

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
K2016:72

Sjuksköterskans upplevelser och uppfattningar av att möta
barns smärta
En litteraturstudie

Zainab Ali
Malin Axelsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Sjuksköterskans upplevelser och uppfattningar av att möta barns smärta
Författare:	Zainab Ali Malin Axelsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK14v
Handledare:	Anders Jonsson
Examinator:	Yvonne Hilli

Sammanfattning

Hur smärta upplevs beror på fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella faktorer samt kön, ålder och tidigare erfarenheter, vilket innebär att smärta är en subjektiv upplevelse som dessutom blir komplex. International association for the study of pain, IASP:s beskrivning av smärta innebär att upplevelsen av smärta är verklig för den som uttrycker smärta oavsett från vad som hittas vid en smärtutredning. Sjuksköterskan ska vårda barn enligt hälso- och sjukvårdslagen och ha barnets bästa i åtanke. Sjuksköterskans ansvar är att kunna bedöma och lindra barnets smärta samtidigt som hon skapar en relation till barnet för att kunna ge god vård. Sjuksköterskan ska också stödja föräldrarna och ge dem information. Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelser och uppfattningar av att möta barns smärta inom slutenvården. Som lämplig metod till det formade syftet valdes en systematisk litteraturstudie för att belysa och sammanställa forskningsresultat som finns inom det berörda området. Studiens resultat baserades på 14 artiklar som analyserats och kategoriserats. Resultatet visar att sjuksköterskan känner sig frustrerad och otillräcklig när barnets smärta inte kan lindras. Både främjande och hindrande omständigheter påverkade sjuksköterskans smärtbedömning och smärtlindring. En relation till barnet och föräldramedverkan underlättade sjuksköterskans bedömning och lindring av smärtan. Sjuksköterskans ålder, erfarenhet och utbildning korrelerade med sjuksköterskans kompetensnivå. Många sjuksköterskor observerade barnets beteende som bedömningsunderlag och lätade inte på barnets skattning av sin smärta när barnet inte visade ett smärtbeteende. Sjuksköterskans ansvar är att ge god smärtlindring som kan underlättas genom att skapa en relation med barnet och lyssna på barnet. Sjuksköterskan måste se till alla behov som barnet har, även de psykiska och emotionella. Genom utbildning kan sjuksköterskans kunskap och attityder gentemot barns smärta och smärtlindring öka så att barnets vård optimeras och lidandet minskar.

Nyckelord: Barn, smärta, sjuksköterska, upplevelse, uppfattning, litteraturstudie

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Smärta	1
Barns utveckling	2
Barns smärta och sjuksköterskans ansvar	3
Föräldrarnas perspektiv och roll	5
Etik och barns rättigheter	6
Barnkonventionen	6
Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso-och sjukvård	6
Patientlagen	6
Det vårdvetenskapliga perspektivet	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
Datainsamling	8
Dataanalys	8
RESULTAT	9
Sjuksköterskans känslomässiga upplevelser	9
Det sjuksköterskan upplever påverkar smärtlindringen	10
De hinder sjuksköterskan stöter på	10
Det som främjar sjuksköterskans smärtlindring av barn	11
Sjuksköterskans kompetens kring barns smärta	11
Utbildning och erfarenheter	11
Kunskap och attityder kring barnets smärta	12
Sjuksköterskans bedömning och hantering av barns smärta	13
Bedömning och metoder för smärtlindring	13
Sjuksköterskans misstro gentemot barnet	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
SLUTSATSER	19
REFERENSER	20
BILAGA 1	23
BILAGA 2	25

INLEDNING

Smärta är ett komplext fenomen, som ofta möts hos barn i vården. Alla människor upplever smärta olika och det är viktigt att ha patientens subjektiva upplevelse av smärta i åtanke. För att kunna lindra eller behandla barnets smärta måste sjuksköterskan kunna möta det smärtpåverkade barnet och bedöma smärtan. Att jobba med barn som har smärtproblematik kan vara svårt och utmanande för sjuksköterskan. Ljusegren, Johansson, Gimbler-Berglund och Enskär (2011, ss. 466-467) beskriver att när barnets smärtproblematik är klarlagd och behandlingen som ges fungerar så upplever sjuksköterskan sig säker i sin roll. När behandlingen inte fungerar och olika åtgärder prövats känner sjuksköterskan sig osäker, maktlös och övergiven, deras misstro gentemot barnet ökar.

Vi tycker att det är intressant att ta reda på sjuksköterskans upplevelser och uppfattningar av att jobba med barn i slutenvården som lider av smärta eftersom smärtlindring är en viktig del i sjuksköterskans vårdande arbete.

BAKGRUND

Smärta

International association for the study of pain, IASP, beskriver smärta som “en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse associerad med verklig eller potentiell vävnadsskada, eller beskrivs i termer av en sådan skada” (Karlsten 2014, s. 26).

Norrbrink och Lundeberg (2014, s. 12) skriver att hur smärta upplevs beror på fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella faktorer samt kön, ålder och tidigare erfarenheter. Att känna smärta är livsviktigt för oss, det är en effektiv drivkraft för vår överlevnad. Plötslig smärta är en signal för potentiell eller redan påbörjad vävnadsskada och aktiverar reflexer för att skydda oss från skada, till exempel genom bortdragning av en arm eller ett ben. Kroppen kan fysiologiskt reagera på den akuta smärtan med spända muskler, svettningar, höjt blodtryck och ökad puls och andning. Oro, rädsla och ångest kan också alstras vid smärttillstånd och förstärka upplevelsen av ursprungssmärtan.

Norrbrink och Lundeberg (2014, ss. 12, 22) berättar att när smärtreceptorer på nervcellens nervändsslut aktiveras på grund av en skadlig retning kallas det nociception. Nociceptorer är namnet på både receptorerna och nervändssluten. Retningen behöver vara kraftig för att nociceptorer ska aktiveras, de fortsätter att skicka signaler om retningen upprepas till skillnad från beröringsreceptorer vars aktivitet avtar trots upprepad retning. Nociceptorer fortplantar signalerna till hjärnan och det är inte förrän här som signalen tolkas och vi blir medvetna om smärtan. Eftersom begreppet smärta betraktar den subjektiva upplevelsen behöver smärta inte vara kopplad till aktivering av nociceptorer. IASP:s beskrivning av smärta medför att upplevelsen av smärta är verklig för den som uttrycker smärta oavsett från vad som hittas vid en utredning.

Norrbrink och Lundeberg (2014, s. 11) belyser att smärtupplevelsen är subjektiv och uppfattas och förklaras olika från person till person. Upplevelsen av smärta går inte att jämföra mellan individer, den kan bero på många olika saker och upplevas under en kort eller längre period. Situationen runt omkring och tidigare erfarenheter av smärta har en inverkan på hur den upplevs. Det finns också skillnader i reaktionen på behandling, till exempel olika känslighet för läkemedel och olika mottaglighet för fysisk eller psykologisk behandling. Behandlingen av

smärtan bör anpassas utifrån individens upplevelse och reaktion (Ibid, s. 11). Individens subjektiva upplevelse av verkligheten är det som formar dennes livsvärld. Att alla människor upplever världen olika kan förklaras med att verkligheten, som är det objektiva, uppfattas och tolkas olika eftersom alla människors livsvärld skiljer sig från varandra. Livsvärlden innebär hur människan erfar världen och den förändras ständigt. För att försöka förstå en människas upplevelse och livsvärld måste det förstås att den skiljer sig från ens egen livsvärld. Om sjuksköterskan ska få ökad förståelse för till exempel patientens lidande måste hon utgå från patientens perspektiv så att livsvärlden anammas. Eftersom livsvärlden ser olika ut för alla betyder det att upplevelser som exempelvis smärta kan betraktas och kännas på olika sätt. Därför blir smärta en subjektiv upplevelse då allas smärtuppfattning är olika beroende på individen (Birkler 2007, ss. 31-34).

Ibland går den akuta smärtan inte över och blir långvarig, antingen oavbruten eller återkommande. Över tid kan förklaringens betydelse för smärtan försvinna och istället bli ett lidande för patienten (Norrbrink & Lundeberg 2014, ss. 12-13). Eriksson (Wiklund 2003, ss. 96-99) beskriver lidandet som något alla kommer uppleva och det handlar om både en inre process och synlig yttre process. Precis som att hälsan är en del av människans liv är lidandet också det. Lidandet är bundet till hälsan och är en upplevelse som människan kan känna som ett hot, en förlust eller kränkning. Eftersom ursprunget till lidandet kan vara av olika slag upplevs det olika. Sjukdomslidande är en av tre lidandeformer, när människan drabbas av en sjukdom kan det bidra till ett lidande. Lidandet kan bestå av fysisk smärta som sjukdomen orsakar men också av de förändringar som sjukdomen medfört. Norrbrink och Lundeberg (2014, ss. 12-13) skriver att oavbruten, varaktig smärta också påverkar andra system i kroppen och det kan i sin tur påverka sömnen, humöret, minnet, inlärningen och koncentrationen.

Barns utveckling

Det finns två olika utvecklingsteorier som förklarar hur barn utvecklas. Den ena förklarar att barns utveckling beror på något inre som barnets mognad eller biologiska arv. Den andra teorin menar att barnets utveckling beror mestadels på omgivningen och miljöfaktorer under barnets uppväxt. Barns utveckling kan också förklaras i olika utvecklingsstadier istället för i form av utvecklingsteorier (Broberg 2009, s. 66).

Åldersspecifik utveckling är när vissa egenskaper hos barnet kan ses hos andra barn i samma ålder, vilket gör att det blir åldersrelaterat. Under spädbarnsåren kan de nyfödda barnen både ta in sinnesintryck och reagera på yttre faktorer som temperaturförändringar, smärta, rörelser samt beröring. De kan redan som nyfödda känna känslor som rädsla, vilket de uttrycker med en min, gråt eller rörelser (Broberg 2009, s.68). Från att barnet föds tills att de blir äldre har de rädslor för olika saker och ting. Rädsla är starkt förknippad med smärta då barnet kan känna rädsla vid smärtsamma procedurer och åkommor. När barnen är i fem års ålder har de utvecklats så pass att de ställer existentiella frågor om döden och varför döden inträffar. Det kan leda till att barnet får en rädsla för döden och att den ska drabba till exempel nära och kära, som föräldrarna (Broberg 2009, ss. 69-70).

När barnen är i åldrarna ett till fyra år blir de känsliga för separation från sina föräldrar. Barnet kan påverkas starkt om separationen pågår länge, vilket kan resultera i gråt och rädsla (Broberg 2009, ss. 68-69). Björklund (2001, ss. 435-436) menar att hur smärta upplevs beror på ålder och erfarenhet. Vid noll till fyra år är rädslan av att bli övergiven mest framträdande, vid fem till tio år är rädslan för själva smärtan dominerande och vid elva år och uppåt är rädslan för konsekvenser ledande.

Barns smärta och sjuksköterskans ansvar

Barnets ålder och utveckling spelar roll i smärtbedömningen samt hur barnet yttrar sin smärta. Det har konstaterats att smärta är en subjektiv upplevelse som är unik för alla individer, det skiljer sig också från barn till barn oavsett om de är i samma ålder och utvecklingsnivå. Små barn som inte kan uttrycka sin smärta verbalt uttrycker det i form av skrik, gråt, ansiktsuttryck och kroppsrörelser. Även om barnet kan uttrycka sig verbalt brukar de också komplettera sina smärtuttryck med kroppen eller röstläget (Nilsson 2009 ss. 144-146). Alla barn visar inte alltid att de känner smärta eftersom de kan tro att det kan förvärra situationen eller att de inte får visa smärta. Det är viktigt att se hur barnet beter sig vid smärta när beteendeförändringar är det enda smärtuttrycket barnet har. Beroende på barnets hälsotillstånd, utvecklingsnivå, vilken typ av smärta den utsätts för och hur länge smärtan pågått ser beteenderekaktionerna olika ut (Jylli 2008, s. 104).

I en studie av Mattson, Forsner och Arman (2011, ss. 192-193) beskrev sjuksköterskorna förändringar i de vitala parametrarna som den mest pålitliga källan för smärta och smärtuttryck hos ickeverbala barn. Sjuksköterskorna såg att barnens hjärtfrekvens och andningsfrekvens ökade medan syresättningen sänktes när barnet upplevde smärta. Det räckte dock inte med en enskild förändring i de vitala parametrarna, vilket räknades som en otillförlitlig källa för smärta. Något annat sjuksköterskor uppfattade som ett smärtuttryck var när barnet spände musklerna och därmed visade sin smärta genom kroppen. Sjuksköterskorna uppfattade spänningarna visuellt eller genom att känna på barnet och därmed kunna bedöma utifrån muskelspänningarna om det var smärtuttryck eller inte.

