

Počitek pri kronični bolečini v spodnjem delu hrbta – razkorak med prakso in smernicami

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.185>

Izvirni znanstveni članek

UDK 616.711-009.7-036.1:615.8

KLJUČNE BESEDE: kronična bolečina v spodnjem delu hrbta, počitek, klinične smernice, biopsihosocialni model obravnave, fizioterapija

POVZETEK – Kronična nespecifična bolečina v spodnjem delu hrbta je pogosta in predstavlja javnozdravstveni ter ekonomski izziv. Sodobne smernice priporočajo ohranjanje aktivnosti, omejevanje dolgotrajnega počitka in prilagojeno vključevanje dela. Napačna prepričanja o počitku lahko vplivajo na priporočila fizioterapevtov in okrevanje bolnikov. V presečni študiji je 104 fizioterapevtov iz primarnega zdravstva v Sloveniji preko spletnega vprašalnika izpolnilo HC-PAIRS, Back-PAQ in vprašanja o kliničnem primeru (aktivnost, delo, počitek). Največja skladnost s smernicami je bila pri telesni aktivnosti (54 %), medtem ko so bila priporočila glede dela (neskladna pri 89 %) in počitka (neskladna pri 64 %) v veliki meri neskladna. Večina fizioterapevtov je še vedno svetovala omejitve počitka v postelji, kljub dokazom o škodljivosti dolgotrajnega počitka. Rezultati poudarjajo potrebo po izboljšanjem strokovnem izobraževanju za spodbujanje aktivnega pristopa in skladnost s smernicami, kar lahko izboljša izide bolnikov.

Original scientific article

UDC 616.711-009.7-036.1:615.8

KEYWORDS: chronic low back pain, rest, clinical guidelines, biopsychosocial model of care, physiotherapy

ABSTRACT – Chronic non-specific low back pain is common, and represents a public health and economic challenge. The current guidelines recommend maintaining activity, limiting prolonged bed rest, and appropriately adapting work participation. Misconceptions about rest can influence physiotherapists' recommendations and patient recovery. In a cross-sectional study, 104 physiotherapists from primary care in Slovenia completed the HC-PAIRS, Back-PAQ, and clinical case questions (activity, work, rest) via an online questionnaire. The highest adherence to guidelines was observed for physical activity (54%), while recommendations regarding work (non-adherent in 89%) and rest (non-adherent in 64%) were largely inconsistent with the current guidelines. Most physiotherapists still recommended restrictions on bed rest, despite evidence of the harmful effects of prolonged rest. The results highlight the need for improved professional education to promote an active approach and guideline adherence, which may enhance patient outcomes.

1 Uvod

Bolečina v spodnjem delu hrbta (BSH) je eden najpogostejših zdravstvenih problemov, ki prizadene ljudi vseh starostnih skupin in socialno-ekonomskih okolij po vsem svetu. Življenjska prevalenca BSH dosega do 84 %, pri približno petini bolnikov pa se razvije kronična oblika (Zhou idr., 2024). Najpogosteje je prizadeta delovno aktivna populacija, zato stanje predstavlja pomemben javnozdravstveni in ekonomski izziv. Visoka razširjenost BSH je povezana z zmanjšano produktivnostjo, obsežnimi stroški zdravstvene oskrbe ter pomembnim vplivom na kakovost življenja posame-

znikov (Hartvigsen idr., 2018). Sistematična analiza študije o globalnem bremenu bolezni 2021 je pokazala, da so pomembni dejavniki tveganja povezani z življenjskim slogom, poklicno ergonomsko obremenitvijo, kajenjem in debelostjo (GBD 2021 Low Back Pain Collaborators (GBD), 2023).

Etiologija BSH je večfaktorska in kompleksna. Posamezni dejavniki tveganja le redko zadostujejo za razlago kompleksnih pojavov, saj kombinacija več dejavnikov pogosto deluje sinergijsko in vodi do večjega skupnega učinka (Marras, 2008). V približno 90 % primerov BSH ni mogoče opredeliti specifičnega patoanatomskega vzroka, zato govorimo o nespecifični bolečini (Sheeran idr., 2012). Če simptomi trajajo več kot 12 tednov, stanje opredelimo kot kronična nespecifična bolečina v spodnjem delu hrbta (KNBSH) (Burton idr., 2006). V tem kontekstu je poleg nociceptivne in nevropatske bolečine pomembno prepoznati tudi nociplastično bolečino, ki izhaja iz spremenjene nocicepcije brez jasne poškodbe tkiva ali živcev (Fitzcharles idr., 2021; Clauw, 2024). Ta vrsta bolečine pomaga razložiti, zakaj se bolečina pogosto pojavlja brez očitne patologije, zakaj lahko vztraja po tem, ko je tkivo že zaceljeno, ali zakaj je njena intenzivnost nesorazmerna z obsegom poškodbe (Arendt-Nielsen idr., 2018; As-Sanie idr., 2021; Brummett idr., 2015; Soni idr., 2019).

Kompleksnost KNBSH kaže na omejitve tradicionalnega biomedicinskega modela, ki bolečino razume predvsem kot posledico strukturne okvare ali poškodbe tkiva. Zato je biopsihosocialni model (BPSM) postal osrednji konceptualni okvir, ki bolečino razume kot rezultat prepletanja bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov (Smart, 2023). Pri obravnavi KNBSH omogoča celostno razumevanje bolečine kot subjektivne izkušnje, ki vključuje senzorične, čustvene, kognitivne in socialne dimenzije (Rankin, 2020). Empirični dokazi podpirajo uporabnost BPSM, kar se odraža tudi v številnih mednarodnih kliničnih smernicah, vključno s priporočili britanskega Nacionalnega inštituta za odličnost zdravja in oskrbe (NICE, 2016). Te smernice svetujejo, da zdravljenje prve izbire zajema vadbeno terapijo, izobraževanje, kognitivno-vedenjsko terapijo ter spodbujanje k aktivnemu življenjskemu slogu, zmanjševanju počitka v postelji in vzdrževanju ustreznih spalnih navad (Qaseem idr., 2017; Stochkendahl idr., 2018). Poudarek na zmanjševanju počitka ni nov. Že v 90. letih prejšnjega stoletja, po izdaji smernic leta 1994, je literatura navajala, da počitek pri akutni in kronični BSH ni primeren. To ugotovitev potrjuje tudi najnovejši pregled Cochranovih sistematičnih pregledov, ki povzema sodobne dokaze o nefarmakoloških in nekirurških pristopih k zdravljenju BSH (Rizzo idr., 2025). Nasvet, da bolniki ostanejo aktivni, je povezan s hitrejšim okrevanjem, manjšo stopnjo invalidnosti in zmanjšano pogostostjo ponovnih epizod bolečine.

Poleg tega priporočila za preprečevanje in obvladovanje BSH izpostavljajo pomen redne telesne dejavnosti in omejevanje dolgotrajnega sedenja. Telesna dejavnost (vsaj 150 minut na teden), sedeče vedenje (največ 8 ur na dan) in spanje (od 7 do 9 ur na dan) skupaj tvorijo dnevno porabo časa v 24 urah (Dumuid idr., 2020). Ker se ta vedenja med seboj izključujejo in so časovno omejena na skupno dolžino dneva, sprememba v enem vedno pomeni spremembo v drugem. Zaradi tega jih je smiselno obravnavati celostno. Kljub temu trenutne smernice še ne določajo, koliko časa je

priporočljivo nameniti posamezni obliki telesne dejavnosti in kakšna naj bi bila njena intenzivnost za učinkovito obvladovanje ter zmanjšanje ponavljanja epizod BSH (Cormachio idr., 2024).

