

Jönköping University, Hälsö högskolan

# **”Jag är rädd, jag vill till mamma”**

Yngre barns, föräldrars och sjuksköterskors levda erfarenheter  
av nålprocedurer i vården

Katarina Karlsson



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

DISSERTATION SERIES NO. 64, 2015

JÖNKÖPING 2015

© Katarina Karlsson, 2015  
Publisher: School of Health and Welfare  
Print: Ineko AB, Göteborg  
ISSN 1654-3602  
ISBN 978-91-85835-63-8

*There is a crack, a crack in everything. That's how the light gets in.*  
Leonard Cohen – Anthem

# Abstract

**Aim:** The overall aim of the thesis is to create knowledge about what it means for younger children to undergo needle-related medical procedures (NRMPs), and what caring support in relation to this means based on nurses', parents', and younger children's perspectives.

**Methods:** The first and second papers used descriptive phenomenological analysis to describe the meanings of supporting younger children during NRMPs from the perspective of nurses (I) and parents (II). The third and fourth papers used lifeworld hermeneutic analysis to explain and understand the consequences related to NRMPs (III) and support (IV) during these procedures from younger children's perspectives. Data has been collected by participant observations and lifeworld interviews documented by video-recorded observations, field notes, and audio-recorded interviews. In total 60 people participated, fourteen nurses, twenty-five parents, and twenty-one children.

**Main results:** The results show that an important consequence for children of procedures with needles is experiences of fear. The child's fear affects how the child is able to manage the procedure and the support the child gets from adults is crucial to whether the child's fear increases or decreases.

The support consists of *giving support* or *receiving support*. Parents support the child by safeguarding and protecting the child during the needle-related procedure; they "keep the child under the protection of their wings," sometimes very close and sometimes a little further out under the wingtips. Nurses support the child by starting from individual child's experiences and needs; they "balance on a tightrope" in an unpredictable situation. In the meeting between the child, the parents, and the nurses, the adults are guided by the child in what forms of support are provided. This continues until the needle-related medical procedure is completed and the child can walk proud and strong from the procedure with a feeling that "*I can handle this.*"

**Conclusions:** Children's need for support during needle-related medical procedures is primarily tied to children's experiences of fear. For the child to

experience a caring support, adults need to understand children's experiences of fear as well as children's need for support and what form the support should take. A caring support develops dialectically between children and adults in a circular movement. In such a dialectic, the child guides the adult and vice versa. That children have the capability of guiding adults during needle-related medical procedures shows that they are active and participating. Here it becomes clear that there is no objective location of the phenomenon of support. Support can therefore only be studied as a lived experience of those who need it.

# Originalartiklar

Avhandlingen baseras på följande artiklar. De refereras till med romerska siffror i texten:

## Artikel I

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Dalheim Englund, A.-C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(9). doi: 10.3402/qhw.v9.23063.

## Artikel II

Karlsson, K., Dalheim Englund, A.-C., Enskär, K. & Rydström, I. (2014). Parents' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(9). doi: 10.3402/qhw.v9.23759.

## Artikel III

Karlsson, K., Rydström, I., Nyström, M., Enskär, K. & Dalheim Englund, A.-C. (2015). Consequences of needle-related medical procedures: a hermeneutic study with young children (3–7 years). *Journal of Pediatric Nursing*, Early online. doi: 10.1016/j.pedn.2015.09.008.

## Artikel IV

Karlsson, K., Dalheim Englund, A.-C., Enskär, K., Nyström, M. & Rydström, I. (2015). Experiencing support during needle-related medical procedures: a hermeneutic study with young children (3–7 years). [Submitted].

Artiklarna återges med tillstånd från respektive tidskrift.

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>8</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>10</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>12</b>
Barns uppväxt och utveckling.....	12
Barn möter sjukvård.....	14
Barncentrerat synsätt.....	20
<b>Problemområde</b> .....	<b>21</b>
<b>Syften</b> .....	<b>22</b>
<b>Teoretiska utgångspunkter</b> .....	<b>23</b>
<b>Metod</b> .....	<b>27</b>
Design.....	28
Urval och deltagare.....	30
Datainsamling.....	35
Dataanalys.....	42
Forskningsetiska överväganden.....	48
<b>Resultat</b> .....	<b>53</b>
Att ge stöd till yngre barn vid nårelaterade medicinska procedurer: sjuusköterskors upplevelser (I).....	53
Att ge stöd till yngre barn vid nårelaterade medicinska procedurer: föräldrars upplevelser (II).....	54
Konsekvenser av nårelaterade medicinska procedurer: yngre barns upplevelser (III).....	55
Att erhålla stöd vid nårelaterade medicinska procedurer: yngre barns upplevelser (IV).....	56
Fenomenens centrala innebörder.....	57
<b>Diskussion</b> .....	<b>61</b>
Resultatdiskussion.....	61
Metoddiskussion.....	76
<b>Slutsatser</b> .....	<b>84</b>
<b>Kliniska implikationer</b> .....	<b>85</b>
<b>Fortsatt forskning</b> .....	<b>87</b>
<b>English summary</b> .....	<b>88</b>
<b>Tack</b> .....	<b>94</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>96</b>

# Förord

Här följer berättelsen om Teo som kan beskriva hur det är att vara liten och vara med om nålstick i vården. Teo återkommer i metoddelen.

## Teo – en prolog<sup>1</sup>

*Teo var en frisk femårig pojke tills han för ett tag sedan insjuknade i cancer. Sedan dess har mycket hänt och han har vårdats långa perioder på sjukhus. Teo har svårt att förstå vad som har hänt med honom.*

*Teo står gömd bakom pappa Göran som står och pratar med sjuksköterskan Anna. Med i rummet finns även sjuksköterskestudenten Per. Medan de vuxna pratar förbereder Anna inför åtgärden. Denna gång ska Teo få en perifer venkateter<sup>2</sup> i stället för en nål i sin subkutana venport.<sup>3</sup> Göran och Anna fortsätter att prata samtidigt som Göran lyfter upp Teo på undersökningsbristen. Teo är rädd. Varför pratar ingen med honom? Han vill inte bli stucken. Varför förstår ingen detta? Teo tar ett stadigt tag i nederkanten av tröjan så att ingen ska kunna dra tröjan över huvudet. Det är nu kampen börjar.*

*Pappa Göran och sjuksköterskan försöker ta av Teo tröjan samtidigt som de pratar lugnande med honom. Teo gråter. Till en början ganska tyst men gråten tilltar snabbt i styrka. ”Jag vill inte bli stucken”, skriker han flera gånger. Pappa Göran och sjuksköterskan säger att det måste han och att det blir bara värre om han håller på så här. Deras tonfall har ändrats och är nu mer högröstade. Teo är rädd och funderar på vad de menar med att han inte ska hålla på så här? Han ÄR ju rädd. Han kan inte tänka, han har svårt att andas och han gråter häftigt. Nu har tröjan dragits över Teos huvud och i stället håller han tröjan med båda händerna krampaktigt framför sig. Pappa Göran lyfter Teo rakt upp i luften för att lättare kunna få ner honom*

---

<sup>1</sup> Prologen är fiktiv. Berättelsen är dock uppbyggd på händelser och tankar från deltagarna i delstudierna.

<sup>2</sup> En tunn kateter som förs in i ett blodkärl.

<sup>3</sup> En dosa som är inopererad under huden och som går att sticka i med nål. En tunn plastslang är kopplad till dosan och plastslangen är inopererad i ett blodkärl.



