

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:34

Att vilja veta och förstå
Hur barns smärta och rädsla kan lindras vid medicinska procedurer

Maria Robertsson
Ulrika Ryding



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Att vilja veta och förstå
Hur barns smärta och rädsla kan lindras vid medicinska procedurer

Författare: Maria Robertsson & Ulrika Ryding

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK 01 A

Handledare: Katarina Karlsson

Examinator: Ingela Rydström

Sammanfattning

Många barn som besöker sjukvården kan uppleva rädsla och smärta när de ska genomgå medicinska procedurer. Barn kan även känna sig maktlösa och utlämnade i sitt möte med sjukvården. Stora förändringar har skett i barnsjukvården de senaste åren då miljön har anpassats till barnens behov. Trots detta finns stora brister i sjukvården när det gäller kunskap, information och bemötande av barn vid medicinska procedurer. För att sjuksköterskan ska kunna ge en god omvårdnad till barnet är det viktigt att vårda utifrån ett barnperspektiv där fokus bör vara att ge barn en trygg upplevelse. Syftet med denna litteraturstudie är att belysa hur barns smärta och rädsla vid medicinska procedurer kan lindras med hjälp av komplementära metoder utifrån ett barn- och sjuksköterskeperspektiv. Denna litteraturstudie bygger på en analys av elva vetenskapliga artiklar med kvalitativ design. I resultatet framkom fyra teman: Distraherande strategier, en anpassad miljö, förberedande information och närvarande familjemedlemmar. Studiens resultat visar att barn använder sig av olika metoder för att bemästra sin smärta och oro. Barnen har även ett stort behov av kunskap och trygghet. Resultaten påvisar även att sjuksköterskan har en betydande roll i arbetet med att lindra barns rädsla och smärta. På många ställen i vården idag måste kunskapsnivån och miljön anpassas mer till barnens behov och utvecklingsnivå. Det framgår inte i litteraturen och klinisk praxis hur viktig relationen mellan sjuksköterskan och barnet är. Med en ökad kunskap och en större förståelse för barnets situation kan deras lidande minskas under medicinska procedurer.

Nyckelord: Medicinska procedurer, barn, smärta, rädsla, lindra, sjuksköterska och miljö.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Barnsjukvården genom tiderna	1
Barns utveckling	2
Utvecklingspsykologi - Piaget	2
Etik	3
Barns rättigheter	3
Etiska principer	3
Smärta	3
Rädsla	4
Komplementära metoder	5
Medicinska procedurer och lidande	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Litteratursökning	6
Inklusion och Exklusion	7
Kvalitetsgranskning	8
Analys	8
RESULTAT	8
Distraherande strategier	8
En anpassad miljö	10
Förberedande information	10
Närvarande familjemedlemmar	13
Slutsats	14
Distraherande strategier	14
En anpassad miljö	14
Förberedande information	14
Närvarande familjemedlemmar	15
DISKUSSION	15
Metod diskussion	15
Resultat diskussion	16
REFERENSER	19

INLEDNING

Vi är två sjuksköterskestudenter som har valt att skriva vårt examensarbete om medicinska procedurer, barn, smärta, och rädsla. Vi har båda två egna barn och har själva upplevt hur det är att åka in till lasarettet med dem. Att behöva besöka sjukvården med sitt barn är nästan alltid förenat med rädsla och oro, både för barnet och för oss som föräldrar. Det är viktigt att få ett bra bemötande av sjukvårdspersonalen för att oro och rädsla ska lindras. Som sjukvårdspersonal är det inte alltid lätt att bemöta barn och deras föräldrar på bästa sätt, orsaken kan vara brist på kunskap, personal och att det är stressigt. Det kan vara svårt att förstå vad barn känner och upplever i olika åldrar och på så sätt blir barn mer sårbara. På grund av att barn är i olika utvecklingsfaser kan det vara en stor utmaning för oss som ska jobba inom vården att kunna bemöta barn på ett bra sätt. Med detta arbete önskar vi få mer kunskap om hur barn upplever smärta och rädsla vid medicinska procedurer och vad vi som vårdpersonal och föräldrar kan göra för att minska deras lidande.

Där begreppet procedurer/medicinska procedurer används åsyftas behandlingar, operationer och undersökningar. Med begreppet barn menar vi barn och tonåringar mellan 2-16 år.

Centrala begrepp: Barns utveckling, medicinska procedurer, etik, lidande, smärta och rädsla.

BAKGRUND

De flesta barn upplever någon form av obehag eller ångest när de skall besöka sjukvården. Speciellt vid tillfällena då de måste genomgå medicinska procedurer som kan göra ont eller är obehagliga. Medicinska procedurer kan innebära allt från blodprovstagning i fingret, röntgen, venprovtagningar, blodtrycksmätningar, tempkontroll m.m. till kirurgiska ingrepp (Edvinson Månsson & Enskär, 2008).

Barnsjukvården genom tiderna

Historiskt sett och fram till nutid har stora förändringar skett inom barnsjukvården. På 1800-talet trodde läkarna att barn inte kunde uppleva smärta på samma sätt som vuxna. Det var först år 1842 som smärtlindring och narkos började användas på barn innan operation (Burns, 1997). Ett av de första barnsjukhusen i Sverige byggdes i Stockholm år 1854. Atmosfären på sjukhuset var hemlik och mödrarna uppmuntrades att vårda och ta hand om sitt barn. I början av 1900-talet skedde dock en förändring, som innefattade att personalen var rädd att anhöriga innebar en smittorisk för barnen. Sjukhusen blev kalla och sterila. Besökstiderna minskades kraftigt, samtidigt så uppfattades det också att barnen blev upprörda då föräldrarna gick. Slutsatsen drogs att barn skulle må bättre utan någon kontakt med föräldrarna. Många barn blev då apatiska, drog sig undan och verkade frånvarande på grund av att barnen inte fick träffa sin familj. Inte förrän i slutet av 1950 efter en brittisk rapport om barns vård på sjukhusen slogs det fast att barn skulle vårdas av sjukvårdskunnig personal samt att föräldrarna skulle involveras och delta i största mån (Bischofberger, Dahlqvist, Edvinson Månsson, Tingberg & Ygge, 2004).

Idag är föräldrarnas roll oerhört viktig när deras barn vårdas på sjukhus fast det finns många olika tankar om hur delaktiga de skall vara i själva vårdandet. Föräldrarna kan uppleva att deras roll är oklar eftersom behovet av föräldrars medverkan inte är tydligt uttalad. Målsättningen i

barnsjukvården idag är att bedriva en familjecentrerad vård vilket betyder att familjen och barnet sätts i centrum i den vård som utförs, där föräldrarna görs delaktiga i mesta möjliga mån. Barnet får idag ha föräldern hos sig under sjukhusvistelsen och föräldrarna har också rätt att vara delaktiga i utformandet av vården kring deras barn (Bischofberger, et al. 2004). Heath (1998) anser att de största förändringarna som har skett under de senaste 40 åren inom barnsjukvården är att miljön som barnen vistas i på sjukhusen har förändrats och anpassats till deras behov, samt att vikten av att det är just specialistutbildade sjuksköterskor som arbetar med barnen. Tveiten (2000) skriver att sjuksköterskans roll i ett multiprofessionellt samarbete runt barnen är att bidra med sin specifika kompetens. Denna kompetens kan omfatta både pedagogiska aspekter, förebyggande aspekter, lindrande aspekter och behandlingsaspekter. Sjuksköterskan har ansvar för att utöva de omvårdnadsfunktioner som står beskrivna i socialstyrelsens författningar. I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som styr sjuksköterskans arbete står det att sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov och trygghet. Behandlingen skall byggas på respekt och göras i mesta möjliga samråd med patienten (SFS 1982:763). Sjuksköterskans kunskaper idag är en betydande faktor för hur mötet blir med barnet under själva proceduren. En god omvårdnad kräver att sjuksköterskan tar sig tid och äger förmågan att förstå det sjuka barnets situation samt att hon/han besitter komplex kunskap och kompetens för att utöva skicklig omvårdnad. Att vårda utifrån ett barnperspektiv är viktigt där fokuset ligger på att göra kontakten med sjukvården till en bra upplevelse för både barn och vuxna. Ett barnperspektiv innebär att i mötet med barn försöka se med deras ögon och att för varje barn vi möter försöker känna in just hur det barnet mår (Bischofberger, et al. 2004).

Barns utveckling

Barns utveckling är bra att känna till för att förstå hur de kan uppleva sin omvärld. Under barns uppväxt förändrar de sitt sätt att uppfatta och tolka omgivningen. En stor del kan bero på barnets tidigare erfarenheter. Barnet tolkar omvärlden utifrån sina egna individuella referensramar och därför kan liknande situationer upplevas helt olika av enskilda barn även om de är i samma ålder och utvecklingsfas (Evenshaug & Hallen, 1992). Edwinson Månsson och Enskär (2008) skriver att barn tänker och kommunicerar på ett annat sätt än vuxna och därför är det viktigt att alla som arbetar med barn ska ha kunskap om barns utveckling.

Utvecklingspsykologi - Piaget

Jean Piaget har bedrivit forskning på människans kognitiva utveckling. Enligt Piaget så sker den intellektuella utvecklingen i olika stadier där varje stadium skall vara avslutat innan nästa inleds. Han menade även att det är bra att känna till hur barn tänker för att kunna besvara och förstå deras frågor. Piagets utvecklingsteori är indelad i följande grundläggande stadier: Sensori-motorisk period 0-2 år, Preoperationell period 2-7 år, konkret operationell period 7-11 år och formellt operationell period från ca 11 år och uppåt (Edwinson Månsson & Enskär, 2008).

Under den senso-motoriska perioden sker inläringen genom motoriska övningar och sinnesupplevelser. Den preoperationella perioden är tänkandets period. Här är barnet självupptaget och tänkandet är centrerat runt dem själva. Barnet har ett magiskt tänkande som innebär att barn fantiserar. I den konkreta och operationella perioden börjar barnet tänka logiskt, kunna dra slutsatser och förklara, vilket gör att de i sitt tänkande blir mycket upptagna av att förklara och förstå allt som händer runt omkring dem. När barnet kommer till den formellt operationella perioden så kan barnet resonera mer logiskt och har ett abstrakt tänkande. De börjar förstå att saker och ting skulle kunna vara annorlunda och att sanningar kan ifrågasättas. Detta

kan vara orsaken till att ungdomarna upplever personliga kriser och konflikter i övergången från barn till vuxen- värld (Evenshaug & Hallen, 1992).

