

Tonje Faksnes (10022)
Viktoria Fernmo Nygård (10116)

Hvordan kan sykepleiere bidra til mestringsstro hos pasienter med ryggsmarter?

Antall ord: 7470
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Tonje Faksnes (10022)
Viktoria Fernmo Nygård (10116)

Hvordan kan sykepleiere bidra til mestringsstro hos pasienter med ryggsmarter?

Antall ord: 7470
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Sammendrag

Bakgrunn: Ryggsmerter er en av de vanligste årsakene til kontakt med helsevesen i Norge. Mennesker med ryggsmerter har større sannsynlighet for å oppleve nedsatt livskvalitet, og svekket psykisk tilstand. Pasienters forventninger til behandling av ryggsmerter samsvarer ikke nødvendigvis med nasjonale retningslinjer.

Hensikt/problemstilling: Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan sykepleiere kan møte pasienters forventninger slik at de opplever økt mestringstro i forbindelse med behandling.

Metode: Systematisk litteraturstudie gjennomført mellom mars 2023 og juni 2023. Oppgaven baserer seg på åtte forskningsartikler funnet gjennom systematiske søk, og analyse av disse.

Resultat: Resultatene viste at flere pasienter hadde forventninger til behandling før møte med helsevesenet. Disse forventningene førte ofte til uenighet mellom pasient og behandler. Pasientene opplevde ikke at forventningene ble møtt, og flere var kritiske til behandlingen de ble tilbudt.

Konklusjon: For å styrke pasientenes mestringstro må sykepleiere møte pasientenes forventninger til den aktuelle behandlingen. Hvis forventningene ikke samsvarer med behandlingen som tilbys, må sykepleieren undervise og veilede pasienten, og bygge relasjon gjennom sykepleierkompetanse.

Abstract

Background: Back pain is one of the most common reasons for contact with the healthcare system in Norway. People with back pain are more likely to experience reduced life quality and impaired mental state. Patients' expectations prior to treatment of back pain does not necessarily match with the national guidelines.

Aim: The purpose of this literature study is to examine how nurses can meet the patients' expectations, and by doing so, enhance self-efficacy when receiving treatment.

Methods: Systematic literature study conducted between March 2023 and June 2023. The study is based on eight research articles found through systematic searches and the analysis of these.

Results: Results showed several patients had expectations prior to treatment before encountering health care services. These expectations often led to a disagreement between patients and the health professionals. Patients experienced their expectations not being met and were therefore critical of the treatment they were offered.

Conclusions: To strengthen the patient's self-efficacy, nurses have to meet their expectations for the treatment in question. If the expectations do not match up with the treatment being offered, it will be the nurse's task to teach and guide the patient, and build a relationship through nursing competence.

Forord

"En profesjonell sykepleier bryr seg om hva som skjer med andre mennesker, er oppmerksomme på deres fysiske, mentale og spirituelle velferd, og handler på en intelligent, kunnskapsrik, kreativ og hensynsfull måte for å hjelpe andre."

Joyce Travelbee

Innhold

1.	Introduksjon	7
1.1.	Bakgrunn for tema.....	7
1.2.	Teori	8
1.2.1.	Mestringsteori: Albert Banduras teori om mestringstro.....	8
1.2.2.	Atferdsteori: Icek Ajzens teori om planlagt atferd	9
1.2.3.	Atferdsteori: James Prochaska og Wayne Velicer's transteoretiske modell for endring av helseatferd	9
1.2.4.	Teori om relasjon: Joyce Travelbee's sykepleierteori med fokus på mellommenneskelige relasjoner.....	10
1.3.	Formål med oppgaven og problemstilling	11
2.	Metode.....	12
2.1.	Beskrivelse av metode.....	12
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
2.3.	Søketabell og søkehistorikk	14
2.4.	Vurdering/utvelgelse av artikler	17
2.5.	Analyse	18
3.	Resultater	19
3.1.	Artikkelmatrise	19
3.2.	Tematisk inndeling av resultater	30
3.2.1.	Pasienters forventninger til behandling.....	30
3.2.2.	Sykepleierkompetanse	31
4.	Diskusjon.....	33
4.1.	Fra motstand til mottakelse	33
4.2.	... og fra mottakelse til samarbeid.....	34
4.3.	Metoderefleksjon	36
4.4.	Konklusjon	36
	Referanser	38

Tabeller

Tabell 1: PICO	13
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
Tabell 3: Søketabell Cinahl.....	15
Tabell 4: Søketabell Medline.....	16
Tabell 5: Temaer.....	18
Tabell 6: Artikkelmatrise.....	20

1. Introduksjon

1.1. Bakgrunn for tema

Aktualitet: Ryggsmerter er en av de vanligste årsakene til kontakt og bruk av helsetjenester i Norge (Norsk Helseinformatikk, 2020), og hvert år forekommer det rundt to millioner ryggrelaterte konsultasjoner i Norge (Lærum et al., 2007, s. 3). Ryggsmerteproblematikk fører til store kostnader for samfunnet gjennom behandlinger i primær- og spesialisthelsetjenesten, sykefravær og nedsatt arbeidsproduktivitet (Carlsen et al., 2022). Ryggglidelser alene står for omtrent 15% av langtidssykemeldingene og mer enn 10% av uførepensjoner (Norsk Helseinformatikk, 2020). I løpet av livet vil 60-80% av nordmenn oppleve plagsomme ryggsmerter (Carlsen et al., 2022), og omtrent én av fem vil være plaget til enhver tid.

Utfordringer: Mennesker med ryggsmerter kan oppleve å utvikle større helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser faktisk at den største enkeltstående årsaken til ikke-dødelige helsetap i Norge er nettopp korsryggsmerter (i tillegg til nakkesmerter) (Carlsen et al., 2022). Pasienter med ryggsmerter har også rapportert om smerter i flere områder og en rekke andre plager (Brage et al., 2010). Blant annet kan ryggsmerter føre til svekket psykisk tilstand over tid; dårlig søvnkvalitet og mindre utholdenhet på dagen, påvirkning på humør og forhold til familie, venner og arbeidskolleger. Hvor lenge smertene varer har også ofte sammenheng med psykisk tilstand (Lærum et al., 2007, s. 73). De nasjonale retningslinjene for behandling av ryggsmerter kom i 2007, og det har siden da kommet ny forskning om hva som er riktig behandling av ryggsmerter (Foster et al, 2018, s. 2368) uten at disse retningslinjene er oppdatert.

Sykepleiefaglig relevans: Som sykepleier møter man mange av disse pasientene i primær- og spesialisthelsetjenesten. Gjennom våre møter med pasientene har sykepleiere plikt til å veilede og støtte gjennom å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleierne kan iverksette tiltak som har til hensikt å bedre helsesituasjonen og forebygge ytterligere sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). Ved riktig behandling kan sykepleiere bidra til å unngå at flere får alvorlige ryggsmerter som må behandles med mer invasive behandlinger. Som nevnt tidligere påvirker ryggsmerter også pasientenes psykiske tilstand, og sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer understreker at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Å skulle møte pasientenes forventninger til behandling, i tillegg til å forholde seg til gjeldende behandlingsretningslinjer, krever at sykepleieutøvelsen skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerens kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019).

1.2. Teori

For å styre arbeidet og diskusjonen har vi valgt oss ut fire teorier som beskriver hvordan man kan påvirke menneskelig atferd, motivasjon og betydningen av relasjon.

1.2.1. Mestringsteori: Albert Banduras teori om mestringstro

En persons mestringstro innebærer en tro på at de innehar evner eller ferdigheter som er nødvendige for å mestre situasjonen de står overfor (Bandura, 1994, s. 71). Mestringstro fører til at mennesker setter seg konkrete mål, og opplever å kunne realisere disse.

En sterk mestringstro vil forsterke menneskelige prestasjoner, og føre til at personer setter seg utfordrende mål og opprettholder sterk forpliktelse til disse (Bandura, 1994, s. 71-72). I situasjoner preget av stress eller motgang vil personer med sterk mestringstro se disse situasjonene som oppgaver som kan mestres, og som de kan utøve kontroll over. Personer med svak mestringstro vil i vanskelige situasjoner tvile på egne evner, fokusere på hindringer de vil møte og uheldige utfall. De gir fort opp når de møter motstand, og bruker lang tid på å finne tilbake følelsen av mestringsevne.

Ifølge Bandura (1994, s. 71-72) blir menneskers tro på egen mestringsevne utviklet gjennom fire kilder til påvirkning.

Mestringsopplevelser; den mest effektive måten å skape en sterk mestringstro på er å oppleve mestring. En motstandsdyktig mestringstro vil være avhengig av erfaringer med å overkomme utfordringer og motstand. Når personer erfarer at de har det som trengs for å oppnå suksess, vil de stå i og fortsette og prøve i vanskelige situasjoner.

Rollemodeller; når mennesker ser andre i samme situasjon oppnå suksess gjennom kontinuerlig innsats, vil dette styrke menneskers tro på at de også har ferdighetene til å mestre lignende situasjoner. Jo likere menneskene i gruppen og situasjonene er, jo mer overbevisende virker det. Gjennom å oppsøke mennesker som viser egenskapene en person selv ønsker å ha, blir det mulig å overføre andres måte å tenke og handle på. Mennesker kan lære effektive ferdigheter og strategier for å møte situasjoner.

Sosial overbevisning; mennesker som får fortalt at de har ferdigheter til å mestre spesifikke situasjoner har større sannsynlighet for å gi større innsats og opprettholde denne. På den andre siden kan en urealistisk styrking av ferdigheter bli avslørt gjennom skuffende resultater, og overbevisningen vil virke mot sin hensikt. Sosial overbevisning alene er dog ikke nok for å skape følelse av mestringsevner, det er viktig å skape situasjoner som fremmer suksess og unngå å sette mennesker i situasjoner de mest sannsynlig vil oppleve tidlige nederlag.

