

# VLOGA PACIENTA PRI DOLOČANJU CILJEV V REHABILITACIJI (BOLNIKOV S KRONIČNO BOLEČINO)

## THE ROLE OF THE PATIENT IN SETTING REHABILITATION GOALS (FOR PATIENTS WITH CHRONIC PAIN)

asist. dr. Zala Kuret, dr. med., Barbara Osolnik, dipl. del. ter., Katja Perme Sušnik, dipl. del. ter.  
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

### Povzetek

#### Izhodišče:

Za kakovostno rehabilitacijo je potrebno zastavljati cilje obravnave. V novejših modelih obravnave se pri zastavljanju ciljev spodbuja aktivno vključevanje pacienta.

#### Metode:

Pregledali smo, katere cilje si zastavijo pacienti v programu za kronično bolečino na URI – Soča in ali so njihova pričakovanja skladna s cilji programa.

#### Zaključek:

Pacienti si večinoma zastavljajo realne cilje in bi jih v prihodnje lahko bolj aktivno vključevali v proces zastavljanja ciljev obravnave ter tako dodatno povečali zadovoljstvo z obravnavo in kakovost rehabilitacije.

#### Ključne besede:

cilji rehabilitacije; kronična bolečina; aktivno sodelovanje pacienta

### Abstract

#### Background:

Effective rehabilitation requires systematic goal setting. Contemporary rehabilitation models encourage active patient participation in the goal setting process.

#### Methods:

We examined the goals set by the patients within the chronic pain program of the University Rehabilitation Institute in Ljubljana, and we checked whether the patients' expectations agree with the aims of the program.

#### Conclusion:

The patients mainly set themselves realistic goals, so they could be more actively involved in the rehabilitation goal setting process in the future. This would further increase patient satisfaction and rehabilitation effectiveness.

#### Key words:

rehabilitation goals; chronic pain; active patient participation

### UVOD

Za kakovostno rehabilitacijo je potrebno zastavljati cilje obravnave, kar se še vedno ne uveljavlja v vsakodnevni klinični praksi (1). V tradicionalnem modelu obravnave zastavljanje ciljev poteka po dogovoru med člani rehabilitacijskega tima brez aktivnega vključevanja pacientov (2). Pri obravnavi, usmerjeni v pacienta (patient-centered care), poteka skupen dogovor o terapijah z upoštevanjem pacientove motivacije, njegovih skrbi, čustvenih potreb in življenjskih okoliščin (3). Pacient je osrednja oseba, cilji

obrnave so postavljeni kot skupni dogovor med pacientom in člani tima (4). Takšno sodelovanje se je izkazalo za pomembno in celo bolj učinkovito (5, 6), saj izboljša sodelovanje v terapevtskih postopkih, deluje motivacijsko in povečuje bolnikovo zadovoljstvo z obravnavo (7, 8).

Čeprav strokovna literatura močno podpira sodelovanje pacientov pri zastavljanju ciljev (9), je le-to v praksi še vedno pomanjkljivo v rehabilitaciji odraslih (10). Na drugi strani je to uveljavljen način pri obravnavi otrok, kjer so starši osrednji člen pri postavljanju

ciljev (11, 12), kar pa zahteva utečen in predpisan proces zastavljanja ciljev (12). V pomoč so orodja in vprašalniki, kjer pacienti izpostavijo svoje težave (13 - 15). Primeri tovrstnih vprašalnikov so »Specifične pacientove težave« (Patient-Specific Complaints (PSC) za uporabo v fizioterapiji in Kanadski test izvajanja dejavnosti (Canadian Occupational Performance Measure - COPM) v delovni terapiji (16, 17), GAS Lestvica doseganja ciljev (Goal Attainment Scale – GAS) (18).

Razlogov za pomanjkljivo vključevanje pacientov v proces odločanja o ciljnih rehabilitacije je več. Za aktivno vključevanje pacienta je pomemben odnos med njim in zdravstvenim delavcem; vključevanje je odvisno tudi od okolja in organizacije dela (19). Pri takem načinu dela je nekaj ovir, delno tudi zaradi organizacije in utečenega načina obravnave (20). Ni nujno, da bosta imela zdravstveni delavec in pacient enako predstavo o ciljnih obravnave. Bolj se predstave razlikujejo, večja je potreba po skupnem dogovoru (21). Ovira je lahko tudi skrb, da bodo pričakovanja pacientov (pre)visoka, ki pa se med obravnavo lahko spreminjajo (22). Če so pacienti cilji zanj nefunkcionalni, mu ta vidik predstavimo in argumentiramo. Omejitev pri vključevanju bolnikov v proces odločanja je tudi njihovo kognitivno stanje, ki jim onemogoča razumevanje in sodelovanje v tem procesu (npr. bolniki po nezgodni možganski poškodbi, po kapi ...) (23). Kljub tem pomislekom literatura podpira skupno določanje ciljev pri teh pacientih (23, 24).