Etik

Barns rättigheter

Barnsjukvård styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Lagen framhåller att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet. Behandlingen ska även bygga på respekt för patientens integritet och medbestämmande. År 1989 antogs Förenta Nationernas konvention om barns rättigheter i Sverige. Barnkonventionen handlar om det enskilda barnets rättigheter och omfattar fyra grundläggande principer som består av rätten till liv och utveckling, förbud mot diskriminering, rätten till att uttrycka åsikter samt att se till barnets bästa. Även Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukdom (NOBAB) har utarbetat riktlinjer för barnens rättigheter som många barnkliniker jobbar utifrån. Riktlinjerna utgår från tio punkter där bland annat medbestämmande, rätten till information, föräldramedverkan och stöd och lek tas upp som viktiga punkter (Edwinson Månsson & Enskär, 2008).

Etiska principer

Vad är det som bestämmer att en handling är rätt eller fel? Människors handlingar kan utvärderas utifrån olika etiska principer. De vanligaste etiska principerna inom sjukvården är självbestämmande principen, lidande principen, godhetsprincipen och rättvisepincipen. Självbestämmande (autonomi) principen som säger att individen bör få rätt att bestämma över sina egna handlingar bara de inte inverkar på andra människor. (Edwinson Månsson & Enskär, 2008). Dahlquist (2004) skriver att när barn vårdas på sjukhus är det i första hand föräldrarna som företräder barnet och ersätter deras autonomi. När ska barnet få vara delaktigt i de beslut som gäller dem själva? För att barnet och föräldrarna ska uppleva att deras integritet respekteras ska de göras delaktiga i beslut och handlingar som har med behandling att göra. I Svensk lag tas i vissa sammanhang hänsyn till att barnet har en ökad kompetens till att fatta beslut som gäller dem själva redan vid 12 års ålder alltså långt före myndighetsåldern 18 år. Edwinson Månsson och Enskär (2008) skriver även om Lidande (minimerings) principen som utgår från att lidande är något som inte är önskvärt och att lidande och skada skall undvikas. Rollen som sjuksköterska är att främja hälsa och minska lidande. Vissa medicinska procedurer kan ge ett ökat lidande med smärta och integritetskränkning för barn. Men det lidande som barnet känner i den stunden då exempelvis venprovtagning sker kan i samma stund ge lindring av föräldrarnas oro då de kanske kan få svar på vad barnet lider av (Bischofberger, et al. 2004). Godhets (maximerings) principen säger att det finns en förpliktelse i att göra det som är gott och rättvisepincipen innebär att alla ska behandlas lika om det inte finns etiska skillnader som motiverar olika behandlingar. Alla människor har rätt till en god sjukvård oberoende av utbildning, ålder eller ekonomi (Edwinson Månsson & Enskär, 2008).

Smärta

Smärta kan beskrivas utifrån olika synvinklar fysiologiskt och subjektivt. Fysiologiskt reagerar kroppen på smärta genom att de perifera afferenta nerverna skickar smärtimpulserna till ryggmärgens bakhorn. Smärtimpulserna leds sedan genom de snabba A delta fibrerna, dessa fibrer är myeliniserade och leder därmed impulserna relativt snabbt. A delta fibrerna leder oftast den akuta skarpa smärtan, medan C fibrer är omyeliniserade och leder den lite senare insättande diffusa/dova smärtan. Smärtsignalerna leds sedan via speciella ledningsbanor i ryggmärgen upp

till smärtcentrum i hjärnan oftast via talamus där smärtan tolkas. Smärtupplevelsen och smärtreaktionen kan indelas i fyra faser, transduktion, överföring, modulering och upplevelse (Haegerstam, 1996). Mycket forskning behöver genomföras för att förstå nervsystemets utveckling, det är även viktigt att skapa en förståelse för hur barnets utvecklade nervsystem reagerar på smärta och den farmaka som ges (Tveiten, 2000).

Den subjektiva smärtupplevelsen är svår att beskriva eller definiera och då speciellt när det gäller barn. Barns förmåga att ge uttryck för smärta och upplevelse är inte alltid lätt att tolka och förstå. Det är viktigt att komma ihåg att smärtupplevelsen är unik för varje barn och att vårdpersonal underskattar ofta smärtans intensitet. En obehandlad smärta kan leda till negativa fysiologiska och psykologiska aspekter för barn (Edwinson Månsson & Enskär, 2008). Alla upplever smärta olika och smärtan påverkas av många olika faktorer som till exempel barnets sociala, kulturella och existentiella komponenter. Den kan också påverkas av tidigare smärtupplevelser, sjukdomstillstånd och föräldrarnas attityder (Karlsson, 2009).

Barn reagerar och uttrycker sin smärta olika i olika åldrar.

- Småbarn 2-4 år: De brukar reagera på smärta genom funktionsförändringar, som till exempel att de slutar äta eller röra på sig.
- Förskoleåldern 4-6 år: Har livlig fantasi och kan sätta ord på händelser och situationer. Genom att lyssna på barnet kan värdefull information komma fram.
- Skolåldern/ Tonåringar 7- 16 år: Skolbarnens och tonåringarnas smärtuttryck liknar de vuxnas (Tveiten, 2000).

Under själva smärtupplevelsen brukar barn ta till olika copingstrategier för att kunna bemästra sin smärta. Dessa kan visa sig som andningsövningar, avslappning eller videospel (Edwinson Månsson & Enskär, 2008). Coping brukar definieras som psykologiska strategier för att bemästra stressade situationer. Det finns två olika former av copingstrategier, kognitiva och icke kognitiva. De kognitiva strategierna innebär att barnet med hjälp av sitt förnuft intalar sig att det inte kommer vara så farligt. I den icke kognitiva strategin använder barn sig av kroppsliga beteenden. Dessa beteenden är känslolösta och kan visa sig som att barn vill hålla någon i handen eller sitta i någons knä (Tamm, 2003).

Vid ångest och rädsla aktiveras vissa delar av hjärnan som påverkar hur barn upplever smärta. Ångesten kan upplevas som riktig fysisk smärta hos barn och förstärker därmed hela smärtupplevelsen (Tveiten, 2000). Dock grundar sig smärtupplevelsen oftast på flera faktorer än enbart stimulering av smärtbanorna (Hawthorn & Redmond, 1998). Barn klarar först vid cirka 7 års ålder att beskriva sin smärta. När ett barn smärtbedöms innefattar det barnens egna upplevelser och beteendemönster samt fysiska och psykologiska reaktioner. I smärtbedömningen tas också hänsyn till föräldrarnas uppfattning av barnets smärta (Karlsson, 2009).

Rädsla

Rädsla är en mänsklig och central känsla som existerar i alla åldrar (Tamm, 2003). Rädsla är ett sätt för kroppen att undvika och förutse faror. När fara hotar kan kroppen reagera med ett hjärtat börjar bulta, svettningar kan förekomma liksom blekhet. Reaktionen blir flykt eller kamp. När barn ska genomgå medicinska procedurer som att gå till vårdcentralen eller genomgå någon behandling blir de flest barn rädda eller ängsliga. Oftast har barnet en förälder med som trygghet och stöd. Det händer emellertid att barnen får stora medicinska rädsor som hindrar barnet från att

genomgå den behandling som är nödvändig. Då kan det vara tvunget att behandla rädslan så att inte barnets hälsa riskeras att ta skada. Det kan vara stor skillnad på hur barn upplever medicinska procedurer. Faktorer som påverkar kan vara barnets ålder och kön, tidigare erfarenheter av medicinska procedurer, hur mycket och vilken sorts information som lämnats och hur föräldrarna reagerar. Eftersom medicinska procedurer kan vara mer eller mindre smärtsamma kan det vara svårt att avgöra vad som är smärta och vad som är rädsla hos ett barn. Generellt sägs det att desto äldre ett barn är, ju mindre rädd är det. Det kan vara så att äldre barn är lika rädda som yngre, men att de har större erfarenhet av medicinska procedurer och att de har lärt sig att kontrollera sin rädsla och inte visa den för den som iakttar (Tamm, 2003).

Komplementära metoder

En komplementär behandlingsmetod kan definieras som en alternativ behandlingsmetod som inte faller inom ramen för den konventionella hälso- och sjukvården (Wikipedia, 2010). Massage, visualisering och beröring är komplementära metoder som kan medverka till avslappning och avledning hos både små och större barn. Dessa metoder används främst för att lindra smärtor, minska stress och andra obehag hos barn. Visualisering går ut på att hjälpa barn in i fantasier eller att få dem att tänka på något annat och på så sätt kan barns uppmärksamhet ledas bort ifrån smärtan. Visualisering används från cirka fyra års ålder men måste bedömas utifrån barnets utvecklingsnivå och tillstånd (Tveiten, 2000). Andra komplementära metoder kan vara att stödja barn med självkontroll genom att ge åldersanpassad information, låta barnet vara delaktig och att skapa tillit vid medicinska procedurer. Det är viktigt att alla som närvarar vid en medicinsk procedur skapar en trygg stämning runt barnet. För att barn ska kunna hantera tillvaron runt en medicinsk procedur behöver barnet stöd och hjälp i att använda deras egna strategier för att klara av situationen (Edwinson Månsson & Enskär, 2008).

Medicinska procedurer och lidande

Barn som behöver genomgå provtagningar eller operationer kan uppleva att de är maktlösa och utlämnade. Därför måste sjukvårdspersonalen ha kunskap om barnens utvecklingsnivå så att de kan möta barnet på bästa sätt. För att inge trygghet till barnet är det dessutom viktigt att tala ett språk som barnet förstår. Att ge barnet en positiv och trygg upplevelse vid medicinska procedurer kan förebygga ett framtida vårdlidande för barnet (Edwinson Månsson & Enskär, 2008). Vårdlidandet är det lidande som barnet upplever till följd av behandlingar och vård. Denna typ av lidande har vårdpersonal stor del i och kan förhindra när det uppmärksammas. Felaktig vård eller utebliven vård kan förvärra symtom eller problem som sjukdomen orsakat. Det är viktigt att behålla barnets förtroende för framtida undersökningar (jfr. Wiklund, 2003). Edwinson Månsson och Enskär (2008) skriver att medicinska procedurerna ofta kan upplevas som skrämmande och hotfulla för barn och de har svårt att inse och förstå att det är för att hjälpa och läka som de måste genomgå dem. Detta beskriver även Eriksson (1994) som vårdlidande. Sjukdomslidandet är de problem och symtom som sjukdomen leder till. Lidandet kan vara en upplevelse av begränsning eller ett fysiskt symtom.