Somatisk og emosjonell tilstand; humør, følelser, fysisk tilstand og stressnivå har betydning for hvordan mennesker ser egne evner til å mestre. For eksempel i aktiviteter som involverer styrke og utholdenhet, vil mennesker tolke fatigue, verker og smerter som tegn på fysisk svakhet. Har man en sterk mestringstro vil det være lettere å tolke emosjonelle reaksjoner som en pådriver til prestasjon, men ved svak mestringstro vil de emosjonelle reaksjonene bli sett på som en svakhet. Det er derfor viktig å redusere stressreaksjoner og endre de negative oppfatningene mennesker har knyttet til emosjonelle reaksjoner og mistolkning av fysisk tilstand.

En persons mestringstro vil også påvirke de psykologiske prosessene menneskene benytter seg av for å regulere handling og atferd (Bandura, 1994, s. 72). De fire store prosessene er *kognitive prosesser*; tenking og beslutningstaking, *følelsesmessige prosesser*; regulerer emosjonell tilstand og fremkaller emosjonelle reaksjoner, *motivasjonsprosesser*; nivå intensitet og utholdenhet og *utvelgelsesprosesser*; hvilke situasjoner man velger å møte eller unngå.

1.2.2. Atferdsteori: Icek Ajzens teori om planlagt atferd

Teorien om planlagt atferd er en teori som bygger videre på Fishbein og Ajzen's teori om overveid handling (Kristoffersen, 2019, s. 322). Teorien om overveid handling introduserer begrepene intensjon, som påvirkes av holdning og subjektive normer. Ajzen's teori om planlagt atferd (1991) viderefører disse begrepene, og legger til en tredje faktor som påvirker intensjon; oppfatning om kontroll over atferd.

En persons intensjoner om å utføre en atferd gir en indikasjon på hvor hardt et menneske er villig til å prøve, hvor mye innsats de planlegger å gi, for å utføre en atferd. Jo sterkere intensjon om å engasjere i en atferd, jo mer sannsynlig er utførelsen (Ajzen, 1991, s. 181). Ajzen påpeker også at det er kun om en person har frivillig kontroll, om personen selv kan bestemme om de vil eller ikke vil gjennomføre en handling, at man kan forutse en handling ut fra intensjon alene (Ajzen, 1991, s. 181-182; Kristoffersen, 2019, s. 321-322).

Intensjoner blir som nevnt påvirket av en persons holdninger, subjektive normer og personens oppfattede kontroll over atferd. En persons *holdninger* refererer til om en person har en fordelaktig eller ufordelaktig vurdering og evaluering av en gitt handling, og skaper seg overbevisninger knyttet til positive eller negative utfall av atferden (Ajzen, 1991, s. 191). Om en handling har ønskede eller positive konsekvenser for en person, vil det være mer sannsynlig at personen vil utvikle en positiv holdning til atferden (Kristoffersen, 2019, s. 321). De *subjektive normene* er det opplevde presset fra miljøet rundt og viktige andre personer til å utføre eller ikke utføre en handling, om den er godkjent eller ikke godkjent av individer eller grupper man sammenligner seg med, dette kan ses som en sosial forventet oppførsel (Ajzen, 1991, s. 188 & s. 195; Kristoffersen, 2019, s. 321). Den tredje faktoren som Ajzen introduserer til teorien er *personers oppfatning av kontroll over egen atferd*, deres evne til å gjennomføre den konkrete handlingen de står overfor og refleksjoner over tidligere erfaringer (Ajzen, 1991, s. 188; Kristoffersen, 2019, s. 322). En persons oppfatning av kontroll over egen atferd er nært knyttet opp mot Bandura's mestringstro, og begrepet blir brukt av Ajzen i hans teori for å forklare den tredje faktoren (Ajzen, 1991, s. 184).

Ajzen (1991, s. 206) mener at arbeidet med å endre en persons atferd begynner med å identifisere intensjoner, oppfattet kontroll over atferd, holdninger og subjektive normer, før man kan implementere intervensjoner som effektivt vil endre dem. En person vil vurdere å utføre en atferd opp mot forventede eller ønskede resultater og om resultatene er av betydning for pasienten (Kristoffersen, 2019, s. 320).

1.2.3. Atferdsteori: James Prochaska og Wayne Velicer's transteoretiske modell for endring av helseatferd

Den transteoretiske modellen for helseatferd av James Prochaska og Wayne Velicer (1997) presenterer ulike faser og prosesser som forteller noe om menneskers interesse og motivasjon for atferdsendring (Kristoffersen, 2016, s. 326). Modellen er utviklet for å

kunne møte pasientene i den fasen de er for å kunne iverksette intervensjoner for å endre helseatferd. De ulike fasene er (Prochaska & Velicer, 1997, s. 39):

Føroverveielse: på dette stadiet har ikke pasienten noen intensjon om å endre sin atferd i nærmeste fremtid. Dette kan være fordi de ikke har nok informasjon om konsekvenser av egen atferd, eller de kan ha prøvd å forandre atferd tidligere uten å lykkes. Det er viktig på dette stadiet å tydeliggjøre fordelene ved forandring.

Overveielse: pasientene har i denne fasen intensjon om å endre atferd. De er mer bevisste de positive sidene ved endring, samtidig som de er bevisst de negative. Denne balansen kan skape ambivalens knyttet til endring som gjør at pasientene kan stå fast på dette stadiet over lengre tid.

Forberedelse: intensjonene har nå gått over til at pasienten har begynt å aktivt forberede endringer, og ofte har pasientene også tatt noen små grep i retning av en endring.

Handling: pasientene har nå gjort spesifikke, tydelige endringer i livsstil og prøver ut en ny atferd.

Opprettholdelse: pasienten jobber med å ikke gå tilbake til gamle atferd, og selvtilliten knyttet til evnen til å endre atferd er styrket. Den nye atferden har nå begynt å inngå som en del av pasientens vaner (Tidsskriftet).

Prochaska og Velicer (1997, s. 39-40) fortsetter modellen med å nevne prosesser pasienter går gjennom på veien mot endringer. Disse prosessene er nødvendige for at pasientene skal gå fra en fase til en annen. Det er derfor også viktig at prosessene startes når pasientene er klare for neste fase. Undervisning og veiledning må derfor være tett knyttet opp mot de utfordringene pasienten opplever (Kristoffersen, 2016, s. 326). Om man iverksetter en prosess før pasienten er klar for denne type forandring, vil man kunne møte motstand fra pasienten (Prochaska & Velicer, 1997, s. 41). Prosessene er;

- *Økt bevissthet, reevaluering av en selv, reevaluering av miljø, frigjøring av en selv, sosial frigjøring, motbetinging, stimulikontroll, beredskapshåndtering og hjelpende relasjoner.*

Modellen oppfordrer til fokus på interaktive intervensjoner og kommunikasjon. Tidlig intervensjon for å endre atferd og holdninger vil gi bedre resultater og mindre sannsynlighet for tilbakefall, og vil sørge for at pasienters mestringsevne ikke går gjennom for mange mislykkede forsøk (Prochaska & Velicer, 1997, s. 47). Prochaska og Velicer (1997, s. 47) mener at for å kunne lykkes med behandling må vi vende synet bort fra handlingsrettet og mot stadierrettet; vi må tilpasse behandlingene etter pasientenes behov og individualisere strategiene for endring av atferd.

Intervensjoner i forbindelse med helseatferd og sykepleie innebærer å iverksette tiltak og handlinger som rettes mot endring av livsstil hos grupper og/eller enkeltpersoner (Kristoffersen, 2019, s. 311; Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 21).

1.2.4. Teori om relasjon: Joyce Travelbee's sykepleieteori med fokus på mellommenneskelige relasjoner

Ifølge Travelbee (1977, s. 7) er sykepleie en mellommenneskelig prosess fordi den alltid involverer mennesker, direkte eller indirekte. Hun beskriver det videre som en prosess hvor sykepleiere hjelper individer og deres familier med å forebygge og håndtere opplevelser knyttet til sykdom og lidelse, og, hvis nødvendig, kan hjelpe med å finne

mening i disse. Travelbee (1977, s. 32) understreker at de pasientene vi møter er individuelle mennesker som trenger pleie, tjenester og assistanse fra andre som antas å kunne yte den hjelpen som trengs. Ifølge Travelbee (1977, s. 25-29) er mennesket et unikt og uerstattelig individ, ulikt noe annet menneske som har eller kommer til å leve. For Travelbee (1977, s. 9) betyr det at pasientenes oppfatning av helse alltid vil være subjektivt, og en pasient kan oppleve god helse til tross for diagnoser, og motsatt kan pasienter oppleve dårlig helse uten at det foreligger en diagnose.

Travelbee's mellommenneskelige relasjon innebærer at både sykepleieren og den syke ser og forholder seg til hverandre som mennesker, og ikke bare som sykepleier og pasient (Travelbee, 1977, s. 119). Å kunne etablere en slik relasjon mener Travelbee skjer gjennom interaksjoner hvor man blir kjent med personen man skal hjelpe og identifisering av deres behov. For å oppnå en mellommenneskelig relasjon legger Travelbee vekt på fire faser (Travelbee, 1977, s. 119-120): *Det første møtet, framvekst av identitet, empati og sympati.*

I enhver interaksjon inngår kommunikasjon, om den er verbal eller ikke-verbal; sykepleier og pasient observerer hverandre og kommuniserer tanker, følelser og holdninger (Travelbee, 1977, s. 94). Interaksjoner gjør at sykepleieren kan lære å kjenne pasienten som en unik person, og gjennom dette bryte med stereotypier og unngå å handle etter gamle vaner og erfaringer (Travelbee, 1977, s. 133). Det er også viktig at sykepleieren klarer å skille mellom sine egne behov og ønsker og pasientens, og forventer ikke at pasientene ønsker å bli behandlet på samme måte som hun/han selv ville valgt (Travelbee, 1977, s. 97).

I sitt arbeid med pasientene vil sykepleiere i tillegg ha en undervisende rolle (Travelbee, 1977, s. 9). Dette gjelder ikke bare knyttet til informasjon og prosedyrer, men på et mer omfattende nivå knyttet til å finne mening med endringer som må til for å fremme helse (Travelbee, 1977, s. 12).