Fizioterapevti imajo ključno vlogo pri obravnavi KNBSH, vendar se pogosto soočajo z izzivi pri implementaciji biopsihosocialnega pristopa v klinično prakso. Njihova osebna prepričanja in stališča o bolečini lahko pomembno vplivajo na izbiro terapevtskih ukrepov in skladnost s kliničnimi smernicami (Darlow idr., 2012). Zdravljenje, osredotočeno izključno na strukturne in biomehanske dejavnike, pogosto ne prinese želenih rezultatov, kar fizioterapevti včasih napačno pripišejo nesodelovanju bolnikov, pomanjkanju motivacije ali njihovi naklonjenosti pasivnim pristopom. V resnici pa lahko takšno vedenje bolnikov odraža prisotnost kognitivnih, psiholoških ali socialnih dejavnikov, ki ostanejo neprepoznani in neobravnavani (Synnott idr., 2015).

Namen raziskave je bil preučiti stališča in poznavanje smernic fizioterapevtov na primarni ravni v Sloveniji ter njihova priporočila bolnikom s KNBSH glede dela, počitka in telesne dejavnosti.

2 Metode

2.1 Zasnova študije

V raziskavo so bili vključeni fizioterapevti, zaposleni na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji, tako v javnem kot v zasebnem sektorju. K izpolnitvi spletne ankete so bili povabljeni prek službenih elektronskih naslovov, osebnih stikov ter objav na družbenem omrežju Facebook v skupini Fizioterapija. Anketiranje je potekalo od 6. junija do 22. julija 2024. Raziskava je bila izvedena skladno z načeli Helsinške deklaracije. Ker zbiranje podatkov ni posegalo v udeležence in je bilo popolnoma anonimno, etično soglasje ni bilo potrebno. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno, udeleženci pa so lahko kadar koli prekinili izpolnjevanje ankete.

2.2 Opis instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, oblikovan na podlagi pregleda literature. Vprašalnik je bil razdeljen na tri vsebinske sklope, ki so omogočili zbiranje podatkov o demografiji, stališčih in prepričanjih ter priporočilih pri kliničnem primeru bolnice s KNBSH. Instrumenti so bili izbrani zaradi svoje veljavnosti in pogoste uporabe v raziskavah o stališčih fizioterapevtov do BSH.

2.2.1 Sociodemografski vprašalnik

Prvi del vprašalnika je obsegal sociodemografska in poklicna vprašanja, ki so zajemala spol, stopnjo izobrazbe, pridobljena specialna znanja, področje zaposlitve, delovno dobo, mesečno število obravnavanih bolnikov s KNBSH, poznavanje kliničnih smernic ter upoštevanje le-teh pri delu. Udeleženci so prav tako navedli tri najpogostejše uporabljene fizioterapevtske postopke pri obravnavi bolnika s KNBSH.

2.2.2 Vprašalnik Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale (HC-PAIRS)

HC-PAIRS (Houben idr., 2004; Rainville idr., 1995) ocenjuje stališča in prepričanja zdravstvenih delavcev o razmerju med KNBSH in funkcionalno okvaro. Vprašalnik obsega 15 trditev, razporejenih v štiri dimenzije: funkcionalna pričakovanja, socialna pričakovanja, potreba po zdravljenju ter projicirane kognicije (Bishop idr., 2007). Postavke so ocenjene na 7-stopenjski Likertovi lestvici (1 = močno se ne strinjam, 7 = močno se strinjam), pri čemer imajo trditve 1, 6 in 12 obrnjeno točkovanje. Skupni rezultat se lahko giblje med 15 in 105 točkami, pri čemer višje vrednosti odražajo prepričanje, da bolečina pomembno omejuje vsakodnevne funkcije – stališče, ki ni skladno s kliničnimi smernicami in sodobnimi strokovnimi dognanji. Cronbachova alfa za merjenje notranje konsistentnosti znaša 0,668, kar kaže na zmerno zanesljivost vprašalnika ($\alpha = 0,668$).

2.2.3 Vprašalnik Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ)

Back-PAQ (Darlow, 2014), različica z 10 trditvami, ocenjuje stališča do bolečine v hrbtu na 5-stopenjski Likertovi lestvici (–2 = povsem drži, 2 = sploh ne drži). Trditve 6, 7 in 8 imajo obrnjeno oceno. Skupni rezultat se giblje med –20 in 20, pri čemer negativne vrednosti odražajo prepričanja, ki niso skladna s smernicami in niso koristna za obravnavo bolečine v hrbtu. Za interpretacijo vprašalnika Back-PAQ je pet tematskih sklopov povezanih s postavkami: »ranljivost hrbta« (trditvi 1 in 2), »povezava med bolečinami v hrbtu in poškodbami« (trditvi 3 in 4), »udeležba v dejavnostih ob bolečinah v hrbtu« (trditvi 5 in 6), »psihološki vplivi na okrevanje« (trditvi 7 in 8) in »prognosa bolečin v hrbtu« (trditvi 9 in 10). Vse postavke so bile napisane v drugi osebi, kar omogoča personalizacijo vprašalnika. Namen te personalizacije je spodbuditi anketirance, da izrazijo svoja lastna prepričanja, namesto da projicirajo svoja prepričanja na ljudi z BSH ali izražajo prepričanja o teh ljudeh. Cronbachova alfa za merjenje notranje konsistentnosti je pokazala zelo dobro zanesljivost testa ($\alpha = 0,818$).

2.2.4 Klinični primer

Na podlagi kliničnega primera, ki so ga razvili Rainville in sodelavci (Bombardier, 1995 v Evans idr., 2005), so anketiranci odgovarjali na tri vprašanja glede priporočil za telesno aktivnost, delo in počitek v postelji. Odgovori so bili podani na 5-stopenjski ordinalni lestvici, kjer nižje vrednosti (1–3) predstavljajo priporočila, neskladna s kliničnimi smernicami, višje vrednosti (4–5) pa priporočila, skladna s smernicami. Anketiranci so ob koncu ocenili tudi stopnjo prepričanja o ustreznosti svojih priporočil. Ta del vprašalnika omogoča neposredno oceno priporočil fizioterapevtov glede počitka, kar je ključno za raziskavo.

2.3 Prevajalski postopek

Vprašalnika HC-PAIRS in Back-PAQ ter klinični primer še niso bili prevedeni v slovenščino, zato sta prevod izvedli dve osebi, ki tekoče govorita angleško, pri čemer je njun materni jezik slovenščina; ena ima zdravstveno, druga jezikoslovno izobrazbo.

Slovenske različice je pregledala profesorica slovenskega jezika. Ustreznost prevoda je bila preverjena s povratnim prevodom v angleščino, ki sta ga izvedli profesorici angleškega jezika, in primerjavo z izvirniki, s ciljem zagotavljanja vsebinske in jezikovne ustreznosti. Čeprav so bile pri prevodu uporabljene standardne smernice prevajanja naprej–nazaj, vprašalnika HC-PAIRS in Back-PAQ ter klinični primer še niso bili formalno kulturno in psihometrično validirani za slovenski prostor. Zato obstaja možnost, da prevedene postavke niso popolnoma vsebinsko, semantično in psihometrično ustrezne, kar lahko vpliva na natančnost merjenja posameznih konceptov.

2.4 Statistična analiza

Podatke smo obdelali s pomočjo spletne platforme 1KA, statističnega programa IBM SPSS 25.0 ter programa Microsoft Excel. Uporabljeni sta bili deskriptivna in kvantitativna analiza, vključno s frekvenčno in opisno statistiko, t-testom, Spearmanovo korelacijo in Pearsonovim koeficientom. Prag za statistično značilnost je bil $p < 0,05$.

3 Rezultati

3.1 Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 104 fizioterapevtov. Podatki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kažejo, da je bilo junija 2024 v primarnem zdravstvenem varstvu zaposlenih 726 fizioterapevtov, kar pomeni, da vzorec 104 udeležencev predstavlja približno 14 % celotne populacije fizioterapevtov.