Vid medicinska procedurer är det viktigt att kunna vårda och lindra lidande (Edwinson Månsson & Enskär, 2008). Enligt Eriksson (1994) kan detta ske genom ansning, lekande och lärande. Ansning innebär omvårdnad och att hjälpa barn att frigöra sig från känslor av skam och skuld. Det kan också vara att tala om existentiella frågor, att bearbeta oro om döden eller liknande. I leken finns skapandet, lusten och prövning, men här kan även finnas allvar. Genom lek kan barn få en möjlighet till att övervinna skrämmande upplevelser och utforska olika handlingsalternativ

(jfr. Wiklund, 2003). Leken kan också vara en möjlighet till lärande. Vid medicinska procedurer används ofta den strukturerande leken. Den används för att förbereda barnet inför den speciella behandling eller undersökning som barnet ska genomgå. Det är viktigt att leken är anpassad till barnets ålder och förmågan till förståelse (Edwinson Månsson & Enskär, 2008).

Wiklund (2003) menar att när en människa drabbas av sjukdom eller en skada innebär det att människans subjektiva kropp förändras. Wiklund skriver vidare hur sjukdom och smärta gör att människan blir främmande för sin kropp och erfar världen på ett annorlunda sätt. Det är viktigt att ha det i åtanke när barn genomgår exempelvis medicinska procedurer för annars kan det bli ett livslidande som berör hela barnets existens och hur barnet förhåller sig till sin verklighet. Livslidandet handlar om en grundläggande hållning till livet där prestation, aktivitet och att göra rätt för sig intar en central roll. Wiklund skriver även att lidandet inte bara är synliga symtom utan handlar dessutom om en inre process hos människan.

PROBLEMFORMULERING

När ett barn kommer in på sjukhus är vistelsen ofta förenad med olika undersökningar, behandlingar och provtagningar. Trots stora förändringar inom barnsjukvården under de senaste decennierna, upplever fortfarande många barn smärta, rädsla och hjälplöshet vid medicinska procedurer. Orsaken kan vara att inte personalen har tillräckligt med kunskap, tid eller förståelse för att bemöta barn på ett bra sätt. Det är därför viktigt att som vårdpersonal inneha de rätta kunskaperna för att kunna förstå och hjälpa barn på bästa sätt. Därför bör barns upplevelser av hur smärta och rädsla kan lindras så att denna kunskap kan användas i bemötandet av barn som ska genomgå medicinska procedurer.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa hur barns smärta och rädsla vid medicinska procedurer kan lindras med hjälp av komplementära metoder utifrån ett barn- och sjuksköterske perspektiv.

METOD

För att få svar på syftet, att belysa hur barns smärta och rädsla vid medicinska procedurer kan lindras med hjälp av komplementära metoder, valdes en litteraturstudie som är baserad på elva vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats har analyserats.

Litteratursökning

Vid den systematiska litteratursökningen söktes information i databaserna Cinahl, Medline och PubMed. Dessa databaser valdes då de innehåller artiklar inom hälso- och sjukvård. Sökord som använts var *child, experience, medical, procedural, pain, anxiety, treatment, distraction, prevention, illness, narration, management, pediatric, nurse, alleviation och fear*. Sökorden valdes för att svara an till syftet. Sökorden användes både enskilt och kombinerades med ”and” och ”or” samt trunkering. Peer reviewed användes för att få ett urval av vetenskapligt granskade

artiklar. Sökningar med orden child, pain och management gav 116 träffar där tre av dessa valdes ut. Sökningar med nurse, pediatric och management gav 147 träffar där tre valdes ut. Sökningar på child, alleviation och pain gav 16 träffar, en artikel valdes ut. Sökningen på child, experiences, illness och narration gav en 11 träffar där en valdes ut. De artiklar vars abstrakt svarade på syftet granskades och lästes. Förutom den systematiska litteratursökningen gjordes även manuella sökningar utifrån tidigare gjorda uppsatser och referenslistor. De sökningarna gav tre artiklar. Se tabell 1.

TI= titel, AB = abstract, TX= all text.

Tabell 1 Översikt av litteratursökning

CINAHL + MEDLINE 2010-03-22				
Söknr)	Söktermer	Antal träffar	Utvalda
1	TI	Child*	91085	
2	AB	Experiences	290436	
3	TX	Anxiety	1 36095	
4	TI	Pain	127833	
5	TX	Prevention	194838	
6		S1 and S4 and S8	116	3
7	TX	Nurse	227921	
8	TX	Management	771320	
9	TX	Pediatric	211882	
10		S7 and S9 and S4 and S8	146	3
11	TX	Alleviation	1222	
12		S1 and S11 and S4	16	1
13	TX	Illness	309940	
14	TX	Narration	3434	
15		S1 and S2 and S13 and S14	11	1
Artiklar tagna från referenser				3
Totalt valda artiklar				11
7 var utifrån ett barnperspektiv				
4 utifrån ett sjuksköterskeperspektiv				

Inklusion och Exklusion

För att artiklarna skulle inkluderas i vår litteraturstudie skulle de vara av hög vetenskaplig kvalitet. Artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats har inkluderats där endast de kvalitativa delarna analyserades. Artiklar som svarade på syftet från mer än ett perspektiv inkluderades för att få en vidare helhet. För att artiklarna skulle inkluderas skulle de även vara peer reviewed, skrivna på engelska och inte vara äldre än från år 1999. Exklusionskriterierna för vår litteratursökning var barn under två år och artiklar med enbart kvantitativ ansats. Även rent farmakologiska artiklar valdes bort.

Kvalitetsgranskning

Artiklarna kvalitetsgranskades med ett granskningsprotokoll av C. Wallengren (personlig kommunikation, 26 januari, 2010). (Se bilaga 2.) Två författare har granskat artiklarna oberoende av varandra för att öka den vetenskapliga nivån och för att säkerställa att artiklarna höll en hög kvalitet. För att artikeln ska vara av hög vetenskaplig kvalitet ska det tydligt framgå vilket syfte, vilken metod och problemformulering studien har. Eventuelle bias i studien bör vara diskuterade. Trovärdigheten och tillförlitligheten skall vara hög hos artiklarna. Granskär och Höglund-Nielsen, (2008) menar att trovärdigheten och tillförlitligheten påverkas av vilken insamlingsmetod som används. Olika metoder ger olika resultat av trovärdighet och tillförlitlighet.

Analys

De vetenskapliga artiklarna som valdes ut är analyserade utifrån Evans (2002) analysmetod. Behovet av att basera forskningsresultat i klinisk praxis och vikten av systematiska översikter har successivt tilltagit. Den växande volymen av hälso- och sjukvårdsforskning med varierande kvalitet har ökat behovet av analysmetoder (Evans, 2002). I artiklarna som valdes ut för analys lästes resultatet igenom flera gånger och centrala nyckelfynd sorterades ut som svarade an mot syftet. Nyckelfynden sammanställdes, analyserades och likheter och skillnader identifierades. Varje artikel tilldelades en färg, meningsenheter som svarade an på syftet klipptes ut och delades in i likheter och skillnader. Fyra huvudteman framkom och sju ton underteman. Efter en andra analys kondenserades materialet ner till tre huvudteman och sex underteman som svarade an till syftet. Trovärdigheten av de framkomna temana och undertemana kontrollerades genom att artiklarnas resultat lästes flera gånger av båda författarna. Citat plockades ut för att stärka validiteten. De analyserade artiklarna ställdes upp i en översiktstabell för att få en överblick över huvudresultaten (Bilaga 1).

Resultaten grundar sig på elva vetenskapliga artiklar där sju utav dem är av kvalitativ design och fyra har både en kvalitativ och kvantitativ design. Vi vill belysa vilka faktorer som kan lindra barns smärta vid medicinska procedurer. Från analysen framkom fyra olika teman. Första temat belyser distraherande strategier. Under andra temat tydliggörs en anpassad miljöns betydelse. Under tredje temat framkommer vikten av förberedande information. Under det sista temat tydliggörs vikten av närvarande familjemedlemmar.

Tabell: 2

Nedan redovisas resultatet utifrån framkomna teman.

Distraherande strategier	En anpassad miljö	Förberedande information	Närvarande familjemedlemmar
--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------------

RESULTAT

Distraherande strategier

Studier gjorda utifrån ett barnperspektiv visar att barn som upplever starka smärtor ofta utvecklar egna så kallade copingstrategier för att kunna bemästra och lindra sin smärta, och oftast är barn väldigt duktiga och erfarna i dessa olika tekniker (Franck, Sheikh & Oulton, 2007; Kortessluoma & Nikkonen, 2004; Kortessluoma, Nikkonen & Serlo, 2008; He, Vehviläinen-Julkinen, Pölkki & Pietilä, 2007; Pölkki, Pietilä & Rissanen, 1999; Woodgate & Kristjanson, 1995). Även

sjuksköterskor i en studie av Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä (2001) uppgav att barn använde sig av olika former av copingmekanismer. Sjuksköterskorna i studier av Pölkki, et al. (2001) och Ely (2001) säger också att sjuksköterskan försöker stödja barn i deras coping mekanismer, fast det framkom också att de inte alltid tyckte det var så lätt.

Barn belyser själva att de använder sig av copingstrategier som avslappning, andningstekniker, positionering, distraktion samt vila. Barnen söker också själva aktivt efter information för att lättare klara av smärtan (Kortesluoma, et al. 2008; Pölkki, et al. 1999). Utifrån ett barnperspektiv så framkom att barn kunde använda sig av både kognitiva och fysiska strategier under sin smärta. De kognitiva metoderna innebär att barn använder sig av ett beteende som minskar på deras smärta och de försöker undvika beteende som ökade deras smärta och obehag. De kognitiva metoderna uttrycktes som vila eller genom olika distraktionstekniker. Fysiska strategier ger sig till uttryck genom att barn ändra sitt läge av kroppen för att uppnå smärtlindring eller att lägga på värme eller kyla på det onda (Franck, et al. 2007; Kortesluoma & Nikkonen, 2004; Kortesluoma, et al. 2008; He, et al. 2007; Pölkki, et al. 1999; Woodgate & Kristjanson, 1995).