*till liggande ställning på undersökningsbritsen. Han låser fast Teos hand med sina händer samtidigt som han pressar ner Teo mot undersökningsbritsen. Det har nu kommit in ytterligare en sjuksköterska för att hålla fast Teos andra arm. Sjuksköterskan tar bort bedövningssalvan, tvättar och förbereder för att sätta den perifera venkatetern. Teo känner sig fastlåst. Det enda han kan göra är att sparka och skrika, och det gör han.*

*”Jag vill inte bli stucken, jag är rädd, jag vill till mamma”, säger han flera gånger gråtandes. Det är till slut svårt att höra vad han säger. En sjuksköterska håller fast Teos arm samtidigt som den andra sjuksköterskan sticker Teo i armvecket. Efter ett tag avtar Teos skrik men han är helt svettig och matt. Snyftandes viskar han efter mamma under flera minuter.*

*Sjuksköterskan Anna går från behandlingsrummet med en känsla av att hon inte gjort tillräckligt för Teo. Hon funderar över varför han är så rädd och om hon kunde gjort på något annat sätt. Anna frågade Teo efter nålsticket om det verkligen hade gjort ont eller om han bara varit rädd. Detta kunde Teo inte svara på.*

*Pappa Göran pustar ut efter nålproceduren och undrar om det någon gång kommer att bli lättare för Teo. Situationen väcker känslor och tankar hos Göran: Kommer Teo alltid att protestera och slåss eller kommer han att lära sig att det inte är farligt? Gör jag fel som håller fast honom? Kommer Teo att få framtida problem av att ha varit fasthållen?*

*Dessa tankar snurrar i huvudet på Göran samtidigt som han vet att behandlingarna är livsavgörande för Teo. För vad händer med sjukdomen om Teo inte får sin behandling i tid?*

# Inledning

I denna avhandling studeras nålrelaterade medicinska procedurer (NRMP), där yngre barns, föräldrars och sjuksköterskors levda erfarenheter står i fokus. Det är alltså tre perspektiv som studeras, med de yngre barnen i centrum för uppmärksamheten, i samband med nålprocedurer.

Medicinska procedurer är åtgärder som genomförs i vården för att ställa diagnos och/eller utföra vård och behandling. Nålrelaterade medicinska procedurer innefattar nålstick i samband med undersökning och/eller behandling. För de yngre barnen verkar sammanhanget där proceduren genomförs ha betydelse. Ett barn kan uppfatta nålprocedurer i en vårdkontext eller vårdsituation som jobbig och ångestframkallande, medan samma barn exempelvis kan hantera att ta hål i öronen. Nålrelaterade *medicinska* procedurer används i föreliggande avhandling för att markera att proceduren sker i en vårdkontext.

Som barnsjuksköterska inom barn- och ungdomssjukvård har jag haft många möten med yngre barn som genomgått nålrelaterade medicinska procedurer för att förebygga och/eller behandla sjukdom. Flera av dessa procedurer verkade barnen uppleva som smärtsamma och dessutom skapa en rädsla hos barnen. Många gånger blev det uppenbart att barnen till och med tog skada av att behöva genomgå olika procedurer. Det förefaller som om vården inte alltid kan erbjuda vård som främjar och stärker barn vid nålrelaterade medicinska procedurer – i stället medför dessa något starkt negativt för dem.

Det har genomförts få kvalitativa studier där yngre barn har fått berätta om sina levda erfarenheter kring frågor som rör nålprocedurer. Det är den vuxnes uppfattning av hur barnet upplever nålprocedurer som i stället har blivit belyst.

I föreliggande avhandling får yngre barn komma till tals och berätta om sina upplevelser av nålrelaterade medicinska procedurer. Ytterligare två perspektiv uppmärksammas; föräldrars och sjuksköterskors. Förhoppningen är att dessa perspektiv tillsammans kan belysa komplexiteten i något som kan vara kortsiktigt plågsamt, ge långsiktiga problem – men ändå vara långsiktigt nödvändigt för barnet.

Ambitionen är att den kunskap som avhandlingen bidrar med ska ligga till grund för att utveckla vården till yngre barn vid nålrelaterade medicinska procedurer och att detta stärker barnet i vårdsituationen. Förhoppningen är att delar av avhandlingen även kan vara användbara för föräldrar till barn som varit med om eller ska genomgå en nålrelaterad medicinsk procedur.

Avhandlingen har sin ämnesförankring i ett vårdvetenskapligt perspektiv med en livsvärldsteoretisk grund. Utgångspunkten är ett patientperspektiv, vilket inkluderar såväl närstående som vårdare (Dahlberg och Segesten, 2010).

Avhandlingens titel: ”Jag är rädd, jag vill till mamma – Yngre barns, föräldrars och sjuksköterskors levda erfarenheter av nålprocedurer i vården” synliggör flera innebörder. Titeln knyter an till konsekvenser som barnet upplever av nålprocedurer och till det stöd barnet behöver och kan få av vuxna. Eftersom det är fler mammor än pappor som medverkar i avhandlingen valdes att i titeln använda mamma.

I avhandlingen används begrepp som ska ses som synonymer till varandra. Dessa är följande: nålrelaterade medicinska procedurer, NRMP, nålprocedurer eller procedurer. Med yngre barn avses barn i åldern 3–7 år. När barnet och föräldrar berättar om sina erfarenheter av nålprocedurer är det inte bara i relation till sjuksköterskor. För att underlätta läsningen används emellertid sjuksköterskor som begrepp i resultatet.

# Bakgrund

## Barns uppväxt och utveckling

### *Barns erfarenhet, mognad och utveckling*

Av Sveriges cirka 9,7 miljoner invånare (Statistiska centralbyrån, 2015a) är cirka två miljoner under 18 år (Statistiska centralbyrån, 2015b), vilket är gränsen för att räknas som barn och ungdom (Hammarberg, 2006). I Sverige år 2014 var cirka 584 000 barn i åldern 3–7 år (Statistiska centralbyrån, 2015b).

Barns erfarenheter är viktiga för hur de klarar av händelser i livet. Hur barn förstår och uttrycker något är till stor del kontextbundet. Det innebär att barns förståelse av en nålprocedur är beroende av tidigare sammanhang och erfarenheter av det som barnet ska utsättas för. Alderson (2007) beskriver att barns erfarenheter och förmågor kan vara mer betydande än ålder när det gäller kompetens. Dessutom skriver Fleitas (2003) att barns mognad och utveckling har betydelse för hur det förstår och använder sig av ett språk, och att barn inte bara kommunicerar verbalt utan även med kroppen, ögonkontakt och genom beröring. Lindeke, Nakai och Johnson (2006) fann att barns mognad och ålder påverkar hur de reagerar och tolkar stressande situationer i sjukvården.

Flera utvecklingsteorier<sup>4</sup> ligger till grund för synen på barns utveckling, däribland John Bowlby (1907–1990) och hans anknytningsteori. Denna teori utgår ifrån att människan har ett medfött behov av närhet, beröring och kontakt. Närheten har till uppgift att skydda barn mot faror i livet (Bowlby, 2010). Upplevelser av närhet är viktiga för barn, och föräldrar ska fungera som en trygg bas när barnet utforskar världen. Föräldrars förmåga att ge omsorg beskrivs utifrån två begrepp; trygg bas<sup>5</sup> och säker hamn. En trygg bas när barnet utforskar världen och en säker hamn att komma tillbaka till

---

<sup>4</sup> Exempel på utvecklingsteoretiker är Eriksson (1902–1994), Piaget (1896–1980), Stern (1934–2012), Vygotsky (1896–1934) och Winnicott (1896–1971).

<sup>5</sup> Först beskrivet av Mary Ainsworth 1967 (Bowlby, 2010).

när barnet känner sig hotat och är rädd. Barns anknytningsbeteende aktiveras när barnet upplever rädsla, smärta och oro, eller när barnet är rädd för att bli lämnat ensamt (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006; Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008).

Ett barn i förskoleåldern har vanligtvis passerat tre av anknytningsteoriens fyra faser<sup>6</sup> och befinner sig i vad Bowlby beskriver som målinriktad relations eller partnerskap. Barn börjar nu kunna samspela med andra och även själva ta initiativ till samspel. Deras kognitiva förmåga utvecklas under denna ålder, vilket medför att barn nu klarar av att bilda så kallade inre arbetsmodeller. Detta betyder att de bildar mentala modeller utifrån erfarenheter av tidigare anknytning. De inre arbetsmodellerna hjälper barn att bilda en uppfattning om sig själva och hur de upplever kontakten med andra (Bowlby, 2010; Broberg m.fl., 2006; Broberg m.fl., 2008).

### ***Barns rättigheter***

För att värna om barns rättigheter utvecklade Förenta Nationerna (FN) år 1989 barnkonventionen (United Nations Human Rights, Convention on the Rights of the Child, UNCRC, 1989). Denna konvention ratificerades av Sveriges riksdag år 1990 (Barnombudsmannen, 2015). För att ytterligare stärka barns rättigheter presenterades en proposition (2009/10:232) av riksdagen 2010. Propositionen slår fast att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen (Proposition, 2009/10:232).