Travelbee beskriver at en profesjonell sykepleier arbeider med en intellektuell tilnærming, bruk av kunnskap målrettede tilnæringsmåter, og bruker seg selv terapeutisk, hvor sykepleieren har forståelse for at egne holdninger og erfaringer vil påvirke utøvelsen av sykepleie (Travelbee, 1977, s. 131). Mellommenneskelige relasjoner er nødvendig for å overføre kunnskap om pasienten til hensiktsmessige og vellykkede intervensjoner (Travelbee, 1977, s. 149).

1.3. Formål med oppgaven og problemstilling

Oppgavens formål er å beskrive hvordan sykepleiere kan møte og støtte pasienter med ryggsmarter for å fremme mestringstro, både før og under behandling. Vi ønsker å undersøke hvordan sykepleiere skal forholde seg til pasientens forventninger, og jobbe med disse for å sørge for at pasientene føler de mestrer sin helsesituasjon. I dette arbeidet vil det være flere aspekter sykepleiere må forholde seg til, og vi vil forsøke å se hvordan det påvirker sykepleierens arbeid.

Problemstillingen vår ble derfor:

"Hvordan kan sykepleiere bidra til mestringstro hos pasienter med ryggsmarter?"

Engelsk: "How can nurses contribute to increased self-efficacy in patients with back pain?"

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Denne oppgaven har benyttet litteraturstudie som metode, og innebærer systematisering av kunnskap fra skriftlige kilder. Innhenting av litteratur ble gjort gjennom systematiske søk, analysing og diskusjon knyttet til det valgte tema (Thiedemann, 2020, s. 77). Gjennom denne metoden har vi fordypet oss i et tema vi synes er interessant og aktuelt for område nevrologi, og har i prosessen valgt oss ut 8 forskningsartikler som er relevante.

For å komme frem til utvalgte artikler har vi gjennomført systematiske søk i ulike databaser. Vi begynte først med å gjøre et innledende søk for å undersøke hvor mye litteratur og forskning det var å finne på området (Thiedemann, 2020, s. 81). Dette søket ga oss altfor mange resultater, og vi begynte struktureringen og systematiseringen av søkene våre.

PICO-modellen brukte vi for å gjøre problemstillingen mer presis og søkbar (Thiedemann, 2020, s. 82). Modellen gjorde det også tydeligere hvilke søkeord vi skulle benytte oss av. Første steg var å virkelig konkretisere hvilken pasientgruppe (P) vi var interessert i å undersøke og vi endte opp med *pasienter med ryggsmarter*. Videre måtte vi finne ut hva vi var interessert i å finne ut av knyttet til denne gruppen (I). Vi valgte å fokusere på hvilke intervensjoner helsepersonell benytter seg av i møte med disse pasientene. Sammenligning (C) ble ikke brukt da problemstillingen ikke ønsker å sammenligne intervensjoner, men heller hvilke intervensjoner helsepersonell benytter seg av. Utfallene (O) vi var interessert i var å se hvordan helsepersonell bidrar til mestringstro hos pasientgruppen vi har valgt oss ut. Gjennom PICO-modellen har vi videre utarbeidet konsepter for å tydeliggjøre temaene i problemstillingen:

Tabell 1: PICO

	P) Pasient/populasjon <i>Hvem ønsker vi å vite noe om?</i>	(I) Intervensjon <i>Hvilke tiltak, intervensjoner eller behandling ønsker vi å få vite noe om?</i>	(O) Outcome (utfall) <i>Hvilke utfall, effekt, erfaring, opplevelse eller endepunkt er vi interessert i?</i>
Konsepter/temaer fra problemstillingen	Pasienter med ryggsmarter	Helsepersonells intervensjoner	Mestringstro, motivasjon
Søkeord	Back pain, expectations	Health care professionals, health personell, Healthcare, nurse, intervention	Self-efficacy, Pain management

PICO-modellen (PIO) (Thiedemann, 2020, s. 82-83).

Mengden av forskning på ryggsmarter ved innledende søk gjorde at vi kunne begrense oss til å kun bruke CINAHL og Medline som databaser. Gjennom disse databasene fikk vi et tilfredsstillende antall treff som gjorde utvelgelsesprosessen mer presis.

Vi har også brukt oppslagsverket MeSH for å få den rette oversettelsen på søkeordene.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved innledende søk fikk vi en stor mengde treff. Det gjorde at vi måtte utarbeide konkrete inklusjons- og eksklusjonskriterier som kunne hjelpe oss med å finne mer relevant forskning ut fra det vi faktisk ønsker kunnskap om (Thiedemann, 2020, s. 83).

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Språk: Engelsk, skandinavisk	Andre språk enn engelsk og skandinavisk
Fagfelleverderte artikler	Ikke fagfelleverderte artikler
Publisert etter 2010	Eldre enn 2010
Artikler fra alle land	
Alle kjønn over 18 år	

Pasienter med ryggmerter	Pasienter med andre smertetilstander
Kvalitativ og kvantitativ	Reviews

Som det kommer frem av tabellen over har vi som *inklusionskriterier* valgt at artiklene skal ha vært skrevet på engelsk eller skandinavisk (norsk, svensk, dansk). Dette for at vi skal kunne velge artikler som vi forstår på originalspråk og det vil dermed være mindre informasjon som går tapt i oversettelse. Det finnes mye forskning knyttet til ryggmerter. Vi valgte å ha artikler skrevet etter 2010, da de siste retningslinjene for behandling av ryggmerter kom i 2007 (Lærum et al.), men forskning fra tidligere enn 2010 kan anes å ikke lenger være gjeldende. Med dette kriteriet begrenser søket til å kun inkludere artikler som kan belyse intervensjoner i Norge i forbindelse med gjeldende retningslinjer.

Eksklusjonskriteriene inkluderte for eksempel at andre smertetilstander skulle utelukkes. Vi valgte også, i tråd med anbefalinger fra instituttet, å ikke inkludere reviews da vi opplevde å finne nok artik

2.3. Søketablell og søkehistorikk

Gjennom PICO-modellen fant vi fram til flere søkeord som vi brukte i de systematiske søkene på databasene CINAHL og Medline. Vi brukte flere av søkeordene sammen og varierte på hvilke vi kombinerte for å få bredde på søkene. Gjennom denne metoden har vi funnet fram til våre 7(8) artikler.

Vi har valgt å dele opp søketablellen til hver database der den første tabellen er fra søk i CINAHL og den andre er fra søk i Medline. Dette gir en bedre oversikt og har vist seg å gi et variert søkeresultat. Vi startet tidlig med enkle søk og tilspisset systematikken.

Tabell 3: Søketabell Cinahl

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	04.05. 2023	S1	Back Pain		44 830	
		S2	Pain management		42 909	
		S3	Expectations		42 311	
		S4	S1 AND S2 AND S3		68	
		S5	S4	År 2013-2023	46	2 (A, B)
		S6	Healthcare		758 003	
		S7	S1 AND S3 AND S6	År 2013-2023	65	2 (C, D)
	17.04. 2023	S8	Nurse		556 245	
		S9	Self-efficacy		36 167	
		S10	S1 AND S8 AND S9	År 2013-2023	10	1 (E)

Inkluderte artikler:

- A. Fu, Y., G. Yu, E. McNichol, K. Marczewski, og S.J. Closs. «The Association between Patient-Professional Partnerships and Self-Management of Chronic Back Pain: A Mixed Methods Study». *European Journal of Pain* 22, nr. 7 (august 2018): 1229–44. <https://doi.org/10.1002/ejp.1210>.
- B. Bonfim, Igor da Silva, Leticia Amaral Corrêa, Leandro Alberto Calazans Nogueira, Ney Meziat-Filho, Felipe José Jandre Reis, og Renato Santos de Almeida. «'Your Spine Is so Worn out' – the Influence of Clinical Diagnosis on Beliefs in Patients with Non-Specific Chronic Low Back Pain – a Qualitative Study'». *Brazilian Journal of Physical Therapy* 25, nr. 6 (november 2021): 811–18. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.07.001>.
- C. Feldman, Ron, Yaniv Nudelman, Sharon Haleva-Amir, og Noa Ben Ami. «Patients' Prior Perceptions and Expectations of the Enhanced Trans-theoretical Model Intervention for Chronic Low Back Pain: A Qualitative Study». *Musculoskeletal Care* 20, nr. 2 (juni 2022): 371–82. <https://doi.org/10.1002/msc.1600>.
- D. Kee, Karin, Reinie G. Gerrits, Nelleke de Meij, Lieke H.H.M. Boonen, og Paul Willems. «'What You Suggest Is Not What I Expected': How Pre-Consultation Expectations Affect Shared Decision-Making in Patients with Low Back Pain». *Patient Education and Counseling* 106 (januar 2023): 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.10.001>.
- E. Moraes, Érica Brandão de, Francisco Farias Martins Junior, Larissa Barros da Silva, João Batista Santos Garcia, og Cibele Andrucio de Mattos-Pimenta. «Self-efficacy and fear of pain to movement in chronic low back pain: an intervention developed by nurses». *Revista Gaúcha de Enfermagem* 42 (2021): e20200180. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200180>.

Tabell 4: Søketablell Medline

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
MEDLINE	09.04 .2023	S1	Back Pain		73 600	
		S2	Communication		500 720	
		S3	Health personell		206 542	

		S4	S1 AND S2 AND S3	År 2010-2023	53	1 (F)
	11.05 .2023	S5	Intervention		799 229	
		S6	Healthcare professionals		35 284	
		S4	S1 AND S5 AND S6	År 2013-2023	30	2 (G, H)

Inkluderte artikler:

- F. Allegretti, A., J. Borkan, S. Reis, og F. Griffiths. «Paired Interviews of Shared Experiences around Chronic Low Back Pain: Classic Mismatch between Patients and Their Doctors». *Family Practice* 27, nr. 6 (1. desember 2010): 676–83. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq063>.
- G. Angel, Sanne. «Helpful Factors in a Healthcare Professional Intervention for Low-back Pain: Unveiled by Heidegger’s Philosophy». *Nursing Philosophy* 23, nr. 1 (januar 2022): e12364. <https://doi.org/10.1111/nup.12364>.
- H. Monnin, Dominique, Delphine S. Courvoisier, og Stéphane Genevay. «Modifying Beliefs about Back Pain: A Pilot Study among Healthcare Professionals». *Patient Education and Counseling* 99, nr. 4 (april 2016): 665–70. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.009>.