When I have this terrible headache and it's not going to get better, I feel like it's hurting all the time and no one can do anything. It gets better when it is meant to
(Kortesluoma et al. 2008, s. 147).

Allt som oftast så upplever barn sig själva som dem som stod i centrum för att klara av sin smärta och som upplever lycka när de klarat av smärtan antingen själva eller med hjälp av andra. Andra barn kan känna sig ledsna och gråta för det gjorde ont och för att de var tvungna att få sjukhusvård (Franck, et al. 2007). I en observations och intervjustudie på barn gjord av Woodgate och Kristjanson (1995) framkom tre andra former av copingstrategier som barn använde sig av, dra sig undan, bekämpa och göra det bra igen. Forsner, Jansson, Sørli, (2005) och Woodgate och Kristjanson, (1995) menar att när barn drar sig undan vill det bli lämnat ifred och kan dra sig tillbaka från omvärlden. Oftast blir barn tysta och inåtvända och vill inte delta i några aktiviteter. Barn undviker att ta ögonkontakt och svarar inte på tilltal. Woodgate och Kristjanson, (1995) anser att när barn använder sig av strategin att bekämpa kan barn säga ifrån och motsätta sig allt som skapar smärta. Skrik och påtaglig rädsla är vanligt. Vid denna strategi använder barn sin kraft till att till exempel slåss eller hålla fast. Denna strategi använder barn ofta under kortare perioder medan dra sig undan strategin användes under längre tid. Att ”göra det bra strategin” används av barn då de vill på något sätt stå ut med sin smärta. Barn kan då begränsa sina rörelser eller ändra kroppsställning. Verbalt kan de uttrycka att det vill att smärtan skall försvinna. De kan också klappa, gnida eller distrahera sig själva föra att minska sin smärta. Ju kraftigare smärta barnet upplevde desto oftare använde de sig av de olika strategierna (Woodgate & Kristjanson, 1995). Ibland använder sig barn av ilska och aggression för att avvärja sig om det känner sig maktlösa. De kan även använda sig av aggression om de upplever att det inte var någon de litade på, som inte var dem nära eller någon som inte var tillräckligt skicklig (Kortesluoma, et.al 2008; Woodgate & Kristjanson, 1995).

Well, I don't know, they (nurses) can't help so much. But maybe they can... They are not like those close to you who are able to do everything. They think they can explain everything.... But it doesn't help the pain (Kortesluoma, et al. 2008, s.146).

En av copingstrategierna används väldigt ofta av barn nämligen distraktion. Barn kan använda sig av kognitiv distraktion genom att tänka på positiva saker, slappna av, räkna till tio eller fokusera på ett objekt framför dem. Den fysiska distraktionen kan bestå av tv-spel eller lek (Franck, et al. 2007; He, et al. 2007; Woodgate & Kristjanson, 1995). Att äta och dricka tycker barn kan vara ett bra sätt för att må bättre och glömma sin smärta (He, et al. 2006; Kortessluoma, et al. 2008; Kortessluoma & Nikkonen, 2004). Barn anser att sjukhusens egna clowner och aktiviteter får dem att för en stund tänka på något annat och de är därför till god hjälp för att få barnen att orka med de dagliga svårigheterna och provtagningarna (Franck, et al. 2007; Woodgate, et al. 1995).

Sjuksköterskorna anser sig också använda distraktion i vården runt barn. De använder sig då främst av metoder som att prata med barnen, att skoja med dem, låta dem lyssna på musik eller att låta barnen titta på tv och spela tv-spel. Sjuksköterskorna kan även distrahera barnen genom att läsa böcker eller tidningar, leka eller spela spel (Pölkki, et al. 2001; Edwinston Månsson & Dykes, 2004).

En anpassad miljö

Miljön framkom hos både sjuksköterskor och barn som en väldigt viktig del för att minska på smärtupplevelsen (Franck et al. 2007; He et al. 2006; Kortessluoma et al. 2008; Pölkki et al. 2001). En god anpassad miljö får barn att må bättre och lindrar deras upplevelse av att vara sjuka och ha ont (Franck et al. 2007; He et al. 2006; Kortessluoma et al. 2008).

The nurses blacked out the room, and after that I felt calmer (Kortessluoma et al. 2008, s.147).

Miljön runt barnen anser sjuksköterskan är en viktig faktor som kan påverka barns smärtupplevelse, att det till exempel lugnade barnen. Sjuksköterskorna uppger att de nästan alltid har detta i tankarna när det vårdar barnen. Sjuksköterskorna anser att en god miljö runt barnen kan lindra deras smärta både vid medicinska procedurer och efter operationer. Åtgärder som sjuksköterskan använder kan vara att dämpa belysningen, minska på buller eller bibehålla en bra temperatur i rummet. En del av sjuksköterskorna försöker också att inreda rummet och avdelningen på ett trevligt sätt för att minska barn smärta (Pölkki et al. 2001).

Även barnen upplever att miljön runt omkring dem har en smärtlindrande effekt och uppskattade sjuksköterskans hjälp med att få miljön anpassad efter deras behov (Franck et al. 2007; He et al. 2007; Kortessluoma et al. 2008). Vissa barn påtalar också att de tycker att naturen fick dem att må bra och har positiva effekter på dem (Franck et al. 2007).

I wish nurses could make the environment of the ward more beautiful and it would be better if there are TV and toys in the room (He et al. 2007, s.95).

Förberedande information

Enligt sjuksköterskor och barn kan förberedande information inför en undersökning lindra både rädsla och smärta hos barn (Pölkki et al. 2001; Pölkki et al. 1999; Franck et al. 2007; Ely, 2001; Kortessluoma et al. 2008; Edwinston Månsson & Dykes, 2004). I en studie belystes barns version av att informationen även kan upplevas negativt då deras fantasi kan förvränga informationen till

något skrämmande (Forsner et al. 2005). Kortesuoma et al. (2008) studie visade att några av barnen upplevde att sjuksköterskorna informerade för teoretiskt och utifrån sjuksköterskans perspektiv. De kände då inte förtroende för sjuksköterskan och upplevde heller inte lindring utav informationen som gavs.

I was afraid because the doctor at the health center told me he was going to take a knife and cut me up (Forsner, et al. 2005, s.158).

Förberedande information kan ges med både kognitiva och sensoriska strategier (Pölkki et al. 2001). Den kognitiva metoden är den metod som barn upplever att sjuksköterskan använder mest när de ger förberedande information enligt en studie av He et al. (2006). Kognitiv information innebär att sjuksköterskan informerar barn om vilken typ av procedur som ska ske, platsen för förfarandet, vem som ska genomföra proceduren, hur lång tid det kan ta, vilken typ av anestesi och vilka kontroller som ska göras. Den sensoriska informationen innebär att sjuksköterskan informerar om vilka känslor som barn kan känna under proceduren som till exempel smärta, rädsla och illamående (Pölkki, et al. 2001). Edwinston Månsson och Dykes (2004) skriver att enligt informanterna i deras studie är det sjuksköterskan som är den som ger mest information till barn och deras föräldrar inför medicinska procedurer.

Det är viktigt att se till barns ålder och utvecklingsnivå när sjuksköterskan ger förberedande information (Pölkki et al. 2001; Edwinston Månsson & Dykes, 2004). I två utav studierna framkom att det var svårt för sjuksköterskor att bedöma smärtan hos små barn och hos barn som har någon slags diagnos (Ely, 2001; Gimbler-Berglund, Ljusegren & Enskär, 2008). Pölkki et al. (2001) studie belyser att när sjuksköterskan ger den förberedande informationen är det viktigt att se till att informationen har uppfattats på rätt sätt. Att sjuksköterskan är öppen och ärlig inför barnet och föräldrarna när informationen ges kan förebygga missuppfattningar. Sjuksköterskorna i Edwinston Månsson och Dykes (2004) studie ger i största mån information till barn utifrån deras ålder. Små barn mellan 2-3 år blev informerade tillsammans med sina föräldrar. Dockor och lekterapi användes mest. Hos förskolebarnen 4-6 år fick föräldrarna oftast skriftlig information och barnen blev informerade genom att den medicinska utrustningen som skulle användas vid förfarandet visades. Sjuksköterskan kan även visa bilder för barnen på barn som tidigare genomgått förfarandet. I vissa fall fick även barn besöka operationssalen där förfarandet skulle ske. I en annan studie framkom att sjuksköterskorna väldigt sällan lät barn besöka operationssalen i förhand utan barn fick den förberedande information i skrift eller som en demonstration (Pölkki et al. 2001). Edwinston Månsson och Dykes, (2004) skriver att barn i skolåldern 7-12 år informeras mest utav sjuksköterskorna med hjälp av skriftlig information men även genom att det visade fotoalbum på barn som tidigare genomgått förfarandet. Anatomiböcker används för att kunna visa betydelsefull information. Tonåringar fick den mesta information genom att utrustningen demonstrerades. Sjuksköterskorna belyser att tonåringarna kan känna att det är skönt att få informationen utan sina föräldrar. De känner sig mer avslappnade och upplever att det kan prata mer privat. Sjuksköterskorna belyser även att tonåringarna upplever att det var skönt att inte bli avbrutna av sina föräldrar. Föräldrarna blev dock senare informerade om alla beslut som tonåringen gjort utav sjuksköterskan eftersom det är föräldrarna som har den slutliga beslutsfattningen gällande barn under 18 år.

Efter en undersökning eller behandling är det viktigt att sjuksköterskan pratar med barnet för att ta upp eventuella frågor eller funderingar som kan ha kommit upp under proceduren. Som hjälp

kan fotoalbum visas som förklarar undersökningen eller den medicinska utrustning som använts vid förfarandet (Pölkki et al. 2001; Edwinston Månsson & Dykes, 2004). Barnen i Pölkki (1999) studie upplever även att smärtan lindras när de får information efter en behandling. Enligt Edwinston Månsson och Dykes studie (2004) visar det sig att när sjuksköterskan ger information steg för steg om vad som ska ske under förfarandet så har både barn och föräldrar varit mer nöjda med informationen de fått än när informationen har givits på en gång.