Barn anses vara en sårbar grupp i samhället (Hewitt-Taylor & Heaslip, 2012), vilket också avspeglar tillgången till och hur de behandlas inom hälso- och sjukvård (Söderbäck, 2010). Att barn är ovana vid sjukvårdsmiljö kan medföra att de blir stressade i en sådan omgivning. Barn kan också ha svårt att förstå och ”passa in” i sjukvårdens rutiner och normer. Sjuksköterskor bör vara medvetna om att sjukvårdsmiljön kan påverka yngre barns känslor negativt och inverka på hur barnen klarar av att genomgå

---

<sup>6</sup> Den första fasen: från födseln till ca 8–12 veckor. Orientering och signaler, men inte till någon specifik person. Den andra fasen: från 8–12 veckor till ca 6–9 månader. Orientering och signaler till en eller ett par specifika personer. Den tredje fasen: från 6–9 månader till ca 3 år. Upprätthållande av fysisk närhet till en eller par specifika personer (Broberg m.fl., 2006, ss. 159–162).

åtgärder i vården (Coyne, 2006; Salmela, Aronen & Salanterä, 2011; Salmela, Salanterä & Aronen, 2009). Barns sårbarhet bör också ses utifrån att det för vuxna kan vara svårt att språkmässigt förstå det yngre barnet (Barnombudsmannen, 2007).

Med stöd i barnkonventionen har Nordiskt nätverk för barn och ungdomars rätt och behov inom hälso- och sjukvård (NOBAB) utvecklats (NOBAB, 2014). Motsvarande dokument finns för Europa (European Association for Children in Hospital, EACH, 2015). I kontakt med Svensk hälso- och sjukvård regleras barns rättigheter också via Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). Vid årsskiftet 2015 trädde en ny patientlag (SFS, 2014:821) i kraft, där barns inflytande i vården ytterligare tydliggörs. Några exempel är att ”när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas” (kap 1, 8 §), ”Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar” (kap 3, 6 §) samt ”När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad” (kap 4, 3 §). Dessa exempel utgör ett barnrättsperspektiv, vilket är grunden för barns rättigheter i vården och hur hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige ska arbeta.

## Barn möter sjukvård

### *Barn och medicinska procedurer*

Medicinska procedurer är vanligt förekommande för yngre barn inom hälso- och sjukvård (Blount, Piira, Cohen & Cheng, 2006; Power, Liossi & Franck, 2007). Exempel på medicinska procedurer som barn kan behöva vara med om är såromläggning, röntgenundersökning, katetrisering av urinblåsa eller nedläggning av ventrikelsond. Barns upplevelse av smärta, oro och rädsla vid dessa procedurer har studerats i olika sammanhang. Björkman, Almqvist, Sigstedt och Enskär (2012) beskriver barns (3–15 år) rädsla, smärta och oro vid misstänkt fraktur i samband med akut röntgenundersökning. Nilsson, Hallqvist, Sidenvall och Enskär (2011) fann att barn (5–10 år) vid såromläggning behöver känna trygghet och delaktighet för att kunna tillåta sjuksköterskan att utföra omläggningen. Avledning med hjälp av musik har

visats sig minska barns (7–16 år) morfinkonsumtion vid mindre kirurgiska ingrepp (Nilsson, Kokinsky, Nilsson, Sidenvall & Enskär, 2009).

Sjuksköterskors erfarenheter av barn och deras smärta har studerats av Gimbler-Berglund, Ljusegren och Enskär (2008), som betonar vikten av samarbete mellan föräldrar och olika yrkesprofessioner. Ljusegren, Johansson, Gimbler Berglund och Enskär (2012) fann att genom daglig presentation av smärtskattningsinstrument och smärtdirektiv kan vård som innehåller smärtbehandling förbättras.

### ***Barn och nålrelaterade medicinska procedurer***

Nålprocedurer är åtgärder som är vanligt förekommande för barn. Barns första medvetna kontakt med nålprocedurer kan vara en vaccination på barnavårdscentralen (Schechter m.fl., 2007; Taddio m.fl., 2010) eller bedövning vid ett tandläkarbesök (jfr Asvanund, Mitrakul, Juhong & Arunakul, 2015; Kuscu & Akyuz, 2008). Andra exempel på åtgärder med nålprocedurer som barn av hälsoskäl kan behöva genomgå under sin uppväxt är venpunktioner och placering av perifer venkateter (Taddio & McMurtry, 2015). Med stöd av Uman m.fl. (2013) och Uman, Chambers, McGrath och Kisely (2006) definieras i denna avhandling nålrelaterade medicinska procedurer som en undersökning eller åtgärd som barn behöver genomgå för att motverka sjukdom, fastställa diagnos och få behandling och som innefattar nålar.

Nålprocedurer med barn har tidigare studerats i olika sammanhang. Harder, Christensson, Coyne och Söderbäck (2011) beskriver hur viktigt det är för barn (5 år) att få vara aktiva aktörer vid en vaccination. Hedén, von Essen och Ljungman (2009) fann att föräldrar uppfattar lokalanestetika i kombination med att blåsa såpbubblor eller använda värmekudde som ett bättre sätt att motverka smärta och rädsla jämfört med att enbart använda lokalanestetika och information vid nålstick i en central venport (a.a.). Med hjälp av en visuell analog skala (VAS) har föräldrar tillfrågats om barns smärta och rädsla och föräldrarna har kommit fram till att barn (1–18 år) som behandlas med lokalanestetika vid nålstick i central venport är mer rädda för ingreppet än de upplever smärta (Hedén, von Essen & Ljungman, 2015). Barns (5–16 år) smärta har också bedömts med ett observationsinstrument (FLACC) som uppvisar god validitet när det gäller att bedöma barns smärta

vid nålprocedurer (Nilsson, Finnström & Kokinsky, 2008). Vidare har en icke farmakologisk metod använts, där barn (5–18 år) spelade dataspel (Virtual Reality) vid nålprocedurer för att bli avledda. Spelet bygger på en virtuell värld och resultatet visar att spelet gav barnen en positiv erfarenhet i samband med nålproceduren (Nilsson, Finnström, Kokinsky & Enskär, 2009).

### *Konsekvenser av nålrelaterade medicinska procedurer*

Nålprocedurer verkar för de flesta barn skapa smärta, rädsla och oro (Koller & Goldman, 2012; Taddio, Ilersich, Ilersich & Wells, 2014; Taddio & McMurtry, 2015). Vid upplevd rädsla (även smärta) uppstår fysiologiska reaktioner som ökad hjärtfrekvens, torrhet i munnen, stirrande blick, kallsvettighet och blekt ansikte (Wright, Yelland, Heathcote, Ng & Wright, 2009). Att kunna uppleva rädsla är en viktig alarmreaktion, eftersom det är människans sätt att undvika fara (Silverman, LaGreca & Wasserstein, 1995).

Barns rädslor har studerats under många år (Holmes, 1936; Jersild, Markey & Jersild, 1933). För cirka 80 år sedan visade forskning att barn bland annat var rädda för mörker, mardrömmar, skrämmande historier, otäcka ljud, höga höjder, olyckor, onaturliga händelser, allvarlig sjukdom, kroppsskada, främlingar och djur (a.a.). Senare års forskning visar att barn i stort upplever samma rädslor (Barnombudsmannen, 2007; Meltzer m.fl., 2009). En skillnad verkar dock vara att barn är mer rädda och oroliga för personlig skada (Nicastro & Whetsell, 1999). Forskning visar också att det finns skillnader i hur barn upplever rädsla utifrån etnisk tillhörighet och kultur (Meltzer m.fl., 2009).

Smärta är en subjektiv upplevelse som kan förnimmas och uttryckas på olika sätt. En ofta använd definition, så även i denna avhandling, är formulerad av International Association for the Study of Pain (IASP, 2014). Denna definition beskriver smärta som ”en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada” (Werner, 2010, s.13). Denna smärtdefinition betonar att smärta alltid är en subjektiv upplevelse. Barn upplever smärta och lär sig dess innebörd genom egen erfarenhet av vävnadsskada tidigt i livet. Svårigheter med att kommunicera smärta innebär inte att smärta kan uteslutas (Werner, 2010).