Nyfödda barn och småbarn som inte kan skatta sin egen smärta kan istället bedömas av sjuksköterskan. Det finns smärtskalor, som till exempel FLACC skalan (Face, legs, activity, consolability, cry), anpassade till nyfödda och småbarn där sjuksköterskan observerar förändringar i barnets beteende, kroppsrörelser, ansiktsuttryck och aktivitet (Nilsson 2009 ss.144-146). Barn som är tillräckligt gamla, oftast från tre års ålder, brukar få skatta sin smärta själv med en självskattningsskala. Det finns åldersanpassade självskattningsskalor för smärta så att barnet, oavsett ålder, ska kunna skatta sin smärta. Barn mellan tre till fyra år kan skatta sin smärta med hjälp av pieces of hurt tool skalan, barn mellan fyra till tolv år kan använda sig av faces of pain skalan och alla barn över åtta år kan använda sig av visuell analog skala (Jylli 2008, s. 106).

I sin studie, som jämförde smärtbedömning mellan barn, föräldrar, sjuksköterskor och en oberoende observatör, kom Khin Hla et al. (2014, s 1130) fram till att sjuksköterskans skattning av barns smärta inte var tillförlitlig. Jämförelsen visade att barnens egen skattning av smärtan var högre än sjuksköterskans. Om barnet inte kunde skatta sin smärta själv visade det sig att föräldrarna var en pålitlig källa för att skatta åt barnet då deras skattning var mer lika barnets än den som sjuksköterskan gjorde. Den oberoende observatören som var vårdpersonal, inte involverad i barnets vård, tenderade likt sjuksköterskan att också underskatta barnets smärta.

Kortesluoma, Nikkonen och Serlo (2008, s. 146) skriver i sin studie om barns upplevelser av sjuksköterskans smärthantering. Barnen fick berätta vad de själva hade för strategier för att mildra sin smärta. Många barn sa att det inte fanns mycket som kunde göras eftersom de var sängliggande. Vissa barn kom själva på metoder som hjälpte och andra barn blev introducerade till dessa metoder av sjuksköterskorna. Några av de 19 metoder som barnen tillämpade för att mildra smärtan var massage, djupandning, värme eller kyla, beröring samt ändring av kroppsläget.

Barn med smärta inom slutenvården fick i en studie beskriva sjuksköterskans beteende vilket gav en inblick till vad barnen tyckte och tänkte. Sjuksköterskor som log mer, var hjälpsamma och positiva gentemot barnen var de som uppskattades mest. Andra faktorer som humor uppskattades också av barnen samt att tillgodose en hög komfort där sjuksköterskan tog varsamt hand om barnen och försåg deras grundläggande behov. (Schmidt et al. 2007, ss. 339-341). Korteluo, Nikkonen och Serlo (2008, s. 146) skriver att barnen observerade vårdpersonalen noggrant och hade förväntningar på den hjälp de skulle få av sjuksköterskorna. De förväntade sig bland annat att sjuksköterskan skulle vara kunnig i smärthantering. Några av barnen i studien litade inte på vissa sjuksköterskors hjälp eftersom de inte hade skapat en relation med barnet, sjuksköterskan kände inte barnet tillräckligt för att ge anpassad vård. Barnen i studien uppskattade en sjuksköterska som kunde empatisera med dem istället för att få en teoretisk förklaring av smärtan från dem. Många av barnen kände att de var tvungna att be om smärtlindring och att sjuksköterskan endast gav smärtlindring vid akuta situationer. Barnen märkte också att sjuksköterskorna ofta var upptagna och inte alltid hade tid för att hjälpa dem.

Kristensson-Hallström och Elander (2001, ss. 90-91) förklarar att det är betydelsefullt att alla yrkesgrupper, som till exempel sjuksköterskor, undersköterskor, läkare och sjukgymnaster, jobbar tillsammans vid behandlingen av barn med smärta. Sjuksköterskans roll är att uppfatta, behandla och utvärdera smärtan. När sjuksköterskan ska fatta ett beslut om behandling behöver hon samla in information samt sammanställa och tolka den. Beslutet kan påverkas av erfarenhet och kunskap hos beslutsfattaren. När det kommer till beslutsfattande rörande smärtskattningen och behandlingen är det svårt att mäta och bedöma upplevelser av smärta. Kristensson-Hallström och Elander (2001, s. 92) förklarar vidare att den medicinska diagnosen har inflytande på hur sjuksköterskan väljer att behandla barnets smärta, om diagnosen är allvarligare bedöms barnets smärta som svårare.

Elander (2008, ss. 66-67) beskriver att barnets otillräckliga kompetens ofta är orsaken till att de inte får delta i beslut. I vissa fall kan personen vara kompetent nog att vara med och fatta beslut men i vissa fall inte, det kan svänga från ena stunden till den andra och i många fall är sjukdomstillståndet anledningen till bristande kompetens. Små barn anses ofta ha otillräcklig kompetens för att fatta beslut men de har kapacitet att uttrycka sin vilja, genom att vårdpersonalen tolkar dessa uttryck kan barnets vilja medvetandegöras. Birkler (2007, s. 146) skriver att i sjukvården står emellanåt patientens autonomi mot personalens paternalistiska handlande, att handla för patientens bästa kan ibland innebära att handla mot patientens egna val. Enligt autonomiprincipen måste sjuksköterskan skapa förutsättningar för patienten att göra självständiga val, att ge patienten de kunskaper som krävs för att göra ett eget val. Det går inte alltid ut på att respektera patientens autonomi utan att hjälpa patienten att göra autonoma val.

Kompetensen ökar oftast med åldern hos friska barn, ett barn kan samtycka till en behandling om barnet förstår betydelsen, innehållet och potentiella följder av behandlingen. Barnets ålder, intellektuella nivå och vilka typer av beslut barnet fått vara med att fatta tidigare spelar in i bedömningen om barnet kan vara med i diskussionen om behandlingsbeslut. Om barnet har erfarenhet av sjukhusvård eller inte och i vilken utsträckning barnet fått vara delaktig i beslut hemma påverkar barnets möjlighet till medbestämmande. När ett barn bedöms sakna tillräcklig kompetens fattas ett beslut åt barnet med barnets bästa i åtanke. Föräldrarna är i de flesta fall mest passande att fatta beslut åt sina barn men de måste också ha kompetens, vara noga informerade och känslomässigt stabila (Elander 2008, ss. 69).

Enligt den humanistiska människosynen ses människan som en helhet, som en individ och varje individ är unik. I helheten ingår alla relationer som människan ingår i och är en del av (Birkler

2007, s. 122). Björklund (2001, ss. 436-437) skriver att upplevelsen av smärta intar alla plan hos människan som det fysiska, psykiska, sociala och andliga planet. Vårdpersonalen värnar om människans värde när smärta lindras. Kristensson-Hallström och Elander (2001, s. 94) menar att barnet som individ har ett unikt sätt att uttrycka smärta på och för att sjuksköterskan ska kunna urskilja dessa individuella uttryck måste en relation mellan sjuksköterska och barn skapas. Det är viktigt att sjuksköterskan följer barnet och lär känna det genom hela vårdförloppet för att smärtbehandlingen ska bli så god som möjligt.

Föräldrarnas perspektiv och roll

Kristensson-Hallström och Elander (2001, s. 97) skriver att genom föräldrarna kan sjuksköterskan inhämta information om barnets smärta. Föräldrarna är de som oftast är närmast barnet och känner sitt barn bäst, de är väl bekanta med barnets normala beteenden och kan på så sätt uppfatta förändringar som vårdpersonal inte märker. Edwinsson Månsson och Enskär (2008, s. 35) skriver att vara på sjukhus tillsammans med sitt barn kan vara en stressande upplevelse och det kan dessutom vara svårt att se sitt barn genomgå smärtsamma behandlingar. Rädsla och oro är vanliga känslor föräldrar kan få när barnet blir sjuk och de kan förändra sitt beteende emot barnet, de kan bli överbeskyddande, ställa mer krav eller vara mer tillbakahållande. Föräldrarna känner ofta att deras roll är diffus och känner sig skyldiga att delta i den praktiska omvårdnaden av barnet. Informationsbrist och dålig kommunikation gör att föräldrarna känner sig osäkra. Det är viktigt att sjuksköterskan stödjer föräldrarna så att de kan hantera och hjälpa sitt barn i svåra situationer. Något många föräldrar önskar från vårdpersonalen är klar och tydlig kommunikation samt stöd för deras egen del. Edwinsson Månsson och Enskär (2008, ss. 34-35) skriver att föräldrarna är de som känner sitt barn bäst och blir viktiga resurser i att kunna bedöma och behandla barnets smärta. Dessutom inger föräldrar trygghet till barnet vilket kan bidra till att minska barnets smärta. Hilliard och O'Neill (2010, s. 2910) skriver att eftersom föräldrarna är en viktig komponent är det betydelsefullt att sjuksköterskan skapar en relation till föräldrarna och stödjer dem så att de i sin tur kan stödja sitt barn. Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård, NOBAB, (2008) beskriver att föräldrar ska få möjlighet att medverka i sitt barns vård och få stöd i detta.

I en studie av Lam, Chang och Morrissey (2005, ss. 539-541) beskrev föräldrarna att de såg sig själva som de som kände till sitt barns personlighet, känslor och beteenden bäst och de oroade sig att vårdpersonalen inte skulle förstå barnets behov. När barnet blev inlagd på sjukhus stannade föräldrarna hos barnet för att se till att det fick adekvat övervakning. Alla föräldrar i studien märkte att det fanns brist på personal och att sjuksköterskornas arbetsbelastning var hög. När barnet inte fick tillräckligt med uppmärksamhet tyckte de dock att sjuksköterskan inte skulle få skulden för det. Även om barnets tillstånd var stabilt kände föräldrarna att de ville stanna för att garantera barnets säkerhet och om tillståndet försämrades kunde de rapportera det till sjuksköterskan så att åtgärder kunde sättas in. För att stanna med barnet behövde föräldrarna lägga om sitt dagliga liv, andra barn i familjen fick tas hand om av släktingar eller den andra föräldern. Deras närvaro var också till för att möta barnets och deras egna känslomässiga behov. Enligt föräldrarna i studien visade många sjuksköterskor att de brydde sig om och oroade sig för sina patienter och för föräldrarna. Föräldrarna kände sig fria att välja till vilken grad de ville vara delaktiga och att sjuksköterskan sen naturligt utförde resten av omvårdnaden. Föräldrarna uppskattade när sjuksköterskan tog initiativ att rapportera om barnet, även små saker, när de hade varit frånvarande för detta bevisade att deras barn hade uppmärksamats. En förälder beskrev att en sjuksköterska som kommunicerar med barnet och föräldrarna är en vårdande sjuksköterska. Förutom information, berättade föräldrarna att ett par tröstande ord från vårdpersonalen kunde lysa upp deras dag.

Etik och barns rättigheter

Etiska konflikter uppkommer när etiska principer vägs mot varandra (Björklund 2001, s. 436). I två till tre års ålder utvecklar barnet en känsla av självständighet och vill då utföra vissa sysslor på egen hand för att visa att de kan vara med och bestämma (Broberg 2009, ss. 68-69). Björklund (2001, s. 436) ger exempel på en behandlingssituation där vårdpersonalen måste välja mellan barnets självbestämmande att inte genomgå ett ingrepp eller tvinga barnet att genomgå ingreppet eftersom det kan leda till minskat lidande. Ingreppet kan kränka barnets integritet och vårdpersonalen måste försöka minimera undersökningar och behandlingar som är påfrestande för barnet, om vårdpersonalen tvingas handla mot barnets vilja så är det viktigt att de har respekt för barnets integritet.

Att veta hur barnet utvecklas och hur utvecklingen har inflytande på barnets upplevelse av smärta är betydelsefullt ur den etiska synvinkeln. Vuxna kan förstå varför ett ingrepp är nödvändigt och att smärtan som följer går att uthärda men barn har inte samma tidsuppfattning och har svårare att tänka framåt, de kan därför se det smärtsamma ingreppet som ett övergrepp (Björklund 2001, s. 435).

Barnkonventionen

Barnkonventionen (1989) innefattar 54 artiklar som förklarar barns rättigheter runtom i hela världen. Det finns fyra huvudprinciper i barnkonventionen som är av stor betydelse. I huvudprinciperna står det att alla barn mellan noll till arton år är av lika värde och har samma rättigheter. Det innebär bland annat att barnen får rätt till att vårdas enligt hälso- och sjukvårdslagen samt att barnets bästa ska stå i centrum. Barnet ska heller inte diskrimineras eller bli nekad rätten till ett fullvärdigt liv genom att få utvecklas och ha fysisk och psykisk hälsa. Alla barn har rätt att få uttrycka sina åsikter och känna sig delaktiga i det som berör dem. Sjuka barn som behöver vårdas av hälso- och sjukvården ska ha samma rättigheter precis som alla andra barn.

Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso-och sjukvård

NOBAB (2008) har utformat tio punkter som beskriver de sjuka barnens rättigheter och hur det ska gå till när barnet läggs in på sjukhus. Några av punkterna berör barnets medbestämmande, att vården ska bedrivas i trygg och barnvänlig miljö samt att barnet endast ska läggas in om sjukhus är den enda möjliga vårdformen. Andra punkter som NOBAB (2008) har utformat är att barnet ska få möjligheten att utvecklas, ha sina närstående nära sig, få information som berör barnets hälsa och tillstånd, bemötas med respekt och att deras integritet ska bevaras. Barnet ska också vårdas av utbildad personal med kompetens i att bemöta barnets fysiska och psykiska behov.

