 18: 2147–52.
- 24.) Skaer TL. Fibromyalgia: disease synopsis, medication cost effectiveness and economic burden. *Pharmacoeconomics* 2014; 32: 457–66.