Yngre barn påverkas mer emotionellt än vuxna av en nålprocedur (Olsson, 2010). Känslor som oro och rädsla väcks vid akut smärta (Taddio & McMurthy, 2015) och barn kan förväxla känslor av rädsla och oro med känslan av smärta. Det kan vara speciellt svårt för yngre barn att veta när smärta avtar och enbart rädsla finns kvar. Upplevelse av oro och rädsla ökar i sin tur smärtupplevelsen (Cohen, 2008; Taddio m.fl., 2009). Barns minne är av avgörande betydelse vid medicinska procedurer (Rocha, Marche & von Baeyer, 2009; von Baeyer, Marche, Rocha & Salmon, 2004). Det lidande som nålprocedurer innebär kan medföra förändringar i smärtsystemet (Walco, 2008). Om barn upplever rädsla och smärta vid nålprocedurer finns en risk att de i framtiden utvecklar en rädsla för nålar och försöker undvika alla former av nålprocedurer (Noel, McMurtry, Chambers & McGrath, 2010; Taddio & McMurtry, 2015), men även sjukvård generellt (McMurtry m.fl., 2015; Noel m.fl., 2010; Taddio m.fl., 2010; Taddio & McMurtry, 2015).

Aldiss, Horstman, O'Leary, Richardson och Gibson (2009), Irwin och Johnson (2005), Kortessluoma och Nikkonen (2006) och Kortessluoma, Nikkonen och Serlo (2008) fastställer att det är brist på forskningsresultat som visar yngre barns upplevelse vid sjukdom, behandling och medicinska procedurer. Den forskning som genomförts har till stor del fokuserat på vuxnas uppfattning om hur barn upplever rädsla och smärta eller har fokuserat på metoder som används av vuxna (se. Hedén m.fl., 2009; 2015; Twycross, 2002). Dock har det under senare år presenterats studier där man utgått från barns perspektiv. Salmela m.fl. (2011) och Salmela m.fl. (2009) fann att barn (4–6 år) som vårdas på sjukhus upplever rädsla orsakat av smärta, egna fantasier, brist på information, och på grund av att miljön är okänd för dem. Aldiss m.fl. (2009) och Salmela m.fl. (2011) beskriver barns rädsla över att bli separerade från sina föräldrar under sjukhusvistelsen och Salmela, Salanterä och Aronen (2010) att föräldrar hjälper barn att hantera rädslan. Lindeke m.fl. (2006) beskriver hur barn på sjukhus upplever smärta av behandling och smärtsamma procedurer, exempelvis nålprocedurer. Vidare har Söderbäck (2013) observerat hur barn (3–5 år) använder olika uttryck för att förmedla erfarenheter vid venprovtagning. Hon beskriver sex stycken uttryck; ett vakande, ett nyfiket, ett anpassat, ett undvikande, ett tvingande och ett resignerat engagemang från barn vid venprovstagning. Taddio m.fl. (2014) har genom fokusgruppsintervjuer frågat barn (4–14 år) hur de vill att smärtlindring ska utformas vid vaccination. Resultatet visar på

vikten av individanpassade förberedelser i kombination med farmakologisk behandling.

### *Vårdande stöd vid nålrelaterade medicinska procedurer*

Stöd kan förstås på olika sätt och belysas med olika teorier. I denna avhandling fokuseras på vårdande stöd. Arman, Dahlberg och Ekebergh (2015) förklarar att ”vårdande (caring) är dels ett förhållningssätt som innebär att vara öppen och lyhörd för hur patienten erfar sin situation, dels är det vårdande handlingar som kan stärka hälsa och lindra lidande” (s. 11). Stöd/stödja betyder att ge stadga, bära upp eller hålla upp (Svenska Akademiens ordbok, 2015). I ett vårdande möte ligger fokus på att stödja och stärka människors hälsa (Ekebergh, 2015). I denna avhandling sker mötet mellan barn, föräldrar och sjuksköterskor vid nålprocedurer. Vårdande stöd ska i denna avhandling förstås som något som föräldrar och sjuksköterskor gör för barnet för att underlätta nålprocedurer. I avhandlingen ska fortsättningsvis stöd/stödja förstås som synonymt till vårdande stöd.

Föräldrars rättigheter tydliggörs av NOBAB, som betonar föräldrars rättigheter i vården. Dessa rättigheter hjälper föräldrar att klara av sin stödjande funktion vid nålprocedurer. Det handlar exempelvis om att få möjlighet att vara med barnet under hela vårdtiden och att få ekonomiskt stöd (NOBAB, 2014).

Forskning visar att föräldrars beteende påverkar barnet vid medicinska procedurer (McMurtry, Chambers, McGrath & Asp, 2010; Schechter m.fl., 2007; Smith, Shah, Goldman & Taddio, 2007). Föräldrars egna erfarenheter av nålprocedurer kan påverka hur de klarar av att ge stöd till barnet vid dessa åtgärder (McMurtry m.fl., 2015). Därför kan föräldrar behöva stöd av sjuksköterskor för att klara av att stödja sitt barn vid nålprocedurer (Power m.fl., 2007). Hur barn upplever stödet från föräldrar påverkas av hur föräldrarna uttrycker sig i samtalet. Verbala uttryck som är stödjande är när humor, avledning och småprat används. Uttryck som inte är stödjande är när föräldrar är extremt lugnande, kritiserande, använder sig av olika ursäkter eller allt för empatiska kommentarer (Mahoney, Ayers & Seddon, 2010; Schechter m.fl., 2007). Föräldrar är ett stöd för barn om de är väl förberedda, informerade och instruerade om vårdåtgärden av sjuksköterskor (Franck, Berberich & Taddio, 2015). Likaså om föräldrarna är tränade i hur de bäst

kan hjälpa sitt barn vid nålproceduren (Taddio m.fl., 2010). Forskning visar att föräldrar kan ha en fördel när det gäller att tolka och avleda barnet, eftersom de redan har en etablerad relation med sitt barn (Cavender, Goff, Hollon & Guzzetta, 2004). Det råder dock delade meningar bland vårdpersonal om föräldrars närvaro hjälper barnet vid nålprocedurer och om föräldrar således ska vara med barnet under proceduren (Boudreaux, Francis & Loyacano, 2002; Waseem & Ryan, 2003). Senare års forskning beskriver föräldranärvaro vid nålprocedurer som fördelaktig och något som föräldrar själva föredrar (Jones, Qazi & Young, 2005; Piira, Sugiura, Champion, Donnelly & Cole, 2005). Barn anser också att föräldrar är viktiga för att barnet ska klara av åtgärder inom sjukvården (Salmela m.fl., 2011; Salmela, Salanterä & Aronen, 2010; Salmela, Salanterä, Ruotsalainen & Aronen, 2010).

Sjuksköterskor stödjer barn genom att agera som deras förespråkare i vården (MacDonald, 2007). Sjuksköterskor arbetar utifrån fyra grundläggande ansvarsområden. Dessa är enligt International Council of Nurses (ICN): etiska kod ”att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande” (Socialstyrelsen, 2005, s. 17).

För att människor ska uppleva hälsa och välbefinnande måste lidandet vara uthärdligt. Lidande är starkt förknippat med smärta och dessa båda upplevelser kan vara svåra att skilja åt (Eriksson, 1992). I relation till detta är sjuksköterskors uppgift att göra patientens lidande hanterbart vid upplevelse av smärta (Socialstyrelsen, 2005; Walco, Cassidy & Schechter, 1994).

Studier visar att sjuksköterskor kan stödja barn utifrån olika tillvägagångssätt, såväl farmakologiska och/eller icke farmakologiska (Cramton & Gruchala, 2012; Cummings, 2015; Wente, 2013). Farmakologiska åtgärder kan innebära lustgas (Zier, Tarrago & Liu, 2010) och/eller olika lokalanestetika<sup>7</sup> (Abuelkheir m.fl., 2014). Icke farmakologiska åtgärder som visat sig ha god effekt är distraktion (Asvanund m.fl., 2015; Koller & Goldman, 2012; Taddio & McMurty, 2015). Även hypnos har visat god effekt (Taddio & McMurty, 2015). Studier visar att även lekterapeuter ger stöd till barn vid nålprocedurer (Cregin m.fl., 2008; Jeffs m.fl., 2011).

---

<sup>7</sup> Se Urval.