Med anketiranimi fizioterapevti je bilo 88 % žensk in 12 % moških, kar odraža splošno porazdelitev po spolu znotraj poklica. Večina fizioterapevtov (75 %) je pridobila izobrazbo v okviru visokošolskih strokovnih programov. Dodatnih specialnih znanj ni izkazovalo 58 % anketirancev, medtem ko je 30 % poročalo o dodatnih usposabljanjih na področju manualne ali mišično-skeletne terapije. Večina fizioterapevtov je bila zaposlena v javnem zdravstvu (78 %), 38 % pa jih je imelo manj kot pet let delovnih izkušenj. Več kot polovica fizioterapevtov (52 %) je poročala, da mesečno obravnava deset ali več bolnikov s KNBSH. Poznavanje kliničnih smernic je izkazalo 81 % fizioterapevtov, pri čemer jih 69 % te smernice tudi upošteva v vsakodnevni klinični praksi. Demografski podatki in delovne izkušnje anketiranih fizioterapevtov so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1

Demografski podatki respondentov in njihove delovne izkušnje (N = 104)/Demographic characteristics of respondents and their work experience (N = 104)

<i>Značilnost</i>	<i>Kategorija</i>	<i>f</i>	<i>n (%)</i>
Spol	moški	12	12
	ženski	92	88
Dokončana izobrazba	VI/1 – višješolski program (do 1994), višješolski strokovni program	8	8
	VI/2 – po starem programu: specializacija po višješolskem programu, visokošolski strokovni programi ali po bolonjskem programu: visokošolski strokovni in univerzitetni program (1. bol. st.)	78	75
	VII – po starem programu: specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program ali po bolonjskem programu: magisterij stroke (2. bol. st.)	18	17
	VIII/2 – doktorat znanosti (3. bol. st.)	0	0
Dodatna znanja	ne	60	58
	da (Spec MT, Spec MSK)	31	30
	druga specialna znanja	13	13
Področje dela	fizioterapevt v javnem zdravstvu	81	78
	fizioterapevt v zasebnem zdravstvu s koncesijo	12	12
	fizioterapevt v zasebnem zdravstvu brez koncesije	11	11
Število let delovne dobe	< 5 let	40	38
	5–19 let	33	32
	20–35 let	25	24
	≥ 36 let	6	6
Število bolnikov s kronično BSH v mesečni obravnavi	< 5	16	15
	5–9	34	33
	≥ 10	54	52
Poznavanje kliničnih smernic oz. priporočil za obravnavo bolnikov s kronično BSH	da	84	81
	ne	20	19
Upoštevanje kliničnih smernic oz. priporočil za obravnavo bolnikov s kronično BSH pri svojem delu	da	72	69
	ne	32	31
Razlogi za neupoštevanje kliničnih smernic oz. priporočil pri delu	ne poznam/premalo poznam smernice	17	16
	pri delu imam premalo časa	3	3
	ustaljene navade in prakse na delovnem mestu	6	6
	sistemsko neurejeno področje dela	11	11
	drugo	26	25

Legenda/Legend: f = frekvenca odgovorov/frequency of responses; n = delež anketirancev/proportion of respondents.

3.2 Priporočila fizioterapevtov glede dela, počitka in aktivnosti

Vprašanja, ki so temeljila na kliničnem primeru opisa bolnice z nespecifično BSH, so se nanašala na priporočila glede telesne aktivnosti, dela in počitka v postelji.

Pri vprašanju, ki se nanaša na telesno aktivnost, je 54 % fizioterapevtov podalo priporočila, skladna s smernicami. Večina izmed teh (47 %) je bolnici svetovala, naj se izogiba zgolj bolečim aktivnostim, medtem ko jih je 7 % priporočilo, da aktivnosti ne omejuje. Preostalih 46 % fizioterapevtov je podalo priporočila, ki niso skladna s smernicami, saj so svetovali omejitev aktivnosti na različne stopnje. To kaže, da skoraj polovica fizioterapevtov še vedno podaja priporočila, ki niso skladna z veljavnimi smernicami.

Pri vprašanju, ki se nanaša na priporočila glede dela, je le 11 % fizioterapevtov podalo priporočila, skladna s smernicami. Od teh jih je 9 % priporočilo, da bolnica opravlja vse obveznosti s krajšim delovnim časom, 2 % pa sta svetovala opravljanje vseh obveznosti s polnim delovnim časom. Kar 89 % fizioterapevtov je podalo priporočila, ki niso skladna s smernicami, saj so bolnici svetovali bodisi popolno odsotnost z dela (21 %) bodisi opravljanje lažjih del z omejitvami v delovnem času (68 %). Ta rezultat nakazuje, da večina fizioterapevtov še vedno priporoča omejitve, ki niso v skladu s sodobnimi smernicami in odražajo biomedicinsko usmerjenost.

Pri vprašanju, ki se nanaša na priporočila glede počitka, je smernicam skladna priporočila podalo 36 % fizioterapevtov. Od teh jih je 30 % bolnici svetovalo, naj se izogiba počitku v postelji, kolikor je to mogoče, medtem ko jih je 6 % priporočilo, da se v celoti izogiba počitku v postelji. Preostalih 64 % fizioterapevtov je podalo priporočila, ki niso skladna s smernicami, saj so svetovali počitek v postelji bodisi le ob hudih bolečinah (56 %) bodisi dlje časa (8 %). Ti rezultati kažejo, da večina fizioterapevtov še vedno priporoča določeno stopnjo počitka, kar ni skladno z veljavnimi smernicami. Podrobni deleži vseh odgovorov so predstavljeni v tabeli 2.

Tabela 2

Priporočila fizioterapevtov glede telesne aktivnosti, dela in počitka pri bolnici z nespecifično BSH v skladu s kliničnimi smernicami/Physiotherapists' recommendations regarding physical activity, work, and rest for a patient with non-specific low back pain in accordance with clinical guidelines

Področje	Skladnost	Izjava	<i>f</i>	<i>N (%)</i>
Telesna aktivnost	neskladno	1. Omeji vse fizične aktivnosti.	1	1
	neskladno	2. Fizično aktivnost omeji na manjše obremenitve.	24	23
	neskladno	3. Fizično aktivnost omeji na zmerne obremenitve.	23	22
	skladno	4. Se izogiba bolečim aktivnostim.	49	47
	skladno	5. Ne omejuje aktivnosti.	7	7
Delo	neskladno	1. Ostane odsotna z dela.	22	21
	neskladno	2. Opravlja lažja dela s krajšim delovnim časom.	41	39
	neskladno	3. Opravlja lažja dela s polnim delovnim časom.	30	29
	skladno	4. Opravlja vse obveznosti s krajšim delovnim časom.	9	9

	skladno	5. Opravlja vse obveznosti s polnim delovnim časom.	2	2
Počitek	neskladno	1. Počiva v postelji, dokler bolečina popolnoma ne izgine.	1	1
	neskladno	2. Počiva v postelji, dokler se bolečina bistveno ne izboljša.	8	8
	neskladno	3. Počiva v postelji le ob hudih bolečinah.	58	56
	skladno	4. Se izogiba počitku v postelji, kolikor je le mogoče.	31	30
	skladno	5. Se v celoti izogiba počitku v postelji.	6	6

Legenda/Legend: f = frekvenca odgovorov/frequency of responses; n = delež anketirancev/proportion of respondents.