Patientlagen

Enligt patientlagen (SFS 2014:821) ska barnets bästa ha i åtanke när barnet får hälso- och sjukvård. Barnets uppfattning och åsikt av vården eller behandlingen ska belysas så långt det går, i jämförelse med barnets mognad och ålder. Alla patienter ska upplysas om sitt hälsoläge, vilka undersökningsmetoder som finns, vilken vård och behandling som finns, när vården kommer ges samt hur lång tid förloppet bedöms vara. Patienten ska också få veta vilka risker som finns för komplikationer och biverkningar samt hur patienten själv kan förebygga sjukdom eller skada. När ett barn är patient ska vårdnadshavaren få samma information.

Det vårdvetenskapliga perspektivet

Enligt Eriksson är hälsa ett begrepp som omfattar människan som helhet och känsla av friskhet, sundhet och välbefinnande kan upplevas. Med sundhet menas att individen är orienterad till verkligheten och kan konsekvent och adekvat ta hälsosamma beslut. Sundheten kan också kopplas till förförståelsen och livsvärlden, alltså det som individens tidigare erfarenheter grundas på. Friskhetsbegreppet innefattar individens fysiologiska välmående som helt enkelt betyder att individen är fullt frisk utan sjukdomar. Välbefinnandet är kopplat till livsvärlden och kan inte objektifieras. Liksom livsvärlden är välbefinnandet ett subjektivt fenomen som byggs på individuella upplevelser (Wiklund 2003, ss. 79-80).

Eriksson (Wiklund 2003, s. 82) beskriver att hälsa inte går att skilja från lidandet då de påverkas av varandra och är ständigt i rörelse mellan varandra. Vid frånvaro av hälsa kan lidandet uppstå hos individen.

Olika typer av lidande har tidigare nämnts ovan och en lidandeform är vårdlidandet som är ett lidande orsakad av vården. Det innebär bland annat att det brister i vården och leder till att lidandet hos den utsatte individen uppstår eller ökar, vilket gör att individen utsätts för kränkning. Ett vårdlidande kan vara att patienten inte får sina mediciner vid till exempel smärta eller att patienten inte blir tagen på allvar när han eller hon berättar om sin smärta eller andra symtom. Att inte tas på allvar kan få patienten att känna sig kränkt (Wiklund 2003, ss. 104-105).

Erikssons definition av vårdande är ”att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra hälsoprocesserna”. Eriksson beskriver att relationen skapar en möjlighet för vårdandet att ske i ”en anda av tro, hopp och kärlek”. Vårdandet uppstår när hälsan gynnas och lidandet lindras (Wiklund 2003, ss. 148-149).

PROBLEMFÖRMULERING

Barn uttrycker smärta på ett annat sätt än vuxna och beroende på mognadsnivå, erfarenhet och utveckling uttrycks smärtan olika. Smärta är en subjektiv upplevelse hos alla individer där många faktorer spelar in. Små barn har ett begränsat ordförråd och uttrycker smärta på andra sätt men det kan även vara svårt för barn att särskilja smärta från andra upplevelser. Sjuksköterskans roll är viktig när det kommer till bedömning och behandling av barnets smärta. När ett barn upplever smärta är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap och kompetens i att ge ett gott bemötande såväl som att ge barnet optimal smärtlindring. Det blir därför problematiskt om sjuksköterskan inte har tillräckligt med kunskap för att ge barnen optimal smärtlindring. Vi tycker att det är betydelsefullt att belysa sjuksköterskans uppfattningar och upplevelser av att möta barn som lider av smärta eftersom smärta är ett fenomen som sjuksköterskan ofta möter i vården.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelser och uppfattningar av att möta barns smärta inom slutenvården.

METOD

Som lämplig metod till det formade syftet valdes en systematisk litteraturstudie för att belysa och sammanställa forskningsresultat. Axelsson (2012, s. 203) skriver att systematiska litteraturstudier görs för att sammanställa redan existerande forskning från ursprungliga källor som vetenskapliga artiklar. För att kritiskt granska och analysera de valda artiklarna användes Axelssons modell i denna studie. Enligt Axelsson (2012, s. 204) är det en fördel att inkludera både kvantitativa och kvalitativa artiklar för att få ett utbrett perspektiv i studien. I studien användes både kvantitativa och kvalitativa artiklar.

Datainsamling

Forskningsartiklarna i studien söktes fram via vård- och medicindatabaserna Cinahl och Pubmed. När sökningen gjordes användes internetbaserade ordboken MeSH för att översätta de svenska sökorden till engelska termer för att få bättre sökträffar. För att ta reda på om forskning, som kan svara på studiens syfte, existerar gjordes en allmän sökning med sökorden "pain" och "child", vilket gav många träffar. Därefter gjordes en strukturerad sökning. För att avgränsa sökningarna till studiens exakta syfte användes de centrala söktermerna "child", "pain", "nurse" och "experience". Se bilaga 1 för vidare information. De centrala sökordens synonymer användes i sökningen och söktes med OR, därefter kombinerades de sedan med AND i form av en blocksökning för att få ett lämpligt sökresultat. För att få fram artiklar av god kvalitet filtrerades sökningen till tidskriftsartiklar som var peer-reviewed, skrivna på engelska, hade abstrakt tillgängligt och var skrivna inom ett visst tidsspänn. För att artiklarna skulle inkluderas i studien skulle de handla om barns smärta med ett sjuksköterskeperspektiv. Artiklarna behandlade smärta hos barn med brännskador, barn med cancer, andra medicinskt sjuka barn eller barn med postoperativ smärta. För att inte hamna utanför studiens syfte exkluderades artiklar som handlade om procedursmärta. Eftersom syftet är avgränsat till barn inom slutenvården har artiklar om barns smärta inom hemsjukvården och öppenvården exkluderats.

Dataanalys

När sökningarna gjordes valdes 17 passande artiklar ut till grund för resultatet efter att artikelns titel och innehållet i abstract lästs på. Tre artiklar blev uteslutna efter översiktlig läsning av artikeln då resultatet var irrelevant till studiens syfte. För att få en överblick över artiklarnas innehåll delades de upp hälften var till författarna och sammanställdes i bilaga 2. Axelsson (2012, s. 212) menar att genom en sammanställning bildas en översikt som kan vara till hjälp i det fortsatta analysarbetet. Efter sammanställningen lästes artiklarna flera gånger för att få en djupare förståelse för dem. Artiklarna delades upp i olika kategorier utefter deras huvudinnehåll och varje kategori tilldelades en färg för att få en tydligare struktur. Axelsson (2012, s. 212) skriver att när man går från en helhet till delar för att nå en ny helhet är det viktigt att skapa en struktur. De preliminära kategorierna kallades sjuksköterskans känslor, faktorer vid smärtbedömning, sjuksköterskans erfarenhet och faktorer/barriärer vid smärtbehandling. Artiklarna i varje kategori lästes igen för att hitta skillnader och likheter inom kategorin. Efter att texten i resultatet börjat bildas formades de slutgiltiga fyra kategorierna och sex subkategorierna (Tabell 1.).

RESULTAT

Resultatet belyser hur sjuksköterskan upplever och uppfattar barns smärta och smärtlindring genom sin erfarenhet, kunskap, attityd och känslor. De hinder och de stöd som sjuksköterskan identifierar för smärtlindringen belyses också i resultatet (Tabell 1.).

Tabell 1.

Kategorier	Subkategorier
Sjuksköterskans känslomässiga upplevelser	
Det sjuksköterskan upplever påverkar smärtlindringen	<ul style="list-style-type: none">- De hinder sjuksköterskan stöter på- Det som främjar sjuksköterskans smärtlindring av barn
Sjuksköterskans kompetens kring barns smärta	<ul style="list-style-type: none">- Utbildning och erfarenheter- Kunskap och attityder kring barns smärta
Sjuksköterskans bedömning och hantering av barns smärta	<ul style="list-style-type: none">- Bedömning och metoder för smärtlindring- Sjuksköterskans misstro gentemot barnet

Sjuksköterskans känslomässiga upplevelser

Enligt Hilliard och O'Neill (2010, ss. 2910-2911) tyckte sjuksköterskorna i deras studie att det var viktigt och nödvändigt att skapa en tillförlitlig relation till barnet för att få barnets tillit. Detta skulle få barnet att känna sig mindre rädd och bli mer bekväm i sjuksköterskans närvaro. Sjuksköterskans känslor var starkt bundna till deras förmåga att lindra barnets smärta och de kände tillfredsställelse när de hjälpte barnet. När barnets smärta kunde lindras effektivt minskades sjuksköterskans ångest som var orsakad av att se barnet i smärta (Hilliard & O'Neill 2010, ss. 2910-2911). Sjuksköterskan upplevde sig säker i sin roll när barnets smärtproblematik klarlagdes och behandlingen som gavs fungerade. Om det inte gick som det var planerat kände sjuksköterskan sig obekvä. När smärtlindringen som gavs inte verkade effektivt på barnets smärta trots att sjuksköterskan testat allt kände sjuksköterskan hjälplöshet, frustration och påpekade att det var svårt att inte kunna göra något åt det. Sjuksköterskan plågades av att inte kunna lindra barnens smärta vilket gav en känsla av att de inte gjort tillräckligt och bidrog till en känsla av maktlöshet. Att vårda barn med smärta och se dem lida ansågs vara en av de svåraste känslorna att hantera för sjuksköterskorna (Hilliard & O'Neill 2010, s. 2910; Ljusegren et al. 2011, ss. 466-467). Något som sjuksköterskan hade svårt att hantera var reaktionen av barnets och föräldrarnas psykiska och andliga smärta. Sjuksköterskorna medgav att de kände rädsla gällande barnets ångest och död. De visste inte hur de skulle ge barnet stöd samt hur de

skulle kunna hantera sin egen rädsla inför detta. Detta påverkade sjuksköterskorna då de inte vågade fråga barnen om deras emotionella mående vissa gånger eftersom de var rädda för svaret (Ljusegren et al. 2011, s. 467).

För att kunna hantera sina känslor berättade sjuksköterskorna att de undanhöll dem och behöll en fasad för att inte göra barnen upprörda. Trots att de försökte dölja sina känslor beskrev sjuksköterskorna att de kände empati för barnen och var inte opåverkbara mot smärtpåverkade barn. Sjuksköterskan erkände att barnets emotionella vård tog mycket tid och kraft. De uttryckte att när de ställdes inför kraven av barnets fysiska och emotionella behov var det de fysiska behoven som prioriterades först eftersom det inte fanns extra tid till att ge emotionellt stöd. Sjuksköterskorna upplevde att det uppstod en spänning när de inte kunde erbjuda barnet en pratstund eftersom de kände att de inte hade tid att lyssna (Hilliard & O'Neill 2010, ss. 2910-2911). Om barnet var i dåligt psykiskt skick valde sjuksköterskorna att ignorera det. Sjuksköterskorna märkte att deras egna humör påverkade barnet och föräldrarna beroende på om sjuksköterskan var rädd eller behöll sig lugn (Ljusegren et al. 2011, s. 467).

Det sjuksköterskan upplever påverkar smärtlindringen

De hinder sjuksköterskan stöter på

När samarbetet med läkaren inte fungerade fick barnen lida av smärta längre än nödvändigt ansåg sjuksköterskorna i Gimbler-Berglund, Ljusegren och Enskärs studie (2008, ss. 22-23). Bristfälliga och otillräckliga ordinationer från läkaren och låg prioritering av smärtlindring var stora hinder till adekvat smärtlindring hos barn (Vincent & Denyes 2004, s. 46; Czarnecki, Salamon, Thompson & Hainsworth 2014, s. 299).

Czarnecki, Salamon, Thompson och Hainsworth (2014, ss. 299-300) beskrev i sin studie att otillräckligt med tid samt brist på ordinationer för att premedicinera innan smärtsamma procedurer identifierats som hinder för optimal smärtlindring av sjuksköterskorna. Läkarens motvilja att få hjälp av ett smärteam samt föräldrarnas ovilja att deras barn ska få medicin ansågs också vara hinder. De två största hindren upplevdes dock vara förseningar i behandlingen av läkemedelsbeställningar samt förseningar i leveransen av läkemedel från apoteket. I jämförelse med sin första studie såg Czarnecki et al. (2014, s. 300) en minskning av flera identifierade ovanstående hinder. Men en ökning av hinder som, sjuksköterskans oro för biverkningar av läkemedel och sjuksköterskans oro för att barnen ska bli beroende av läkemedlen sågs.

I Gimbler-Berglund, Ljusegren och Enskärs studie (2008, ss. 22-23) förklarade sjuksköterskorna att det var svårt att bedöma smärta hos barn som inte visade ett tydligt smärtbeteende, det kunde vara när barnet lekte som vanligt trots att barnet kanske led av smärta. Sjuksköterskorna identifierade också att det var svårt att bedöma smärta hos små barn och lättare att ignorera procedursmärta eftersom de inte kunde förklara ingreppet för små barn som de kunde med äldre barn. Pölkki, Laukkala, Vehviläinen-Julkunen och Pietilä (2003, s. 378) beskriver att sjuksköterskans osäkerhet påverkade användandet av icke-farmakologiska metoder i barns postoperativa smärtlindring.