2.4. Vurdering/utvelgelse av artikler

Gjennom en rekke søk i begge databaser fant vi flere artikler som virket å være aktuelle ut ifra overskriften. Vi leste abstraktet til rundt 50-60 artikler, der flere hadde relevante faktorer til oppgaven. Flere av de som virket aktuelle ble lest og ekskludert dersom de hadde for lite relevant innhold, hadde vage resultater eller at resultatene besto av for mye tall og tabeller, da vi var ute etter praktiske resultater, og ikke fullt så mye statistikk. Noen viste seg også å være rapporter, noe som var en del av eksklusjonskriteriene og ble derfor utelatt. Da problemstillingen har utviklet seg gjennom arbeidet i oppgaven har også noen artikler som opprinnelig var utvalgt blitt byttet ut da hovedfokusene har endret seg. Flere artikler hadde hovedsakelig tema forventninger, men da vi gikk bort fra dette fokuset i problemstillingen ble disse byttet ut. Da ble søkene endret og søketabellene måtte omformes.

De åtte artiklene vi har endt opp med møter kriteriene for søkene og har en relevans til oppgaven. Alle artiklene er innen ti år gamle bortsett fra en som er fra 2010 og derfor er kriteriene satt på dette årstallet. Grunnen til denne vurderingen var at denne artikkelen er av høy relevans for oppgaven. Da emnet ryggsmertter er svært utbredt og skrevet mye om, vil flere systematiske søk ende med mange treff. Det er gjort en vurdering på å lete

gjennom et litt større søk for å finne de riktige artiklene, enn å risikere å miste dem gjennom et nytt søkeord/spissere søk. Det vi har sett er at flere søkeord kan være utfordrende å kombinere og gir resultater som ikke har relevans. Alle søkeordene er prøvd ut i flere kombinasjoner med hverandre og lagt inn som AND eller OR.

Vi har brukt kanalregisteret til Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse til å forsikre oss om at artiklene vi velger ut er utgitt på godkjente publiseringskanaler (Hkdir, u.å.). Artikkelen "Helpful factors in a healthcare professional intervention for low back pain: Unveiled by Heidegger's philosophy" er i registeret vurdert til nivå 1, som innebærer at publiseringskanalen den er utgitt på er vurdert til å tilfredsstille minimumskravet til vitenskapelighet. Artikkelen har kun én forfatter, noe som kan være en av grunnene til dette. Vi velger derfor å ta den med i oppgaven for å belyse problemstillingen, samtidig som vi har et kritisk syn på artikkelen.

2.5. Analyse

Vi har basert analysen av artiklene på Evans analysemodell (2002) for å systematisere det best mulig. Denne metoden deler prosessen inn i fire faser; 1. datasamling, 2. identifisere nøkkelfunn, 3. sammenligne funn på tvers av artiklene, 4. bringe sammen funn for å beskrive fenomenen.

1. Det første steget i modellen er å samle inn data (Evans, 2002). Datainnsamlingen skjer gjennom systematiske litteratursøk ved bruk av databaser. Det er gjort rede for dette tidligere i kapittel 2.
2. Det andre steget i modellen er å identifisere nøkkelfunnene (Evans, 2002). Dette steget innebærer å sette seg inn i studiene gjennom å lese dem grundig og flere ganger. Da ser vi studien som en helhet og kan trekke ut de viktigste punktene.
3. Det tredje steget i modellen er å sammenligne på tvers av studiene (Evans, 2002). Vi drar fram nøkkelfunnene fra steg to for hver studie og knytter dem opp mot hverandre. Da finner vi likheter og ulikheter og kan sammenfatte dem for å trekke fram hovedtema. Her blir også undertema utarbeidet og presentert.
4. Det fjerde og siste steget i modellen er å sammenfatte funn (Evans, 2002). Ved dette steget skal vi analysere resultatene for studiene gjennom de hovedtemaene som ble utarbeidet, noe som blir gjort i kapittel 3.

Tabellen nedenfor viser de hovedtemaene vi har funnet fram gjennom å følge modellen. Gjennom steg to har vi trukket fram flere nøkkelfunn for hver artikkel og tok med de videre til steg tre der vi så på flere av funnene som hang sammen.

Tabell 5: Temaer

Pasienters forventninger til behandling	Sykepleierkompetanse
<ul style="list-style-type: none"> • Medisinsk perspektiv (B, C, D, F) • Behov for medvirkning (A, D, G) 	<ul style="list-style-type: none"> • Relasjonsbygging (A, C, G) • Kommunikasjon og informasjon (A, B, C, D, G, H) • Veiledning (A, C, E, G, H)
Artikkel: A, B, C, D, F, G	Artikkel: A, B, C, D, E, G, H

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Artikkelmatrise gir en oversikt over alle artiklene som er valgt og presenterer hensikt, metode, resultater og relevans for problemstillingen.

Tabell 6: Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
-----------	---	--------	----------	---

<p>A)</p> <p>The association between patient-professional partnerships and self-management of chronic back pain: A mixed methods study.</p> <p>(Fu et al., 2018)</p>	<p>Å ta ansvar for egen behandling og velvære er anbefalt for pasienter med ryggsmarter. Helsepersonells støtte til pasienters egenbehandling kan være mer effektivt når man samarbeider med pasienten. Hensikten med artikkelen er å se på sammenhengene mellom pasient-helsepersonells forhold og egenbehandling av ryggsmarter.</p>	<p>Denne artikkelen bruker en blanding av både kvalitativ og kvantitativ datainnsamling.</p> <p>Kvalitativ: intervju med pasienter som deltok på datainnsamling både på baseline og oppfølgingen.</p> <p>Kvantitativ: intervju med pasienter for å forstå deres perspektiver på forholdet mellom pasient og profesjonell og egenbehandling. 147 pasienter til baseline, 103 til oppfølging.</p>	<p>Kvantitativ fase:</p> <p>Gjennomsnittsskår for pasient-behandler partnerskap økte fra baseline (37,8) til follow-up (45,1). Evnen til egenbehandling økte med minst 13.3% fra baseline til follow-up.</p> <p>Pasienter som rapporterte bedre forhold mellom seg og behandler opplevde bedre egenhåndteringsevne.</p> <p>På den andre siden ble smertenivå negativt assosiert med egenhåndteringsevne og økte vansker med å håndtere symptomer. Høyere alder viste seg også å ha sammenheng med kunnskap om egenhåndteringsevne.</p> <p>Kvalitativ fase:</p> <p>Etter kvantitativ fase opplevde halvparten av denne gruppen en forbedring av smerter.</p> <p>For å føle at de ble støttet gjennom smertehåndtering;</p> <p>Education/veiledning: systematisk forståelse av tilstand og smertehåndtering som ga dem forståelse som egen situasjon.</p>	<p>Artikkelen belyser behov og ønsker pasientene har til forholdet mellom seg og helsepersonell, og hvordan det påvirker egenhåndtering av ryggsmarter.</p>
---	--	---	---	---

			<p>Samarbeid med helsepersonell for å lage realistiske mål, gå gjennom øvelser sammen og bli møtt som en «partner» med et felles mål.</p> <p>Pasientens emosjonelle ubehag som kunne påvirke de fysiske smertene fikk fokus, og egne verktøy for håndtering.</p> <p>Faktorer pasienter oppgir som har gjort at de fortsetter å møte opp til behandling: helsepersonell har ønskede holdninger/karakteristikk, effektiv kommunikasjon og forståelse for situasjonen og helsebehov.</p> <p>Faktorer som kan hindre relasjon: utilstrekkelig informasjon, mangel på individualisert behandling, å bli behandlet annerledes enn pasientene forventet, å ikke oppnå resultater, for lite tid.</p>	
--	--	--	--	--

<p>B)</p> <p>'Your spine is so worn out' – the influence of clinical diagnosis on beliefs in patients with non-specific chronic low back pain – a qualitative study.</p> <p>(Bonfim et al., 2021)</p>	<p>Hensikten er å identifisere Pasienters oppfatninger på innvirkning klinisk håndtering av korsryggsmerter. Helsepersonell bør derfor være forberedt på å møte disse oppfatningene, og identifisere de oppfatningene pasienter har knyttet til om dette har påvirkning på deres kliniske diagnose.</p>	<p>Dette var en kvalitativ studie fra Brasil, med 70 pasienter med ryggsmerter fra tre forskjellige institusjoner for fysioterapi. Deltakerne var over 18 år med gjennomsnittsalder på 60 år der 80% av deltakerne var kvinner.</p>	<p>4 funn knyttet til pasientenes oppfatninger:</p> <p>Smerte er forklart med fysiske/strukturelle forandringer (biomedisinsk)</p> <p>Behandlere må være oppmerksomme på måten de formidler informasjon. De må legge mer vekt på formidling av biopsykologiske faktorer og lære å formidle dette i forbindelse med korsryggsmerter. Pasienten må få informasjon om sosiale/atferdsmessige faktorer som kan påvirke korsryggsmerter.</p> <p>Kliniske diagnoser er høyt verdsatt av pasienter</p> <p>Bilediagnostikk er viktig for pasienter. Mange mener det er essensielt for oppstart av behandling. På den andre siden har bildediagnostikk vist seg å kunne påvirke i negativ retning: høre smertenivå og lavere generell helsetilstand sammenlignet med pasienter uten bildediagnostikk.</p>	<p>Gjennom denne artikkelen ser man hva pasientene vektlegger knyttet til sine smerter og tilstand, og gjør at helsepersonell kan være observante rundt faktorer som spiller inn og som er viktige for pasienten.</p>
--	---	---	--	---