## Barncentrerat synsätt

Avhandlingen har såväl ett barns perspektiv (III, IV) som ett barnperspektiv (I, II). Ett barns perspektiv ”representerar barns erfarenheter, uppfattningar och förståelse av sin livsvärld” (Sommer, Pramling Samuelsson & Hundeide, 2011, s. 6). Barnperspektiv däremot ”riktar de vuxnas uppmärksamhet mot en förståelse av barns uppfattningar, erfarenheter och handlingar i världen” (Sommer m.fl., 2011, s. 6). Söderbäck, Coyne och Harder (2011) väver ihop de båda beskrivna perspektiven till ett barncentrerat synsätt. Detta synsätt innebär att barn erkänns och respekteras som aktiva medverkande. Både barnets perspektiv och barnperspektiv anses vara nödvändiga vid vård av barn och deras föräldrar. Nilsson m.fl. (2015) samstämmer i att båda perspektiven är nödvändiga vid såväl vård av det yngre barnet som i forskningssammanhang. I denna avhandling sker en pendling mellan barns perspektiv och barnperspektiv, vilket innebär att avhandlingen utgår från ett barncentrerat synsätt.

## Problemområde

Förenta Nationernas (FN) barnkonvention betonar att barnets bästa alltid ska prioriteras. Barn har rätt att bli lyssnade till och det barnet säger ska respekteras, utifrån barnets ålder och mognad. Barnkonventionen är ratificerad av Sveriges riksdag och ska således ligga till grund för all vård av barn som sker inom hälso- och sjukvård.

De allra flesta barn i Sverige kommer någon gång under sin uppväxt att vara med om nålprocedurer. Forskning visar att yngre barn upplever både smärta, oro och rädsla vid dessa procedurer. Hur nålproceduren utförs kan påverka barnets förmåga att hantera både framtida procedurer och vård mer generellt.

Föräldrar spelar en viktig roll för barnets känsla av trygghet under uppväxten, och genom att vara barnets ”förlängda arm” i kontakter med omvärlden. Detta innebär att föräldrar har stor betydelse vid nålprocedurer, deras närvaro och medverkan kan vara helt avgörande för hur barnet klarar av proceduren. Hur föräldrarna i sin tur klarar av att ge stöd till barnet beror bland annat på deras egna erfarenheter av sjukvård och medicinska procedurer. Sjuksköterskor har en viktig roll när det gäller att ge direkt stöd till barnet och dessutom att ge indirekt stöd genom att hjälpa föräldrarna att stödja sina barn – före, under och efter nålproceduren.

Forskning kring yngre barn som varit med om olika medicinska procedurer har sällan utgått från barnets egna upplevelser. Det är betydligt vanligare att det är den vuxnes uppfattning som ligger till grund för kunskap om hur det yngre barnet anses uppleva medicinska procedurer. Det finns i dag få kvalitativa studier som fokuserar på yngre barn vid nålprocedurer och hur föräldrar och sjuksköterskor kan stödja barn vid dessa procedurer. Ett sätt att bidra med ytterligare kunskap är att lyssna på barn som kan berätta om sina egna erfarenheter. För att få en nyansrik bild som skapar kunskap om stödets oklara dimensioner bör såväl barnets som den vuxnes perspektiv studeras. Den vuxne är i det här fallet antingen en medföljande förälder eller den sjuksköterska som genomför nålproceduren.

# Syften

Avhandlingens övergripande syfte är att skapa kunskap om vad det innebär för yngre barn (3-7 år) att genomgå nålrelaterade medicinska procedurer och vad vårdande stöd i samband med detta innebär, utifrån sjuksköterskors, föräldrars och yngre barns perspektiv.

## **Avhandlingens delsyften är att:**

**I.** beskriva innebörder i stöd vid nålrelaterade medicinska procedurer ur sjuksköterskors perspektiv.

**II.** beskriva innebörder i stöd vid nålrelaterade medicinska procedurer ur föräldrars perspektiv.

**III.** förklara och förstå konsekvenser relaterade till nålrelaterade medicinska procedurer ur barnets perspektiv.

**IV.** förklara och förstå vad stöd vid nålrelaterade medicinska procedurer innebär ur barnets perspektiv.

## Teoretiska utgångspunkter

Avhandlingens ansats<sup>8</sup> utgörs av reflekterande livsvärldsansats<sup>9</sup> (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008), där innebörder i komplexa fenomen beskrivs eller tolkas. Ansatsen vilar på en kontinentalfilosofisk idétradition med stöd i Edmund Husserls (1970/1900; 1970/1936; 1973/1939), Martin Heideggers, Maurice Merleau-Pontys (1968/1948; 1995/1945), Hans-Georg Gadammers (1995/1960) och Paul Ricoeurs (1976) texter.<sup>10</sup> I denna avhandling har fenomenet barns nålrelaterade medicinska procedurer studerats utifrån sjuksköterskors, föräldrars och yngre barns perspektiv, först var för sig, därefter i en sammanfattande tolkning. Med utgångspunkt i detta har delstudierna analyserats enligt fenomenologisk (I, II) och hermeneutisk (III, IV) livsvärldstradition. Begrepp av betydelse för denna avhandling förklaras nedan.

### *Livsvärlden*

Dahlberg m.fl. (2008) skriver att Edmund Husserl (1859–1938) introducerade livsvärldsteorin som en del av modern fenomenologi. Enligt Husserl är livsvärld en levd värld som är omöjlig att undkomma. Livsvärlden erfars av varje människa som en konkret verklighet, en grundförutsättning för mänsklig existens. Livsvärlden är den värld vi ”dagligen lever i, erfar, talar om och tar för givet i alla våra aktiviteter” (Bengtson, 2001, s. 46). Livsvärlden kan förklaras som en upplevelsevärld, en för-vetenskaplig och för-reflektiv värld. Med detta menas att händelser och saker oreflekterat tas för givna när människan befinner sig i livsvärldens naturliga inställning (Dahlberg m.fl., 2008).

Merleau-Ponty har enligt Dahlberg m.fl. (2008) utvecklat Husserls livsvärldsteori till att även handla om den levda kroppen. Det är bara genom den

---

<sup>8</sup> Ansatsen har tidigare använts i doktorsavhandlingar inom vårdvetenskap, bland andra Andersson (2015), Hörberg (2008), Lindberg (2014), Olausson (2014) och Palmér (2015).

<sup>9</sup> Se Metod.

<sup>10</sup> I detta kapitel refereras i huvudsak till Dahlberg m.fl. (2008) och deras tolkning av angivna texter.

levda kroppen som människan får tillgång till världen och till andra människor. Kroppen är utgångspunkten för *allt* som erfars, och den kan inte förstås som enbart ett objekt, eftersom människan *är* sin kropp. Den levda kroppen är inte en sammansättning av separata delar, kroppen är levd och måste utifrån det förstås som en helhet. När något händer med kroppen, exempelvis när ett nålstick punkterar huden vid nålprocedurer, förändras även upplevelsen av den levda kroppen och den omgivning som den befinner sig i – det som Merleau-Ponty kallar för ”tillgången till världen.” Vidare förklarar Merleau-Ponty att förhållandet mellan människor och saker är sammanflätade, ”eftersom människan är av världen såsom världen är av människan.” Merleau-Ponty förklarar att ”leva i världen som människa” sker ihop med andra människor. Innebörder är både delade med andra och på samma gång individuella. Även om en människa kan förstå en annan människas erfarenheter och uppfattningar utifrån att de båda är människor, kan en gemensam och simultan förståelse aldrig ske fullt ut (Dahlberg m.fl., 2008).

Husserl förklarar (Dahlberg m.fl., 2008) att livsvärld som epistemologi innebär en levd värld av kunskap. I livsvärlden finns kunskap och genom livsvärlden kan kunskap utsättas för såväl undersökning, bedömning som kontroll. I den här avhandlingen utgörs den epistemologiska utgångspunkten av barnets, föräldrars och sjuksköterskors levda erfarenhet av ett fenomen i fenomenologisk mening, det vill säga som erfars av ett mänskligt medvetande. I detta sammanhang är det betydelsefullt att tänka på att när barn deltar i en empirisk studie bör deras värld inte reduceras till den vuxnes tolkningar av den (Bengtsson, 2005). Därför har frågan om att få tillgång till yngre barns livsvärld varit central, framför allt i delstudie III och IV.

Livsvärlden är oftast baserad på en naturlig inställning till det vi tar för givet, och som känns självklar. En forskare måste emellertid ”kliva ur” den naturliga inställningen och ersätta den med ett mer vetenskapligt och reflekterande tillvägagångssätt för att kunna förstå något nytt och oväntat, som inte enbart baseras på egen förförståelse. Livsvärldens vetenskapliga förhållningssätt karakteriseras av att ifrågasätta, sakta ner och problematisera förståelseprocessen, något som Dahlberg m.fl. (2008) beskriver som ett tyglat förhållningssätt.