Pölkki et al. (2003, s. 379) fann i sin studie att organisatoriska faktorer, hög patientomsättning och tidsbrist hindrade sjuksköterskorna att använda sig av varierande smärtlindringsmetoder.

Gimble-Berglund, Ljusegren och Enskär (2008, ss. 22-23) fann också att brist på rutiner var ett hinder i smärtlindringen likaså brist på tid.

Det som främjar sjuksköterskans smärtlindring av barn

Föräldrarnas delaktighet, barnets ålder och barnets förmåga att samarbeta påverkade sjuksköterskans användande av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder (Pölkki et al 2003, s. 379). Enligt Aziznejadroshan, Alhani och Mohammadi (2016, s. 3) tyckte sjuksköterskorna att barnets mamma är till hjälp för dem vid smärtskattning av små barn och medvetlösa barn, vid upptäckten av biverkningar av medicin och i utförandet av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder. Gimble-Berglund, Ljusegren och Enskär (2008, s. 22) fann att sjuksköterskorna tyckte att föräldrarna var en tillgång, speciellt när smärtbedömningen var svår att göra för sjuksköterskan. Sjuksköterskorna tyckte också att valet av smärtlindringsmetod var lättare att göra när de visste barnets diagnos, speciellt om den var förknippad med smärtan.

Närvaro av personal vid barnets sida, en lättillgänglig läkare och en bra relation med sina kollegor underlättade lindringen av barnets smärta tyckte sjuksköterskorna i Aziznejadroshan, Alhani och Mohammadis studie (2016, s. 3). Gimble-Berglund, Ljusegren och Enskär (2008, s. 22) fann i sin studie att ett bra samarbete med läkaren gav ett positivt resultat i smärtlindringen. Att ha generella ordinationer på smärtstillande samt att kunna konsultera smärteamnet tyckte sjuksköterskorna också hjälpte.

Aziznejadroshan, Alhani och Mohammadi (2016, ss. 3-4) beskrev att sjuksköterskans närvaro kan vara en viktig faktor för det känslomässiga stödet till familjen och för att lära känna barnet och dess förnimmelse av smärtan. Om barnet får träffa familj och vänner kan det minska stressen och lugna barnet och då kanske det behövs mindre smärtlindring. Genom att sjuksköterskan skapar en relation till barnet och föräldrarna kan smärtlindringen fungera bättre och användandet av icke-farmakologiska metoder öka. En sjuksköterska som deltog i studien beskrev att när en god relation hade skapats med patienten litade patienten på hennes val av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder. Sjuksköterskan utgör en stödjande roll för barnet och familjen och genom sin kunskap kan hon förklara biverkningar av smärtstillande och lära ut icke-farmakologiska metoder. Gimble-Berglund, Ljusegren och Enskär (2008, s. 22) menar att genom att skapa en relation med barnet kan smärtlindringen underlättas och hjälpa sjuksköterskorna att försöka förstå den subjektiva smärtan.

Sjuksköterskans kompetens kring barns smärta

Utbildning och erfarenheter

I sin studie fann Pölkki et al. (2003, ss. 377-378) att sjuksköterskans ålder, utbildningsnivå och arbetslivserfarenhet var relaterat till sjuksköterskans kompetens och osäkerhet. Äldre sjuksköterskor visade på högre kompetens och mindre osäkerhet i användningen av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder än yngre sjuksköterskor. Arbetsbelastning och tid var också ett mindre hinder för äldre sjuksköterskor än yngre. När det kom till kompetens och osäkerhet i olika smärtlindringsmetoder gällde samma sak för de sjuksköterskor som hade mer arbetslivserfarenhet och högre utbildning. I en studie av Rieman och Gordon (2007, ss. 309-310) hade sjuksköterskorna med längre arbetslivserfarenhet högre poäng på enkäten, PNKAS (Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey, se bilaga 2), än de som bara hade jobbat två år eller mindre.

I Vincent och Denyes studie (2004, ss. 46-47) hade sjuksköterskorna med mer arbetslivserfarenhet, kunskap och positiv attityd till smärta och smärtlindring också en större förmåga att hantera hinder till optimal smärtlindring. Gimble-Berglund, Ljusegren och Enskär (2008, s. 23) beskrev att sjuksköterskornas egen erfarenhet av smärta gjorde det lättare för dem att förstå barnets situation samt att välja en lämplig metod för smärtlindring. Sjuksköterskorna beskrev att de genom sina tidigare erfarenheter har byggt upp en stark princip om vikten av att ge god och effektiv smärtlindring (Hilliard & O'Neill 2010, s. 2910).

I Griffin, Polit och Byrnes studie (2008, ss. 300-301) undersöktes sjuksköterskornas demografiska uppgifter så som utbildningsnivå, arbetslivserfarenhet och tidigare erfarenhet av smärta. Resultatet påvisade att inget av detta korrelerade med bedömningen av barnens smärta men specialistutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor som själva erfarit smärta gav dock högre doser av smärtstillande.

Kunskap och attityder kring barnets smärta

Sjuksköterskor som hade kunskap om smärta och smärthantering kände sig självsäkra och reflektion om olika situationer hjälpte dem att lära sig mer. Efter att sjuksköterskan mött smärtpåverkade barn angavs det som en självklarhet att ha kunskap om smärta och hur det uttrycker sig hos barn. Efter att sjuksköterskorna fick mer kunskap om smärta och smärthantering ändrades deras resonemang om smärta. Sjuksköterskorna påpekade att smärta är en subjektiv upplevelse och beskrev att om ett barn uttrycker att de har smärta måste de tro på barnet. Sjuksköterskorna förklarade att det också är viktigt att möta barnet med respekt och bekräfta barnets känslor (Ljusegren et al. 2011, s. 466).

I Vincent och Denyes studie (2004, ss. 45-46) svarade sjuksköterskorna på en enkät om kunskap och attityd och det visade sig att deras förmåga att lindra smärta låg på en lagom hög nivå. Studien visade också att sjuksköterskorna hade god kunskap om läkemedel men hälften trodde dock felaktigt att andningsdepression i samband med starka smärtstillande inträffar oftare än sällan hos barn. I Gimble-Berglund, Ljusegren och Enskärs studie (2008, s. 23) beskrev sjuksköterskorna att de inte hade tillräckligt med kunskap om hur de skulle lindra och behandla smärta som inte har en tydlig fysisk orsak. De uttryckte också svårigheter att förstå hur barn med funktionsnedsättningar uttrycker smärta eftersom de inte hade tillräckligt med kunskap hur beteendena såg ut hos dessa barn. Sjuksköterskorna beskrev också att en hjälp i smärtlindringsarbetet var att dela kunskap kollegor emellan.

I Rieman och Gordons studie (2007, ss. 309-310) hade de sjuksköterskor med mer utbildning bakom sig högre poäng på enkäten PNKAS än de som inte hade lika hög utbildning. Deltagarnas svagheter låg vid kunskap om läkemedel samt kunskap om den potentiella risken för andningsdepression där många felaktigt trodde att det var en risk för mer än en procent av barn med långvarig smärta som fått dosökning av morfin under en period. Sjuksköterskorna i studien visade dock på en hög omsorg eftersom de hade patientens individuella smärta i sitt intresse samt en stark önskan att lindra smärtan.

I en studie av Ortiz et al. (2015, ss. 2-7) visade det sig att kunskapsnivån i smärta och smärtlindring var låg hos både sjuksköterskorna och sjuksköterskestudenterna. Båda grupper hade ett lågt medelvärde på ungefär 16 rätt svar av 40 på enkäten som var utformad för att ta reda på kunskaper och attityder kring barns smärta och smärtlindring. De frågor som sjuksköterskorna hade flest felaktiga svar på handlade om kunskap om läkemedel och läkemedelsberoende, där 95,5 % trodde felaktigt att risken opioidberoende var högre än en

procent. Majoriteten av sjuksköterskorna svarade också felaktigt att förändringar i vitala parametrar måste observeras för att förlita sig på att barnets skattning av smärtan stämmer. Hos sjuksköterskestudenterna såg svaren liknande ut, de trodde därtill felaktigt att fler än noll till tio procent av patienterna överskattar sin smärta. 98,3 % av sjuksköterskestudenterna svarade också felaktigt att andningsdepression drabbar fler än en procent av patienterna som lider av långvarig smärta med en dosökning av morfin under en period. I studiens två fallbeskrivningar där en smärtskattning på patienterna skulle göras svarade endast fyra av 111 sjuksköterskor att de skulle skatta patienten som var tyst och inte klagade lika högt som patienten själv. 21 av de 111 sjuksköterskor skulle skatta den patienten som var orolig och klagade på mycket smärta lika högt som patienten själv.

De flesta sjuksköterskor har en positiv attityd när det gäller att hantera barns smärta. I en studie visade det sig att svenska sjuksköterskor hade en positivare attityd än engelska och sydafrikanska sjuksköterskorna (Enskär et al. 2007, s. 506). Pölkki et al. (2003, s. 379) fann i sin studie att sjuksköterskorna hade en positiv attityd gentemot att lära sig olika smärtlindringsmetoder för barn. Czarnecki et al. (2014, s. 298) fann att sjuksköterskorna i deras studie beskrev att optimal smärtlindring var när barnet kände sig trygg och bekväm, inte klagade på smärta och inte hade några objektiva tecken på smärta. Vägen till optimal smärtlindring sågs också i barnets funktionsnivå, om patienten kunde genomföra aktiviteter i det dagliga livet så som röra sig, sova och leka.

I Gimble-Berglund, Ljusegren och Enskärs studie (2008, s. 23) visade det sig att sjuksköterskornas syn på att alla barn har rätt god smärtlindring underlättade smärtlindringsarbetet, dock sågs inte smärtbedömningen alltid som en viktig del i smärtlindringsarbetet för sjuksköterskorna ansåg att de hade koll på barnens smärta ändå.

Sjuksköterskans bedömning och hantering av barns smärta

Bedömning och metoder för smärtlindring

Vincent, Wilkie och Szalacha (2010, s. 858) framställde en analys som visade olika variationer av hur sjuksköterskan bedömer barns smärta. Sjuksköterskorna rankade beteendet hos barnet som det viktigaste bedömningsunderlaget och barnets självrapport som det näst viktigaste. En mindre andel av sjuksköterskorna tyckte att både beteende och självrapport var viktigt och några få tyckte att vitala parametrar var viktigt. De olika variationerna som sågs i smärtbedömningen sågs även i smärthanteringen där hälften av sjuksköterskorna tyckte att den viktigaste metoden för smärtlindring var farmakologiska läkemedel. Mindre än hälften tyckte att icke-farmakologiska metoder var viktigt och en mindre del tyckte att både farmakologiska och icke-farmakologiska metoder tillsammans var viktigt.

Sjuksköterskorna höll med att barnets självrapport är den primära metoden att använda för att bedöma smärtan hos barn som kan kommunicera verbalt. Barnets beteende ska då vara ett komplement till barnets självrapport. 81,6 % av sjuksköterskorna i studien implementerade självrapport i smärtbedömningen och 90,8 % använde sig av att observera barnets beteende för smärtbedömning (Vincent, Wilkie & Szalacha 2010, s. 858).

I en studie av Zisk-Rony, Lev och Haviv (2015, s. 114) använde sig sjuksköterskorna av sina observationer och intryck av barnet mest vid bedömningen av barnets smärta, barnets självskattning användes näst mest. 90 % av sjuksköterskorna i studien rapporterade att en smärtskala användes för att erhålla barnets självskattning och gjorde en smärtbedömning utefter

det. Dock rapporterade 75 % av sjuksköterskorna att de sällan eller inte alls använt sig av en smärtskala för smärtbedömning under de två senaste veckorna. Endast hälften av sjuksköterskorna använde någon annan metod som involverade barnets deltagande vid bedömningen. En tredjedel av sjuksköterskorna fann att användandet av smärtskalor var svårt i deras arbetsmiljö. Nästan alla sjuksköterskor i studien tyckte det var viktigt att inkludera barnets föräldrar vid smärtbedömningen, dock rapporterade en tredjedel av sjuksköterskorna att föräldrarna sällan eller aldrig inkluderades vid bedömningen. 69 % av sjuksköterskorna förlitade sig på föräldrarnas rapport av barnets smärta även om barnet kunde kommunicera. En faktor som 79 % av sjuksköterskorna använde sig av vid smärtbedömning var barnets gråt och en tredjedel av sjuksköterskorna förlitade sig på förändringar i barnets vitala parametrar för att veta om barnet hade smärta. Smärtbedömningen dokumenterades på många olika sätt, det vanligaste var att det dokumenterades i journalen. Hälften dokumenterade smärtbedömningen på papper, mer än hälften rapporterade det till läkaren och en tredjedel rapporterade det till sin sjuksköterskechef.

I studien av Vincent och Denyes (2004, ss. 46-47) administrerade sjuksköterskorna smärtstillande läkemedel till 74 % av de barn i studien som uppgav att de hade smärta. Sjuksköterskorna administrerade oftast morfin och de gav högre doser av smärtstillande till de barn som skattade sin smärta högre. I studien upptäcktes också att, i jämförelse med nationella riktlinjer, ordinerade läkare smärtstillande på en relativt hög nivå men sjuksköterskorna administrerade betydligt mindre läkemedel än vad som var rekommenderat i riktlinjerna. Många sjuksköterskor i Griffin, Polit och Byrnes studie (2008, s. 301) kompletterade smärtstillande med icke-farmakologiska metoder genom att sitta med barnet, ge massage och uppmuntra djupandning.