<p>C)</p> <p>Patients' prior perceptions and expectations of the Enhanced Transtheoretical Model Intervention for chronic low back pain: A qualitative study.</p> <p>(Feldman et al., 2022)</p>	<p>Å kartlegge pasienter forventninger til en spesiell type behandling som er ment å møte pasientenes motivasjon og øke deres mestringstro.</p>	<p>Dette var en kvalitativ studie der de intervjuet 30 pasienter med kroniske ryggsmarter.</p>	<p>Tre temaer (med sub-temaer) kom frem under intervjuene:</p> <p><u>Pasientenes oppfatning av korsryggsmarter.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Smerte er forårsaket av biomedisinske forandringer (patologi). - Hvile kurerer smerte. - Pasientene uttrykker frykt for økt smerte ved aktivitet. - Viktigheten av diagnoser. - Forvirring/usikkerhet knyttet til uriktig/ulik/utilstrekkelig informasjon. <p><u>Pasienters forventninger til nåværende behandling</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Smertereduksjon. - Passiv behandling. - Strukturerte treningsprogram - Nåværende kunnskap om korsryggsmarter er ikke tilstrekkelig <p><u>Forventninger knyttet til Enhanced Transtheoretical Model Intervention</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Smertereduksjon eller funksjonell forbedring - Praktiske verktøy til self-management <p>Pasienter ønsker en forklaring på smertene (diagnose), instruksjoner og råd om smertehåndtering og smertelindring, og anerkjennelse av sykdom.</p>	<p>Artikkelen sier noe om hvilke forventninger og ønsker pasienter har i forbindelse med behandling av LBP. Selv om artikkelen snakker om en spesifikk behandlingstype, beskriver den også at det kan være relevant for pasienter med samme problemstilling.</p>
--	---	--	---	--

<p>D)</p> <p>‘What you suggest is not what I expected’: How pre-consultation expectations affect shared decision-making in patients with low back pain.</p> <p>(Kee et al., 2023)</p>	<p>Undersøkelsens bakgrunn var at det var lite forskning på at pasienter har forventninger til behandling før selve konsultasjonen og ikke minst at dette spiller en rolle ved pasientmedvirkning . Temaet for undersøkelsen er pasientmedvirkning ved behandling av LBP og undersøke om pasientene har bakenforliggende forventninger og om disse spiller en rolle for medvirkningen/samarbeidet. Dersom dette stemmer, har det da en hindrende eller tilretteleggende faktor på forholdet.</p>	<p>Studien ble utført ved en (out-patient) klinikk for rygg smerter i Nederland. Dette var en kvalitativ studie der de observerte konsultasjonene med pasient og kliniker, i tillegg til intervju. De observerte 63 konsultasjoner, hadde 10 pasientintervju på telefon og 7 intervju med helsepersonellet. Data ble samlet inn i perioden juli 2020 til oktober 2020.</p>	<p>Resultatet viser at de fleste pasienter hadde forventninger på forhånd i tillegg til ønske om en spesifikk diagnose, noe som ble klart da kliniker spurte; hvorfor er du her i dag? Og pasientene svarte med ønsker om å finne en løsning på smertene. De pasientene som hadde hatt rygg smerter over flere år forventet ikke en løsning på å bli smertefri, men en viss bedring i smertene. En gjenganger var en mismatch mellom hva pasientene forventet, og hva spesialistene kunne tilby av både årsak og behandlingsalternativ. De fant at dette førte til skuffelse noe som gjorde forholdene ved pasientmedvirkning vanskelige. Klinikernes syn på dette var at pasientene var vanskelig å få tilbake på riktig spor og var for emosjonelle etter skuffelsen. Pasientens side ved dette var at de ikke opplevde at klinikerne prøvde å inkludere dem i beslutningen som ble tatt. Et utenfra syn av forskerne var at klinikerne hadde for lite kunnskap og trening i hvordan møte emosjonelle pasienter og derfor ikke jobbet nok for å få til samarbeidet.</p>	<p>Resultatene viser tydelig at pasienter ofte har forventninger på forhånd av en konsultasjon og av den grunn blir skuffet over å ikke få forventninger møtt. Dette gjorde det vanskeligere for behandlerne å imøtekomme pasientenes følelser noe som ga utslag for kvaliteten på brukermedvirkningen.</p>
--	--	--	---	---

<p>E)</p> <p>Self-efficacy and fear of pain to movement in chronic low back pain: an intervention developed by nurses.</p> <p>(Moraes et al., 2021)</p>	<p>Hensikten var å teste effekten intervensjoner har på kroniske ryggsmarter, intervensjonene er utviklet av sykepleiere som jobber med å øke mestringstro og redusere frykt for smerte og unngåelse av bevegelse.</p>	<p>Klinisk undersøkelse med 81 pasienter tilfeldig fordelt på tre grupper med 27 pasienter per gruppe. Gruppene mottok tre typer intervensjoner:</p> <p>A: undervisning og eksponering</p> <p>B: bare undervisning</p> <p>C: kontrollgruppe</p> <p>Studien ble utført mellom januar og april 2016</p>	<p>Gruppen som mottok bare undervisning hadde bare økt mestringstro knyttet til ryggsmertene, funksjon, kontroll av symptomer og generell mestringstro. Man så en forbedring av score for angst, depresjon, uførhet og katastrofetanker. Gruppen hadde redusert smerte nå (pain now), men økt smerte generelt.</p> <p>Gruppen som mottok både undervisning og eksponering hadde i tillegg til økt mestringstro på samme områder som gruppen over, også redusert frykt for smerte og unngåelse av bevegelse. Gruppen rapporterte om reduksjon av smerter (pain now + general pain). Man så også her en forbedring av score for angst, depresjon, uførhet og katastrofetanker.</p> <p>Pasienters mestringstro og frykt for smerte og unngåelse av bevegelse kan påvirkes av undervisning og eksponering for bevegelser de frykter.</p>	<p>Den viser at pasienter med kroniske ryggsmarter påvirkes av deres biopsykologiske faktorer, som (beliefs) og humør, og at disse må evalueres og justeres av pasienten selv.</p> <p>Sykepleiere kan ved å veilede pasienten med å gi strategier for denne justeringen bidra til mestringstro, og det gir retning for sykepleierens arbeid på sengepost.</p>
--	--	---	--	---

<p>F)</p> <p>Paired interviews of shared experiences around chronic low back pain: classic mismatch between patients and their doctors.</p> <p>(Allegretti et al., 2010)</p>	<p>Nåværende behandling av ryggsmarter virker å være utilstrekkelige, og gjennom studien ønsker forfatterne å se hvordan erfaringer fra pasienter og behandlere kan føre til bedre kommunikasjon mellom dem og dermed bedre kliniske utfall.</p> <p>De ser på forskjellen på pasienters biomedisinske syn versus behandlernes biopsykologiske syn på ryggsmarter.</p>	<p>Dybde intervjuer med 23 pasienter og deres behandlere. Studien ble gjennomført ved et Family care center på et sykehus i USA.</p> <p>Pasienter som har hatt ryggsmarter mer enn 6 mnd, er over 18 og snakker flytende engelsk.</p> <p>Intervjuene ble analysert ut fra 10 temaer, og sammenlignet intervjuene mellom pasient-behandler med utgangspunkt i felles syn/meninger, ulike syn/meninger, om noen holdt igjen informasjon og om noen bevisst villedet intervjuene.</p>	<p>Områder som viste enighet:</p> <p>Pasientene har alvorlige ryggsmarter</p> <p>Nåværende behandlinger er ueffektive</p> <p>Mange barrierer eksisterer i forbindelse med behandling</p> <p>Områder som viste uenighet:</p> <p>Biomedisinsk vs biopsykologisk modell på sykdom</p> <p>Mål for behandlingen</p> <p>Viktigheten av en definitiv diagnose</p>	<p>Artikkelen belyser forholdet mellom pasienter og behandler, og hvilke områder som fører til uenighet og frustrasjon for begge sider.</p> <p>Den diskuterer hvordan behandler kan møte pasientens forventninger og ønsker, selv om behandler ikke nødvendigvis har samme syn på behandling.</p> <p>Den sier også noe om både rent medisinske diagnoser vs biopsykologiske faktorer som kan påvirke pasientens smerter og holdninger.</p>
---	---	--	--	--

<p>G)</p> <p>Helpful factors in a healthcare professional intervention for low back pain: Unveiled by Heidegger's philosophy.</p> <p>(Angel, 2022)</p>	<p>Den skal undersøke faktorer av intervensjonene pasientene mener har hjulpet på ryggsmertene som de fikk fra helsehjelpen.</p>	<p>Dette er en fenomenologisk-hermeneutisk kvalitativ analyse studie. Det ble gjort 20 intervju mellom to konsultasjoner. Den første var en undersøkelse av pasientenes erfaringer av ryggsmarter og planlegging for behandling. Den andre konsultasjonen 12 uker etter første var en evaluering av intervensjonene. Intervjuene ble gjort 6 uker etter først. En annen analyse ble gjort for å undersøke hvilke intervensjoner som faktisk hadde hjulpet.</p>	<p>Resultatene viste disse faktorene som hjelpsomme;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Å få uttrykke egne perspektiver 2. Bli møtt med tillit 3. Bli lyttet til 4. Bli forstått 5. Lette en byrde 6. Fysisk veiledning 7. Motta kunnskap som gir en ny forståelse 8. Aktiv deltagelse for å individualisere intervensjonen 9. Bli anerkjent som syk gjennom helsepersonells bekreftelse 10. Bli fulgt opp 	<p>Gjennom denne forskningen ser vi de faktorene pasientene mener har vært til hjelp gjennom helsehjelp for ryggsmarter. Dette kan vi dra inn under sykepleierens bidrag.</p>
---	--	--	---	---

<p>H)</p> <p>Modifying beliefs about back pain: A pilot study among healthcare professionals</p> <p>(Monnin et al., 2016)</p>	<p>Studien undersøker om et utdanningsprogram vil endre troen mot et mer positivt syn på ryggsmarter og redusere unngåelse av frykt troen på ryggsmarter.</p>	<p>101 helsearbeidere var med på et utdanningsprogram over to dager. De fylte ut spørreskjema 6 uker før, rett før og rett etter, og 6 mnd etter. 75% utføret oppfølgingen, Gjennomsnittsalder var 42 år, 84% kvinner, 16% menn. Spørreskjemaene handlet om back beliefs (troen/viten om rygg(smerter), fear-avoidance beliefs (unngåelsesfrykt) for holdninger til jobb og holdninger til fysisk aktivitet. Flesteparten av deltakerne var sykepleiere.</p>	<p>Back Beliefs; mellom 1. og 2. spørreundersøkelse økte scoren noe, økte vesentlig etter programmet. Den holdt seg stabil etter programmet til 6 mnd oppfølgingen.</p> <p>Fear avoidance beliefs, physical activities; scoren hadde reduserte jevnt fra start til 6 mnd oppfølging – deltakerne hadde senket unngåelsesfrykt.</p> <p>Fear avoidance beliefs, Work; scoren ble redusert noe til start av programmet, reduserte vesentlig etter programmet og økte litt til 6 mnd oppfølging.</p>	<p>Undersøkelsen viser at et utdanningsprogram for helsepersonell har positiv effekt på synet på ryggsmarter og demper unngåelse av frykt for smerte. Dette understøtter hvordan sykepleie intervensjoner kan ha effekt.</p>
--	---	--	--	--

3.2. Tematisk inndeling av resultater

I dette kapittelet blir resultatene fra de åtte artiklene presentert gjennom inndeling i temaområdene. Oversikten over dette ligger i tabell 5 i kapittel 2.