## *Fenomenologi*

Dahlberg m.fl. (2008) förklarar att en utgångspunkt för fenomenologisk<sup>11</sup> forskning är en vändning mot ”sakerna” själva och visa ”följsamhet mot sakerna.” Det som Husserl i denna mening betecknar som ”sakerna” kan förstås som ting, erfarenheter, sammanhang och företeelser. ”Sakerna” är utan innebörd om inte människans erfarenheter ger ”sakerna” en innebörd. ”Sakerna” med tillhörande mänskligt erfärande är synonyma med fenomen.<sup>12</sup> Ett fenomen definieras således som en *företeelse såsom den erfars av ett mänskligt medvetande*. Fenomen finns i våra levda erfarenheter, i vår livsvärld. Fenomen är alltid komplexa och kontextbundna. I denna avhandling utgörs fenomenen i de olika delstudierna av konsekvenser och stöd då yngre barn genomgår nårelaterade medicinska procedurer.

Husserl introducerade teorin om intentionalitet som handlar om att människans medvetande alltid är riktat mot något, och erfars som något som ger möjlighet till förståelse av meningen i tillvaron. Det som konkret erfars, erfars *som* något i vår naturliga inställning och har mening utifrån tidigare erfarenheter. Att uppleva något *som* något är det som bidrar till att skapa mening i tillvaron. Det vi upplever har på något sätt en innebörd för oss, eftersom inget av det vi upplever bara upplevs som ett tomt ”det” (Dahlberg m.fl., 2008).

## *Livsvärldshermeneutik*

Hermeneutiken är inte alltid livsvärldsorienterad, den kan ha olika riktningar med olika bakomliggande antaganden om hur en mer utvecklad förståelse kan uppnås genom tolkning. Före Husserl och Heidegger kunde hermeneutik stå för olika metoder för ”säkra” tolkningar (Dahlberg m.fl., 2008). Den livsvärldshermeneutik som utvecklats efter Husserl och Heidegger kan däremot ses som en fenomenologiskt grundad hermeneutik. Den vilar på ett livsvärldsperspektiv samt Heideggers ontologi där människan definieras av att vara en tolkande varelse (Warnke, 1993). Dahlberg m.fl. (2008) skriver att livsvärldshermeneutiken har utvecklats vidare i Gadamer's hermeneutiska filosofi, som ett förhållningssätt präglad av öppenhet. Gadamer problematiserar begreppet ”sanning”, eftersom mänsklig förståelse vilar på

---

<sup>11</sup> Även livsvärldshermeneutisk forskning.

<sup>12</sup> I fenomenologisk mening.

tolkningar som i sin tur präglas av varje enskild individs förförståelse. Sanning måste ses som föränderlig utifrån sitt sammanhang. En forskare bör därför vara medveten om att den företeelse som studeras kan förstås på olika sätt utifrån vilken mening den får för just den människan. Gadamer betonar att förståelse grundas i människans tradition och historia. Ny erfarenhet tillkommer till den redan befintliga förförståelsen. En sammansmältning, en blandning av ny erfarenhet och redan befintlig förförståelse<sup>13</sup>, uppstår. Detta leder till vidgade vyer som i sin tur ger en ny förståelse. Förförståelsen är oundgänglig för att vi över huvud taget ska kunna förstå något (Dahlberg m.fl., 2008). Här är det viktigt att inse att barnets, föräldrarnas och sjuksköterskornas erfarenheter aldrig återgår till samma begynnelsepunkt efter att ny erfarenhet erhållits i mötet vid nålprocedurer. Ödman (2007) förklarar detta utifrån att ”förståelsehorisonten förändras i harmoni med förändringar i kunskapsprocessen” (s. 105).

En annan vanlig referens i 2000-talets hermeneutiska empiri är Paul Ricoeurs intentionala förklaringar. Hans livsvärldsansats är inte så tydligt uttalad som hos Gadamer, men den finns implicit i hans begrepp ”levda erfarenheter.” Ricoeur menar att en text har dolda innebörder och överskott av mening. För att förstå texten måste man närma sig den dialektiskt, det vill säga pendla mellan att både förklara och förstå (Dahlberg m.fl., 2008).

---

<sup>13</sup> Vilket av Gadamer benämns horisontsammansmältning (Dahlberg m.fl., 2008).

# Metod

## *Reflekterande livsvärldsansats*

De ontologiska och epistemologiska utgångspunkter som beskrivits ligger till grund för den reflekterande livsvärldsansats som avhandlingsarbetet vilar på. Genomgående metodprinciper för reflekterande livsvärldsansats och även denna avhandling är; en vändning mot ”sakerna” själva, det vill säga mot händelser, erfarenheter eller företeelser såsom de erfars av ett mänskligt medvetande – *fenomenorientering*, ett *öppet och följsamt förhållningssätt* inför fenomenet i fokus samt att under hela forskningsprocessen ha ett *reflekterat förhållningssätt*, det vill säga att vara kritisk och problematiserande till den egna förståelsen (Dahlberg m.fl., 2008).

Den överordnade metodprincipen är öppenheten mot fenomenet, vilket innefattas av en genuin vilja att se, höra och förstå en annan människas erfarenheter (Dahlberg, 2014; Dahlberg m.fl., 2008). För detta krävs en pendling mellan närhet och distans till det studerade fenomenet. Närhet till fenomenet innebär fokusering på dess innebörd. Distans innebär att reflektera, problematisera och betrakta fenomenet lite på avstånd, för att se dess ”annanhet”, det vill säga det som avviker från förförståelsen (Dahlberg & Dahlberg, 2003; Dahlberg m.fl., 2008). Vid ett öppet förhållningssätt gentemot fenomenet är ambitionen att förstå fenomenet, men på ett nytt sätt. För att nå innebörder av de studerade fenomenen har öppenhet eftersträvat. Extra utmanande har det varit när det gäller barnen och öppenhet. Dessutom har öppenheten innefattat en välkomnande atmosfär, vilken är viktig för att få ta del av deltagarnas berättelser.

Förståelse och förförståelse är begrepp som måste uppmärksammas och förtydligas för att förtjänstfullt kunna användas i forskning. Gadamer beskriver att människans förförståelse<sup>14</sup> är av dubbel natur. Förförståelse är oundgänglig för att över huvud taget förstå det människan kommer i kontakt med. Samtidigt kan förförståelsen leda till att inget nytt framkommer, eftersom den kan låsa en människa i vissa tankemönster, om den får agera fritt. För att den egna förförståelsen inte ska ta över forskningsprocessen

---

<sup>14</sup> Vilket Gadamer kallar ”fördom” (Dahlberg m.fl., 2008).

krävs ett kritiskt och problematiserande förhållningssätt, ett tyglat förhållningssätt med reflektion (Dahlberg m.fl., 2008).

## Design

Avsikten med att välja de beskrivna ontologiska och epistemologiska utgångspunkterna är behovet av att kunna förstå vad det innebär för yngre barn att genomgå nålrelaterade medicinska procedurer och vad vårdande stöd i samband med detta innebär utifrån sjuksköterskors, föräldrars och yngre barns perspektiv. Föreliggande avhandling innehåller fyra delstudier med en livsvärldsteoretisk ansats (Tabell 1).

Datainsamlingen består av deltagande observationer och intervjuer som har dokumenterats med videoobservationer, fältanteckningar och ljudinspelningar (mp3-spelare). Dessa genomfördes i anslutning till att barnen genomgick en nålprocedur. Deltagare i datainsamlingen är de sjuksköterskor, föräldrar och barn som samtliga närvarade vid barnets nålprocedur. Intervjuer med barn och föräldrar genomfördes gemensamt, medan intervjuer med sjuksköterskor ägde rum vid senare tillfällen. Videoobservationen från nålproceduren har använts som stöd vid samtliga intervjuer genom att deltagarna fick se på filmen samtidigt som frågor ställdes. Deltagande observationer av intervjuerna dokumenterades med fältanteckningar vid de sex första tillfällena, därefter även videoobservationer.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Se Forskningsetiska överväganden.