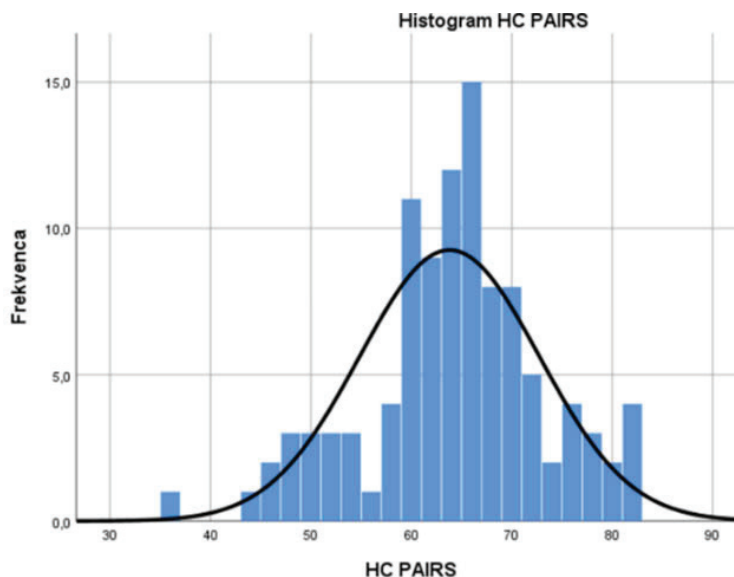
Večina anketiranih fizioterapevtov (54 %) je izrazila prepričanje v pravilnost podanih priporočil, pri čemer jih je 13 % navedlo, da so o svojih priporočilih popolnoma prepričani. Nasprotno se 28 % anketirancev glede pravilnosti svojih priporočil ni moglo opredeliti, 5 % pa jih je izrazilo dvom. Nihče izmed anketirancev ni navedel, da o svojih priporočilih sploh ni prepričan.

3.3 Stališča in prepričanja fizioterapevtov

Izračunana povprečna vrednost (M) za vprašalnik HC-PAIRS znaša $M = 63,80$, kar kaže na izrazito biomedicinsko naravnost anketiranih fizioterapevtov. Največji delež anketiranih fizioterapevtov (81 %) se delno ali močno ne strinja s trditvijo, da bi morali bolniki s kronično BSH sprejeti dejstvo, da so zaradi svoje kronične bolečine invalidi. Poleg tega se 71 % anketiranih fizioterapevtov ne strinja, da bi ti bolniki morali imeti zaradi svoje kronične bolečine enake koristi kot invalidne osebe. Anketirani fizioterapevti se prav tako delno ali močno ne strinjajo s trditvijo, da kronična BSH omejuje funkcionalno delovanje, saj 77 % meni, da takšni bolniki še vedno lahko opravljajo službene in družinske obveznosti. Ob tem se 78 % anketiranih delno ali močno strinja ali ostaja neopredeljenih glede trditve, da mora bolnik ob povečanju bolečine prenehati s tem, kar počne, dokler se bolečina ne zmanjša. Po drugi strani pa se 74 % anketiranih ne strinja ali ostaja neopredeljenih glede trditve, da bi morali takšni bolniki opravljati svoje običajne dejavnosti tudi ob povečanju bolečine. Kar 92 % anketiranih se delno ali povsem strinja s trditvijo, da bolniki s kronično BSH pogosto razmišljajo o svoji bolečini in njenem vplivu na njihovo življenje, 86 % jih meni, da bolniki s KBSH težko ohranijo pozornost pri drugih aktivnostih, ko se bolečina poveča. Rezultati vprašalnika HC-PAIRS so prikazani v histogramu v grafu 1.

Graf 1

Histogram rezultatov vprašalnika HC-PAIRS/Histogram of HC-PAIRS questionnaire scores



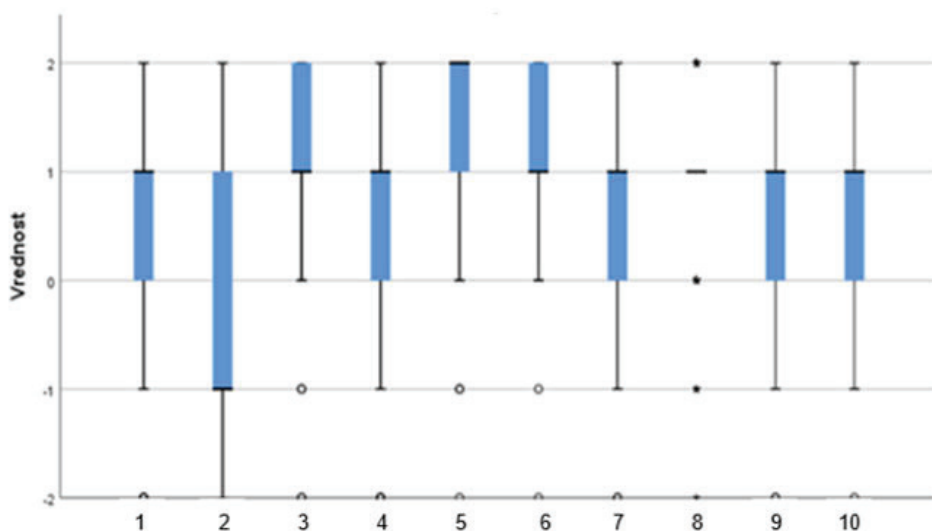
Razpon rezultatov, ki se giblje med 40 in 80 točkami, nakazuje raznolike stopnje strinjanja med anketiranci. Večina rezultatov je osredotočena med 60 in 70 točkami, pri čemer največ anketirancev doseže rezultat nekoliko pod 70. Krivulja normalne porazdelitve kaže, da so rezultati približno simetrično razporejeni okoli povprečja, kar pomeni, da so odgovori relativno enakomerni, brez večjih odstopanj v eno ali drugo smer. To pomeni, da večina verjame, da kronična bolečina v hrbtu bistveno omejuje funkcionalne sposobnosti bolnika in vpliva na njegovo vsakodnevno delovanje.

Pri vprašalniku Back-PAQ je bila povprečna vrednost $M = 7,60$. 95 % anketiranih fizioterapevtov se ne strinja, da se je pri bolečinah v hrbtu treba izogibati telovadbi (trditev 5) in 92 % jih meni, da je pri bolečinah v hrbtu pomembno ostati aktiven (trditev 6). Pri postavki »ranljivost hrbta« so vidna večja odstopanja glede na priporočila smernic. Kar 68 % anketirancev se strinja ali pa ni prepričanih v trditev, da si lahko zaradi nepredvidnosti zlahka poškodujejo hrbet (trditev B), medtem ko 31 % meni, da je hrbet mogoče enostavno poškodovati (trditev A).

Rezultati vprašalnika Back-PAQ so predstavljeni s pomočjo škatlastega diagrama (angl. boxplot, graf 2), ki omogoča pregled porazdelitve podatkov, vključno z mediano, kvartili in morebitnimi odstopanji.

Graf 2

Škatlasti diagram odgovorov na vprašalnik Back-PAQ/Boxplot of responses to the Back-PAQ questionnaire



Škatlasti diagram jasno ponazarja precejšnjo razpršenost odgovorov med posameznimi trditvami, saj so pri vsaki trditvi zabeleženi vsi možni odgovori. To nakazuje, da fizioterapevti v splošnem izkazujejo skladnost s sodobnimi smernicami glede telesne aktivnosti. Kljub temu pa v odgovorih opazamo prisotnost nekaterih prepričanj, povezanih z ranljivostjo hrbta in vplivom psiholoških dejavnikov, ki niso popolnoma skladna s smernicami.

Povprečna vrednost (M) in standardni odklon (SD) obeh vprašalnikov so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3

Opisna statistika za vprašalnika HC-PAIRS in Back-PAQ/ Descriptive statistics for the HC-PAIRS and Back-PAQ questionnaires

	N	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	M	SD
HC-PAIRS	104	36	81	63,80	8,961
Back-PAQ	104	-20	20	7,60	5,865

Legenda/Legend: N – velikost skupine/group size, M – povprečje/mean, SD – standardna deviacija/standard deviation.

Rezultati vprašalnika HC-PAIRS in večine vprašalnika Back-PAQ, skupaj z izrazito razpršenostjo mnenj pri tem zadnjem vprašalniku, kažejo, da anketirani fizioterapevti v večji meri izkazujejo stališča in prepričanja, ki niso v skladu s kliničnimi smernicami.