V poročilu s konference, katere namen je bil doseči dogovor glede postavljanja ciljev v rehabilitaciji, je izpostavljenih več strategij za postavljanje ciljev skupaj s pacientom (2):

- S kliničnimi argumenti upravičimo, zakaj je določene naloge potrebno doseči prednostno, preden se spopademo z »nerealističnim« bolnikovim ciljem.
- Dogovor o ciljnih se doseže ob pričetku rehabilitacije; cilji se lahko med obravnavo spreminjajo.
- Skupno zastavljanje ciljev z ostalimi člani tima.
- Zastavljene cilje zapišemo v dokumentacijo. Če se pacient ne strinja z mnenjem, da določenega cilja ne bi zmožel doseči, lahko to dokaže tako, da preseže raven izvedbe, ki je predpisana v skupnem cilju.

V literaturi se pojavljajo različne oblike zapisovanja ciljev: zapis v bolnikovo kartoteko in v posebne delovne liste (25, 26). V nekaterih primerih se za zapis cilja odločijo tudi v obliki pogodbe, ki jo pacient podpiše (27).

Pri določanju ciljev sledimo metodologiji SMART (specifični, merljivi, dosegljivi, realistični in časovno določeni cilji); sporazum o ciljnih dosežemo skupaj s pacientom (28). Pomemben je tudi pogovor o možnih ovirah pri doseganju ciljev (29). Z motiviranjem pacienta pri iskanju rešitev za morebitne ovire krepimo terapevtsko povezavo in izboljšujemo aktivni slog soočanja pri pacientu (30).

## VKLJUČEVANJE PACIENTOV S KRONIČNO BOLEČINO V PROCES ZASTAVLJANJA CILJEV REHABILITACIJE

Smernice nam narekujejo obravnavno pacientov s kronično bolečino po bio-psiho-socialnem modelu s poudarkom na obravnavi, usmerjeni v doseganje pacientovih ciljev (31, 32). V ospredje je postavljen partnerski odnos s pacienti za izboljšanje samoučinkovitosti in postavljanje smiselnih, pomembnih in merljivih ciljev kot del načrta obravnave (33, 34). Žal pa smernice ne opisujejo načina, kako naj bi skupno postavljanje ciljev potekalo v praksi (35). Sodelovanje pri zastavljanju ciljev se pojavlja v priporočilih za dobro prakso, a so pogosta tudi poročanja o tem, kako je v klinični praksi to težko doseči (36 - 38).

V naši ustanovi potekajo interdisciplinarni skupinski programi za obravnavo pacientov s kronično bolečino. Vsakodnevna praksa zaenkrat ne predvideva vključevanja pacientov pri zastavljanju ciljev rehabilitacije. Glavnina ciljev obravnave je zastavljena splošno in napredek spremljamo z merskimi orodji, ki jih narekujejo mednarodne smernice za obravnavo pacientov s kronično bolečino (39). Na timskih sestankih s sodelovanjem vseh članov tima izpostavimo pomembnejše cilje obravnave posameznega pacienta. Ti cilji niso nujno tisti, ki jih tudi rutinsko spremljamo z merilnimi instrumenti, ki jih v programu uporabljamo (6-minutni test hoje, Bergova lestvica za oceno ravnotežja, Kanadski test izvajanja dejavnosti - COPM, painDETECT, Kratki vprašalnik o bolečini – BPI, Beckova lestvica depresivnosti – BDI, Lestvica katastrofičnega doživljanja bolečine – PCS, Lestvica kineziophobia Tampa – TSK, Vprašalnik o sprejemanju bolečine - CPAQ) (40). Izpostavimo npr. čezmerno uporabo analgetikov, pomirjeval, uspaval, asertivnost v odnosih itd., vendar oblikovanje teh ciljev zaenkrat poteka znotraj strokovnega tima brez vključevanja pacienta. Kljub skupinskemu načinu obravnave bolnikov je program zastavljen dovolj prožno, da omogoča določene individualne prilagoditve, kar bi lahko v omejeni meri omogočalo, da bi pacienti v prihodnosti aktivneje vključili v proces zastavljanja bolj individualnih ciljev.

## METODE

Preverili smo, pri koliko pacientih, ki so bili leta 2017 udeleženi v programu za kronično bolečino in jih je vodil en zdravnik, smo zabeležili njihove cilje, ki jih želijo osvojiti med programom rehabilitacije. O ciljnih so pacienti poročali dvema delovnim terapevtkama, ki ob začetku programa s pacientom opravita strukturiran intervju. Preverili smo, katere cilje pacienti navajajo; preverili smo tudi, ali med pacienti, ki so vključeni v prilagojen interdisciplinarni rehabilitacijski program (PIRP) in tistimi, ki so vključeni v interdisciplinarni program funkcijske obnove (IPFO), obstajajo razlike pri ciljnih, opredeljenih med kategorije Mednarodne klasifikacije funkcioniranja (MKF). Na podlagi tega smo želeli preveriti, ali so cilji pacientov, kot jih oblikujejo sami, relevantni in pomembni za izid obravnave in ali bi paciente lahko v prihodnje aktivneje vključevali v oblikovanje individualno zastavljenih ciljev rehabilitacije.