Sjuksköterskans misstro gentemot barnet

I en studie av Vincent och Denyes (2004, s. 45) uppgav hälften av sjuksköterskorna att de trodde att 20 % eller mer av barnen överskattade sin smärta. När sjuksköterskorna svarade på korta fiktiva patientfall litade majoriteten av sjuksköterskorna på barnets smärtskattning när barnet också visade ett smärtbeteende, men när ett smärtbeteende inte beskrevs hos barnet i patientfallet litade endast hälften av sjuksköterskorna på barnets smärtskattning. Det visade sig att väldigt få sjuksköterskor i studien skulle ge mindre smärtstillande medicin till barn som inte visade ett smärtbeteende. Vincent, Wilkie och Szalacha (2010, s. 859) fann i sin studie att de flesta sjuksköterskor trodde på barnets självrapport hos båda barnen i två fiktiva patientfallen med ett glatt barn och ett grimaserande barn. 88,5 % av sjuksköterskorna litade på det grimaserande barnet som skattade sin smärta till åtta av tio. 72,4 % litade på det glada barnet som också skattade sin smärta till åtta av tio.

I en studie kom det fram att barn med avancerad cancer som själv skattar sin smärta skattar den högre än vad sjuksköterskan gör. Smärtbehandlingen baserades på sjuksköterskans bedömning av barnets symtom på smärta vilket dokumenterades lägre av sjuksköterskan än barnets egen självskattning. Smärtbehandlingen som bestod av icke-opioider och opioider såg olika ut beroende på om sjuksköterskan skattade smärtan eller barnet. När barnet skattade sin smärta högt administrerades oftare icke-opioider än opioider. Vid sjuksköterskans bedömning och skattning av hög smärta administrerades opioider oftare (Van Cleve, Muñoz, Riggs, Bava och Savedra 2012 ss. 31-32).

Det fanns signifikanta skillnader i morfinadministrationen mellan det glada barnet och det grimaserande barnet i Vincent, Wilkie och Szalachas studie (2010, s. 859). 73,6 % av

sjuksköterskorna gav det grimaserande barnet den rekommenderade dosen morfin som var 3 mg, medan endast 41,4 % av sjuksköterskorna gav det glada barnet den rekommenderade dosen. När sjuksköterskans smärtbedömning samstämde med barnets självrapport gavs den rekommenderade dosen oftare. Sjuksköterskorna som litade på båda barnens skattning gav fortfarande inte den rekommenderade dosen morfin. 47,6 % av sjuksköterskorna gav inte det glada barnet den rekommenderade dosen även om de trodde på barnets självrapport och 20,8 % gav inte den rekommenderade dosen till det grimaserade barnet.

Sjuksköterskorna var skeptiska mot barn som inte uttryckte sin smärta som sjuksköterskorna tänkt sig. De blev misstänkta mot barnet och trodde inte på barnet när barnet uttryckte sin smärta annorlunda än vad sjuksköterskan förväntat sig (Ljusegren et al. 2011, s. 468).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte valdes en metod som sammanställer redan existerande och tillgängliga forskningsresultat som rör sig inom studiens ämnesområde. Detta är anledningen till varför en litteraturstudie gjordes och dess förutbestämda metod tillämpades. Axelsson (2010, s. 205) skriver att studenten lär sig att söka och sammanställa vetenskaplig kunskap när en litteraturstudie görs, vilket kommer att gynna studentens utveckling i både studier och i sin profession (Axelsson 2010, s. 205). Efter att det togs reda på att forskning om det som eftersöktes i studien existerade tyckte författarna att en litteraturstudie var lämplig att utföra. Om tiden hade räckt till vore det intressant att göra en empirisk studie för att se om resultatet skulle se annorlunda ut än det som framkommit i studien.

Författarnas ursprungssyfte handlade endast om sjuksköterskans upplevelser och känslor i att vårda barn med smärta för att författarna hade förutfattade meningar om hur detta såg ut. Eftersom för få artiklar om detta hittades formulerades syftet om för att få en bredd på studien. Det hade varit intressant att se mer forskning inom detta område och om det funnits mer tid hade författarna kunnat göra en empirisk studie.

Studien har både inkluderat kvantitativa och kvalitativa artiklar vilket enligt Axelsson (2012, s. 204) är en fördel för att få en mångsidighet i studien. En artikel som skiljde sig ifrån mängden var den med både kvantitativ och kvalitativ ansats. I och med att hälften av artiklarna var kvantitativa upplevdes svårigheter med att analysera och få ut en beskrivande text från tabellerna och siffrorna. En till svårighet som stöttes på var att en artikel stack ut med sitt resultat och var motsägelsefull till resterande forskningsresultat, majoriteten av sjuksköterskorna i den studien skattade barnens smärta lika högt som barnen själva. Det visade sig också att det inte fanns något betydande samband mellan sjuksköterskornas demografiska uppgifter och deras kompetens. Som nämnts i metodavsnittet valdes 17 artiklar ut varav 3 artiklar valdes bort eftersom deras resultat inte svarade på studiens syfte. Detta upplevdes som en svaghet då studien fördröjdes eftersom analyserat material uteslöts. Flera artiklar var skrivna på avancerad, akademisk engelska och författarna tyckte det fanns svårigheter i att översätta och tolka dessa utan att misstolka och få syftningsfel. I litteratursökningen valdes artiklar med procedurrelaterad smärta bort eftersom författarna ansåg att det inte svarade an studiens syfte eftersom procedurrelaterad smärta har en tydlig orsak samt att det framkallas av vårdpersonalen. Det är också den sortens smärta som kan förebyggas med god smärtlindring eftersom det är en förväntad och kortvarig smärta. Artiklar som behandlade barn med smärta inom hemsjukvården och öppenvården exkluderades eftersom studien annars skulle bli för bred.

Smärta hos barn inom hemsjukvården innefattar ofta palliativ smärtlindring och då tror vi att studiens resultat fått en annan innebörd.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskan känner sig frustrerad och maktlös när barns smärta inte lindras och det var svårt att se barn lida av smärta. Tidsbrist och otillräckliga ordinationer från läkaren ansågs vara hinder för optimal smärtlindring. Föräldrarna sågs som en tillgång i smärtbedömningen och ett bra samarbete med kollegor samt generella ordinationer av smärtstillande främjade smärtlindringen. Sjuksköterskans kompetens korrelerade med ålder, arbetslivserfarenhet och utbildning. Många sjuksköterskor observerar barnets beteende när de bedömer smärta, flera sjuksköterskor trodde att över 20 % av barnen överskattar sin smärta. Det visade sig att många sjuksköterskor skattar barnens smärta lägre än barnen själva.

Författarna har medvetet valt att använda sig av både begreppet upplevelser och uppfattningar då skillnader förekommer emellan. Upplevelser ligger på en djupare, inre, unik nivå som förklarar sjuksköterskans livsvärld, hur hon erfar och förstår världen, medan uppfattningar ligger på en ytligare nivå som förklarar sjuksköterskans syn och tolkning på det hon snappat upp och lärt sig från sin omvärld.

Resultatet i vår studie visar att sjuksköterskans känslor är förknippade med hur barns smärta ter sig. Sjuksköterskan känner tillfredsställelse om smärtlindringen fungerar, hennes roll är att kunna hjälpa barn tillfriskna. När smärtlindringen inte fungerar genererar det känslor som frustration, hjälplöshet och ångest hos sjuksköterskan (Ljusegren et al. 2011, ss. 466-467; Hilliard & O'Neill 2010, ss. 2910-2911). Dessa känslor syntes också i Gomez-Torres, Maldonado-Gonzalez, Reyes-Robles och Mucino-Carreras (2014, ss. 235-236) studie där sjuksköterskorna beskrev känslor som ångest, förtvivlan, maktlöshet och bedrövelse, trots arbetslivserfarenhet, när de mötte smärta hos brännskadade barn. Det kan vara tufft för sjuksköterskan att vårda barn som har komplexa sjukdomar och lider av smärta och sjuksköterskan kan också behöva stöd för sin egen del och få utlopp för sina känslor så hon inte blir för privat framför eller med patienterna.

Sjuksköterskorna kände att brist på tid var ett hinder för smärtlindringen samt att tiden och energin inte räckte till för att ge barnet känslomässigt stöd. De hade svårt att hantera den psykiska och andliga smärtan som barnen uttryckte och vågade inte fråga om barnens emotionella mående (Gimble-Berglund, Ljusegren & Enskär 2008, ss. 22-23; Hilliard & O'Neill 2012, s. 2910-2911; Ljusegren et al. 2011, s. 467; Pölkki et al. 2003, s. 379). Gomez-Torres et al. (2014, s. 235) beskrev i sin studie att eftersom sjuksköterskorna möter de många olika stadierna av smärta bör de erbjuda psykologiskt och känslomässigt stöd utöver läkemedel. Personalen ska ha kompetens att möta barnets fysiska och psykiska behov (NOBAB 2008). Hela människan ska omfattas i vårdandet och för att ge god vård ska sjuksköterskan se till alla behov som patienten har.

Yngre sjuksköterskor, sjuksköterskor med lägre utbildningsnivå och sjuksköterskor med kort arbetslivserfarenhet inte hade lika hög kompetens i smärta och smärtlindring som äldre sjuksköterskor, de med mer erfarenhet eller högre utbildning. De som var unga och de med mindre erfarenhet kände sig också mer osäkra i smärtlindringen och hög arbetsbelastning och tidsbrist kändes också som större hinder för dem. Hög kunskapsnivå om smärta var sambundet med en positivare attityd gentemot smärta och smärtlindring (Pölkki et al. 2003, ss. 377-378; Vincent & Denyes 2004, ss. 46-47). Bristande kunskap om opioidberoende och

andningsdepression kopplat till opioidanvändning syntes också i resultatet (Ortiz et al. 2015, ss. 2-7; Vincent & Denyes 2004, s. 46). I en studie av Kingsnorth, Joachimides, Krog, Davies och Higuachis (2015, ss. 872-873, 876-877) sågs betydande förbättringar i sjuksköterskornas kunskap, attityder och beteenden relaterat till smärtlindring efter att de fick svara på en enkät om kunskap och attityder före tre utbildningstillfällen om smärtbedömning och smärtlindring och samma enkät efter utbildningstillfällena. Detta visar att sjuksköterskans kunskap om och attityder gentemot barns smärta och smärtlindring kan förbättras med utbildning samt att hinder för smärtlindringen kan motverkas. Fortbildning och reflektionen om smärta kan öka medvetenheten och minska missuppfattningar om smärta, läkemedel och dess effekter.

Smärta är ett komplext fenomen eftersom alla upplever smärtan på sitt sätt och därför kan inte upplevelsen jämföras mellan individer. Det blir viktigt att ta till sig att smärtan är subjektiv så att smärtbehandlingen kan anpassas efter det enskilda barnets upplevelser av smärta (Norrbrink & Lundeberg 2014, s. 11). Resultatet visar att sjuksköterskan är medveten om att smärta är en subjektiv upplevelse. De höll med att det var viktigt att tro på barnets smärtuttryck och upplevelser av smärtintensitet. Dock förekommer det en motsättning mellan sjuksköterskans teoretiska kunskap och praktiska utförande. Trots sjuksköterskans teoretiska kunskap om att smärta är subjektivt var de skeptiska mot barn som inte uttryckte sin smärta som sjuksköterskan tänkt sig (Ljusegren et al. 2011, s. 468). Norrbrink och Lundeberg 2014, ss. 12-13 skriver att om barnet har långvarig smärta kan det påverka barnets sömn, humör, inlärning och koncentration. Sjuksköterskans misstankar och misstro mot barnets uttryck av smärta kan skapa en spänning i relationen mellan sjuksköterskan och barnet. Att inte tro på barnet kan leda till att barnet inte får optimal smärtlindring och ett onödigt lidande orsakat av vården kan uppstå. Ett av sjuksköterskans fyra ansvarsområden enligt Svensk sjuksköterskeförening (2012) är att lindra lidandet. Det ligger i sjuksköterskans profession att visa respekt för individens integritet och lyssna till patienten. Enligt socialstyrelsen handlar omvårdnad om att förebygga sjukdom och hälsa, återuppbygga hälsa och hjälpa patient att stärka sin hälsa genom individuellt anpassad vård (Wiklund 2003, s. 148). Denna omvårdnad krävs för att lindra barnets lidande och är grunden till vårdandet. När sjuksköterskan inte tar barnet på allvar handlar hon oprofessionellt och oetiskt då den omvårdnad som krävs för att lindra lidandet inte uppfylls och bidrar till att orsaka ett vårdlidande som kränker barnet.