Poleg tega je bila ugotovljena statistično značilna negativna korelacija med vprašalnikoma HC-PAIRS in Back-PAQ (Spearman $r = -0,437$; $p < 0,05$). To pomeni, da fizioterapevti, ki izražajo močnejši biomedicinski pogled na kronično bolečino, hkrati izkazujejo manj skladnosti s sodobnimi priporočili glede gibanja in psihosocialnih dejavnikov pri obravnavi bolnikov.

4 Razprava

Priporočila zdravstvenih delavcev, vključno s fizioterapevti, imajo pomembno vlogo pri oblikovanju odnosa bolnikov do bolečine in lahko pomembno vplivajo na njihov klinični potek. Klinične smernice za obravnavo BSH brez prisotnosti specifične patologije enotno poudarjajo potrebo po aktivnem pristopu. Smernice priporočajo, da bolniki kljub bolečini ostanejo aktivni, nadaljujejo običajne dejavnosti ter se čim prej vrnejo na delo. Poudarjajo, da telesna dejavnost ne poslabša kronične BSH, in odsvetujejo počitek ter pasivne pristope, saj spodbujajo ohranjanje visoke ravni aktivnosti in postopno vračanje k delu, tudi če bolečina ne izzveni takoj (Martin-Carbonell idr., 2024). Kljub jasnim priporočilom pa raziskave kažejo, da v klinični praksi še vedno prihaja do razlik med smernicami in dejanskim ravnanjem fizioterapevtov, zlasti pri priporočanju počitka in delovne aktivnosti.

Nekoristna prepričanja o BSH, kot je prepričanje, da je hrbet šibka in ranljiva struktura, ki jo je treba zaščititi, so povezana z višjo stopnjo strahu pred bolečino, izogibanjem gibanju, katastrofiziranjem in depresijo (Christe idr., 2021). Sistematični pregled kvalitativnih in kvantitativnih študij (Gardner idr., 2017) je pokazal, da prepričanja fizioterapevtov o izogibanju gibanju zaradi strahu pred bolečino pomembno vplivajo na njihovo klinično prakso in nasvete, ki jih dajejo bolnikom. Fizioterapevti z izrazito biomedicinsko usmerjenostjo so bolnikom pogosteje priporočali omejevanje aktivnosti, opozarjali na tveganja, povezana z delom ali telesno dejavnostjo, ter svetovali bolniško odsotnost. Takšen previden in pasiven pristop lahko dolgoročno vodi k manjši telesni aktivnosti bolnikov, krepitvi nekoristnih prepričanj in slabšemu razumevanju pomena aktivnega obvladovanja bolečine.

Analiza odgovorov na vprašanja, povezana s kliničnim primerom bolnice s KNB-SH, je pokazala, da so bila priporočila fizioterapevtov v največji meri skladna s smernicami na področju telesne aktivnosti. To se ujema tudi z ugotovitvami iz vprašalnika Back-PAQ, kjer so fizioterapevti večinoma izražali stališča, ki spodbujajo ohranjanje aktivnosti kljub prisotni bolečini. Nasprotno pa so bila priporočila glede dela in počitka pogosto neskladna s smernicami, pri čemer je bila neskladnost priporočil glede dela bolj izrazita kot v nekaterih drugih študijah, kjer je bila skladnost ocenjena med 50 in 76 % (Muller idr., 2024). Rezultati kažejo, da kljub splošnemu upoštevanju smernic pri telesni aktivnosti še vedno obstajajo področja, kjer praksa ne sledi sodobnim priporočilom.

Rezultati vprašalnika HC-PAIRS ($M = 63,80$) nakazujejo, da fizioterapevti v povprečju verjamejo, da bolečina v hrbtu pomembno omejuje vsakodnevne funkcije. To

kaže na biomedicinsko usmerjenost in na prepričanje, da je bolečina v veliki meri povezana z gibanjem in aktivnostjo, kar vodi v izogibanje telesni dejavnosti. Druge študije so zabeležile precej nižje rezultate. Pregled uporabe vprašalnika HC-PAIRS (Muller idr., 2024) v 51 raziskavah je pokazal, da znaša povprečni rezultat zdravstvenih delavcev, ki delajo z bolniki z BSH, 52,64. Povprečni rezultat 5055 fizioterapevtov, vključenih v študije, je bil nekoliko višji (53,42). Metaanaliza 12 študij (Macdonald idr., 2018) je pokazala, da so fizioterapevti dosegali povprečne vrednosti med 42,92 in 61,60, medtem ko so zdravniki dosegali vrednosti med 31,92 in 54,40, medicinske sestre pa povprečno 58,39. Rainville in sodelavci so ob razvoju vprašalnika ugotovili, da povprečna vrednost znaša 38 (Muller idr., 2024).

Analiza vprašalnika Back-PAQ, ki ocenjuje stališča o vplivu telesne aktivnosti na bolečino v hrbtu, je pokazala, da se velika večina fizioterapevtov strinja, da je pri bolečinah v hrbtu nujno vztrajati pri telesni aktivnosti in da je ohranjanje gibanja ključno za obvladovanje bolečine. Kljub temu več kot polovica fizioterapevtov izraža negativna ali nevtralna stališča glede ranljivosti hrbta, pri čemer tretjina meni, da je hrbet mogoče zlahka poškodovati. Naša raziskava je pokazala nekoliko višji delež takšnih stališč v primerjavi s študijo Fourré in sodelavci (2023), kjer jih je izrazilo 43 % fizioterapevtov. Podobno so Christe in sodelavci (2021) poročali, da je negativna stališča glede ranljivosti hrbta izrazilo 50 % fizioterapevtov, kar je prav tako manj kot v naši raziskavi.

Primerjava rezultatov je pokazala statistično značilno razliko v vprašalniku Back-PAQ glede na delovno dobo ($p = 0,028$), pri čemer so fizioterapevti z daljšo delovno dobo dosegli višje povprečje ($M = 8,13$) kot tisti s krajšo ($M = 6,83$). Nasprotno pa pri HC-PAIRS ($p = 0,378$) in kliničnem primeru ($p = 0,479$) razlik ni bilo. Rezultati tako nakazujejo, da bi delovna doba lahko vplivala na posamezne vidike prepričanj, ne pa na celostno poznavanje smernic in podajanje priporočil. Razlike niso bile statistično značilne niti med fizioterapevti, ki mesečno obravnavajo manj kot pet bolnikov s KNBSH, in tistimi, ki jih obravnavajo deset ali več (HC-PAIRS $p = 0,840$; Back-PAQ $p = 0,830$; klinični primer $p = 0,950$).

Rezultati ankete so pokazali, da večina fizioterapevtov pri obravnavi bolnikov s KNBSH uporablja terapevtske pristope, ki niso skladni s smernicami. Kar 64 % jih je med tri najpogostejše uporabljene postopke vključilo elektroterapijo, šest anketirancev pa je poročalo o uporabi trakcije, ki je v smernicah opredeljena kot nepriporočljiva. Le en anketiranec je kot glavno strategijo obravnave navedel stopnjevano vadbo – eno ključnih priporočil sodobnih smernic. Raziskava med švicarskimi fizioterapevti (Christe idr., 2021) je pokazala, da le manjši delež uporablja elektroterapijo, večina pa progresivne vaje. Podobno je raziskava do Prado in sodelavci (2022) v Kanadi pokazala visoko skladnost z načeli sodobnih smernic, zlasti pri izobraževanju bolnikov in vključevanju aktivnih pristopov. Večina fizioterapevtov (91 %) je dajala prednost aktivnim pristopom pred pasivnimi in spornimi metodami zdravljenja, prav tako pa je velika večina (96 %) vključevala izobraževalne vsebine z namenom preprečevanja dolgoročne invalidnosti.