## REZULTATI

V skupini PIRP smo pri 30 pacientih izmed 47 udeleženih zabeležili njihove cilje. Pacienti so izpostavili najmanj enega in največ tri cilje, ki so jih želeli doseči med rehabilitacijo, 15 bolnikov je izpostavilo 1 cilj, 11 pacienti 2 cilja in štirje pacienti 3 cilje, skupno je bilo tako postavljenih 49 ciljev rehabilitacije. V skupini IPFO

smo pri 34 izmed 41 pacientov zabeležili njihove cilje. Pacienti so izpostavili najmanj enega in največ 4 rehabilitacijske cilje, en cilj je zastavilo 11 pacientov, dva cilja 13 pacientov, tri cilje 5 pacientov in štiri cilje 5 pacientov, tako je bilo skupaj zastavljenih 72 ciljev. V Tabeli 1 so predstavljeni cilji, razvrščeni po MKF kategorijah za paciente, udeležene v skupini PIRP. V Tabeli 2 so predstavljeni cilji, razvrščeni po kategorijah MKF za paciente, udeležene v programu IPFO.

**Tabela 1:** Cilji glede na MKF za skupino PIRP.

**Table 1:** Goals according to the ICF for the PIRP (modified rehabilitation programme) group.

TELESNE FUNKCIJE IN ZGRADBE BODY FUNCTIONS AND STRUCTURES		DEJAVNOSTI IN SODELOVANJE ACTIVITIES AND PARTICIPATION	OKOLJSKI DEJAVNIKI ENVIRONMENTAL FACTORS	DRUGO OTHER
SPLOŠNE DUŠEVNE FUNKCIJE (b110-139)	FUNKCIJE TEMPERAMENTA IN ZNAČAJA (b126) Asertivnost (3x). Sprejeti polovičnost pri sebi. Da bi bila bolj pozitivna. Rada bi bila 100-odstotna.	OBVLADOVANJE STRESA IN DRUGIH PSIHOLOŠKIH ZAHTEV (d240) Sproščanje (2x).	IZDELKI ALI SNOVI ZA ZAUŽITJE (e110) Manj zdravil.	Nič posebnega, vse dobrodošlo, uporabila bom, kar ji bo koristilo. Da bi bila kot pred 5-10 leti. Lažje živeti.
SPECIFIČNE DUŠEVNE FUNKCIJE (b140-189)	VIŠJE SPOZNAVNE FUNKCIJE (b164) Da ne bom neprestano mlela, kaj me boli. Več časa zase. Čas zase, kako se obnašati. Sprejemanje bolezn.	SKRIB ZA LASTNO ZDRAVJE (d570) Spremeniti prehrano. Da bi se pobrala. Bolje poskrbeti zase. Smernice za življenje. Sestaviti se. Da se stanje izboljša. Da bi se kaj naučila, kar bo stanje spremenilo. Novo znanje za skrb zase.		
	BOLEČINA (b280-9) Manj bolečin. Zakaj boli roka? Manj bolečin. Omilitev bolečin. Olajšanje bolečin. Da ne bi bilo več bolečine.	POSPRAVLJANJE (d640) Naučiti se pomivati okna. Da bi lahko kaj doma naredila lažje.		
	FUNKCIJE GIBLJIVOSTI SKLEPOV (b710) Da bi bila bolj gibčna.	POSEBNI MEDOSEBNI ODNOSI (d730-d779) Način za pogovor z možem.		
		REKREACIJA IN PROSTI ČAS (d920) Vaje za naprej. Kako telovaditi. Kje je meja v telesni aktivnosti. Vaje za gibanje telesa. Pravilna telovadba. Vaje. Tehnike vadbene samopomoči. Aktivni počitki. Druženje. Hoja. Ogrevanje pred in po hoji.		
	<b>4 kategorije 18 ciljev</b>	<b>5 kategorij 24 ciljev</b>	<b>1 kategorija 1 cilj</b>	<b>3 cilji</b>

Tabela 2: Cilji v skupini IPFO.

Table 2: Goals according to the ICF for the IPFO (interdisciplinary functional recovery programme) group.