För att möjliggöra en god bedömning av barnets smärta måste sjuksköterskan skapa en relation till barnet och lära känna det (Kristensson-Hallström & Elander 2001, s.94). I resultatet beskriver sjuksköterskorna vikten av att skapa en relation till barnet så att barnet kan känna både tillit och trygghet i sjuksköterskans närvaro (Hilliard & O'Neill 2010, s. 2910). Smärtlindringen fungerade bättre när en relation hade skapats till barnet och föräldrarna (Aziznejadroshan, Alhani & Mohammadi 2016 s. 3-4). Barnen påpekade att de inte litade på en sjuksköterska som de inte har någon relation med eftersom de upplevde att sjuksköterskan inte kände barnet tillräckligt bra för att ge anpassad vård (Kortelouma, Nikkonen & Serlo 2008, s. 146). Det är sjuksköterskans ansvar att skapa en relation till barnet för att kunna kommunicera och lyssna till barnets berättelse som ska ligga till grund för sjuksköterskans smärtbedömning. Enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 190,192) ska en vårdande relation byggas mellan barnet och sjuksköterskan, som ska agera professionellt och aktivt delta i mötet, där barnet och barnets hälsa ska stå i centrum. I relationen kan det vårdande mötet skapas och sjuksköterskan kan stödja barnet i vårdförloppet. Wiklund (2003, s. 155) skriver att i den vårdande relationen ges patienten potential att utvecklas samt utrymme att uttala sina behov och bekymmer.

För att kunna lindra barnets smärta är det essentiellt att ett gott samarbete råder mellan sjuksköterskan och de andra yrkesgrupperna eftersom alla medverkar i barnets vård

(Kristensson-Hallström & Elander 2001, ss. 90-91). När samarbetet inte fungerade hindrade det lindrandet av barnets smärta (Vincent & Denyes 2004, s. 46). När barnets smärta inte lindras kan ett lidande uppstå men med ett bra samarbete kan det onödiga lidandet förebyggas.

I Vincent och Denyes (2004, s. 45) och Vincent, Wilkie och Szalachas (2010, s. 859) studier fick sjuksköterskorna skatta barns smärta utifrån fiktiva patientfall med barn som skattade sin egen smärta. Barnen i patientfallen visade olika beteenden, en var glad och en grimaserade. Sjuksköterskorna i båda studierna tenderade att tro på det grimaserande barnets skattning mer än de trodde på det glada barnet. Liknande tendenser syntes i Salanteräs (1999, s. 730) studie där endast hälften av sjuksköterskorna i studien höll med om att ett barn som visar ett stillsamt beteende och uppger att hon har smärta verkligen har smärta. I en studie av Griffin, Polit och Byrne (2008, ss. 300, 303) som också innehöll fiktiva patientfall med barn som upplevde smärta visade det sig att majoriteten av sjuksköterskorna i studien skattade barnets smärta ungefär lika högt som barnen själva. I den studien exkluderades smärtbeteenden i patientfallen för att författarna ansåg att det kunde distrahera bedömningen. Detta visar att barnets beteende och uttryck påverkar sjuksköterskans bedömning av barnets smärta. När patientens individuella upplevelse och uppfattning av sitt tillstånd tas i beaktning och arbetas utifrån kallas det enligt svensk sjuksköterskeförening (2016) personcentrerad vård. Den personcentrerade vården kan då gynna hälsan och den individuella uppfattningen av den (Ibid. 2016).

I resultatet kom det fram att betydligt mindre läkemedel administrerades än vad som var rekommenderat i riktlinjer. Administrerandet av smärtstillande baserades på sjuksköterskans bedömning av barnets smärta som var lägre än barnets egen skattning. När sjuksköterskan skattade smärtan högt gavs oftare opioider än när barnet skattade smärtan högt, då gavs icke-opioider oftare. Trots när sjuksköterskorna litade på barnets egen skattning gavs fortfarande inte den rekommenderade dosen morfin (Van Cleve et al. 2012, ss. 31-32; Vincent & Denyes 2004, ss. 46-47; Vincent, Wilkie & Szalacha 2010, s. 859).

Den bristfälliga identifieringen och otillräckliga behandlingen av barns smärta kan få allvarliga konsekvenser. Det har visat sig att otillräcklig behandling av akut smärta kan leda till långsiktiga effekter som utveckling av kronisk smärta och förändringar i nociceptiva kopplingar som kan påverka hur barnet reagerar på smärta i framtiden (Khin Hla et al. 2014, s. 1130). Birkler (2007, ss. 31-34) förklarar att uppfattningen av smärta beror på individen, smärta är en subjektiv upplevelse och Norrbrink och Lundeberg (2014, s. 11) menar att individens upplevelse ska styra hur smärtan behandlas.

Enligt FN:s agenda 2030 om hållbar utveckling är det ett mål alla människor i alla åldrar ska få en chans till att känna välbefinnande och leva ett liv som är hälsosamt (Regeringskansliet 2015). Om smärtan inte lindras optimalt tror vi att det kan leda till förlängda vårdtider, fler vårdtillfällen och ökat behov av smärtstillande medicin, kostnaderna skulle då öka samt behovet av resurser. Vi ser nu att bristen på vårdplatser ökar, överbeläggningar förekommer, vilket orsakar en belastning på vården. Det bidrar till ökade kostnader för sjukvården när vårdpersonal måste arbeta extra och fler resurser måste sättas in. Vi anser att om överbeläggningar kan förebyggas kan resurser istället sättas in för att öka sjuksköterskans kunskaper om barns smärta. Då kan barnets vårdtid minska och därmed ge plats till andra barn i behov av sjukvård. Högre prioritering kan också ges till smärtlindringen om resurser läggs på det samt på sjuksköterskans vidareutbildning.

SLUTSATSER

När barnets smärta inte lindras kan ett onödigt lidande uppstå. Det är sjuksköterskans ansvar att ge god smärtlindring och den kan underlättas genom att skapa en relation till barnet och lyssna på barnets egna uppfattningar samt genom att ha ett bra samarbete med sina kollegor. I vårdandet ska hela människan omfattas och sjuksköterskan måste se till alla behov som barnet har, även de psykiska och emotionella. Det kan dock vara svårt för sjuksköterskan att vårda svårt sjuka barn som lider av smärta och sjuksköterskan måste få stöd i detta. Genom utbildning och reflektioner kan sjuksköterskans kunskap, attityder och medvetenhet gentemot barns smärta och smärtlindring öka så missuppfattningar minimeras, barnets vård optimeras och lidandet minskar.

Som nämnts ovan hittades för få artiklar om sjuksköterskans känslor i att vårda barn med smärta, mer forskning inom det området hade varit intressant för att få en klarare bild i hur det ser ut och hitta stöd för sjuksköterskan att hantera dessa känslor. I denna studie sågs brister i sjuksköterskans kunskap om smärta och smärtlindring men också att mer utbildning och reflektion kan bidra till att öka denna kunskap. Till grund för det som kommit fram i studien kan det vara intressant att göra en större empirisk studie på lokala sjukhus för att se hur kunskapen ser ut hos sjuksköterskorna här och nu. Vid större empiriska studier kan det bli synligt i den svenska hälso-och sjukvården hur sjuksköterskors kunskap om barns smärta ser ut. Det kommer att ge en uppfattning om dagsläget och kan i sin tur bidra till att åtgärder tas om det visar sig att det råder kunskapsbrist ute i vården, som denna studie påvisat. Det är viktigt att alla sjuksköterskor har grundkunskaper om barn och barns smärta eftersom barn utgör en stor del av befolkningen. Denna studie kan öka sjuksköterskors kunskap om barns smärta och hur andra sjuksköterskor upplever den, kunskapen kan sjuksköterskan implementera i sitt dagliga vårdarbete. Denna studie har belyst att sjuksköterskan ska lyssna till och behandla barnets subjektiva upplevelse av smärtan. Sjuksköterskor som jobbar med vuxna patienter kan ta till sig kunskapen från denna studie då vi anser att de också bör arbeta utifrån den subjektiva upplevelsen patienten har.

REFERENSER

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 203-220.

Aziznejadroshan, P., Alhani, F. & Mohammadi, E. (2016). Experiences of Iranian nurses on the facilitators of pain management in children: A qualitative study. *Pain research and treatment*. 2016, ss. 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/3594240>

Barnkonventionen (1989) <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full> [2016-12-13]

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber

Björklund, L. (2001). Etik och smärta. I Olsson, G. L. & Jylli, L. (red.) *Smärta hos barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur, ss. 433-440.

Broberg, M. (2009). Utvecklingspsykologiska teorier. Hallström, I. & Lindberg, T. (red.). *Pediatrik omvårdnad*. 1., uppl. Stockholm: Liber, ss. 66-71.

Czarnecki, M.L., Salamon, K.S., Thompson, J.J. & Hainsworth, K.R. (2014). Do barriers to pediatric pain management as perceived by nurses change over time? *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), ss. 292. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2012.12.003>

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010) *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Edwinsson Månsson, M. & Enskär, K. (2008). Barn och familjer på sjukhus. I Edwinsson Månsson, M. & Enskär, K. (red.) *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*, 2., uppl. Lund: Studentlitteratur. ss. 31-38.

Elander, G. (2008). Barn och medbestämmande. I Edwinsson Månsson, M. & Enskär, K. (red.) *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*, 2., uppl. Lund: Studentlitteratur. ss. 63-82.

Enskär, K., Ljusegren, G., Berglund, G., Eaton, N., Harding, R., Mokoena, J., Chauke, M. & Moleki, M. (2007). Attitudes to and knowledge about pain and pain management, of nurses working with children with cancer: A comparative study between UK, South Africa and Sweden. *Journal of Research in Nursing*, 12(5), ss. 501-515. DOI: 10.1177/1744987107080455

Gimble-Berglund, I. Ljusegren, G. & Enskär, K. (2008). Factors influencing pain management in children. *Paediatric nursing*, 20(10), ss. 21-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/paed2008.12.20.10.21.c6901>

Gomez-Torres, D., Maldonado-Gonzalez, V., Reyes-Robles, B. & Mucino-Carreras, A.L. (2014). Nurses' voice when perceiving the pain of child burn patients. *Text context nursing*, 23(2), ss. 233-240. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003710012>

Griffin, R.A., Polit, D.F. & Byrne, M.W. (2008). Nurse characteristics and inferences about children's pain. *Pediatric nursing*, 34(4), ss. 297-305.

- Hallström, I. & Lindberg, T. (red.) (2009). *Pediatrik omvårdnad*. 1., uppl. Stockholm: Liber.
- Hilliard, C. & O'Neill, M. (2010). Nurses' emotional experience of caring for children with burns: Nursing children with burns. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), ss. 2907-2915. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03177.x
- Jylli, L. (2008). Smärta. I Edwinsson Månsson, M. & Enskär, K. (red.) *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*, 2., uppl. Lund: Studentlitteratur. ss. 97-112.
- Karlsten, R. (2014). Smärtfysiologi. I Rhodin, A. (red.) *Smärta i klinisk praxis*. Lund: Studentlitteratur. ss. 25-42.
- Khin Hla, T., Hegarty, M., Russell, P., Drake-Brockman, T.F., Ramgolam, A. & von Ungern-Sternberg, B.S. (2014). Perception of pediatric pain: a comparison of postoperative pain assessments between child, parent, nurse, and independent observer. *Pediatric Anesthesia*. 24(2014), ss. 1127–1131. DOI: 10.1111/pan.12484
- Kingsnorth, S., Joachimides, N., Krog, K., Davies, B. & Higuachi, K.S. (2015). Optimal pain assessment in pediatric rehabilitation: Implementation of a nursing guideline. *Pain management nursing*, 16(6), ss. 871-880. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2015.07.009>
- Kortesluoma, R., Nikkonen, M. & Serlo, W. (2008). "You Just Have to Make the Pain Go Away"—Children's Experiences of Pain Management. *Pain Management Nursing*, 9(4), ss. 143-149.e5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2008.07.002>
- Lam, L.W., Chang, A.M. & Morrissey, J. (2005). Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2006), ss. 535–545. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.07.009>
- Ljusegren, G., Johansson, I., Gimbler-Berglund, I. & Enskär, K. (2011). Nurses' experiences of caring for children in pain. *Child: care, health and development*, 38(4), ss. 464-470. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01262.x
- Mattsson, J.Y., Forsner, M. & Arman, M. (2011). Uncovering pain in critically ill non-verbal children: Nurses' clinical experiences in the paediatric intensive care unit. *Journal of Child Health Care*, 15(3), ss. 187-198. DOI: 10.1177/1367493511406566
- Nilsson, S. (2009). Smärta hos barn. Hallström, I. & Lindberg, T. (red.). *Pediatrik omvårdnad*. 1., uppl. Stockholm: Liber, ss. 143-149
- NOBAB (2008). Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård. http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/Presentation_Nobabs_standard.pdf [2016-12-13]
- Ortiz, M. I. Ponce-Monter, H. A. Rangel-Flores, E. Castro-Gamez, B. Romero-Quezada, L. C. O'Brien, J. P. Romo-Hernández, G & Escamilla-Acosta, M. A. (2015). Nurses' and nursing students' knowledge and attitudes regarding pediatric pain. *Nursing research and practice*, 2015, ss. 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/210860>

Pölkki, T., Laukkala, H., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. (2003). Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scand J caring sci*, 2003; 17, ss. 373-383. DOI: 10.1046/j.0283-9318.2003.00239.x

Regeringskansliet (2015). *Hälsa och välbefinnande*. <http://www.regeringen.se/regeringspolitik/globala-malen-och-agenda-2030/halsa-och-valbefinnande/> [2016-12-15]

Rieman, M. T & Gordon, M. (2007). Pain management competency evidenced by a survey of pediatric nurses' knowledge and attitudes. *Pediatric nursing*, 33(4), ss. 307-312.