Na podlagi teh ugotovitev lahko sklepamo, da imajo stališča in prepričanja o povezavi med bolečino in funkcionalno okvaro večji vpliv na oblikovanje priporočil, ki niso skladna s smernicami, kot pa prepričanja o vplivu gibanja na bolečino. Čeprav se večina fizioterapevtov strinja, da je kljub bolečini treba ohranjati aktivnost, mnogi še vedno verjamejo, da je hrbtenica občutljiva struktura, ki jo je mogoče zlahka poškodovati. Takšna prepričanja, ki poudarjajo potrebo po zaščiti hrbta, odražajo biomedicinsko naravnost in niso skladna z načeli sodobnih kliničnih smernic.

Raziskave kažejo, da je klinično odločanje fizioterapevtov pogosto bolj vodeno z njihovimi lastnimi prepričanji, stališči in pomanjkljivim poznavanjem biopsihosocialnih vidikov bolečine kot pa z usmeritvami iz smernic. Poleg tega k neskladnosti s smernicami prispevajo tudi pričakovanja bolnikov, ki pogosto pričakujejo hitro odpravo bolečine, natančno diagnozo ter pasivne terapije (Gardner idr., 2017). Zato je ključnega pomena, da se več pozornosti nameni izobraževanju fizioterapevtov o biopsihosocialnem modelu bolečine ter razvoju komunikacijskih veščin, ki omogočajo učinkovitejšo usmerjanje bolnikov. Ugotovitve do Prado in sodelavci (2022) potrjujejo, da je podiplomsko izobraževanje najmočnejši napovednik skladnosti prakse s smernicami, kar se ujema tudi z ugotovitvami Ladeira in sodelavci (2017), kjer so fizioterapevti z višjo specializacijo pogosteje sledili priporočilom.

Krepitev izobraževanja in komunikacijskih veščin bi lahko izboljšala skladnost prakse s smernicami ter prispevala k boljšim izidom zdravljenja. Poleg tega je pomembno ozaveščanje bolnikov o naravi kronične bolečine in njihovi aktivni vlogi pri obvladovanju, saj to zmanjšuje odvisnost od pasivnih terapij in krepi samoučinkovitost. Smiselno bi bilo tudi, da smernice natančneje opredelijo vrsto, intenzivnost in pogostost telesne dejavnosti ter stremijo k oblikovanju globalno usklajenih priporočil, ki temeljijo na visokokakovostnih dokazih, a so hkrati prilagodljiva različnim zdravstvenim sistemom. Za trajnostno uveljavitev sodobnih pristopov pa bodo potrebne tudi sistemske spremembe, ki vključujejo krepitev multidisciplinarnega sodelovanja, prilagoditev plačilnih politik ter uporabo digitalnih orodij in telemedicine.

Dodatno na klinične in izobraževalne dejavnike pomembno vplivajo tudi sistemske okoliščine, ki lahko omejujejo skladnost prakse s smernicami. Organizacija dela v številnih ustanovah pogosto vključuje visoke kadrovske obremenitve, časovne pritiske in omejene možnosti za interdisciplinarno sodelovanje. Smernice poudarjajo, da je bolnika treba opolnomočiti za spoprijemanje s kronično bolečino ter ga naučiti strategij samoobvladovanja. Fizioterapevti tako pogosto nimajo dovolj časa za celostno edukacijo bolnikov, spodbujanje aktivnega pristopa ali individualizirano načrtovanje telesne aktivnosti, kar lahko vodi v ohranjanje bolj pasivnih ali zastarelih praks. Poleg tega plačilni modeli še vedno pogosto favorizirajo število obravnav ali pasivne terapije namesto dolgoročnih funkcijskih izidov, kar zmanjšuje motivacijo za izvajanje priporočil, ki temeljijo na aktivni rehabilitaciji. Ključno je, da se na ravni zdravstvenega sistema okrepijo multidisciplinarno sodelovanje, ustrezne kadrovske zasedbe ter financiranje preventivnih in aktivnih pristopov, saj lahko le s takšnim sistemskim okvirjem zagotovimo trajnostno uveljavitev sodobnih smernic v vsakodnevni praksi. V tem kontekstu bi bilo smiselno razmisliti tudi o vključevanju bolnikov v programe, ki jih

izvajajo Centri za krepitev zdravja, saj bi to dodatno podprlo implementacijo priporočil in spodbujalo aktivno sodelovanje bolnikov pri obvladovanju kronične bolečine.

Glavna omejitev študije je velikost vzorca. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je bilo v obdobju raziskave zaposlenih 726 fizioterapevtov. Pri 95-odstotni ravni zaupanja in 5-odstotni mejni napaki bi bil potreben vzorec približno 252 udeležencev, medtem ko je v raziskavi sodelovalo 104 fizioterapevtov. Manjši vzorec lahko zmanjša statistično moč in poveča tveganje za tip II napako, zato je rezultate treba interpretirati previdno, saj jih ni mogoče v celoti posploševati na populacijo vseh fizioterapevtov v Sloveniji. Dodatna omejitev se nanaša na uporabljene vprašalnike: čeprav so bili prevedeni po metodi naprej–nazaj, za preučevano populacijo ni bila izvedena kulturna prilagoditev ali psihometrična validacija, kar lahko vpliva na zanesljivost in primerljivost podatkov. V prihodnjih raziskavah bi bilo zato smiselno izvesti kulturno prilagoditev in validacijo vprašalnikov, da bi povečali natančnost in splošljivost ugotovitev.

5 Zaključek

Kljub obstoju dokazano učinkovitih kliničnih smernic za obravnavo BSH številni strokovnjaki še vedno vztrajajo pri biomedicinskih prepričanjih, ki spodbujajo pretirano previdnost, zaščitno vedenje in počitek. Takšna prepričanja lahko vodijo v prekomerno uporabo pasivnih terapij ter zmanjšano telesno aktivnost bolnikov, kar dolgoročno prispeva k slabšim izidom zdravljenja. Napačna prepričanja o vlogi gibanja in počitka so prisotna tako med fizioterapevti kot med zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci, zato je ključnega pomena vzpostavitev strukturiranih izobraževalnih programov in interaktivnih delavnic s praktičnimi primeri, ki krepijo razumevanje biopsihosocialnih dejavnikov bolečine. Poleg tega bi morali fizioterapevti dosledno razvijati kompetence ter spodbujati aktivno vlogo bolnikov pri okrevanju. Uvajanje sodobnih pristopov, vključno s telerehabilitacijo in interdisciplinarnim sodelovanjem, bi lahko prispevalo k večji skladnosti s smernicami in učinkovitejši, na dokazih temelječi obravnavi BSH. Prihodnje raziskave pa bi morale preučiti vpliv posodobljenih izobraževalnih intervencij in sistemskih sprememb na dolgoročne izide bolnikov.

Alenka Groboljšek, Maja Frangež, PhD

Rest in Chronic Low Back Pain – The Gap Between Practice and Guidelines

Chronic non-specific low back pain (CNLBP) is among the most prevalent musculoskeletal conditions globally, affecting individuals across age groups, genders, and diverse socioeconomic backgrounds. It represents a leading cause of disability, work absenteeism, and healthcare expenditure, imposing a substantial burden on both

individuals and societies. Lifetime prevalence reaches up to 84%, and approximately one in five individuals develops a chronic form, highlighting the critical need for effective prevention and management strategies (Zhou et al., 2024). The aetiology of CNLBP is complex and multifactorial, with most cases lacking a clearly identifiable pathoanatomical cause. Around 90% of presentations are classified as non-specific, and when symptoms persist beyond twelve weeks, the condition is defined as chronic NSLBP (Butron et al., 2006; Sheeran et al., 2012). Emerging evidence highlights the role of nociplastic pain – a type of altered nociception without clear tissue or nerve damage – which helps explain symptom persistence, the mismatch between structural findings and pain intensity, and the limited predictive value of imaging (Clauw, 2024; Fitzcharles et al., 2021). Such complexities demonstrate that pain intensity and functional limitations cannot be fully explained by anatomical abnormalities alone, challenging conventional biomedical assumptions.