Sjuksköterskorna i Ely (2001), Edwinston Månsson och Dykes (2004) och Gimbler-Berglund et al. (2008) studie belyser att något som kan påverka informationsgivningen negativt inför medicinska procedurer är ekonomiska nedskärningar och tidsbrist som kan innebära att en minskad personalstyrka inte har samma möjlighet till att ge förberedande information. Därmed får inte patienterna den lindring som informationsgivning innebär. Den bristande patientförberedelsen blir också ett hinder för personalens förmåga att ge tröst och stöd till barnen. En sjuksköterska berättar:

We don't really have a whole lot of time. Diversional activities would probably help a whole lot; we just kind of go out, find a pain medicine, shove it in them without... we just don't have time to deal any other way with helping them to deal with the pain (Ely, 2001, s. 477).

I Pölkki et al. (2001) och Gimbler-Berglunds et al. (2008) studie framkommer att sjuksköterskor med lång yrkeserfarenhet och högre utbildning är bättre på att förbereda barn inför en undersökning än de sjuksköterskor som har kortare erfarenhet. Sjuksköterskans egna erfarenheter av smärta och även deras erfarenheter av att jobba med barn som har smärta kan få sjuksköterskan att lättare förstå barnens situationer och utifrån det välja vad för behandling som kan passa bäst. Ely (2001) skriver att samarbetet och kommunikationen med andra sjuksköterskor är en viktig del för att öka sina kunskaper. När sjuksköterskorna diskuterar tillsammans så kan de lättare identifiera och hitta lösningar på olika problem, exempelvis hur barn kan bli smärtlindrade på ett bra sätt. Gimbler-Berglund et al. (2008) skriver att sjuksköterskor med bristande kunskap när det gäller smärta och smärtlindring kan få problem, speciellt när smärtan inte har en tydlig fysisk orsak.

It was so much more than physical pain and I think that was hard, just to get the other part, since we don't really know how to deal with it (Gimble-Berglund, et al. 2008, s.23).

Barnen i Korteluoomas et al. (2008) studie upplever att sjuksköterskan ständigt är upptagen och har bråttom och inte har tid att hjälpa dem. Barnen känner att de aktivt själva får söka information när sjuksköterskan inte har tid att prata med dem. De har även förväntningar att sjuksköterskan skall ha tid att hjälpa dem med deras smärtor. Gimbler-Berglunds et al. (2008) fann att sjuksköterskan tycker att det är viktigt att ta sig tid för barnet och bygga upp en relation och ett gott samarbete. Barnen i Korteluooma et al. (2008) studie anser att ju bättre relation de får med sjuksköterskan desto större tillit känner barnet gentemot vårdpersonalen. Sjuksköterskorna i Gimble-Berglunds et al. (2008) artikel upplever att ju bättre relation de får med barnet desto bättre kan sjuksköterskan hjälpa barnet med en tillfredställande smärtlindring. Sjuksköterskan belyser också att en bra relation till barnet gör det lättare att se om det var något annat som påverkar smärtan än själva proceduren.

Närvarande familjemedlemmar

Att ha sina föräldrar närvarande vid medicinska procedurer och vid sjukhusinläggningar är en stor trygghet för många barn (Pölkki, et al. 1999; Woodgate & Kristjanson, 1995; He, et al. 2006; Kortessuoma, et al. 2008; Franck, et al. 2007; Forsner, et al. 2005). Sjuksköterskorna i Ely. (2001); Gimble-Berglund, et al. (2008) studie berättar att barn upplevs mer lugna och trygga i föräldrarnas närvaro.

They always let Daddy be there next to me and look. It's easier to take then...It's easier to feel relaxed (Pölkki et al. 1999, s.25).

Barn som genomgår medicinska procedurer upplever att föräldrars närvaro ökar deras känsla av säkerhet och gör att de känner sig mer avspända och mindre rädda (Pölkki et al.1999). Barnen vill gärna hålla föräldrarnas hand, få pussar och kramar för att känna lindring och tröst (Woodgate & Kristjanson, 1995; Franck et al. 2007; Kortessuoma et al. 2008). I studier av Franck et al. (2007) och Kortessuoma et al. (2008) och He et al. (2006) belyser barnen att det oftast är deras föräldrar, syskon eller släktingarna som hjälper till då de upplever att smärtan är som värst, men ibland kan även en vän eller ett husdjur ge lika god hjälp. I Forsners et al. (2005) studie betonar barnen vikten av att ha familjen vid sin sida för att få tröst när de är rädda och oroliga.

Mum was there with me nearly all time, except when she went out to get food. But that did not take so long (Forsner, et al. 2005, s.158).

Enligt barnen i Kortessuoma et al. (2008) och He et al. (2006) studier så kan föräldrarnas delaktighet när barnet har ont framgå på många sätt. Främst så upplever barn att föräldrarna får dem att slappna av under smärtsamma procedurer genom att de peppade dem, tröstade, masserade, och la barnet i en skön position eller stöttar barnet i deras dagliga aktiviteter. Woodgate och Kristjanson (1995) skriver att barnen i första hand frågar sina föräldrar om hjälp när de har ont och vänder sig till vårdpersonalen i andra hand. I Gimble-Berglunds et al. (2008) och Elys (2001) studie framkommer att sjuksköterskorna upplever att föräldrarnas delaktighet i vården av sitt barn emellanåt är tvivelaktig. Ibland kan föräldrarna missförstå eller inte tro på barnet och då påverkar det om barnet fick smärtstillande medicin eller ej. Ely (2001) skriver även att föräldrarnas uppfattning av när barn är i smärta inte alltid överensstämmer med hur barn beter sig. Woodgate och Kristjansons (1995) och Gimble-Berglunds et al. (2008) studie visar dock på att föräldrarnas kunskaper om sitt barn till största delen är en mycket god vägledning för vårdpersonalen i sitt arbete med att smärtlindra barn. I en studie av Kortessuoma et al. (2008) beskriver barn att i de fall där de är svårt sjuka och har mycket smärtproblematik så upplever barnen att det är svårt för föräldrarna att känna sig delaktiga i vården. Det enda föräldrarna kan göra är att ta barnet till sjukhus. Barn belyser att detta begränsar föräldrarnas möjligheter till att känna sig delaktiga i vården runt sitt barn.

Slutsats

Distraherande strategier

Det som var mest framträdande under detta tema utifrån ett barnperspektiv var:

Barn bemästrar sin smärta genom att använda copingstrategier som avslappning och distraktion. De använder både kognitiva och fysiska strategier. Barn upplever sig vara i centrum för att ta hand om sin smärta. Distraktionen är den mest framträdande copingstrategin som barn använder sig av (Franck, Sheikh & Oulton, 2007; Kortessuoma & Nikkonen, 2004; Kortessuoma, Nikkonen & Serlo, 2008; He, Vehviläinen-Julkunen, Pölkki & Pietilä, 2007; Pölkki, Pietilä & Rissanen, 1999; Woodgate & Kristjanson, 1995). Barn belyser även att en god miljö är av stor betydelse för att lindra upplevelsen av sjukdom och smärta (Franck et al. 2007; He et al. 2007; Kortessuoma et al. 2008).

Det som var mest framträdande under detta tema utifrån ett sjuksköterskeperspektiv var:

Distraktion är en viktig utgångspunkt när sjuksköterskor lindrar barns rädsla och smärta (Pölkki, et al. 2001; Edwinston Månsson & Dykes, 2004). Sjuksköterskorna anser att en god miljö runt barnen lindrar deras smärta vid medicinska procedurer (Pölkki et al. 2001).

En anpassad miljö

Det som var mest framträdande under detta tema utifrån ett barnperspektiv var:

Barn upplever att miljön runt omkring dem har en smärtlindrande effekt och uppskattar sjuksköterskans hjälp med att få miljön anpassad efter deras behov (Franck et al. 2007; He et al. 2007; Kortessuoma et al. 2008).

Det som var mest framträdande under detta tema utifrån ett sjuksköterskeperspektiv var:

Miljön anser sjuksköterskan är en viktig faktor för att påverka barns smärtupplevelse. Sjuksköterskan uppger att de nästan alltid försöker anpassa miljön efter barns behov (Pölkki et al. 2001).

Förberedande information

Det som var mest framträdande under detta tema utifrån ett barnperspektiv var:

Barn upplever information som en lindrande faktor för deras ångest och oro. Om barnen besitter mer kunskap om sin behandling så kan de bättre kontrollera sin rädsla. Barn upplever att sjuksköterskan inte har tid att ge den information de vill ha (Pölkki et al. 1999; Franck et al. 2007; Kortessuoma et al. 2008).

Det som var mest framträdande under detta tema utifrån ett sjuksköterskeperspektiv var:

Att sjuksköterskor med lång erfarenhet både av egna barn och i yrket är bättre på att ge information och förbereda barn inför medicinska procedurer (Pölkki et al. 2001; Gimpler-Berglunds et al. 2008). Information anpassas efter åldern på barnet (Pölkki et al. 2001; Edwinston Månsson & Dykes, 2004). Även sjuksköterskorna anser att informationen är lindrande för barnen men att tiden är en faktor som är avgörande för resultatet (Ely, 2001; Edwinston Månsson & Dykes, 2004; Gimpler-Berglund et al. 2008).

Närvarande familjemedlemmar

Det som var mest framträdande under detta tema utifrån ett barnperspektiv var:

Barn belyser att när föräldrarna är närvarande så inger det en känsla av säkerhet och trygghet hos dem. De känner sig mindre rädda och vill gärna hålla sin förälders hand och få pussar och kramar. När barnen behöver hjälp frågar de helst sina föräldrar. Barn upplever att föräldrarna inte är så delaktiga i deras vård när de är på sjukhus (Pölkki et al. 1999; Woodgate & Kristjanson, 1995; He et al. 2006; Kortessluoma, et al. 2008; Franck et al. 2007; Forsner et al. 2005).