TELESNE FUNKCIJE IN ZGRADBE BODY FUNCTIONS AND STRUCTURES		DEJAVNOSTI IN SODELOVANJE ACTIVITIES AND PARTICIPATION		OKOLJSKI DEJAVNIKI ENVIRONMENTAL FACTORS	DRUGO OTHER
SPLOŠNE DUŠEVNE FUNKCIJE (b110-139)	FUNKCIJE TEMPERAMENTA IN ZNAČAJA (b126) Da bi bila bolj zadovoljna sama s sabo. Sprejemanje sebe. Da bi se imela rada. Da bi sebe postavila na prvo mesto (3x). Preusmeritev fokusa iz službe nase. Samozavest. Več narediti zase. Manj storilnostno naravnan. Asertivnost v službi.W	SPLOŠNA OPRAVILA IN ZAHTEVE (d210-299)	OPRAVLJANJE VEČ OPRAVIL (d220) Najti način, da bo bolj enakomerno razporejala obremenitve.	ZDRAVSTVENE SLUŽBE, SISTEMI IN POLITIKA (e580) Drugačne, dodatne terapije. Pot za lažje premagovaje vsega. Dobiti koristne informacije.	Brez ciljev in pričakovanj
	FUNKCIJE ENERGIJE IN ZAGONA (b130) Da ne bi bila toliko utrujena in razdražljiva. Zmanjšati utrujenost. Povečati motivacijo. Prilagajanje aktivnosti, da ostane več energije. Naučiti se, kdaj prenehati z delom, obremenitvijo, da se ne izčrpamo. Zmanjšati pričakovanja do svojega telesa. Da bi bila bolj zmogljiva.		OBVLADOVANJE STRESA IN DRUGIH PSIHOLŠKIH ZAHTEV (d240) Umiritev. Odklop. Sprostiti se. Uravnati stres.		
	FUNKCIJE SPANJA (b134) Rada bi se naspala in odpočila.	DVIGOVANJE IN PRENAŠANJE PREDMETOV (d430) Naučiti se prenašati bremena.			
SPECIFIČNE DUŠEVNE FUNKCIJE (b140-189)	FUNKCIJE POZORNOSTI (b140) Koncentracija.		VOŽNJA (d475) Vožnja avtomobila.		
	FUNKCIJE SPOMINA (b144) Okrepiti spomin (2x).		SKRB ZA LASTNO ZDRAVJE (d570) Da bi bila zdrava. Da mi bo boljše. Izboljšanje stanja (2x). Sprememba življenjskega sloga. Da bo drugače. Da bi čim bolje prebrodila težave. Da odnesem še kaj pozitivnega, kar bo izboljšalo stanje.		
	VIŠJE SPOZNAVNE FUNKCIJE (b164) Bolje razumeti svoje telo. Da bi kakšno stvar bolje obvladovala in lažje izpeljala. Da bi našla »triggerje« svojih težav. Kakšno stvar dati na stran, ki zanjo ni pomembna. Malce uredila glavo. Da bi več vedela. Veliko bom morala narediti v svoji glavi. Da bi znala, kaj dati na stran. Sprijazniti se. Da bo bolj prišlo v glavo. Nehati jamrati in obremenjevati druge.		PLAČANA ZAPOSILITEV (d850) Da bi še lahko delala. Da bi lahko delala 8 ur.		
	FUNKCIJE ČUSTEV (b152) Da ne bi bila več jezna. Bolj vesela, bolj umirjena pri komunikaciji.		REKREACIJA IN PROSTI ČAS (d920) Razbremenitvene vaje. Da mi bodo pokazali vaje. Socialni stiki. Rada bi tekla. Kolo. Daljša hoja.		
BOLEČINA (b280-9) Da bo manj bolelo. Da me ne bi bolelo. Bilo bi fino, če bi se bolečine znebil. Naučiti se obvladovati bolečino. Da me boste naučili bolj razumeti in lažje obvladovati. Naučiti se živeti z bolečino (3x). Spoprijemanje z bolečino.					
FUNKCIJE GIBLJIVOSTI SKLEPOV (b710) Izboljšanje gibljivosti.					
<b>9 kategorij 46 ciljev</b>		<b>7 kategorij 22 ciljev</b>		<b>1 kategorija 3 cilji</b>	<b>1</b>

Tabela 3: Primerjava skupin glede na MKF.

Table 3: Comparison of groups according to the ICF.

SKUPINA GROUP	TELESNE FUNKCIJE IN ZGRADBE/ SKUPNO ŠTEVILO CILJEV BODY FUNCTIONS AND STRUCTURES/ TOTAL NO. OF GOALS	DEJAVNOSTI IN SODELOVANJE/ SKUPNO ŠTEVILO CILJEV ACTIVITIES AND PARTICIPATION/ TOTAL NO. OF GOALS	OKOLJSKI DEJAVNIKI/ ŠTEVILO CILJEV ENVIRONMENTAL FACTORS/ TOTAL NO. OF GOALS	SKUPNO DRUGO OTHER
PIRP	4 kategorije 18 ciljev	5 kategorij 24 ciljev	1 kategorija 1 cilj	3 cilji
IPFO	9 kategorij 46 ciljev	7 kategorij 22 ciljev	1 kategorija 3 cilji	1 cilj
Vsota Total	9 kategorij* 63 ciljev	9 kategorij* 47 ciljev	2 kategoriji 4 cilji	cilji

\*Opomba: Število kategorij ni absolutni seštevek, temveč dejansko število odprtih kategorij, saj se med skupinama določene kategorije prekrivajo.