These complexities underscore the limitations of the traditional biomedical model and strongly support the adoption of the biopsychosocial model (BPSM). The BPSM conceptualizes pain as an interplay of biological, psychological, and social factors, recognising that cognitive, emotional, and environmental influences shape pain perception, coping strategies, and functional outcomes. This perspective is consistently reflected in international evidence-based clinical practice guidelines (EBCPGs), such as the NICE recommendations, which prioritise exercise therapy, education, cognitive-behavioural strategies, and encouragement of physical activity while actively discouraging prolonged rest and passive treatment modalities (Stochkendahl et al., 2018; Qaseem et al., 2017). Maintaining daily activities and returning to work as early as possible are consistently emphasised as key components of effective management, with clear evidence showing that inactivity or unnecessary rest can exacerbate deconditioning, fear-avoidance behaviour, and disability. Furthermore, contemporary research highlights the importance of integrating all daily movement behaviours – physical activity, sedentary time, and sleep – within a 24-hour cycle, as changes in one behaviour necessarily influence the others (Dumuid et al., 2020). Despite this emerging evidence, guidelines still lack detailed recommendations regarding the optimal distribution, duration, and intensity of these behaviours for CNLBP management, leaving room for individual clinical interpretation and variability in practice (Coma-chio et al., 2024).

Physiotherapists play a central role in the management of CNLBP, yet effectively integrating the biopsychosocial model into routine clinical practice remains challenging. Clinicians' personal beliefs about the spine, pain mechanisms, and vulnerability can shape treatment decisions and significantly influence adherence to clinical guidelines (Darlow et al., 2012). Strong biomedical beliefs may lead clinicians to attribute poor outcomes solely to patient-related factors, such as low motivation or a preference for passive care, while underestimating the influence of psychological, social, and environmental barriers (Synnott et al., 2015). Patient expectations – such as the desire for rapid pain relief, hands-on therapy, or precise structural diagnoses – further

complicate the application of evidence-based guidance, often pressuring clinicians to deliver interventions that do not align with the recommended best practices.

This study investigated the Slovenian physiotherapists' knowledge, attitudes, and beliefs regarding CNLBP and examined their adherence to clinical practice guidelines. A total of 104 physiotherapists participated by completing a sociodemographic questionnaire, the HC-PAIRS and Back-PAQ instruments, and a clinical case scenario assessing recommendations for physical activity, work, and rest. The sample represented approximately 14% of all physiotherapists working in Slovenian primary care, offering a meaningful snapshot of national practices and highlighting the areas for potential intervention.

HC-PAIRS scores in this study ($M = 63.80$) indicated a predominantly biomedical orientation, with physiotherapists perceiving CNLBP as significantly limiting daily functioning. Compared to the previous international studies reporting lower average scores ($M = 53.42$), these findings suggest that the Slovenian physiotherapists may hold more protective or impairment-focused beliefs (Muller et al., 2024; Macdonald et al., 2018). Back-PAQ results showed that while most physiotherapists emphasised the importance of staying active despite pain, more than half expressed neutral or negative attitudes concerning spinal vulnerability, and one-third believed that the spine is easily damaged. These proportions exceed those reported in comparable studies (Fourré et al., 2023; Christe et al., 2021), indicating persistent uncertainty regarding contemporary pain science concepts and highlighting a knowledge-practice gap.

The clinical case scenario highlighted a substantial gap between the guidelines and the practice. The recommendations for physical activity were generally aligned with the guidelines, with 54% of physiotherapists providing appropriate advice. However, only 11% offered guideline-consistent recommendations regarding work, and 36% regarding bed rest. The majority advised work restrictions or partial absence from employment, despite strong guideline consensus favouring early return to the usual duties. Comparable international studies report substantially higher adherence rates (50-76%), particularly regarding work recommendations (Muller et al., 2024). These findings suggest that misconceptions about the relationship between pain, tissue damage, and risk of reinjury may strongly influence clinical decision-making in Slovenia.

Statistical analyses revealed a significant difference in Back-PAQ scores according to years of experience ($p = 0.028$), with more experienced physiotherapists demonstrating higher scores, suggesting slightly more guideline-congruent attitudes. No significant associations were identified for HC-PAIRS ($p = 0.378$) or case-based recommendations ($p = 0.479$), nor were differences observed between physiotherapists treating fewer than five versus ten or more CNLBP patients monthly. Guideline adherence was, however, strongly associated with level of postgraduate education, consistent with the previous studies from Canada and the United States (do Prado et al., 2022; Ladeira et al., 2017). These results underscore the importance of targeted post-licensure training for improving evidence-based practice, including workshops, mentoring programs, and interdisciplinary discussions.

Given that physiotherapists often serve as the first-line providers for individuals with CNLBP and maintain repeated contact over time, their beliefs and recommendations play a decisive role in shaping patient behaviour. Encouraging active self-management, addressing fear-based misconceptions about spinal fragility, and clearly explaining the rationale behind continued activity are essential components of effective care. Novel approaches, including tele-rehabilitation, remote monitoring, patient education apps, and interdisciplinary collaboration, may further support consistent guideline implementation. System-level factors – such as reimbursement models that reward active, education-based interventions, and organisational support for evidence-based practice – are equally important for sustainable change and long-term improvement in patient outcomes.

This study has several limitations, including the modest sample size relative to the national population of physiotherapists, the use of self-reported measures, and the lack of formal cultural validation for the Slovenian translations of the questionnaires. Future research should explore the effectiveness of educational interventions designed to improve guideline implementation, evaluate long-term impacts on patient outcomes, and examine barriers within the organisational and healthcare system. Comparative studies with other European countries could further contextualise these findings and identify transferable strategies for bridging the gap between evidence and practice.

In conclusion, although Slovenian physiotherapists generally endorse physical activity for CNLBP, persistent beliefs about spinal vulnerability and the need for rest continue to lead to recommendations that diverge from EBCPGs – particularly in the domains of work advice and bed rest. Strengthening knowledge of the biopsychosocial model, enhancing clinical reasoning skills, and providing opportunities for advanced training are essential for bridging the gap between evidence and practice. Improving guideline adherence has the potential to reduce disability, enhance patient autonomy, and support more effective long-term management of CNLBP. Ultimately, fostering a culture of continuous professional development, combined with system-level incentives, may ensure that patients receive care that is consistent, up-to-date, and aligned with the best available evidence.

LITERATURA

1. Arendt-Nielsen, L., Morlion, B., Perrot, S., Dahan, A., Dickenson, A., Kress, H. G., Wells, C., Bouhassira, D. in Drewes, A. M. (2018). Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. *European Journal of Pain*, 22(2), 216–241. <https://doi.org/10.1002/ejp.1140>
2. As-Sanie, S., Till, S. R., Schrepf, A. D., Griffith, K. C., Tsodikov, A., Missmer, S. A., Clauw, D. J. in Brummett, C. M. (2021). Incidence and predictors of persistent pelvic pain following hysterectomy in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(5), 568.e1–568.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.038>
3. Bishop, A., Thomas, E. in Foster, N. E. (2007). Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools. *Pain*, 132(1–2), 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.028>