Det som var mest framträdande under detta tema utifrån ett sjuksköterskeperspektiv var:

Sjuksköterskorna upplever barn mer trygga och lugna när föräldrarna är vid deras sida. Föräldrarnas delaktighet är inte alltid bra då en orolig förälder kan överföra sin oro till barnet. Föräldrarnas upplevelser av barnens smärta överensstämmer inte alltid med barnets symtom. Sjuksköterskorna belyser ändå att föräldrarnas kunskap om sitt barn är en bra hjälp i sjuksköterskans arbete med att smärtlindra barnet (Ely, 2001; Gimble-Berglunds et al. 2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi har valt att göra en kvalitativ litteraturstudie för att belysa hur barns smärta och rädsla vid medicinska procedurer kan lindras med hjälp av komplementära metoder. I litteratursökningen fann vi inte så många kvalitativa studier gjorda utifrån ett barnperspektiv. Vi valde därför att inkludera artiklar med både en kvalitativ och kvantitativ design utifrån barns perspektiv, men där endast den kvalitativa delen analyserades, samt att inkludera artiklar utifrån vårdarens perspektiv för att skapa en större kunskap och förståelsen runt lindringen av barns rädsla och smärta vid medicinska procedurer. Under analysarbetet framkom dock svårigheter med att analysera utifrån olika perspektiv. I efterhand skulle vi ha valt att utgå från ett perspektiv för att underlätta vårt analysarbete. Vi anser ändå att vi har skapat en bredare kunskap genom att inkludera två perspektiv. Vi valde att inkludera artiklar som belyser sjuksköterskans perspektiv för att öka förståelsen för fenomenet. Vi fann elva artiklar där texterna i artiklarna svarade an på vårt syfte. För att få ett bättre underlag till vår studie hade fler artiklar varit önskvärt att inkludera. Artiklarna vi har inkluderat i analysen sträcker sig från år 1995 fram till år 2008. Woodgate och Kristjansons artikel från år 1995 valde vi att ta med i analysen trots att den var äldre. Vi upplevde att den gav viktig kunskap i hur barns smärta och rädsla kan lindras vid medicinska procedurer. Sju av artiklarna vi valt att analysera speglar nordiska barn och fyra artiklar belyser sjuksköterskors strategier för att lindra smärta och rädsla. Vi har även inkluderat en artikel från Kina två från England och en från Canada för att inte missa eventuella kulturella skillnader samt för att öka giltigheten i den kunskap som vi presenterat. Dock kan det vara en svaghet att artiklarna utgår utifrån olika kontext.

Evans, (2002) beskriver analysmetoder som beskrivande eller tolkande. Det gemensamma för dessa metoder är att de syftar till att beskriva vad som har framkommit i studier och att försöka omtolka detta till ny kunskap. Vi har analyserat vårt material utifrån Evans analysmetod. Det har hjälpt oss att hitta teman, likheter och skillnader. Att vi arbetat utifrån en analysmetod har gett resultatet en högre tillförlitlighet och trovärdighet för läsaren. En svaghet i vårt arbete kan vara att artiklarna vi har valt inkludera har ett stort spridningsmått dels genom att de tar upp olika

perspektiv och dels genom att de tar upp många olika problemområden. En annan svaghet kan vara att vi har en stor spridning på åldrarna i vårt arbete som gör att giltigheten minskar då det kan finnas stora skillnader i barnens utvecklingsfaser. En styrka i vår studie är att alla artiklar som vi har valt ut håller en hög vetenskaplig kvalitet. Dock är alla artiklarna skrivna på engelska och har översatts till svenska. Detta kan leda till eventuella feltolkningar av texten. För att minimera detta har båda författarna läst och översatt var och en för sig.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att barn ofta distanserar sig och använder sig av olika förberedande strategier för att hantera sin smärta och oro vid olika medicinska procedurer (Franck, Sheikh & Oulton, 2007; Kortessluoma & Nikkonen, 2004; Kortessluoma, Nikkonen & Serlo, 2008; He, Vehviläinen-Julkunen, Pölkki & Pietilä, 2007; Pölkki, Pietilä & Rissanen, 1999; Woodgate & Kristjanson, 1995). Resultatet i vår studie visar också att både sjuksköterskor och barn beskriver vikten av att vara förberedd inför en medicinsk procedur (Pölkki et al. 2001; Pölkki et al. 1999; Franck, et al. 2007; Ely, 2001; Kortessluoma, et al. 2008; Edwinson Månsson & Dykes, 2004). Det framgår att det var viktigt att information anpassades till barnets ålder och utvecklingsnivå (Edvinson Månsson & Dykes, 2004; Pölkki, et al. 2001). Vi anser att åldersanpassad information är oerhört viktigt för att minska missförstånd och att öka barnens trygghet. Vi anser även att den förberedande informationen ger barnet och föräldrarna en större chans att hantera och förbereda sig inför medicinska procedurer. Den ökade kunskapen anser vi leder till en större trygghet för både barnet och föräldern. Detta betonar även Coyne (2004) som belyser att de flesta av barnen i hennes studie ville vara involverade i beslut om deras vård och känna att de var respekterade och fick ha åsikter om sin vård och behandling. Barnen belyste att de behövde information så de kunde känna sig delaktiga och förebreda sig för förfarandet. Barnen upplevde sig mer lugna, glada och mindre oroliga inför operationer och behandlingar. Det har även framgått i vår studie att information som ges på fel sätt eller som inte åldersanpassats kan istället skapa ångest och oro hos barnet (Forsner, et al. 2005). I Woods (2002) studie framkommer att för mycket och för krånglig information kan få motsatt effekt för de barn som känner lite eller mycket oro inför en procedur. Deras oro och ångest ökade i stället efter att informationen hade getts. Som blivande sjuksköterskor är detta viktiga aspekter att tänka på då det är vi som ska informera barnen inför kommande procedurer och undersökningar. Vi upplever att det inte tas tillräcklig hänsyn till var i utvecklingen barnet befinner sig när de besöker sjukvården. Här är sjuksköterskans kunskap och erfarenhet avgörande för om barnet och föräldern får rätt information och att den ges på rätt sätt (Pölkki, et al. 2001; Gimbler-Berglund, et al. 2008).

En annan viktig aspekt att tänka på som sjuksköterska är att individanpassa informationen till barnet och föräldrarna eftersom alla har olika erfarenheter av vården. Vi möter barn överallt i sjukvården och därför är det viktigt att vi som sjuksköterskor tar del av ny forskning och kunskap angående bemötandet av barnen i vården. Enligt Svensk sjuksköterskeförening ICN:s etiska kod (2007) ska vi som sjuksköterskor vara aktiva när det gäller att utveckla omvårdnad som vilar på evidensbaserad kunskapsgrund. Vi har även ett personligt ansvar för hur vi utövar vårt yrke genom att ständigt införskaffa oss ny kunskap för att behålla en god yrkeskompetens. Vi anser att det inte är så i sjukvården idag, många sjuksköterskor har inte den kunskapen som krävs för att ge barn och föräldrar ett bra bemötande.

Från resultatet i vår studie framgår det att närvarande familjemedlemmar är betydelsefullt både utifrån barnens och utifrån sjuksköterskans synvinkel (Gimble-Berglunds et al. 2008; Kortessluomas et al. 2008). Vi anser att en god relation mellan sjuksköterskan och barnet är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna ge en god omvårdnad. Det framgick även i vårt resultat att barn som hade en god relation med sjuksköterskan upplevde en större trygghet och tillit inför medicinska procedurer (Kortessluoma et al. 2008; Pölkki et al. 1999). Enligt Brady (2009) upplever barnen att en ömsesidig god relation med sjuksköterskan är viktig för barnens välbefinnande. Brady beskriver även att barnen upplevde rädsla och osäkerhet när sjuksköterskan inte tog sig tid eller engagerade sig i dem. Vi upplever att sjuksköterskan ibland inte har tid eller möjlighet till att hinna skapa en god vårdrelation till barnet. Neddragningar och tidsbrist inom vården kan vara påverkande faktorer. Vi tycker det är viktigt att detta uppmärksammas och att konsekvenserna av en sämre relation utvärderas och belyses mycket mer. Vi ställer oss frågan om huruvida det lönar sig i längden att dra ner på personal och tid då en god relation vinner så mycket tid i slutändan både för barnet och sjuksköterskan. Praktiska implikationer av relationens betydelse i vården anser vi skapar en ökad kunskap och förståelse av relationens betydelse mellan sjuksköterskan och barnet. Detta kan även underlätta sjuksköterskans arbete med barnet. Om en god relation skapas tidigt mellan barnet och sjuksköterskan tror vi det kommer att hjälpa barnet att våga öppna sig och anförtro sig mer. Vilket kan leda till ett minskat vårdlidande för barnet. Enligt Wiklund (2003) har vi som vårdare stora möjligheter till att påverka vårdlidandet genom att reflektera om patienten upplever ett vårdlidande eller ej och över sin egen roll i detta.

Resultatet i vår studie påvisar att miljön är en viktig faktor för att minska oro och smärta hos barn. Barnen i vår studie upplevde att en bra miljö fick dem att må bättre. Det framgick även att sjuksköterskorna ansåg miljön vara en viktig del i det lindrande arbetet runt barnet (Franck et al. 2007; He et al. 2006; Kortessluoma et al. 2008; Pölkki et al. 2001). Vi blev positivt överraskade av att artiklarna i vårt resultat påvisade miljön som en sådan viktig del för både barnen och sjuksköterskorna i att reducera barnens smärtupplevelse. När vi försökte hitta samma information i litteraturen fanns det inte mycket skrivet om det, vikten av miljön är dåligt belyst. Det här ser vi som en stor brist då forskningen inte verkar ha förankrats i litteraturen. Enligt Hallström och Lindberg (2009) kan barn uppfatta sjukhusmiljön som en hotande plats, och de kan behöva hjälp med att bli bekant med den nya miljön som de hamnat i. Heath (1998) skriver att historiskt sett så har miljön runt barnen under de senaste decennierna förändrats dramatiskt inom barnsjukvården. Från att ha varit strikta kalla sjukhus med näst intill besöksförbud till att idag vara så gott som helt anpassade efter barnens behov med en familjecentrerad vård i fokus. Detta har varit uppe till debatt ända sedan 50- talet då Bowlby visade på vilka enorma följder det blev av att barnen separerades från sina föräldrar. Vi anser att dessa dramatiska förändringar har varit nödvändiga för att skapa en bättre barnsjukvård. Även om vi genom vår studie har förstått att tyvärr så verkar det vara just miljöförbättringarna som det dras ner på i första hand då sjuksköterskan inte har tillräckligt med tid. Vi har också känt av och tolkat det som att barnen idag har fått ta ett större ansvar för att själva tala om vad de behöver och hur de vill ha sin miljö runt omkring sig. Detta anser vi kommer ifrån att barnet har en ökad kunskap och är bättre informerade och därför vågar säga ifrån mer hur det vill ha det. Vi anser att en god miljö är en viktig del i det förebyggande arbetet med barn. Miljön på barnkliniker är oftast bra utformade och har barnens perspektiv i fokus. Men på akutavdelningar, vårdcentraler och andra inrättningar som inte är specifika för barn, där prioriteras inte miljön på samma sätt och det är oftast där som barnet kommer i kontakt med sjukvården för första gången. Vi har själva erfarenheter av att komma in till akuten med vårt barn mitt i natten och blir efter en lång väntan inkallade till ett kallt, sterilt

rum med en brits mitt i rummet och medicins utrustning runt väggarna. Det är inte konstigt att barnen blir mer oroliga och rädda då. Vi önskar att mer resurser till en förbättrad miljö ska tas på vårdcentraler och andra sjukvårdsinrättningar där barn påträffas. Vi tror att både barnen och sjukvården vinner på det i längden då mycket rädslor och oro kan förebyggas hos barnet.