## RAZPRAVA

V našo raziskavo smo vključili paciente s kronično bolečino/fibromialgijo. Ti so opravili interdisciplinarni program rehabilitacije v naši ustanovi. Ob pregledu ciljev, ki so jih pacienti izpostavili, ugotavljamo, da se njihovi cilji večinoma ujemajo s splošno zadanimi cilji programa (skrb zase, asertivnost, vpliv na bolečino, regulacija čustev, telesna aktivnost). Nekateri od opisanih ciljev niso povsem merljivi (»drugačne in dodatne terapije«, »da bi dobila pot, kako vse lažje premagati«, »dobiti koristne informacije«, itd.) in niso realni (»rada bi bila 100-odstotna«, »bilo bi fino, če bi se bolečine znebil«), vendar bi jih lahko s sodelovanjem pacienta in rehabilitacijskega tima preoblikovali v bolj »SMART«. Med skupinama PIRP in IPFO pričakovano najdemo nekaj razlik. Pomembna razlika je že v številu MKF kategorij (IPFO 17, PIRP 10), razlike so tudi pri razporeditvi znotraj kategorij. Možen razlog za razliko v številu kategorij je, da pacienti v skupini IPFO lažje oblikujejo svoje misli, izpostavijo težave in imajo boljši uvid v razsežnost svojih omejitev, medtem ko pacienti v PIRP težje izrazijo svoje potrebe in želje in tudi slabše prepoznajo povezave med posameznimi simptomi. Pri skupini IPFO sta najbolj izpostavljeni kategoriji »funkcije temperamenta in značaja« in »višje spoznavne funkcije« z 11 cilji, pri skupini PIRP pa »rekreacija in prosti čas« prav tako z 11 cilji. Možna razlaga za prvo mesto pri skupini IPFO je relativno dober uvid teh pacientov (v primerjavi z bolniki, ki jih uvrstimo v PIRP) v lastne značajske in vedenjske značilnosti, ki omejujejo njihovo prilagajanje na življenje z bolečino. Na tem mestu je potrebno tudi omeniti, da se pacienti pred programom udeležijo dvodnevne delavnice o kronični bolečini, kjer dobijo informacije o pomembnih dejavnikih, ki vplivajo na razvoj kronične bolečine in jih nekateri zmorejo pri sebi prepoznati. Zanimivo je, da kategorija »bolečina« ni na prvem mestu pri nobeni od skupin, na kar lahko vpliva tudi naš poudarek, da program ni »protibolečinski«. Izpostavljene so tudi nekatere druge kategorije, kot je pomanjkanje energije, želja pa boljšem obvladovanju stresa in skrbi za svoje zdravje. Glede na pogosto poročanje pacientov o velikih težavah na področju spanja, spomina in koncentracije nekoliko preseneča dejstvo, da

se je izboljšanje na teh dveh področjih pojavilo zgolj pri pacientih v skupini IPFO, in še to samo pri enem (koncentracija, spanje) oz. dveh pacientih (spomin).

Pacienti s kronično bolečino/fibromialgijo imajo številne simptome: utrujenost, motnje spanja in razpoloženja, kognitivne težave, probleme z ravnotežjem, glavobole, vzdražljivo črevesje, čezmerno aktiven mehur (41); ti simptomi poleg kronične bolečine vplivajo na produktivnost, osebno življenje in dnevne aktivnosti (42, 43). Zaradi raznolikosti in številnosti simptomov je potrebno sodelovanje pacienta pri načrtovanju prednostih ciljev obravnave. Raziskovalci so poskušali osebe s fibromialgijo združevati v podskupine glede na prevladujoče simptome in s tem povezane cilje obravnave (44 - 46). V Bennettovi raziskavi (45) je največ bolnikov (53,9 %) kot vodilni simptom izpostavilo bolečino, sledila je utrujenost (28,4 %). To sosledje simptomov je, za razliko od naše, potrdilo tudi več drugih raziskav (47 - 49). Naši pacienti so izpostavljali po več simptomov in s tem povezanih ciljev, nismo pa spremljali, kaj bi bilo potrebno pri njih prednostno obravnavati. Tudi Casarett s sodelavci poroča, da pacienti s kronično bolečino poleg zmanjšanja bolečine kot pomembne cilje izpostavljajo izboljšanje spanja, razpoloženja in izvedbe dnevnih aktivnosti (50). Potrebno je tudi določiti, kakšna stopnja izboljšanja bo za bolnika veljala kot merilo uspešnosti obravnave (46). Sedaj za presojanje uspešnosti obravnave uporabljamo vprašalnike in samoocenjevalne bolečinske lestvice, kjer je interpretacija rezultatov odvisna od presojevalca in od uporabljenih meril (46).

Na sposobnost zastavljanja ciljev pri pacientih s kronično bolečino vplivajo njihovi biološki, psihološki in socialni dejavniki (51). Pri teh pacientih imamo opisane strukturne in funkcijske spremembe v možganih (52, 53). Spremenjena aktivacija v omrežjih nevronov, odgovornih za pozornost, koncentracijo in učenje (54, 55), motnje na področju izvršilnih funkcij (organizacija, procesiranje informacij, reševanje problemov, načrtovanje in izvedba načrta) in težave z delovnim spominom vplivajo na načrtovanje, sprejemanja odločitev, zmožnost reševanja težav in tako otežijo pacientovo sodelovanje pri zastavljanju ciljev (56, 57). Značilne so tudi težave

na področju samo-učinkovitosti (58), kar je povezano s pasivnim načinom soočanja, naučeno nemočjo in mestom nadzora (t.i. lokus kontrole), usmerjenim navzven (59, 60), kar zopet otežuje aktivno vključevanje v skupno določanje ciljev. Kljub temu je tudi to eden od načinov za povečevanje samoučinkovitost, pacientu približamo nove izzive in ga spodbujamo k aktivnemu iskanju rešitev (58). Oviro pri zastavljanju ciljev lahko predstavlja tudi pomanjkljiva pripravljenost za spremembe, saj program rehabilitacije zahteva pomembne vedenjske prilagoditve (61). Glede na način obravnave lahko tudi pričakujemo, da bodo pacienti med obravnavo svoje cilje in pričakovanja spremenili. Posebno, če obravnava vsebuje vedenjsko- kognitivne tehnike, pri katerih je poudarek tudi na prepoznavanju neustreznih prepričanj (npr. nerealističnih pričakovanj terapije) (22). Torej je potrebno med samim programom rehabilitacije preveriti, ali se je pacientov odnos do zastavljenih ciljev morda spremenil.