4. Bombardier, C. (1995). Primary care physicians' knowledge, confidence, and attitude in the management of acute low back pain (ALBP). *Arthritis & Rheumatism*, 38(9), S385.
5. Brummett, C. M., Urquhart, A. G., Hassett, A. L., Tsodikov, A., Hallstrom, B. R., Wood, N. I., Williams, D. A. in Clauw, D. J. (2015). Characteristics of fibromyalgia independently predict poorer long-term analgesic outcomes following total knee and hip arthroplasty. *Arthritis & Rheumatology*, 67(5), 1386–1394. <https://doi.org/10.1002/art.39051>
6. Burton, A. K., Balagué, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A., Leclerc, A., Müller, G., van der Beek, A. J. in COST B13 Working Group. (2006). Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *European Spine Journal*, 15(2), 136–168. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1070-3>
7. Christe, G., Crombez, G., Edd, S., Opsommer, E., Jolles, B. M. in Favre, J. (2021). Relationship between psychological factors and spinal motor behaviour in low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 162(3), 672–686. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002065>
8. Christe, G., Nzamba, J., Desarzens, L., Leuba, A., Darlow, B. in Pichonnaz, C. (2021). Physiotherapists' attitudes and beliefs about low back pain influence their clinical decisions and advice. *Musculoskeletal Science & Practice*, 53, 102382. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102382>
9. Clauw, D. J. (2024). From fibrositis to fibromyalgia to nociplastic pain: How rheumatology helped get us here and where do we go from here? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 83(11), 1421–1427. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-225327>
10. Comachio, J., Ferreira, M. L., Mork, P. J., Holtermann, A., Ho, E. K., Wang, D. X. M., Lan, Q., Stamatakis, E., Beckenkamp, P. R. in Ferreira, P. H. (2024). Clinical guidelines are silent on the recommendation of physical activity and exercise therapy for low back pain: A systematic review. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 27(4), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2024.01.003>
11. Darlow, B., Fullen, B. M., Dean, S., Hurley, D. A., Baxter, G. D. in Dowell, A. (2012). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *European Journal of Pain*, 16(1), 3–17. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.006>
12. Darlow, B., Perry, M., Mathieson, F., Stanley, J., Melloh, M., Marsh, R., Baxter, G. D. in Dowell, A. (2014). The development and exploratory analysis of the Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ). *BMJ Open*, 4(5), e005251. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005251>
13. do Prado, T., Parsons, J. in Ripat, J. (2022). Evidence-based practice for non-specific low back pain: Canadian physiotherapists' adherence, beliefs, and perspectives. *Physiotherapy Canada*, 74(1), 44–53. <https://doi.org/10.3138/ptc-2020-0038>
14. Dumuid, D., Pedišić, Ž., Palarea-Albaladejo, J., Martín-Fernández, J. A., Hron, K. in Olds, T. (2020). Compositional data analysis in time-use epidemiology: What, why, how. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2220. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072220>
15. Evans, D. W., Foster, N. E., Underwood, M., Vogel, S., Breen, A. C. in Pincus, T. (2005). Testing the effectiveness of an innovative information package on practitioner reported behaviour and beliefs: The COMPLEMENT trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 6, 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-6-41>
16. Fitzcharles, M. A., Cohen, S. P., Clauw, D. J., Littlejohn, G., Usui, C. in Häuser, W. (2021). Nociplastic pain: Towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet*, 397(10289), 2098–2110. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
17. Fourré, A., Vanderstraeten, R., Ris, L., Bastiaens, H., Michielsen, J., Demoulin, C., Darlow, B. in Roussel, N. (2023). Management of low back pain: Do physiotherapists know the evidence-based guidelines? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5611. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095611>
18. Gardner, T., Refshaug, K., Smith, L., McAuley, J., Hübscher, M. in Goodall, S. (2017). Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 63(3), 132–143. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.017>

19. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050. *The Lancet Rheumatology*, 5(6), e316–e329. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X)
20. Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karpainen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M. in Lancet Low Back Pain Series Working Group. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356–2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
21. Houben, R. M., Vlaeyen, J. W., Peters, M., Ostelo, R. W., Wolters, P. M. in Stomp-van den Berg, S. G. (2004). Health care providers' attitudes and beliefs towards common low back pain: Psychometric properties of the HC-PAIRS. *The Clinical Journal of Pain*, 20(1), 37–44. <https://doi.org/10.1097/00002508-200401000-00008>
22. Ladeira, C. E., Cheng, M. S. in da Silva, R. A. (2017). Clinical specialization and adherence to evidence-based practice guidelines for low back pain management. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47(5), 347–358. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.6561>
23. Macdonald, M., Vaucher, P. in Esteves, J. E. (2018). The beliefs and attitudes of UK registered osteopaths towards chronic pain. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 30, 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.07.003>
24. Marras, W. S. (2008). *The working back: A systems view*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470258576>
25. Martin-Carbonell, M., Sequeira-Daza, D., Checa, I., Domenech, J., Espejo, B. in Castro-Melo, G. (2024). Evaluation of the psychometric properties of the HC-PAIRS in health professionals and students from Chile and Colombia. *Heliyon*, 10(14), e34652. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e34652>
26. Muller, R. D., Schielke, A., Gliedt, J. A., Cooper, J., Martinez, S., Eklund, A. in Pohlman, K. A. (2024). A scoping review to explore the use of the HC-PAIRS. *PM&R*, 16(11), 1248–1263. <https://doi.org/10.1002/pmrj.13186>
27. National Guideline Centre (NICE). (2016). Low back pain and sciatica in over 16s: Assessment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/chapter/Recommendations>
28. Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., Forciea, M. A. in Clinical Guidelines Committee of the ACP. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–530. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>
29. Rainville, J., Bagnall, D. in Phalen, L. (1995). Health care providers' attitudes and beliefs about functional impairments and chronic back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 11(4), 287–295. <https://doi.org/10.1097/00002508-199512000-00006>
30. Rankin, L. (2020). Chronic pain: From the study of student attitudes and preferences to the in vitro investigation of a novel treatment strategy [Doktorska disertacija, Umeå universitet]. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-173854>
31. Rizzo, R. R., Cashin, A. G., Wand, B. M., Ferraro, M. C., Sharma, S., Lee, H., O'Hagan, E., Maher, C. G., Furlan, A. D., van Tulder, M. W. in McAuley, J. H. (2025). Non-pharmacological and non-surgical treatments for low back pain: An overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD014691. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014691.pub2>
32. Sheeran, L., Sparkes, V., Caterson, B., Busse-Morris, M. in van Deursen, R. (2012). Spinal position sense and trunk muscle activity during sitting and standing in nonspecific chronic low back pain. *Spine*, 37(8), 486–495. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31823b00ce>
33. Smart, K. M. (2023). The biopsychosocial model of pain in physiotherapy: Past, present and future. *Physical Therapy Reviews*, 28(2), 61–70. <https://doi.org/10.1080/10833196.2023.2177792>
34. Soni, A., Wanigasekera, V., Mezue, M., Cooper, C., Javaid, M. K., Price, A. J. in Tracey, I. (2019). Central sensitization in knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 71(4), 550–560. <https://doi.org/10.1002/art.40749>

35. Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., Andersen, M. Ø., Fournier, G., Højgaard, B., Jensen, M. B., Jensen, L. D., Karbo, T., Kirkeskov, L., Melbye, M., Morsel-Carlsen, L., Nordsteen, J., Palsson, T. S., Rasti, Z., Silbye, P. F., Steiness, M. Z. in Vaagholt, M. (2018). National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal*, 27(1), 60–75. <https://doi.org/10.1007/s00586-017-5099-2>
36. Synnott, A., O’Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O’Sullivan, P. in O’Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain. *Journal of Physiotherapy*, 61(2), 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>
37. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2024). Podatki o izvedenih obravnavah po zdravstvenem delavcu: Fizioterapija. <https://partner.zzzs.si/zdravstvene-storitve/podatki-o-izvedenih-obravnavah-po-zdravstvenem-delavcu/fizioterapija>
38. Zhou, T., Salman, D. in McGregor, A. H. (2024). Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: A global comparison. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25(1), 344. <https://doi.org/10.1186/s12891-024-07468-0>

Alenka Groboljšek, mag. fiziot., zaposlena v Zdravstvenem domu Sevnica

E-naslov: groboljsek.a@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4491-3416>

Dr. Maja Frangež, docentka, zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Inštitutu za fizikalno in rehabilitacijsko medicino

E-naslov: maja.frangez@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9474-8607>