Salanteräs, S. (1999). Finnish nurses' attitudes to pain in children. *Journal of advanced nursing*, 29(3), ss. 727-736. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.00944.x

Schmidt, C., Bernaix, L., Koski, A., Weese, J., Chiapetta, M. & Sandrik, K. (2007). Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6), ss. 336-342. DOI: 10.1097/01.NMC.0000298127.32161.05

SFS 2014:821 *Patientlag*. Stockholm: Sveriges riksdag. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821 [2016-12-13]

Svensk sjuksköterskeförening (2012). *ICN:s Etiska Kod för sjuksköterskor* https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2016-11-27]

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Personcentrerad vård*. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf [2016-12-13]

Van Cleve, L., Muñoz, C.E., Riggs, M.L., Bava, L. & Savedra, M. (2012). Pain Experience in Children With Advanced Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29 (1), ss. 28-36. DOI: 10.1177/1043454211432295

Vincent, C.V.H. & Denyes, M.J. (2004). Relieving children's pain: Nurses' abilities and analgesic administration practices. *Journal of pediatric nursing*, 19(1), ss. 40-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2003.09.006>

Vincent, C.V.H. Wilkie, D.J. & Szalacha, L. (2010). Pediatric Nurses' Cognitive Representations of Children's Pain. *Journal of Pain*, 11(9), ss. 854-863. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2009.12.003>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Zisk-Rony, R.Y., Lev, J. & Haviv, H. (2015). Nurses' report of in-hospital pediatric pain assessment: examining challenges and perspectives. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(2), ss. 112-120. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.003>

BILAGA 1

Databaser och datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Utvalda artiklar
Pubmed Sökning 1 2016-10-17	Child AND Pain AND Perception AND Nurse AND Pediatric	2006-2016, Fulltext, Tidskriftsartikel	22 st	2 st
Pubmed Sökning 2 2016-10-26	Pediatric AND Pain AND Nurse AND Knowledge AND Attitudes	2006-2016, Fulltext, Abstrakt, Tidskriftsartikel	65 st	1 st
Pubmed Sökning 3 2016-11-08	Child AND Pain AND Experience AND Nurse AND Management	2006-2016, Fulltext, Abstrakt, Tidskriftsartikel	73 st	1 st
Cinahl Sökning 1 2016-10-25	Child AND Pain AND Experience	2006-2016, Boolesk sökning, Engelska, Peer- reviewed, abstrakt tillgänglig, Huvudinnehåll: pain	123 st	3 st
Cinahl Sökning 2 2016-10-25	Child AND Pain AND Nurse AND Experience	2006-2016, Boolesk sökning, Engelska, Tidskriftsartikel, Peer- reviewed, Abstrakt tillgänglig, Ämnesord: Nursing, Pediatric care,	64 st	2 st

Cinahl Sökning 3 2016-10-25	Child AND Pain AND Perception AND Nurse	2000-2016, Boolesk sökning, Engelska, Tidskriftsartikel, Peer- reviewed, Abstrakt tillgänglig, Ämnesord: Nursing, Pediatric care,	19 st	1 st
Cinahl Sökning 4 2016-10-25	(Experience OR Perception OR "Sense of coherence") AND (Nurse OR Nursing OR "Pediatric nurse") AND (Pain OR Pain management OR "Pain perception") AND (Child OR "Child care" OR "Child health" OR Pediatric)	2005-2016, Peer- reviewed	237 st	4 st
Cinahl Sökning 5 2016-10-26	Child AND Pain AND Alleviation	2000-2016, Boolesk sökning, Engelska, Tidskriftsartikel, Peer- review	33 st	1 st
Cinahl Sökning 6 2016-10-26	Child AND Pain AND Nurse AND Knowledge AND Attitudes	2000-2016, Boolesk sökning, Engelska, Peer- review, Abstrakt tillgänglig	63 st	2 st

BILAGA 2

Författare Titel Årtal Tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat
<p>Författare: Aziznejadroshan, P., Alhani, F. & Mohammadi, E.</p> <p>Titel: Experiences of Iranian nurses on the facilitators of pain management in children: A qualitative study</p> <p>Årtal: 2016</p> <p>Tidskrift: <i>Pain research and treatment</i></p>	<p>Studiens syfte var att utforska iranska sjuksköterskors uppfattningar om vad som underlättade smärtlindringen hos barn.</p>	<p>Kvalitativ metod. 19 sjuksköterskor från två pediatrika universitetssjukhus intervjuades. Kriterier var minst tre års erfarenhet av att jobba inom pediatrik vård, tillräcklig erfarenhet av smärtlindring, vilja att delta och god verbal förmåga i att återge erfarenheter. De ostrukturerade intervjuerna spelades in enskilt. En konventionell innehållsanalys gjordes. Intervjuerna skrevs ner ord för ord, kodades därefter och kategoriserades efter likheter och skillnader.</p>	<p>Fyra teman för att underlätta smärtlindring identifierades: Mamman och barnets delaktighet i diagnosen och smärtlindringen, närvaro av vårdpersonal och föräldrar samt bra kommunikation. Mammor har en viktig roll i att tolka smärta hos barn som inte kan uttrycka sig verbalt eller är medvetlösa. Sjuksköterskan har en stödjande roll och kan lära ut icke-farmakologiska metoder till föräldrarna. Studien visade att en viktig faktor för lyckad smärtlindring är att skapa en relation mellan sjuksköterskor, barn, föräldrar och läkare. I studien berättade också sjuksköterskorna att lättillgängliga läkare skyndade fram lindringen av smärtan.</p>
<p>Författare: Czarnecki, M.L., Salamon, K.S., Thompson, J.J. & Hainsworth, K.R.</p> <p>Titel: Do barriers to pediatric pain management as perceived by nurses change over time?</p>	<p>Syftet med studien var att på nytt undersöka vad barnsjuksköterskor uppfattar som hinder för, och hur beskriver, optimal smärtlindring hos barn samt om dessa uppfattningar förändras över tid.</p>	<p>Kvantitativ metod. Tre år tidigare gjordes en första studie för att undersöka upplevda barriärer av barnsjuksköterskor. En enkät kallad the modified barriers to optimal pain management användes i båda studier. Deltagarna i studien</p>	<p>Sjuksköterskorna i studien beskrev att optimal smärtlindring var när patient kände välbefinnande och hade en hög funktionsnivå. Det fanns små förändring i barriärerna över tid, de barriärer som var mest framträdande var bland annat: förseningar i</p>

<p>Årtal: 2014</p> <p>Tidskrift: <i>Pain Management Nursing.</i></p>		<p>bjöds in via mejl och 442 sjuksköterskor svarade på den elektroniska enkäten. Beskrivande och inferentiell statistik användes för att jämföra resultaten över tid.</p>	<p>tillgängligheten av läkemedel, bristande läkemedelsordinationer från läkare samt för lite tid att pre-medicinera patienter före smärtsamma procedurer.</p>
<p>Författare: Enskär, K., Ljusegren, G., Berglund, G., Eaton, N., Harding, R., Mokoena, J., Chauke, M. & Moleki, M.</p> <p>Titel: Attitudes to and knowledge about pain and pain management of nurses working with children with cancer: A comparative study between UK, South Africa and Sweden.</p> <p>Årtal: 2007</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Research in Nursing</i></p>	<p>Syftet var att identifiera och beskriva kunskap och attityder kring smärta och smärthantering bland sjuksköterskor som jobbar med cancersjuka barn i tre länder: Storbritannien, Sydafrika och Sverige. Samt om det fanns någon skillnad mellan länderna.</p>	<p>Den kvantitativa studien innefattade 106 sjuksköterskor från Storbritannien, Sverige och Sydafrika som har jobbat med cancersjuka barn i minst ett år inom slutenvården. För att kunna undersöka syftet användes en enkät med frågor om smärta hos barn. Sedan analyserades data med hjälp av SPSS och den deskriptiva statistiken beräknades. Beräkningarna räknades med Wilcoxon two sample test, Kruskal-Wallis ANOVA och Spearman's korrelationsmetod.</p>	<p>Det visade sig att sjuksköterskorna hade god kunskap och positiv attityd gentemot smärta och smärtlindring. De svenska sjuksköterskorna hade högre kunskapsnivå och mer positiv attityd än sjuksköterskorna från de två andra länderna. Gemensamt för alla tre länder var dock att de ansåg att det var acceptabelt att barnet inte fick smärtlindring vid mindre procedurer som blodprovstagning. Det visade sig att hög kunskapsnivå om smärta var sambundet med positiv attityd om smärthantering. Inget samband hittades mellan höga kunskapsnivåer och attityder till smärta. Inget samband mellan smärtlindring och smärthantering hittades.</p>
<p>Författare: Gimpler-Berglund, I. Ljusegren, G & Enskär, K</p> <p>Titel: Factors influencing pain management in children.</p>	<p>Studiens syfte var att identifiera faktorer som har inflytande på sjuksköterskors smärthantering hos barn.</p>	<p>Kvalitativ design. 21 sjuksköterskor, med minst ett års erfarenhet, som arbetar på en pediatrik klinik blev intervjuade med semi-strukturerade, öppna frågor. Data analyserades med innehållsanalys.</p>	<p>Faktorer som påverkade sjuksköterskans sätt att behandla barnets smärta var: Samarbete mellan läkare och sjuksköterska, relationen mellan sjuksköterska och barn, barnets beteende, rutiner på avdelningen samt</p>

<p>Årtal: 2008</p> <p>Tidskrift: <i>Paediatric nursing.</i></p>			<p>sjuusköterskans kunskap och egen erfarenhet av smärta och att jobba med barn som lider av smärta.</p>
<p>Författare: Griffin, R.A., Polit, D.F. & Byrne, M.W.</p> <p>Titel: Nurse characteristics and inferences about children's pain.</p> <p>Årtal: 2008</p> <p>Tidskrift: <i>Pediatric nursing</i></p>	<p>Syftet var att beskriva barnsjuusköterskors skildrade svar av barns smärta, utifrån korta fiktiva patientfall, och utforska egenskaper hos sjuusköterskan som kan påverka dessa svar.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie. En enkät skickades ut till 700 sjuusköterskor i USA, 334 svarade på enkäten. Enkäten innehöll tre fallbeskrivningar, frågor om smärthantering kopplat till fallbeskrivningarna samt frågor om deltagarens demografiska uppgifter och professionella bakgrund. För att beskriva sambandet mellan sjuusköterskornas egenskaper och smärthantering användes t-tester och variansanalys.</p>	<p>I resultatet visade det sig att majoriteten av sjuusköterskorna skattade barnens smärta ungefär lika högt som barnen själva. Majoriteten av sjuusköterskorna gav också nära maximal dos av läkemedel som de kunde ge. Många sjuusköterskor i studien skulle utöver läkemedel också utföra flera icke-farmakologiska metoder för smärtlindring. Författarna till studien fann inte något signifikant samband mellan sjuusköterskornas svar på fallbeskrivningarna och demografiska uppgifter som kön, ålder, arbetslivserfarenhet och utbildningsnivå. Sjuusköterskor som hade erfarenhet av smärta själva och specialistutbildade sjuusköterskor gav högre doser av läkemedel än andra.</p>
<p>Författare: Hilliard, C. & O'Neill, M.</p> <p>Titel: Nurses' emotional experience of caring for children with burns.</p>	<p>Syftet med studien var att utforska barnsjuusköterskors emotionella upplevelse vid vårdandet av barn med brännskador och hur sjuusköterskan hanterar de känslorna.</p>	<p>I studien användes djupa ostrukturerade intervjuer för att samla in data och analyserades med hjälp av Colaizzi's struktur som innefattar sju stadier. Tio sjuusköterskor som</p>	<p>Sjuusköterskans relation med barnen ansågs vara viktig för att öka trygghet och öka bekvämligheten för att inte vara rädd att ställa frågor. Vid omläggning av brännskadorna kände sjuusköterskan skuld</p>