**Tabell 1.** Översiktstabell över delstudierna i avhandlingen

Delstudie	I	II	III	IV
Titel	Att ge stöd till yngre barn vid nårelaterade medicinska procedurer: sjuksköterskors upplevelser	Att ge stöd till yngre barn vid nårelaterade medicinska procedurer: föräldrars upplevelser	Konsekvenser av nårelaterade medicinska procedurer: yngre barns upplevelser	Att erhålla stöd vid nårelaterade medicinska procedurer: yngre barns upplevelser
Syfte	Beskriva innebörder i stöd vid NRMP ur sjuksköterskors perspektiv	Beskriva innebörder i stöd vid NRMP ur föräldrars perspektiv	Förklara och förstå konsekvenser relaterade till NRMP ur barnets perspektiv	Förklara och förstå vad stöd vid NRMP innebär ur barnets perspektiv
Design	Beskrivande	Beskrivande	Tolkande	Tolkande
Urval	14 sjuksköterskor	25 föräldrar	21 yngre barn	21 yngre barn
Data-insamling	Livsvärldsintervjuer	Livsvärldsintervjuer (personliga möten och telefonintervjuer)	Deltagande observation Livsvärldsintervjuer	Deltagande observation Livsvärldsintervjuer
Data-analys	Fenomenologisk analys	Fenomenologisk analys	Livsvärldshermeneutisk analys	Livsvärldshermeneutisk analys

## Rekryteringsförfarande

### *Förberedelse*

En inventering genomfördes inom hälso- och sjukvård för att ta reda på var nålprocedurer förekommer med barn i åldern 3–7 år. Aktuella verksamhetschefer kontaktades för att tillfrågas om intresse fanns för att medverka i studien. Följande enheter har medverkat i avhandlingens delstudier: Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning samt Barn- och ungdomsklinik, där barnavdelning, barn- och ungdomsmottagning/barnakutmottagning och barn-dagvård ingår. De enheter som ingår i delstudierna vårdar barn och ungdomar i åldern 0–18 år. Datainsamlingen har genomförts inom en kontext i Västsverige som är specialiserad på barn- och ungdomssjukvård inom regionsjukvården.

Det fanns vissa praktiska funderingar inför datainsamlingarna. Det handlade till exempel om att som doktorand vara privat klädd eller klädd som övrig personal, att presentera sig som doktorand eller som barnsjuksköterska, samt vilken teknisk utrustning som behövdes, dess placering och hur den fungerade. Valet föll på att bära privata kläder och att presentera sig som doktorand och barnsjuksköterska.

## Urval och deltagare

Urvalet av deltagare för samtliga delstudier har utgått ifrån att de medverkande skulle ha en levd erfarenhet av det studerade fenomenet, då det är grunden för all livsvärldsforskning (Dahlberg m.fl., 2008; Polit & Beck, 2012). En stor variation med innebördsrika erfarenheter eftersträvades (Dahlberg m.fl., 2008) utifrån ålder, kön, planerade och oplanerade besök samt typ av nålprocedur. Sjuksköterskor tillfrågades först om att medverka och efter samtycke tillfrågade de i sin tur barnet och föräldrarna. Ytterligare muntlig och skriftlig information gavs av doktorand. Noggrann information gavs om att både nålprocedur och intervju skulle videoobserveras.

Den farmakologiska behandling som förekom på respektive enhet gällde även för barnen i delstudierna (III, IV), och den bestod av lustgas och lokalanestetika. Lustgas (N<sub>2</sub>O) är ett läkemedel som inhaleras och ger en sederande (lugnande) och smärtstillande effekt (ex. Medimix<sup>®</sup>, 2014). EMLA<sup>®16</sup> och Rapydan<sup>®</sup> är lokalanestetikum som sätts på huden där nålproceduren ska utföras, för att bedöva (EMLA<sup>®</sup>, 2013; Rapydan<sup>®</sup>, 2013). Eftersom lokalanestetika inte används vid kapillärprovtagning och pricktest vid allergiutredning, innebar det att sju barn inte hade någon farmakologisk behandling vid nålproceduren. Icke farmakologiska behandlingsmetoder som förekom på respektive enhet gällde för barnen i delstudierna och kunde exempelvis vara avledning med såpbubblor, läsa en bok, tv-spel eller berätta en berättelse.

Sammanlagt deltog 60 personer i delstudierna; 14 sjuksköterskor (I), 25 föräldrar (II) och 21 barn (III, IV).

---

<sup>16</sup> Eutectic Mixture of Local Anesthetics. AstraZeneca, Södertälje, Sverige.

## Delstudie I

Urvalet i den första delstudien består av sjuksköterskor som har egna erfarenheter av att utföra nålrelaterade medicinska procedurer och samtidigt stödja barn vid dessa åtgärder. De tillfrågades om godkännande av videoobservation vid en autentisk nålprocedur, med efterföljande intervju. Inklusionskriterierna var att samma sjuksköterska endast fick delta vid två datainsamlingstillfällen samt att sjuksköterskan deltog vid en nålprocedur med barn 3–7 år som inte befann sig i ett akut eller livshotande tillstånd när nålproceduren utfördes. Vid urvalsrekryteringen eftersträvades en variation i data utifrån kön, antal arbetade år i vården och antal arbetade år som sjuksköterska.

Sjuksköterskorna fick information och tillfrågades om att medverka i delstudien antingen vid en arbetsplatsträff eller samma dag som datainsamlingen genomfördes. Antalet datainsamlingstillfällen var 21, med ett bortfall av medverkande sjuksköterska. Sammantaget deltog 14 sjuksköterskor, varav sex deltog två gånger, vilket resulterade i 20 tillfällen. Sjuksköterskorna fick ge sitt skriftliga samtycke innan datainsamlingen påbörjades (Tabell 2).

**Tabell 2.** Urval sjuksköterskor ( $n = 14$ ).

<b>Kontext</b>	
Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning	4
Barnavdelning	2
Barn- och ungdomsmottagning/ barnakutmottagning	4
Barndagvård	4
<b>Kön</b>	
Kvinnor/Män	14/0
<b>Yrkeskompetens</b>	
Barnsjuksköterska	11
Annan specialistutbildning	1
Allmän sjuksköterska	2
<b>Yrkeserfarenhet</b>	
<u>Antal år i vården</u>	
Intervall	0,9–42
Medelvärde	25
Median	29
<u>Antal år som sjuksköterska</u>	
Intervall	0,9–31
Medelvärde	18
Median	18

## **Delstudie II**

Urvalet i den andra delstudien består av föräldrar som har levd erfarenhet av nålrelaterad medicinsk procedur med sitt barn. Urvalsförfarandet gick till på två sätt. Först tillfrågades föräldrar, av ansvarig sjuksköterska, om godkännande av videoobservation vid en autentisk nålprocedur, med efterföljande intervju tillsammans med barnet (personliga mötet). Andra urvalet gällde en individuell telefonintervju som genomfördes några dagar efter nålproceduren. De gemensamma inklusionskriterierna var att föräldrar skulle förstå och prata svenska samt att de deltog vid en nålprocedur med sitt barn i åldern 3–7 år som inte befann sig i ett akut eller livshotande tillstånd när åtgärden utfördes. Variationen av vilka föräldrar som kom att delta i delstudien styrdes av barnets urvalskriterier (se delstudie III och IV). Föräldrarna fick ge sitt skriftliga samtycke innan studien påbörjades.

Urvalskriterier för telefonintervjun var att få ytterligare berättelser och variation genom uppföljande intervju. Föräldrarna tillfrågades om telefonintervju utifrån om barnet efter proceduren brukade behöva stöd eller om föräldrarna kände att de inte fått berätta tillräckligt om sina erfarenheter. Föräldrar tillfrågades om att delta i telefonintervjun i slutet av det personliga mötet.

Några dagar efter att nålproceduren med efterföljande intervju (personliga mötet) hade ägt rum kontaktades elva föräldrar för en telefonintervju. Telefonintervjun inleddes med en fråga om föräldrarna fortfarande var villiga att delta samt med information om att samtalet spelades in. Ingen förälder avböjde att medverka i telefonintervju. I delstudie II deltog 25 föräldrar vid 21 tillfällen och av dessa deltog 11 föräldrar i en telefonintervju (Tabell 3).