Enligt den senaste forskningen av Rollins (2009) visar den tydligt att sjukhusmiljön runt barnen har en avgörande roll för att lindra barns smärta och rädsla vid medicinska procedurer. Utifrån vårt resultat anser vi att det framkommit att en berikande och omsorgsfullt utformad barnavdelning ger barnet möjligheten att själv bestämma när och hur de vill förhålla sig till nuet. Barn ska själva kunna avgöra om de vill dra sig undan eller medverka i den sociala samverkan på avdelningen. I den senaste forskningen om barnets coping mekanismer gjord av Salmela, Salanterä, Routsalainen och Aronen (2010) framkommer att i första hand är det föräldrarna som har en stor betydelse för barnets coping, i andra hand vänder sig barnet till personal för hjälp och stöd när det har ont. Här menar vi att relationens betydelse mellan vårdpersonalen och barnet åter igen står sig som en väldigt viktig faktor i att lindra barnets smärtupplevelse. Vi anser tyvärr att det inte riktigt framgår i vare sig vårdkulturen eller i litteraturen hur viktig miljön och vårdrelationen verkligen är för att minska barns smärta och rädsla. Därför anser vi att mer forskning måste göras och framför allt att forskningen som finns måste implementeras bättre ute i klinisk praxis samt i litteraturen.

REFERENSER

- Bischofberger, E., Dahlqvist, G., Edwinson Månsson, M., Tingberg, B., & Ygge, B-M. (2004). *Barnet i vården*. Stockholm: Liber.
- Brady, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethic*, 16 (5).
- Burns, L.S. (1997). Advances in pediatric anesthesia. *Nurs Clin North Am*, 32(1), 45-69.
- Coyne, I. (2004). Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 61-71.
- Dahlquist, G. (2004). Barnens rätt i samhället. Ingår i Bischofberger, (red.), *Barnet i vården* (s. 38-41). Stockholm: Liber.
- Edwinson Månsson, M., & Dykes, A-K. (2004). Practices for preparing Children for Clinical Examinations and Procedures in Swedish Pediatric Wards. *Pediatric Nursing*, 30(3), 182-187.
- Edwinson Månsson, M., & Enskär, K. (2008). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Ely, B. (2001). Pediatric Nurses' Pain Management Practice: Barriers to Change. *Pediatric Nursing*, 27(5), 473-480.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber utbildning.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2) 22-29.
- Evenshaug, O., & Hallen, D. (1992). *Barn- och ungdomspsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsner, M., Jansson, L., & Sørli, V. (2005). The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. *Journal of Child Health Care*, 9(2), 153-165.
- Franck, L-S., Sheikh, A., & Oulton, K. (2007). What helps when it hurts: Children's views on pain relief. *Journal compilation, Child: care, health and development*, 34(4), 430-438.
- Gimble-Berglund, I., Ljusegren, G., & Enskär, K. (2008). Factors influencing pain management in children. *Paediatric nursing*, 20(10), 21-24.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativforskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Haegerstam, G. (1996). *Smärta - Multidimensionell syn*. Södertälje: Astra läkemedel AB

- Hallström, I., & Lindberg, T. (2009). *Pediatrik omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Hawthorn, J., & Redmond, K. (1998). *Smärta -bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Heath, S. (1998). *Perioperative care of the child*. Trowbridge: Redwoods Books.
- He, H-G., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T., & Pietilä, A-M. (2006). Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*. 13, 89-99.
- Jerlang, E. (2008). *Utvecklingspsykologiska teorier*. Stockholm: Liber.
- Karlsson, K. (2009). *Barn och smärta*. Föreläsning i kursen smärta och smärtlindring. 7,5 hp. Institutionen för Vårdvetenskap Borås.
- Kortesluoma, R-L., & Nikkonen, M. (2004). 'I had this horrible pain': the sources and causes of pain experiences in 4- to 11-year-old hospitalized children. *Journal of Child Health Care*. 8(3), 210-231.
- Kortesluoma, R-L., 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), 143-149.
- Pölkki, T., Pietilä, A-M., & Rissanen, L. (1999). Pain in children: Qualitative research of Finnish school-aged children's experiences of pain in hospital. *International Journal of Nursing Practice*. 5, 21-28.
- Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A-M. (2001). Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 483-492.
- Rollins, J.A. (2009). The Influence of Two Hospitals' Designs and Policies on Social Interaction and Privacy as Coping Factors for Children With Cancer and Their Families. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 26(6), 340–353.
- Salmela, M., Salanterä, S., Routsalainen, T., & Aronen, E. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 108–114.
- Svensk Författningssamling. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk Författningssamling (SFS 1982:763).
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Bromma tryck & Brolins AB.
- Tamm, M. (2003). *Barn och rädsla*. Lund: Studentlitteratur.

- Tveiten, S. (2000). *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wikipedia (2010) Hämtad: 2010-06-02 från
http://sv.wikipedia.org/wiki/Alternativ_behandlingsmetod
- Wood, C. (2002). Introducing a protocol for procedural pain. *Paediatric Nursing*. 14(8), 30-34.
- Woodgate, R., & Kristjanson, L. (1995). Young children's behavioural responses to acute pain: Strategies for getting better. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 243-249.

Bilaga 1

	Perspektiv (vårdvetenskap eller andra teoretiska perspektiv)	Syfte och Problem	Metod	Resultat
<p>Titel: Practices for preparing children for clinical examinations and procedures in Swedish pediatric wards.</p> <p>Författare: Edwinson Månsson & Dykes.</p> <p>Tidskrift: <i>Pediatric Nursing</i>.</p> <p>Årtal: 2004</p>	Sjuksköterskeperspektiv. Vårdvetenskap.	<p>Syfte: Att belysa svenska barnavdelningar beträffande deras praxisen att informera barn och deras föräldrar om kliniska undersökningar och förfaranden.</p> <p>Problem: Sjukhusvistelse kan vara skrämmande och en svår upplevelse för barn.</p>	Kvalitativ och kvantitativ studie. Deskriptiv statistik användes för frågorna med strukturerade svar. Manifest innehållsanalys. 58 avdelningar representerades från 6 små sjukhus, 14 stora sjukhus, 6 remiss sjukhus och 4 universitets sjukhus.	Det visade sig att de flesta barnkliniker i Sverige informerade barnen om kliniska undersökningar. Även om det fanns hinder så försökte sjuksköterskorna ge information.
<p>Titel: Pediatric nurses' pain management Practice: Barriers to change.</p> <p>Författare: Ely, B.</p> <p>Tidskrift: <i>Pediatric Nursing</i>.</p> <p>Årtal: 2001</p>	Sjuksköterskeperspektiv.	<p>Syfte: Att utforska vilka faktorer som påverkar barnsjuksköterskors smärtlindring</p> <p>Problem: Otillräcklig smärtlindring av barn på sjukhus.</p>	Kvalitativ deskriptiv design. Sjuksköterskor från en barnklinik i New England deltog i 1-6 diskussionsgrupper	Det framkom vilka hinder som påverkade och vilka förändringar som kunde göras för att förbättra smärtlindringen.
<p>Titel: The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness.</p> <p>Författare: Forsner, et al.</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Child Health care</i></p> <p>Årtal: 2005</p>	Barnperspektiv.	<p>Syfte: Syftet med denna studie var att belysa upplevelsen av att vara sjuk som berättas av barn.</p> <p>Problem: Sjukdom kan upplevas olika av oss alla. Detta kan leda till svårigheter att kunna föra en god kommunikation mellan vårdpersonalen och barnen.</p>	Kvalitativ analys. En berättande och observerande studie. 3 flickor och 4 pojkar intervjuades.	Barnen berättade om olika erfarenheter som de upplevt. Tre teman som kom fram var: vara ledsen/ ha mysigt, vara sårad/ ha kul och fångas/ försöka fly.
<p>Titel: What helps when it hurts: children's views on pain relief.</p> <p>Författare: Franck et al.</p> <p>Tidskrift: <i>Child: care, health and development</i></p> <p>Årtal: 2007</p>	Barnperspektiv.	<p>Syfte: Att förstå utifrån barnens synpunkter vad som hjälper när de har ont. Vad för faktorer som påverkar.</p> <p>Problem: Tidigare studier har bara fokuserat på vad som orsakar smärta hos barn inte vilka strategier som de tycker hjälper.</p>	Kvalitativ och kvantitativ studie. Tvärsnittsstudie blandat med en "rita och skriva" teknik. 33 % pojkar och 67 % flickor mellan 4-16 år ingick i studien som besökt Great Ormond Street Hospital.	4 teman framkom från texter och teckningar. Personer som hjälper till när jag har ont, vad jag gör som hjälper när jag har ont, vad andra gör som hjälper när jag har ont och saker som hjälper när jag har ont.
<p>Titel: Factors influencing pain management in children.</p> <p>Författare: Gimbler-Berglund et al.</p> <p>Tidskrift: <i>Pediatric nursing</i>.</p> <p>Årtal: 2008</p>	Sjuksköterskeperspektiv.	<p>Syfte: Att identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskans smärthantering av barn.</p> <p>Problem: Att faktorer i vården kan påverka sjuksköterskans</p>	En kvalitativ design med semi strukturerade intervjuer. 20 sjuksköterskors intervjuades från ett medelstort sjukhus i Sverige.	Hur sjuksköterskor hanterar smärta hos barn. Samarbetet mellan personalen påverkar barnens smärtlindring. God kommunikation var