Slaba ozaveščenost o ohranjanju zdravja je dodaten dejavnik, ki lahko predstavlja oviro pri zastavljanju ciljev. Kutner v svoji raziskavi opisuje, da je le 12 % odraslih zdravstveno pismenih (62). Velika večina odraslih torej nima potrebnega znanja in zmožnosti, da bi sprejemala odločitve in vedenja, ki so za zdravje koristna. Če to prenesem na razumevanje kronične bolečine, so rezultati še slabši (63).

Zaradi opisanih psihosocialnih dejavnikov, ki vplivajo na sledenje zastavljenemu cilju, je pomembno, da člani tima pacientu pomagajo pri organizaciji poteka časovnice, urnika, določanju prednostnih nalog in omejujejo opravljanje več nalog hkrati, kar pomaga ohraniti miselno zbranost (51). Pri zastavljanju ciljev in načrtovanju poteka obravnave in časa po obravnavi moramo uporabljati jasno komunikacijo, upoštevati socialne in kulturne dejavnike, prepoznati napačna prepričanja o bolečini in predhodne izkušnje o bolečini. Pacienti in kliniki imajo lahko zelo različna prepričanja o izvoru težav in o tem, kaj je pomembno in tudi o pričakovanem izidu. Če komunikacija ni jasna, to lahko vpliva na sodelovanje v rehabilitaciji (npr. če program vsebuje vaje, ki bodo prehodno povečale bolečino, bo pacient, ki verjame, da je ob tem prišlo do poškodbe tkiva, pri tej vadbi težko vztrajal) (51).

## ZAKLJUČEK

Pri pregledu ciljev pacientov ugotavljamo, da so večinoma realno zastavljeni, vključujejo področja, ki so pomembna s strokovnega in kliničnega vidika obravnave kronične bolečine. Napredek na teh področjih se deloma že rutinsko spremlja med programom z različnimi ocenjevalnimi orodji. V prihodnje bi lahko paciente aktivneje vključili v zastavljanje ciljev in bolj upoštevali njihove želje. Vključevanje pacientov v skupno zastavljanje ciljev obravnave je sicer lahko zahtevno, vendar prispeva h kakovosti obravnave in zadovoljstvu bolnikov. S sodelovanjem in skupnim odločanjem krepimo aktivne strategije soočanja in povečujemo samo-učinkovitost pacientov. Upoštevati moramo potencialne bio-psiho-socialne ovire pri doseganju pomembnih ciljev, prepoznavati določene vedenjske in kognitivne posebnosti pacientov, ki so povezane z bolečino. Ko optimalno izkoristimo postopek, vezan

na skupno zastavljanje ciljev, lahko s tem izboljšamo terapevtski odnos – zavezo in uspešneje vodimo rehabilitacijski program. Ker pacienta opolnomočimo, mu s tem omogočimo tudi izboljššan prenos pridobljenih strategij in znanj v vsakodnevno življenje.

## Literatura

1. Dudeck A, Glattacker M, Gustke M, Dibbelt S, Greitemann B, Jäckel WH. Reha-Zielvereinbarungen – gegenwärtige Praxis in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*. 2011; 50(5): 316-30.
2. Playford ED, Siegert R, Levack W, Freeman J. Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clin Rehabil*. 2009; 23(4): 334-44.
3. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (4): CD003267.
4. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA*. 1996; 275(2): 152-6.
5. Hirsh AT, Atchison JW, Berger JJ, Waxenberg LB, Lafayette-Lucey A, Bulcouff BB, et al. Patient satisfaction with treatment for chronic pain: predictors and relationship to compliance. *Clin J Pain*. 2005; 21(4): 302-10.
6. Masi AT, White KP, Pilcher JJ. Person-centered approach to care, teaching, and research in fibromyalgia syndrome: justification from biopsychosocial perspectives in populations. *Semin Arthritis Rheum*. 2002; 32(2): 71-93.
7. Arnetz JE, Almin I, Bergström K, Franzén Y, Nilsson H. Active patient involvement in the establishment of physical therapy goals: effects on treatment outcome and quality of care. *Adv Physiother*. 2004; 6: 50-69.
8. Hazard RG, Spratt KF, McDonough CM, Carayannopoulos AG, Olson CM, Reeves V, et al. The impact of personal functional goal achievement on patient satisfaction with progress one year following completion of a functional restoration program for chronic disabling spinal disorders. *Spine*. 2009; 34(25): 2797-802.
9. Farin E. Patientenorientierung in der Rehabilitation. Übersicht über den aktuellen Forschungsstand. *Z Rheumatol*. 2014; 73(1): 35-41.
10. Holliday RC, Antoun M, Playford ED. A survey of goal-setting methods used in rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair*. 2005; 19(3): 227-31.
11. Palisano RJ. A collaborative model of service delivery for children with movement disorders: a framework for evidence-based decision making. *Phys Ther*. 2006; 86(9): 1295-1305.
12. Wiart L, Ray L, Darrah J, Magill-Evans J. Parents' perspectives on occupational therapy and physical therapy goals for children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2010; 32: 248-58.
13. Stevens A, Beurskens A, Köke A, van der Weijden T. The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. *Clin Rehabil*. 2013; 27(11): 1005-19.
14. Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. *Can J Occup Ther*. 2002; 69(2): 84-94.
15. Kyte DG, Calvert M, van der Wees PJ, ten Hove R, Tolan S, Hill JC. An introduction to patient-reported outcome measures (PROMs) in physiotherapy. *Physiotherapy*. 2015; 101(2): 119-25.