3.2.1. Pasienters forventninger til behandling

Medisinsk perspektiv

Artiklene C og D forklarer flere aspekter ved pasienters forventninger, blant annet forventninger til årsak av smerter, hva som hjelper på smerter, behandling og diagnose (Feldman et al., 2022; Kee et al., 2023). Pasientene mente det var viktig å få en diagnose for å få riktig behandling. Dette belyses også i artikkel B og F, der diagnoser verdsettes høyt for pasientene selv om behandler ofte ikke finner noe konkret (Allegretti et al., 2010; Bonfim et al., 2021). Alle fire artiklene (B, C, D, F) viser at pasienter fokuserer på medisinske årsaker og diagnostikk.

Artikkel B forteller at pasienter kun ser på de fysiske dimensjonene av ryggsmertene og setter dette i fokus da de tror de kun får riktig behandling dersom de har en spesifikk diagnose (Bonfim et al., 2021). Det kommer fram at pasientene føler på engstelse og redsel for hva som er galt i ryggen når de ikke har en diagnose.

Et av hovedfunnene i artikkel C handler om pasientenes egne oppfatninger om helsetilstanden og trakk blant annet fram de mekaniske årsakene (Feldman et al., 2022). Den forteller også viktigheten med diagnose for pasientene og drar fram at de ser på behandling som ineffektiv dersom den ikke samhandler med en diagnose.

Artikkel D sier også dette og viser til at flere pasienter har besøkt flere helsetjenester for å lete etter en diagnose (Kee et al., 2023). Grunner til dette var at en diagnose ville berolige pasientene, eller, for noen, å bevise at smertene var virkelige for pasienten selv og de rundt.

Pasientene fra artikkel F hadde alle i stor grad fokusert på det biomedisinske aspektet, i motsetning til behandlere som så det i større sammenheng der de biopsykologiske faktorene også påvirket ryggsmertene (Allegretti et al., 2010). Dette var en typisk uenighet mellom pasient og behandler om hva som kan være bakgrunn for smertene og faktorer som påvirker behandlingen. Gjennom artikkelen fortelles det at behandler la vekt på symptomer, plager og psykologiske og psykososiale faktorer under konsultasjon. Der pasienten så en mekanisk hendelse som førte til ryggsmertene, så behandler også psykologiske faktorer som bakgrunn for smertene.

Behov for medvirkning

"It's a partnership rather than I say you do" (Fu et al., 2018). Dette sier en pasient fra artikkel A som har hatt god utbytte av samarbeidet gjennom behandlingen. Artikkelen sier også at pasientene mente smertehåndteringen fungerte bedre da de fikk samarbeide med helsearbeiderne og ble behandlet som en partner. I tillegg ble de mer villig til å utføre behandling av dette. Noe som kommer fram i alle tre artiklene (A, D, G), var pasienters forventninger og ønsker om at helsepersonell skal ta de med i vurderingen og finne behandling gjennom samarbeid (Angel, 2022; Fu et al., 2018; Kee et al., 2023). Pasienter fra artikkel G uttrykte blant annet at det å bli lyttet til, forstått og å få aktivt deltatt for å individualisere intervensjon, var det som hadde hjulpet dem (Angel, 2022). I

motsetning til A og G, viser artikkel D mangel på medvirkning (Kee et al., 2023). Artikkelen handler om medvirkningen mellom pasient og behandler der et hovedfunn viser at det i stor grad ble påvirket av at pasientenes forventninger ikke ble møtt, noe pasientene viste misnøye med i etterkant. Dette var for eksempel, noe som ble nevnt i forrige avsnitt, at de ikke fikk en diagnose. Da pasientene ble emosjonelle mente de at behandlerne ikke strakk til med tålmodighet og støtte, men derimot valgte behandling for dem.

3.2.2. Sykepleierkompetanse

Relasjonsbygging

Artikkel A og G drar fram de positive sidene ved relasjonsbygging gjennom behandling, i motsetning til artikkel C der pasientene mangler denne relasjonen. Relasjonsbygging for et bedre forhold mellom pasient og helsepersonell gir økt medvirkning. Fra artikkel A kommer det fram at pasienter følte på økt motivasjon til behandling gjennom et godt forhold til helsepersonellet (Fu et al., 2018). Dette forholdet hjalp på egenhåndteringsevne og en viktig del av det var den emosjonelle støtten de fikk, i tillegg til en bedre forståelse og håndtering av smertene. Også artikkel G viser pasientenes positive opplevelse av behandling gjennom den relasjonen de fikk med helsepersonell (Angel, 2022). Denne artikkelen legger vekt på de punktene pasienter mener har vært hjelpsomme gjennom forløpet, og flere av disse innebærer god relasjon. Disse er punkter som; å kunne tale sin sak, bli hørt og forstått, bli møtt med tillit, og oppfølging. En annen ting var det å bli validert som noen med en sykdom, og gjorde at pasientene følte seg forstått og sett av helsepersonellet. Til en kontrast av det medisinske perspektivet, viste pasienter fra artikkel A god utbytte av psykisk støtte fra helsepersonell (Fu et al., 2018).

Det kommer også fram at behandlere ofte har for dårlig tid slik at de ikke får muligheten til å bygge et forhold og pasienter mister muligheten til å bli hørt og forstått (?). Dette skaper en negativ opplevelse for pasientene noe som får utfall ved behandling.

Kommunikasjon og informasjon

Både artikkel A og G viser til pasientenes positive opplevelse gjennom god kommunikasjon og informasjon, mens B og C forteller om mangelen på det. Artikkel A sier at pasientene hadde mer systematisk forståelse av tilstanden gjennom den informasjonen de hadde fått av helsepersonell og kunne bruke denne forståelsen til å skape gode verktøy (Fu et al., 2018). Kommunikasjonen mellom pasientene og helsepersonell var et viktig verktøy for relasjonsbyggingen og medvirkningen. Som nevnt tidligere fra artikkel G, trakk den fram flere punkter, som det å bli hørt og forstått, som handler mye om god kommunikasjon (Angel, 2022). Den legger spesifikt fram at pasientene hadde utbytte av den informasjonen de fikk gjennom god kommunikasjon fra helsepersonell.

I artikkel C dras det fram at pasienter ofte kjenner på forvirring da de får forskjellig informasjon fra helsepersonell, noe som gjør det vanskelig å forholde seg til behandling (Feldman et al., 2022). Flere pasienter fra artikkel B beskriver at helsepersonell ofte kom med forskjellig informasjon og det var vanskelig å forholde seg til (Bonfim et al., 2021). Pasientene ønsket at det var en sammenheng mellom informasjonen og at helsepersonell samarbeidet i høyere grad for å gi sammen informasjon. Pasientene trengte også mer informasjon om de psykososiale faktorene og bedre formidling av disse i sammenheng

med smertene. Pasienter fra C klarte til tider ikke å få et bilde av hvordan behandling ville foregå, da informasjonen ikke var tilstrekkelig (Feldman et al., 2022). Flere uttalte seg om viktigheten av informasjonen fra helsepersonell for å tilegne seg kunnskap om tilstanden sin. Ofte søkte de informasjon på nett og fra andres erfaring, noe som kunne være misledende.

I artikkel D omtales en mismatch mellom pasient og helsepersonell som skapes gjennom at pasientenes forventninger ikke blir møtt (Kee et al., 2023). En av grunnene til dette er mangelen på god kommunikasjon. Pasientene forteller om manglende evne til kommunikasjon fra behandler, noe som ødelegger mulighet for medvirkning.

Artikkel H handler om et utdanningsprogram for helsepersonell for intervensjoner ved ryggsmarter (Monnin et al., 2016). Denne viser seg å ha effekt noe som gjør at helsepersonell kan bruke den erfaringsbasert til å hjelpe pasientene ved å videreføre denne kunnskapen.

Veiledning

Som nevnt tidligere var relasjonsbygging en viktig del for pasientene i artikkel A og gjennom dette var god veiledning et viktig punkt (Fu et al., 2018). Dette ga dem økt forståelse for egen tilstand og samarbeidet var viktig for å lage realistiske mål og de fikk gode verktøy for egenhåndtering. Helsepersonellet brukte ofte tid på nøye gjennomgang av det pasientene skulle gjøre og passet på at pasientene gjorde det riktig. Pasient-behandler samarbeidet viste seg å gi fordeler for å skape et individuelt behandlingsprogram for pasientene.

Gode verktøy for egenhåndtering av smerte var også viktig for pasientene i artikkel C (Feldman et al., 2022)

Gjennom artikkel E kommer det fram at undervisning og veiledning hadde god effekt på å øke mestringstro for smerter og funksjon (Moraes et al., 2021). I tillegg til dette ga det forbedring av psykologiske faktorer som angst, depresjon og katastrofetanker. Denne intervensjonen viste seg å ha god effekt på unngåelse av bevegelse og frykt for smerte.

Fysisk veiledning er en av hovedpunktene som trekkes fram i artikkel G (Angel, 2022). Flere følte på trygghet og økt motivasjon til god oppfølging gjennom dette da de ble beroliget med at øvelsene ikke kunne skade noe. For pasientene var en viktig del av dette å ha et godt forhold med behandler der de hadde skapt tillit, noe som bidro til at pasientene tok til seg veiledningen de fikk. Veiledningen senket også stress og angst for pasientene.