<p>Årtal: 2010</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Clinical Nursing.</i></p>		<p>jobbade på ett universitetssjukhus brännskadeenhet för barn på Irland blev inbjudna till studien, varav åtta stycken tackade ja till att delta.</p>	<p>och ängslan eftersom det kändes som de bröt förtroendet till barnet eftersom omläggning var smärtsam för barnet. En annan väsentlig faktor som sjuksköterskorna ansåg vara viktig var att lindra barnens smärta med analgetika inför omläggningar. Sjuksköterskorna kände hjälplöshet när de såg barnet gråta av smärta och inget hjälpte. När barnets smärta lindrades minskades sjuksköterskans oro.</p>
<p>Författare: Ljusegren, G. Johansson, I. Gimble-Berglund, I & Enskär, K</p> <p>Titel: Nurses' experiences of caring for children in pain.</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Tidsskrift: <i>Child: care, health and development.</i></p>	<p>Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser när de vårdar barn med smärta.</p>	<p>Kvalitativ metod. Inspelade semi-strukturerade intervjuer gjordes med sjuksköterskor som hade minst ett års erfarenhet av att arbeta på en barnklinik i södra Sverige. Innehållsanalys gjordes.</p>	<p>Det visade sig att när barnets smärta följde ett förväntat mönster och svarade på behandling kände sjuksköterskan att hon kunde lita på sin egen kunskap och kände sig trygg. Men när situationen var oförutsägbar kände sig sjuksköterskan orolig, maktlös och övergiven och använde en skyddsmekanism genom att misstro patienten.</p>
<p>Författare: Ortiz, M. I. Ponce-Monter, H. A. Rangel-Flores, E. Castro-Gamez, B. Romero-Quezada, L. C. O'Brien, J. P. Romo-Hernández, G & Escamilla-Acosta, M. A.</p> <p>Titel: Nurses' and nursing students' knowledge and</p>	<p>Syftet var att undersöka mexikanska sjuksköterskors och sjuksköterskestudenters kunskap och attityd när det kommer till smärta hos barn.</p>	<p>Kvantitativ metod. Prospektiv, beskrivande och analytisk tvärsnittsstudie gjordes. Deltagarna var 111 sjuksköterskor som jobbade heltid på ett barnsjukhus samt 300 sjuksköterskestudenter. Deltagarna svarade på enkäten PNKAS (Pediatric Nurses'</p>	<p>Kunskapsnivån om smärta och smärtlindring var låg hos både sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter. Den fråga som sjuksköterskor svarade mest rätt på (92,8 %) löd: Smärtlindring för kontinuerlig smärta bör ges? Rätt svar var: Enligt ett fast schema dygnet runt. De frågor som var båda grupperna</p>

<p>attitudes regarding pediatric pain.</p> <p>Årtal: 2015</p> <p>Tidskrift: <i>Nursing research and practice.</i></p>		<p>Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain) översatt på spanska. Enkäten är utformad för att snappa upp kunskap och attityder kring bland annat barns smärta, smärtlindring. Enkäten bestod av frågor med flervalalternativ, påståenden med sant eller falskt som svarsalternativ och två fallbeskrivningar. Dataanalysen gjordes i SPSS för att göra en beskrivande, statistisk innehållsanalys. T-test gjordes för att undersöka skillnaderna mellan grupperna.</p>	<p>svaghet handlande om smärtskattning. 93,7 % av sjuksköterskorna svarade att när en patient uppger svår smärta så måste man förlita sig på fysiska symtom på smärta för att bekräfta den. Detta svar var felaktigt. 91 % av sjuksköterskestudenterna trodde att fler än 0 – 10 % av patienter med smärta överdrev sin smärtskattning, detta var också felaktigt.</p>
<p>Författare: Pölkki, T., Laukkala, H., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M.</p> <p>Titel: Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients</p> <p>Årtal: 2003</p> <p>Tidskrift: <i>Scand J caring sci</i></p>	<p>Syftet med studien var att beskriva faktorer som hindrar samt främjar sjuksköterskors användande av icke-farmakologiska metoder för barn med postoperativ smärta samt vilka demografiska värden som korrelerar med dessa faktorer.</p>	<p>Kvantitativ metod. 163 sjuksköterskor som jobbade inom pediatrik vård på fem universitetssjukhus i Finland svarade på en enkät. Enkäten samlade in demografisk data som till exempel kön, ålder, utbildning och arbetslivserfarenhet. Enkäten samlade också in data sjuksköterskornas uppfattning av faktorer som kan hindra eller främja deras användning av icke-farmakologiska metoder i smärtlindring hos barn. Dataanalysen gjordes i SPSS. Författarna använde sig av</p>	<p>Det visade sig att de främjande faktorerna för sjuksköterskans användande av icke-farmakologiska metoder var: Sjuksköterskans kompetens, varierande användning av smärtlindringsmetoder, arbetsbelastning/tid, barnets ålder och förmåga att samarbeta samt föräldradeltaktighet. De hindrande faktorerna var: Sjuksköterskans osäkerhet, uppfattningar om föräldrarnas roll och barnets kapacitet att uttrycka smärta, hög arbetsbelastning/brist på tid, begränsad användning av olika smärtlindringsmetoder samt organisationsmodell/hög patientomsättning.</p>

		beskrivande statistik och faktoranalys.	
<p>Författare: Rieman, M. T & Gordon, M.</p> <p>Titel: Pain management competency evidenced by a survey of pediatric nurses' knowledge and attitudes.</p> <p>Årtal: 2007</p> <p>Tidskrift: <i>Pediatric nursing.</i></p>	<p>Studien syfte var att utvärdera kunskapsläget i smärtlindring och smärtbedömning hos sjuksköterskor som jobbar på barnsjukhus.</p>	<p>Kvalitativ metod. Deltagarna svarade på en enkät som är utformad för att fånga upp kunskap och attityder kring smärtlindring, smärtbedömning, analgetikaanvändning och användandet av icke-farmakologiska åtgärder (Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, PKNAS). Enkätfrågorna och påståendena är specificerade för pediatriken och baserade på riktlinjer för akut smärtlindring hos barn och ungdomar. Det fanns även med två påhittade patientfall. Svartalternativ var sant eller falskt eller flervalalternativ. Deltagarna var 295 sjuksköterskor som jobbade på åtta barnsjukhus i USA. Deltagarna var anonyma. Enkätsvaren lades in i Excel och analysen gjordes i ett statistiskt analysystem (SAS). Data visades i procent rätt svar.</p>	<p>Medelvärde var 74 % rätt svar. Sjuksköterskor med mindre än två års erfarenhet hade färre rätt svar än de som hade mer än två års erfarenhet. Det påstående som hade flest rätt svar (99 %) var: Barn med smärta borde bli uppmuntrade att uthärda så smycket smärta som möjligt innan man tar till metoder för smärtlindring. Rätt svar var falskt. Ett påstående som hade många felaktiga svar (59,3 %) löd: Andningsdepression inträffar sällan hos barn som fått opioider under en längre period. Rätt svar var sant. Deltagarnas svagaste område visade sig vara kunskap om läkemedel och läkemedelseffekter speciellt fördomar om morfin där många inte svarade rätt: att morfin är det bästa läkemedlet för svår och långvarig smärta. Nivå av utbildning och år av yrkesverksamhet och klinisk erfarenhet bidrar till den kunskap som krävs för tillfredsställande kompetens i smärtlindring.</p>
<p>Författare: Van Cleve, L., Muñoz, C.E., Riggs, M.L., Bava, L. & Savedra, M.</p>	<p>Syftet var att undersöka symtom på smärta och smärthantering hos barn med avancerad cancer med hjälp av barnets</p>	<p>Kriterierna för medverkan i studien var att barnen skulle vara mellan 6 till 17 år och talade antingen</p>	<p>Signifikanta skillnader rådde mellan sjuksköterskans dokumentation och barnets självskattning</p>

<p>Titel: Pain experience in children with advanced cancer</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i></p>	<p>rapport och sjuksköterskans dokumentering av smärtan.</p>	<p>engelska eller spanska samt att lida av någon form av avancerad cancer. Barnen intervjuades på sjukhuset eller hemma. Instrumenten som användes för att mäta det som eftersöktes var Memorial symptom assessment scale (MSAS), Body outline och The common toxicity criteria-revised (CTC-R). Data analyserades i SPSS.</p>	<p>gällande smärta. Barnen lokaliserade smärtan på områden som huvudet, buken, nedre ryggdelen, ben och fötter. Barnen rapporterade högre smärtintensitet i MSAS och CTC jämfört med sjuksköterskans dokumentation. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan vita och latinamerikanska barns rapport av smärtintensitet. Dock rådde det skillnad i sjuksköterskans dokumentation av smärtintensitet mellan vita och latinamerikanska barn. Sjuksköterskan gav oftare icke-opioider när barnet skattade själv och mer opioider när sjuksköterskan gjorde bedömningen.</p>
<p>Författare: Vincent, C.V.H. & Denyes, M.J.</p> <p>Titel: Relieving Children's pain: Nurses' abilities and analgesic administration practices</p> <p>Årtal: 2004</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of pediatric nursing</i></p>	<p>Det huvudsakliga syftet med studien var att undersöka relationen mellan sjuksköterskans kunskap och attityder om barns smärtlindring, sjuksköterskans förmåga att övervinna hinder för optimal smärtlindring, sjuksköterskans metoder för smärtlindring och smärtnivån hos barn inom slutenvården.</p>	<p>Kvantitativ metod. Deltagarna bestod av 67 sjuksköterskor som vårdade 132 barn som led av smärta. Studien baserades på enkätfrågor och anteckningar från de smärtpåverkade barnens journaler om all vid-behovsmedicin som administrerats under en sex timmars period av den vårdande sjuksköterskan. Fyra smärtbedömningar samlades in under sextimmarsperioden med två timmars mellanrum. Enkäterna bestod av frågor om</p>	<p>Studien visade att sjuksköterskornas förmåga att lindra smärta var på en lagom hög nivå. Sjuksköterskorna visade också på ganska hög kunskap och positiv attityd om smärta. I fallbeskrivningarna trodde sjuksköterskorna oftare på barnets smärtberättelse när barnet också visade smärtbeteenden än när de inte visade några beteendetecken på smärta. Sjuksköterskorna visade ganska hög kunskap gällande smärtstillande läkemedel. De gav mer</p>

		<p>sjuusköterskornas kunskap och attityd till smärta, sjuusköterskornas hantering av hinder för adekvat smärtlindring samt fallbeskrivningar. Data samlades även in om sjuusköterskornas demografi. Barnens demografiska uppgifter hämtades från deras journaler. Hierarkisk regressionsanalys gjordes.</p>	<p>smärtlindring till de barn som skattade sin smärta högre. Studien visade också att det fanns ett samband mellan arbetslivserfarenhet och förmågan att övervinna hinder för optimal smärtlindring.</p>
<p>Författare: Vincent, C.V.H., Wilkie, D.J. & Szalacha, L.</p> <p>Titel: Pediatric nurses' cognitive representations of children's pain.</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Tidskrift: <i>The Journal of Pain.</i></p>	<p>Studiens syfte var att beskriva hur sjuusköterskors kognitiva representationer (mentala bilder av omgivningen) av bedömning och hantering av barns smärta samt att fastställa relationen mellan sjuusköterskornas kognitiva representationer och deras val av smärtbedömning och administration av morfin.</p>	<p>Studien gjordes med en deskriptiv och explorativ design med både kvantitativ och kvalitativ metod samt analys. 87 sjuusköterskor som arbetade med barn inom slutenvården intervjuades och fick svara på två fallbeskrivningar. IVA-avdelningar för barn och nyfödda uteslöts. Mätinstrument som användes var Conceptual Contentual Cognitive Map för att mäta deras kunskap, uppfattning och antaganden. Data från mätinstrumentet analyserades sedan med olika strategier som t-test, korrelation och tabeller.</p>	<p>Majoriteten identifierade att genom att observera barnets beteende kunde de bedöma smärtan, om barnet själv inte kunde skatta smärtan. Hälften av sjuusköterskorna ansåg att detta var det viktigaste bedömningsunderlaget. Barnens egen rapportering av smärtan sågs också som ett viktigt bedömningsunderlag. Majoriteten av sjuusköterskorna identifierade läkemedel som en metod för smärtlindring och hälften tyckte denna metod var viktigast. Efter läkemedel kom icke-farmakologisk smärtlindringsmetod och efter det en blandning av båda. Det visade sig att en hög andel av sjuusköterskorna skattade lika högt som barnen själva i de båda fiktiva patientfallen men färre sjuusköterskor</p>

			valde att administrera den lämpliga dosen av morfin till det leende barnet än det grimaserande barnet.
<p>Författare: Zisk-Rony, R.Y., Lev, J. & Haviv, H.</p> <p>Titel: Nurses' report of in-hospital pediatric pain assessment: Examining challenges and perspectives.</p> <p>Årtal: 2015</p> <p>Tidskrift: <i>Pain Management Nursing</i></p>	<p>Syftet med studien var att undersöka de smärtbedömningsmetoder som sjuksköterskor uppger att de använder inom slutenvården samt fastställa vilka hinder som sjuksköterskan har och varför det tycks vara svårt att bedöma barn med smärta inom slutenvården.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie som gjordes bland barnsjuksköterskor i Israel. 82 barnsjuksköterskor fick svara på en enkät med 15 frågor där de fick poängsätta sig själva. När alla enkäter vara insamlade analyserades de i SPSS och tabeller utformades.</p>	<p>Det visade sig att nästan alla sjuksköterskor som deltog i studien svarade att de hade tillräckligt med kunskap om barns smärta inom slutenvården. 90 % rapporterade att de var bekanta med smärtskattningsskalor men trots detta svarade 75 % att de sällan eller inte använt smärtskalor för smärtbedömning de senaste veckorna. 86 % av sjuksköterskorna sa att de förlitade sig på sitt egna helhetsintryck av barnets smärta. Endast en tredjedel involverade föräldrarna i smärtbedömningen.</p>