16. Beurskens AJ, de Vet HC, Köke AJ, Lindeman E, van der Heijden GJ, Regtop W, et al. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. *J Manipulative Physiol Ther.* 1999; 22(3): 144-8.
17. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther.* 1990; 57(2): 82-7.
18. McDougall J, King G. Goal attainment scaling: description, utility, and applications in pediatric therapy services. 2nd ed. London, Ontario: Thames Valley Children's Centre; 2007. Dostopno na: [http://elearning.canchild.ca/dcd\\_pt\\_workshop/assets/planning-interventions-goals/goal-attainment-scaling.pdf](http://elearning.canchild.ca/dcd_pt_workshop/assets/planning-interventions-goals/goal-attainment-scaling.pdf) (citirano 30. 12. 2017).
19. Cott CA. Client-centred rehabilitation: what it is and how do we do it? *Physiotherapy.* 2008; 94(2): 89-90.
20. Whyte J, Hart T. It's more than a black box; it's a Russian doll: defining rehabilitation treatments. *Am J Phys Med Rehabil.* 2003; 82(8): 639-52.
21. Tripp J, Schulte T, Schröck R, Holger G, Dieter Berger H, Muthny MA. Ziele und Zielerreichung in der onkologischen Rehabilitation aus Patienten- und Arztsicht. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation.* 2012; 90: 98-109.
22. Brown JL, Edwards PS, Atchison JW, Lafayette-Lucey A, Wittmer VT, Robinson ME. Defining patient-centered, multidimensional success criteria for treatment of chronic spine pain. *Pain Med.* 2008; 9(7): 851-62.
23. Dalton C, Farrell R, De Souza A, Wujanto E, McKenna-Slade A, Thompson S, et al. Patient inclusion in goal setting during early inpatient rehabilitation after acquired brain injury. *Clin Rehabil.* 2012; 26(2): 165-73.
24. Brown M, Levack W, McPherson KM, Dean SG, Reed K, Weatherall M, et al. Survival, momentum, and things that make me „me“: patients' perceptions of goal setting after stroke. *Disabil Rehabil.* 2014; 36(12): 1020-6.
25. Tripicchio B, Bykerk K, Wegner C, Wegner J. Increasing patient participation: the effects of training physical and occupational therapists to involve geriatric patients in the concerns-clarification and goal setting processes. *J Phys Ther Educ.* 2009; 23(1): 55-63.
26. McConkey R, Collins S. Using personal goal setting to promote the social inclusion of people with intellectual disability living in supported accommodation. *J Intellect Disabil Res.* 2009; 54(2): 135-43.
27. Tomori K, Uezu S, Kinjo S, Ogahara K, Nagatani R, Higashi T. Utilization of the iPad application: Aid for decision-making in occupation choice. *Occup Ther Int.* 2011; 19(2): 88-97.
28. Randall KE, McEwen IR. Writing patient-centered functional goals. *Phys Ther.* 2000; 80(12): 1197-203.
29. Sullivan MJ, Adams H. Psychosocial treatment techniques to augment the impact of physiotherapy interventions for low back pain. *Physiother Can.* 2010; 62(3): 180-9.
30. Kersten P, McCambridge A, M Kayes N, Theadom A, McPherson KM. Bridging the gap between goal intentions and actions: a systematic review in patient populations. *Disabil Rehabil.* 2015; 37(7): 563-70.
31. Lotze M, Moseley GL. Theoretical considerations for chronic pain rehabilitation. *Phys Ther.* 2015; 95(9): 1316-20.
32. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA.* 2012; 307(23): 2493-4.
33. Delitto A, George SZ, Dillen LV, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low back pain: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American physical therapy association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012; 42(4): A1-A57.
34. Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Assessment and Management of Chronic Pain. 2013. Dostopno na: <https://www.scribd.com/document/196780791/Assessment-and-Management-of-Chronic-Pain> (citirano 30. 12. 2017).
35. Dorflinger L, Kerns RD, Auerbach SM. Providers' roles in enhancing patients' adherence to pain self management. *Transl Behav Med.* 2013; 3(1): 39-46.
36. Baker SM, Marshak HH, Rice GT, Zimmerman GJ. Patient participation in physical therapy goal setting. *Phys Ther.* 2001; 81(5): 1118-26.
37. Lloyd A, Roberts AR, Freeman JA. 'Finding a balance' in involving patients in goal setting early after stroke: a physiotherapy perspective. *Physiother Res Int.* 2014; 19(3): 147-57.
38. Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centered goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil.* 2011; 25(6): 501-14.
39. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT, et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain.* 2008; 9(2): 105-21.
40. Jamnik H. Ocenjevanje izida rehabilitacije pri osebah s kronično razširjeno bolečino. *Rehabilitacija.* 2016; 15 Supl 1: 90-5.
41. Bennett RM, Jones J, Turk DC, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007; 8: 27.
42. Verbunt JA, Pernot DH, Smeets RJ. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes.* 2008; 6: 8.
43. White LA, Birnbaum HG, Kaltenboeck A, Tang J, Mallett D, Robinson RL. Employees with fibromyalgia: medical comorbidity, healthcare costs, and work loss. *J Occup Environ Med.* 2008; 50(1): 13-24.
44. Hamilton NA, Karoly P, Zautra AJ. Health goal cognition and adjustment in women with fibromyalgia. *J Behav Med.* 2005; 28(5): 455-66.
45. Bennett RM, Russell J, Cappelleri JC, Bushmakin AG, Zlateva G, Sadosky A. Identification of symptom and functional domains that fibromyalgia patients would like to see improved: a cluster analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010; 11: 134.
46. Robinson ME, Brown JL, George SZ, Edwards PS, Atchison JW, Hirsh AT, et al. Multidimensional success criteria and expectations for treatment of chronic pain: the patient perspective. *Pain Med.* 2005; 6(5): 336-45.
47. Häuser W, Akritidou I, Felde E, Klauenberg S, Maier C, Hoffmann A, et al. Steps towards a symptom-based diagnosis of fibromyalgia syndrome. Symptom profiles of patients from different clinical settings. *Z Rheumatol.* 2008; 67(6): 511-5.
48. Mease PJ, Arnold LM, Crofford LJ, Williams DA, Russell IJ, Humphrey L, et al. Identifying the clinical domains of fibromyalgia: contributions from clinician and patient Delphi exercises. *Arthritis Rheum.* 2008; 59(7): 952-60.
49. Markkula R, Järvinen P, Leino-Arjas P, Koskenvuo M, Kalso E, Kaprio J. Clustering of symptoms associated with fibromyalgia in a Finnish twin cohort. *Eur J Pain.* 2008; 13(7): 744-50.
50. Casarett D, Karlawish J, Sankar P, Hirschman K, Asch D. Designing pain research from the patient's perspective: what