Fra tidligere ble det nevnt at artikkel H inneholdt et utdanningsprogram for ryggsmarter som helsepersonell utførte (Monnin et al., 2016). Dette utdanningsprogrammet viste god effekt og vil videreføres til pasientkonsultasjon.

4. Diskusjon

Som flere av artiklene viser har pasientene allerede forventninger før de kommer i kontakt med helsevesenet (Bonfim et al., 2021; Feldman et al., 2022; Kee et al., 2023). Når disse forventningene ikke møtes, vil det kunne påvirke holdninger og oppfatninger om behandlingen. Pasienters villighet til å ta imot behandling (Fu et al., 2018), og deres oppfatning av å kunne mestre den vil styre forholdet mellom sykepleier og pasient. I diskusjonen vil vi se på hvordan sykepleieren kan bidra til å styrke pasientenes mestringstro knyttet til behandlingen de skal motta, og hvilke prosesser pasientene går gjennom. I første del diskuteres pasientenes forventninger, og i andre del diskuteres sykepleierkompetansen i arbeidet med økt mestringstro.

4.1. Fra motstand til mottakelse ...

For i det hele tatt å kunne bidra til å endre mestringstro, må sykepleieren, ifølge Prochaska og Velicer (1997, s. 41), møte pasienten på det stadiet pasienten er. Ajzens teori (1991, s. 206) påpeker at sykepleieren må identifisere intensjoner, holdninger og subjektive verdier tidlig i møtet med pasienten. Med dette menes at sykepleieren ikke kan iverksette intervensjoner, dersom pasienten enda ikke er klar over at oppfatningene de har til behandling påvirker deres motivasjon til å ta imot behandling. Dette understøttes av Prochaska og Velicers modell for endring av atferd (1997, s 39).

Viktigheten av en medisinsk diagnose for å forklare ryggsmertter står høyt hos de fleste pasientene. Denne holdningen bygger på at pasienten opplever at det vil gi et positivt utfall på behandlingen å få en diagnose å ta utgangspunkt i (Feldman et al., 2022). Forfatterens erfaringer fra nevrologisk sengepost gir mye av det samme inntrykket. Pasientene kommer inn med en forventning om å få stilt en diagnose, og blir skuffet når patologi ikke blir påvist. Sykepleiere i denne forbindelsen bør sikte på å endre pasientenes holdning til vurdering av diagnoser. For å kunne endre holdningen til pasienter, må sykepleieren vise at behandlingen gir ønsket utfall. Dette er i tråd med Ajzens (1991, s. 191) teori om at holdninger om fordelaktige eller ufordelaktige utfall påvirker sannsynligheten for å gjennomføre en atferd. Å vise til fordelene med behandlingen kan også gjøre at pasienten tar steget videre fra ikke å engang vurdere å ta imot behandling, til å starte vurderingsprosessen mot handling, sett i lys av Prochaska og Velicers (1997, s.39) stadier for endring. Sykepleieren bør forsøke å møte pasientenes forventninger med informasjon som er forståelig og tilpasset (NSF, 2019).

Pasienter fra forskning formidler at de ønsker muligheten til å ta del i vurderinger og valg av behandling (Angel, 2022; Fu et al., 2018, Kee et al., 2023). Vi kan ikke la pasienter medvirke med mindre de har forståelse for retningslinjer og realitet for behandling, dette støttes av Prochaska og Velicer (1997) som sier at økt bevissthet er en av forutsetningene for endring. Når pasientenes forventninger ikke blir møtt legger dette føringer for hvordan pasientene forholder seg til behandling, og kan på denne måten skape en barriere for medvirkning (Kee et al., 2023). Vi må derfor først justere forventninger og få dem på et stadium der de forstår at behandlingen de får tilbud om er den som er mest hensiktsmessig ifølge retningslinjer. Deretter kan vi inkludere pasientene mer, og la dem medvirke i forbindelse med behandlingsplan osv. Forskning

viser at flertallet pasienter har godt utbytte av å kunne medvirke, og at dette øker opplevd effekt av behandling (Angel, 2022; Fu et al., 2018). Opplevelser knyttet til økt effekt av behandling vil øke motivasjon til å fortsette behandling, noe som understøttes av Banduras (1994, s. 71) mestringsopplevelser.

Det betyr ikke bare at sykepleieren skal lære pasienter prosedyrer eller formidle informasjon, men også å hjelpe pasientene med å forstå hvorfor endringer er nødvendige for å fremme helse. Travelbee (1977, s. 12) fremhever at mennesker har et behov for å se mening med endringer for å opprettholde disse endringene. Uten mening vil pasienten fort gi opp.

Det kommer fram av artiklene at pasientene føler på engstelse og redsel for hva som er galt i ryggen når de ikke har en diagnose. Forskning viser at pasienten trenger en diagnose for å bli beroliget, og i noen tilfeller for å kunne bevise, både overfor seg selv og andre, at smertene de opplever er virkelige (Kee et al., 2023). Sykepleierne må forholde seg til pasientens behov for diagnostikk for å hjelpe pasientene til å gi mening til smertene, noe som vi finner igjen i Travelbees (1977, s. 9) teori om subjektiv opplevelse av helse og sykepleierens oppgave å hjelpe pasienter med å finne mening. Det betyr ikke nødvendigvis at sykepleieren skal være enig i at diagnoser er viktig, men bruke det som et grunnlag for å kunne hjelpe pasienten med å finne mening selv uten diagnoser. Pasientene uttrykker også behov for å bli validert (Angel, 2022) som en person med en sykdom, noe som forutsetter at sykepleieren anerkjenner pasientens opplevelse av helsen. Ved å sørge for at pasienten har nok informasjon vil man kunne ta bort noe av usikkerheten knyttet til smertene (Lærum et al., 2007, s 66).

I tillegg til betydningen av det medisinske perspektivet **og**, opplever pasienter å ha økt utbytte når sykepleieren tilbyr psykologisk støtte gjennom behandlingen (Fu et al., 2018). Gjennom sykepleierens relasjon til pasient som menneske kan undervisning og veiledning forbedre de psykologiske faktorene som angst, depresjon og katastrofetanker (Moraes et al., 2021). Sett i lys av Banduras (1994, s. 72) teori om at emosjonelle reaksjoner påvirker hvordan mennesker takler situasjoner, må sykepleieren hjelpe pasienten med å redusere katastrofetanker og emosjonelt stress.

Når pasienten så ser flere fordeler enn ulemper med behandlingen og er klare for å endre holdning og atferd, kan de, i samarbeid med sykepleiere, begynne det forberedende arbeidet med å endre holdning til behandling. Pasientene er nå mer mottakelige for behandling.

4.2. ... og fra mottakelse til samarbeid

Det ble tidligere i diskusjonen trukket fram at pasienters holdninger må endres før sykepleiere kan fremme mestringsstro. Dette gjøres gjennom informasjon og veiledning, der sykepleieren må kommunisere meningen med endringer som må tas. Pasienter ønsker i behandlingsløpet å få muligheten til å medvirke, og forutsetter at sykepleieren lærer å kjenne pasientene som de unike personene de er. Bare på denne måten vil sykepleieren kunne få frem pasientens følelser, tanker og holdninger. Viktigheten av kommunikasjon og å lære pasienten å kjenne for å kunne overføre den lærte kunnskapen om pasienten til hensiktsmessige og vellykkede behandlinger, understøttes av Travelbee (1977, s. 94). Hvis ikke pasientens følelser blir møtt, kan dette føre til at de emosjonelle reaksjonene tar overhånd og det blir vanskelig for behandler og ta med pasienten i

beslutningstakingen (Kee et al., 2023). Sett i lys av Banduras (1994, s.72) teori om at menneskers mestringstro påvirkes av emosjonell tilstand, vil det være sykepleierens oppgave å møte og endre reaksjonene for å styrke pasientens tro på at de kan mestre behandlingen til tross for skuffelsen.

Forskning (Angel, 2022; Fu et al., 2018) viser at pasienter som opplever en god relasjon til behandleren gir økt motivasjon til behandling. For pasientene var det viktig å få tale sin sak, å bli hørt og forstått, bli møtt med tillit og få oppfølging. Aspektet å bli hørt og forstått kan ses i lys av Travelbees (1977, s. 133) mellommenneskelige relasjoner, og sykepleierens evne til å se forbi stereotypier og fordommer mot pasientgrupper. Gjennom forfatterens erfaring fra nevrologisk sengepost har det blitt observert at sykepleiere ofte har med seg gamle erfaringer fra tidligere ryggpasienter inn i møter med nye pasienter. Sykepleiere må da, som Travelbee (1977, s. 131) understreker og beskriver, bruke seg selv terapeutisk og være bevisst at egne holdninger og erfaringer vil påvirke deres utøvelse av sykepleie.

Ut fra den gode relasjonen mellom pasient og behandler, vil potensialet for medvirkning også øke (Angel, 2022; Fu et al., 2018). Støttet av Travelbees (1977, s.119) syn på den mellommenneskelige relasjonen må sykepleieren se pasienten som et menneske, og ikke bare en pasient. Pasientene i forskningen (Angel, 2022) mener at når sykepleieren ønsker å forstå pasientenes perspektiv, styrker det samarbeid og mulighet for medvirkning. Å se pasienten som et menneske med unike behov kan føre til at sykepleieren kan tilpasse behandlingen med realistiske mål, noe som ble høyt verdsatt av pasienter (Fu et al., 2018).