		smärthantering.		lindrande.
	Perspektiv (vårdvetenskap eller andra teoretiska perspektiv)	Syfte och Problem	Metod	Resultat
<p>Titel: Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study</p> <p>Författare: He et al.</p> <p>Tidskrift: <i>International Journal of Nursing practice.</i></p> <p>Årtal: 2007</p>	Barnperspektiv.	<p>Syfte: Att utifrån barns perspektiv ta reda på vilka metoder de använt själva, deras föräldrar samt sjuksköterskan. För att lindra barns postoperativa smärta</p> <p>Problem: Barn är alltid en utmaning att smärtlindra. Bättre metoder behöver skapas för att få en bättre smärtlindring.</p>	Kvalitativ och kvantitativ intervju studie. Innehållsanalys och deskriptiv statistik. 59 barn (8-12 år) från 5 avdelningar på tre olika sjukhus i Kina.	Barnen använde sig av smärtlindrande metoder som vila och distraktion. De använde sig även av positionering och föräldrarnas närvaro tyckte barnen gav ett bra stöd och en god tröst.
<p>Titel: 'I had this horrible pain': the sources and causes of pain experiences in 4- to 11-year-old hospitalized children.</p> <p>Författare: Kortessluoma et al.</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Child Health Care</i></p> <p>Årtal: 2004</p>	Barnperspektiv.	<p>Syfte: Syftet med studien var att beskriva händelser som anses smärtsamma av barn.</p> <p>Problem: Att sjuksköterskorna såg på smärta utifrån ett vuxen perspektiv.</p>	Kvalitativ intervju analys. 44 stycken barn deltog i studien.	Barnen delade sina erfarenheter om när de upplevt smärtsamma situationer. Barnen ansåg att när sjuksköterskan såg på barnen utifrån ett barnperspektiv så lindrade det smärtan.
<p>Titel: "You just have to make the pain go away"- Children's experiences of pain management.</p> <p>Författare: Kortessluoma et al.</p> <p>Tidskrift: <i>Pain Management Nursing.</i></p> <p>Årtal: 2008</p>	Barnperspektiv.	<p>Syfte: Att beskriva vilka olika metoder barnen själva använde för att lindra sin smärta. Samt vilka förväntningar barnen hade på andra för att få hjälp att lindra sin smärta.</p> <p>Problem: Trots ökade studier runt barns smärta så upplever barn en oacceptabel smärta.</p>	Kvalitativ intervjustudie. Induktiv innehållsanalys. 44 barn (4-11 år) från 4 stycken olika sjukvårdsavdelningar på ett universitet sjukhus i Finland	Barnen använde sig av flera olika metoder för att minska sin smärta. Så som att ändra läge, massage, värme och kyla eller bara vila och avslappning. Barnen förväntade sig kunskap, empati och tid av personalen.
<p>Titel: Pain in children: Qualitative research of Finnish school-aged children's experiences of pain in hospital.</p> <p>Författare: Pölkki et al.</p> <p>Tidskrift: <i>International Journal of Nursing Practice.</i></p> <p>Årtal: 1999</p>	Barnperspektiv.	<p>Syfte: Målet med denna studien var att beskriva skolbarns upplevelse av smärta under tiden de låg på sjukhus. Samt hur det hanterades den</p> <p>Problem: Finns risker att vårdpersonal underskattar barns smärta. Att de tror att de upplever smärta precis som vuxna.</p>	Kvalitativ intervjustudie. Innehållsanalys. 44 barn (4-11 år) från 4 stycken olika sjukvårdsavdelningar på ett universitet sjukhus i Finland.	Barnen upplevde ångest och rädsla samt fysisk smärta vid procedureerna. De beskrev sin smärta som både fysiologisk och psykologisk. Barnen upplevde lindring när de blev sedda tillräckligt av personalen och när de hade familjen nära.

	Perspektiv (vårdvetenskap eller andra teoretiska perspektiv)	Syfte och problem	Metod	Resultat
<p>Titel: Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland.</p> <p>Författare: Pölkki et al.</p> <p>Tidskrift:</p> <p>Årtal: 2001</p>	Sjuksköterskeperspektiv.	<p>Syfte: Att beskriva hur sjuksköterskan använder sig av icke farmakologiska metoder för att smärtlindra barns (8-12 år) postoperativa smärta.</p> <p>Problem: Har all ny forskning angående barns smärt lindring kunnat implementerats i barns sjukvård.</p>	Kvalitativ enkätstudie. Statistikanalys och deskriptiv statistik. 162 finska barnsjuksköterskor som arbetade på 5 olika universitetssjukhus i Finland deltog i studien.	Sjuksköterskorna använde sig mest av metoder som stöd och hjälp i de dagliga aktiviteten samt att skapa en bra miljö runt barnen. Sjuksköterskans ålder och erfarenhet och antal egna barn påverkade henne hur ofta hon använde sig av icke farmakologiska metoder.
<p>Titel: Young children's behavioral responses to acute pain: strategies for getting better.</p> <p>Författare: Woodgate et al.</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Advanced Nursing.</i></p> <p>Årtal: 1995</p>	Barnperspektiv.	<p>Syfte: Att beskriva barns respons och uppförande på akut smärta. Genom att observera barnen kunna komma fram till hur de bemästrar och hanterar sin smärta.</p> <p>Problem: Barn har inte alltid lätt att uttrycka sin smärta genom olika skalor eller verbalt. Detta skapar problem för vårdpersonalen att ge en bra smärtlindring.</p>	Kvalitativ observations och intervju studie. Både barn och föräldrar intervjuades. Deskriptiv design. Naturalistisk metod. 11 barn (2-6 år) som var inlagda på ett sjukhus i Kanada.	Det framkom att barnen använde sig av tre olika strategier för att hantera sin smärta. Att dra sig undan, att slåss emot det och att försöka göra det bättre. Ju kraftigare smärtan var desto oftare använde de sig av strategierna.

Bilaga 2.

Bilaga 1. Förslag till granskningsprotokoll för kvalitativa studier (Forsberg & Wengström, 2008; Friberg, 2006; Nordström & Wilde, 2006; Willman, Stoltz & Baktsevani, 2006)

Instruktion

Varje fråga graderas med 3 poäng (ja), 2 poäng (delvis), 1 poäng (nej) eller 0 poäng (vet ej). Den erhållna poängen inom varje frågeområde summeras och den erhållna summan divideras med antalet besvarade delfrågor. Varje frågeområde kan på så sätt få mellan 1 och 3 poäng. Erhålles t.ex. 2.5 poäng, höjs denna siffra till 3. För varje ska du ringa in det alternativ (Ja, Delvis, Nej, Vet ej) som överensstämmer med dina poäng.

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde A. Syfte				
1. Är syftet med studien tydligt beskrivet?	3	2	1	0
Kommentar:	<hr/>			

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde B. Metod				
2. Redogörs för vilken kvalitativ metod som har använts?	3	2	1	0
3. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?	3	2	1	0
Kommentar:	<hr/>			

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde C. Urval				
4. Är urvalskriteriet för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?	3	2	1	0
5. Beskrivs var undersökningen genomfördes?	3	2	1	0
6. Beskrivs var undersöknings- gruppen kontaktades?	3	2	1	0
7. Beskrivs när undersöknings- gruppen kontaktades?	3	2	1	0
8. Beskrivs hur undersöknings- gruppen kontaktades?	3	2	1	0
9. Beskrivs vilken urvalsmetod som användes (ex. strategiskt urval, snöbollsurval, teoretiskt urval)?	3	2	1	0
10. Beskrivs den inkluderade Undersökningsgruppen på ett tydligt sätt (ex. ålder, kön, utbildning)?	3	2	1	0
11. Är undersökningsgruppen lämplig?	3	2	1	0
Kommentar:	<hr/>			

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde D. Datainsamling				
12. Beskrivs vem som utförde datainsamlingen ?	3	2	1	0
13. Beskrivs vilka datainsamlingsmetoder som använts på ett tydligt sätt (vilken typ av frågor som användes)?	3	2	1	0
14. Är data systematiskt samlade (finns formulerade frågeområden, intervjuguide)?	3	2	1	0
Kommentar:	<hr/>			

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde E. Dataanalys				
15. Beskrivs hur begrepp, teman och kategorier är utvecklade och tolkade på ett tydligt sätt ? (ex. finns beskrivning/tabell över hur kondensering och abstraktion skett, citat som stärker)	3	2	1	0
16. Är analys och tolkning av resultat diskuterade?	3	2	1	0
17. Är resultaten trovärdiga?	3	2	1	0
18. Är resultaten pålitliga?	3	2	1	0
19. Finns stabilitet och överensstämmelse?	3	2	1	0
Kommentar:	<hr/>			

	Ja	Delvis	Nej V	et ej
Frågeområde F. Etiska frågor				
20. Finns det tillräckligt beskrivet hur deltagarna informerats (muntligt, skriftligt, frivillighet, konfidentialitet)	3	2	1	0
21. Finns det beskrivet om forskarna har inhämtat informerat samtycket?	3	2	1	0
22. Har etisk kommitté godkänt studien (eller diskuteras detta)?	3	2	1	0
Kommentar:	<hr/>			

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde G. Diskussion				
24. Är de tolkningar som presenteras baserat på insamlad data?	3	2	1	0
25. Går det att återkoppla resultaten till den ursprungliga forskningsfrågan?	3	2	1	0
26. Har resultaten klinisk relevans?	3	2	1	0
27. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?	3	2	1	0

Kommentar: _____

Sammanvägd poängbedömning

Den erhållna poängen (3, 2 eller 1) för varje frågeområde ovan summeras. Hösta poäng är 21 och lästa poäng är 7. Den sammanvägda bedömningen, Hög, medelhög eller låg ringas in.

Hög vetenskaplig kvalitet (19-21p)

Medelhög vetenskaplig kvalitet (12-18p)

Låg vetenskaplig kvalitet (7-11p)