- trial end points are important to patients with chronic pain? *Pain Med.* 2001; 2(4): 309-16.
51. Schmidt SG. Recognizing potential barriers to setting and achieving effective rehabilitation goals for patients with persistent pain. *Physiother Theory Pract.* 2016; 32(5): 415-26.
  52. Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, Levy RM, Harden RN, Parrish TB, et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic grey matter density. *J Neurosci.* 2004; 24(46): 10410-5.
  53. Ichesco E, Puiu T, Hampson JP, Kairys AE, Clauw DJ, Harte SE, et al. Altered fMRI resting-state connectivity in individuals with fibromyalgia on acute pain stimulation. *Eur J Pain.* 2016; 20(7): 1079-89.
  54. Mao C, Wei L, Zhang Q, Liao X, Yang X, Zhang M. Differences in brain structure in patients with distinct sites of chronic pain: a voxel-based morphometric analysis. *Neural Regen Res.* 2013; 8(32): 2981-90.
  55. Mansour AR, Farmer MA, Baliki MN, Apkarian AV. Chronic pain: the role of learning and brain plasticity. *Restor Neurol Neurosci.* 2014; 32(1): 129-39.
  56. Berryman C, Stanton TR, Bowering KJ, Tabor A, McFarlane A, Moseley GL. Evidence for working memory deficits in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain.* 2013; 154(8): 1181-96.
  57. Berryman C, Stanton TR, Bowering KJ, Tabor A, McFarlane A, Moseley GL. Do people with chronic pain have impaired executive function? A meta-analytical review. *Clin Psychol Rev.* 2014; 34(7): 563-79.
  58. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *J Pain.* 2014; 15(8): 800-14.
  59. Keedy NH, Keffala VJ, Altmaier EM, Chen JJ. Health locus of control and self-efficacy predict back pain rehabilitation outcomes. *Iowa Orthop J.* 2014; 34: 158-65.
  60. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, Haghparast A. Prediction of quality of life by self-efficacy, pain intensity and pain duration in patient with pain disorders. *Basic Clin Neurosci.* 2013; 4(2): 117-24.
  61. Scobbie L, Wyke S, Dixon D. Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. *Clin Rehabil.* 2009; 23(4): 321-33.
  62. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy Department of Education. Washington: National Center for Education Statistics; 2006. Dostopno na: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf> (citirano 30. 12. 2017).
  63. Moseley GL. Unravelling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain: the actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *J Pain.* 2003; 4 (4): 184-9.