Pasienter opplever økt mestringstro knyttet til smerter og funksjon dersom de får undervisning og veiledning knyttet til øvelser og verktøy (Feldman et al., 2022, Moraes et al., 2021). Gjennom veiledning kan sykepleierne være med og demonstrere øvelser sammen med pasientene. Å gi pasientene opplevelser av mestring, som Bandura (1994, s. 71) understreker styrker mestringstro, og trygge pasientene med at øvelser ikke gjør mer skade, vil kunne øke pasientens tro på at de har ferdigheter og evner til å gjøre disse. Pasienter bruker tidligere erfaringer til å vurdere egen evne til å gjennomføre handlinger og vil ha betydning for pasientens intensjon om å gjennomføre behandling. Dette støttes av Ajzen (1991, s. 188) som poengterer at intensjon også gir grunnlag for hvor mye innsats en pasient vil legge i handlingen. Sykepleiere som legger til rette for mestringsopplevelser vil dermed kunne øke pasientenes intensjoner om å ta imot anbefalt behandling. Øvelser som gis til pasienter trenger ikke nødvendigvis å være at de skal gå lange avstander eller utføre kompliserte øvelser, men det kan være så smått som å komme seg ut av sengen eller å kunne ta på klærne selv. Slike små aktiviteter kan øke pasientenes funksjonsnivå og reduserer langvarig smerte (Lærum, 2007, s. 41).

Det kommer frem av en av artiklene (Monnin et al., 2016) at et utdanningsprogram som underviser sykepleiere i måten å gi pasienter informasjon er svært effektivt. Et slikt utdanningsprogram vil ikke bare gi sykepleierne verktøy for kommunikasjon, men også kunnskap om hvordan de kan bruke egen erfaring når de videreformidler informasjon. I lys av Travelbees (1977, s. 131) teori om at sykepleiere skal arbeide med en intellektuell tilnærming, kan sykepleieren gjennom utdanningsprogrammet utvikle målrettede tilnæringsmetoder som baserer seg på erfaringer om effektive og hensiktsmessige behandlinger. Sykepleieren kan i tillegg oppfordre pasientene til å delta i gruppebasert behandling. At pasientene får oppleve å se lignende pasienter gjennomføre og lykkes

med behandling, støttes av Banduras (1994, s. 71) teori om at rollemodeller er en kilde til å øke mestringstro gjennom å tilegne seg ferdigheter og strategier for å mestre situasjoner. Ifølge retningslinjene for behandling av ryggsmarter (Lærum et al, 2007, s. 14) skal det foreligge god klinisk kommunikasjon og samhandling med pasienten som en del av behandlingen.

4.3. Metoderefleksjon

Vi har brukt Evans (2002) som grunnlag for analysen av artiklene våre. Vi tok i bruk denne artikkelen litt sent i prosessen, og ser at dette kan ha betydning for vår analyse av resultater. Analysen av artiklene skjedde sent i arbeidet med oppgaven, og en risiko er da at analysen ikke blir grundig nok. Samtidig kunne vi gjennom å bruke Evans få et nytt syn på arbeidet knyttet til analyse og valg av temaer.

En svakhet ved oppgaven er publiseringsdatoene vi har valgt. Et stort spenn fra 2010-2023 på et felt hvor det blir gjort ny forskning konstant, gjør at noen av artiklene ikke nødvendigvis møter det realistiske bildet av ulikhetene mellom pasienter og behandlere. Mye kan ha skjedd i forbindelse med relasjoner og pasientenes medvirkning, og kan dermed ha endret pasienters forventninger når de i 2023 skal motta behandling. Likevel er det de nasjonale retningslinjene fra 2007 de anbefalingene vi forholder oss til, og vil dermed kunne overføres til norske forhold. At artiklene er basert på pasienter fra andre land gjør kulturforskjeller og helsevesenets organisering forskjellig. Gjennom vårt arbeid på nevrologisk sengepost har gitt oss muligheten til å diskutere om pasientenes forventninger og internasjonale anbefalinger er relevante for norsk praksis.

Valg av artikler gjør at vi får frem pasientenes syn på hva som er viktig for at de skal oppleve mestring. Dette styrker diskusjonen i oppgaven da vi diskuterer hvordan sykepleiere kan jobbe for pasienter, gjennom pasientenes perspektiv. Temaene har en naturlig glidende overgang og kan vise hvordan de to hovedpunktene har innvirkning på hverandre.

Teorien vi har benyttet oss av har vært artikler eller kapitler skrevet av forfatterne selv. Dette betyr at artiklene har vært på engelsk, og vi har derfor benyttet oss av pensum. Grunnen til bruken av andrehåndsinformasjon er at vi ønsket å få en grundigere forståelse for teorien og passe på at ikke noe gikk tapt i oversettelse. Vi ønsket også å bruke pensum som hjelp til å relatere teorien til sykepleie.

På samme måte som vi brukte andrehåndsinformasjon for å sikre at vi ikke mister noe i oversettelse, kan dette ha skjedd i oversettelse av artikler da alle artiklene vi valgte var skrevet på engelsk. Vi har riktignok diskutert alle resultater og resultatene som er presentert i oppgaven er vår felles forståelse av disse.

4.4. Konklusjon

Sykepleierens arbeid med å øke pasienters mestringstro starter med å justere forventningene de har med før behandling. Umøtte forventninger kan føre til motstand fra pasienter når det kommer til å ta imot behandling. For sykepleiere og andre behandlere er det derfor viktig at disse forventningene møtes for å gjøre motstand om til mottakelse av behandling. Å justere forventninger krever at sykepleieren formidler informasjon om gjeldende retningslinjer og viser å ha kunnskap om behandlingen som skal gis. For å best mulig kunne gi informasjonen og sørge for at den er forstått forutsetter at sykepleierne utvikler en mellommenneskelig relasjon. Når pasienten har

gått fra motstand til mottakelse, kan arbeidet om samarbeid rundt behandling begynne. På denne måten kan sykepleieren gjennom sitt arbeid gi mestringsopplevelser tilpasset den individuelle pasienten, forsikre og overbevise pasienten om at de har ferdighetene som kreves for å lykkes. Det er i tillegg essensielt at sykepleierne hjelper pasienter med å forstå at også psykososiale faktorer, som angst og stress, spiller inn på ryggsmarter og for hvordan de selv håndterer situasjoner og utfordringer i form av behandling.

Referanser

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Allegretti, A., Borkan, J., Reis, S., & Griffiths, F. (2010). Paired interviews of shared experiences around chronic low back pain: Classic mismatch between patients and their doctors. *Family Practice*, 27(6), 676–683. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz063>
- Angel, S. (2022). Helpful factors in a healthcare professional intervention for low-back pain: Unveiled by Heidegger's philosophy. *Nursing Philosophy*, 23(1), e12364. <https://doi.org/10.1111/nup.12364>
- Bonfim, I. da S., Corrêa, L. A., Nogueira, L. A. C., Meziat-Filho, N., Reis, F. J. J., & de Almeida, R. S. (2021). 'Your spine is so worn out' – the influence of clinical diagnosis on beliefs in patients with non-specific chronic low back pain – a qualitative study'. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 25(6), 811–818. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.07.001>
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V. S. Ramachandran (Red.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol. 4, s. 71-81). New York: Academic Press.
- Clarsen, B. M., Steingrimsdottir, O. A., Holvik, K., & Ørstavik, R. E. (2022). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/?fbclid=IwAR2S1gb_u8gVM8-aUMtV9rbtSqqgzitQokEUMby1TzldxSxtjc9DbKhpz_c
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22–26.
- Feldman, R., Nudelman, Y., Haleva-Amir, S., & Ben Ami, N. (2022). Patients' prior perceptions and expectations of the Enhanced Transtheoretical Model Intervention for chronic low back

pain: A qualitative study. *Musculoskeletal Care*, 20(2), 371–382.

<https://doi.org/10.1002/msc.1600>

Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., Ferreira, P. H., Fritz, J. M., Koes, B. W., Peul, W., Turner, J. A., Maher, C. G., Buchbinder, R., Hartvigsen, J., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., Underwood, M., van Tulder, M., ... Woolf, A. (2018). Prevention and treatment of low back pain: Evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*, 391(10137), 2368–2383. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)

Fu, Y., Yu, G., McNichol, E., Marczewski, K., & Closs, S. J. (2018). The association between patient-professional partnerships and self-management of chronic back pain: A mixed methods study. *European Journal of Pain*, 22(7), 1229–1244. <https://doi.org/10.1002/ejp.1210>

Ihlebak, C., Brage, S., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), 2365–2368. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0802>

Kee, K., Gerrits, R. G., de Meij, N., Boonen, L. H. H. M., & Willems, P. (2023). «What you suggest is not what I expected»: How pre-consultation expectations affect shared decision-making in patients with low back pain. *Patient Education and Counseling*, 106, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.10.001>

Korsryggsmerter, lave ryggsmerter, vegviser. (2020). Norsk helseinformatikk.

https://nhi.no/symptomer/muskelskjelett/korsryggsmerter-veiviser/?page=all&fbclid=IwAR03mBBnisJVvp9HQ2-fPlo876ReCiiMfbrxJk3Ioka9K_dEJiS85JLs9tQ

Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (3. utg., s. 295–349). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (3. utg., s. 15–64). Gyldendal Norsk Forlag.

Lærum, E., Brox, J. I., Storheim, K., Espeland, A., Haldorsen, E., Munch-Ellingsen, J., Nielsen, L.-L., Rossvoll, I., Skouen, J. S., Stig, L.-C., & Werner, E. L. (2007). *Nasjonale kliniske retningslinjer, korsryggsmerter*. Sosial- og helsedirektoratet.
https://www.muskelskjeletthelse.no/wp-content/uploads/2016/06/Nasjonale-kliniske-retningslinjer-korsryggsmerter-2007-Fullversjon.pdf?fbclid=IwAR1TofDkpCyoNYRPJzHfU4tpk1M8EjkMPLtFqdZwui0wUOIUZzj40_7KL-M

MeSH. (u.å.). *MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*. Hentet 13. april 2023, fra <https://mesh.uia.no/>

Monnin, D., Courvoisier, D. S., & Genevay, S. (2016). Modifying beliefs about back pain: A pilot study among healthcare professionals. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 665–670.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.009>

Moraes, É. B. de, Martins Junior, F. F., Silva, L. B. da, Garcia, J. B. S., & Mattos-Pimenta, C. A. de. (2021). Self-efficacy and fear of pain to movement in chronic low back pain: An intervention developed by nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200180.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200180>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer?fbclid=IwAR0TXT0BrLjVfK-865eNeyqzyp6fBlr0YPvUJ8lecaMnDHCq55a3c2IH70A>

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utgave., s. 75- 83). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2d ed.). F. A. Davis Co.