**Tabell 3.** Urval föräldrar ( $n = 25$ ).

<b>Kontext</b>	
Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning	7
Barnavdelning	2
Barn- och ungdomsmottagning/ barnakutmottagning	7
Barndagvård	9
<b>Kön</b>	
Kvinnor/Män	18/7
<b>Typ av besök</b>	
Inte planerat	5
Planerade	16
<b>Föräldrar närvarande vid datainsamling</b>	
Mamma	14
Pappa	3
Båda föräldrarna	4

### Delstudie III och IV

Urvalet i den tredje och fjärde delstudien består av barn som har en levd erfarenhet av nålrelaterad medicinsk procedur. Delstudierna inkluderar en autentisk nålprocedur med efterföljande intervju som båda videoobserverades.<sup>17</sup> Inklusionskriterierna var att barnen skulle förstå och prata svenska, vara i åldern 3–7 år samt genomgå en nålprocedur men inte befinna sig i ett akut eller livshotande tillstånd när åtgärden genomfördes. Även här eftersöktes en variation i data. Samtliga barn hade en eller båda föräldrarna med vid proceduren. Vid några tillfällen var även syskon eller andra släktingar närvarande. Detta har på olika sätt påverkat datainsamlings-situationen.<sup>18</sup> Vissa barn visste före besöket att en nålprocedur skulle genomföras, och vissa visste det inte. Barnen tillfrågades av ansvarig sjuksköterska om de ville delta i delstudierna, och föräldrarna om de gav sin tillåtelse till barnets medverkan. Föräldrarna fick ge sitt skriftliga samtycke och barnet sitt medgivande innan datainsamlingen påbörjades. I delstudie III och IV deltog 21 barn (Tabell 4).

---

<sup>17</sup> Se Forskningsetiska överväganden.

<sup>18</sup> Se Datainsamling och Metoddiskussion.

**Tabell 4.** Urval barn ( $n = 21$ ).

<b>Kontext</b>	
Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning	6
Barnavdelning	2
Barn- och ungdomsmottagning/ barnakutmottagning	5
Barndagvård	8
<b>Barnens ålder (i år)</b>	<i>n</i>
3	4
4	3
5	5
6	6
7	3
<b>Kön</b>	
Flickor/Pojkar	11/10
<b>Typ av besök</b>	
Inte planerat	5
Planerade	16
<b>Diagnos</b>	
Allergi	3
Cancer	4
Genetisk sjukdom	1
Icke-specifik	4
Infektion	3
Mag- och tarmsjukdom	1
Obesitas	1
Reumatisk sjukdom	2
Tonsillektomi	2
<b>Orsak till besöket</b>	
Behandling	8
Infektion	3
Planerad kirurgi	2
Utredning	8
<b>Typ av NRMP</b>	
Kapillära prover	5
Ledpunktion	1
Nålsättning i central venport	5
Perifer venkateter (IV)	3
Pricktest	2
Venösa prover	5
<b>Farmakologisk behandling</b>	
Lustgas	2
Emla®	13
Rapydan®	1

## Datainsamling

Datainsamlingen i denna avhandling omfattas av deltagande observationer och intervjuer. Dessa har dokumenterats med videoobservationer, fältanteckningar och ljudinspelningar (mp3-spelare). Datainsamlingen genomfördes under cirka 20 veckor, från våren 2011 till sommaren 2012. Under nålproceduren samlades data in med hjälp av deltagande observation och därefter intervjuades barn (III, IV) och föräldrar (II) tillsammans, medan sjuksköterskor (I) intervjuades vid ett senare tillfälle. Videoobservation genomfördes under intervjuerna med barnen<sup>19</sup> (III, IV) (där föräldrarna också deltog). När barnet och föräldrarna klev in i rummet där nålproceduren skulle genomföras, startade datainsamlingen. Den avslutades när de lämnade rummet. Varje intervju inleddes med frågor om aktuell nålprocedur, därefter kunde eventuella tidigare nålprocedurer diskuteras.

### *Deltagandeobservation som datainsamlingsmetod*

Deltagarna i delstudie III och IV är barn och eftersom det kan vara svårt att genomföra intervjuer med yngre barn valdes också observation som datainsamlingsmetod. En observation ger en bild av situationen där nålproceduren äger rum, vilket kan vara till fördel för att fördjupa efterföljande intervju. Både verbala och kroppsliga uttryck fokuserades, till exempel ansiktsuttryck, gester och kroppshållning (Dahlberg, 2014; Dahlberg m.fl., 2008). I föreliggande avhandling har deltagande observationer använts vid nålprocedurer och vid efterföljande intervjuer. Vid deltagande observation förekommer ett samspel med forskningsdeltagarna samtidigt som en observation äger rum utifrån vad som händer och sker i situationen (Fangen, 2005). Enligt Dahlberg m.fl. (2008)<sup>20</sup> bör observationer vid studier med ett livsvärldsperspektiv vara deltagande, eftersom det krävs aktiv och nära medverkan för att ta del av en annan människas livsvärld.

---

<sup>19</sup> Se Forskningsetiska överväganden.

<sup>20</sup> Referens till van Manen (1990).

## *Dokumentation av deltagande observation*

### *Videoobservation*

För att kunna dokumentera barns verbala och ickeverbala beteende på ett permanent sätt vid nålprocedurer och intervjuer valdes videoobservation (III, IV). Samspelet mellan barn, föräldrar och sjuksköterskor vid nålprocedurer sker på ett snabbt och föränderligt sätt. Genom att videoobservera underlättades förståelsen av de studerade fenomenen. En videoobservation hjälper till att kontextuellt fånga detaljer. Det var dessutom en fördel att kunna titta på filmen från nålproceduren vid upprepade tillfällen (Heath, Hindmarch & Luff, 2010). Alla nålprocedurer dokumenterades med hjälp av videoobservationer, medan de sex första intervjuerna med barnen endast dokumenterades med fältanteckningar.

### *Fältanteckning*

Fältanteckningar består av de anteckningar som observatören fortlöpande gör under datainsamlingen (Dahlberg, 2014). Fältanteckningarna gav tillgång till nålprocedurens sammanhang och fungerade som komplement till det som inte registrerades genom videoobservationen. Ett exempel är när en personal vid upprepade tillfällen tittade in genom ett fönster i dörren för att se om sjuksköterskan behövde hjälp. Skriftlig dokumentation av nålproceduren och intervjun genomfördes, där tid, plats, medverkande och typ av nålprocedur antecknades.

## *Livsvärldsintervju som datainsamlingsmetod*

Livsvärldsintervjuer<sup>21</sup> (I, II, III, IV) består av en fenomenorienterad och reflekterande dialog (Dahlberg m.fl., 2008), som i denna avhandling har genomförts mellan doktoranden, barnet, föräldrarna och sjuksköterskorna. För att få en variation i data krävs det välfyllda beskrivningar av innebörder gällande de fenomen som studeras. Under intervjun stimuleras därför deltagarna till att reflektera kring fenomenet. Doktoranden använder sig av ett öppet och följsamt förhållningssätt, där följdfrågor får deltagaren att stanna kvar tankemässigt och reflektera kring det fenomen som studeras. Reflektion är även doktorandens redskap för att inte bestämma och tro sig

---

<sup>21</sup> I denna avhandling kan intervju och livsvärldsintervju ses som synonymer till varandra.

veta eller ”förstå för fort” vad deltagaren berättar om fenomenet, det vill säga ha ett kritiskt och problematiserat förhållningssätt till det som visar sig under intervjun. Doktoranden behöver vara fokuserad och koncentrerad på det som sägs (närhet), men också kunna betrakta lite på avstånd (distans). Att kunna pendla mellan närhet och distans till det som kommer fram om fenomenet är viktigt för att få fram innebördsrikt material. Fokus riktas alltså mot fenomenet och inte subjektet, det vill säga inte mot den som berättar, utan mot det som personen berättar om.

### **Delstudie I**

Datainsamlingen i den första delstudien består av 20 intervjuer med sjuksköterskor. Den inledande frågan var: *Berätta om dina erfarenheter av att stödja XX vid nålproceduren?* Följdfrågor som *Kan du berätta mer?*, *Hur tänkte du då?*, *Vad hände?* användes för att uppmuntra sjuksköterskorna till djupare reflektion. Här var det viktigt att inte tro sig förstå sjuksköterskornas svar för fort. Det var betydelsefullt att hålla tillbaka den egna förförståelsen om fenomenet samt att ställa upprepade frågor som medförde att sjuksköterskorna reflekterade över sina erfarenheter av fenomenet.

Sjuksköterskorna fick under intervjun se på den filmade videoobservationen av nålproceduren, och utifrån den ställdes ytterligare frågor. Frågorna utformades utifrån innehållet i filmen. Exempelvis kunde följande frågor ställas: *Hur tycker du att den genomförda nålproceduren fungerade? Kan du berätta utifrån filmen vad du gjorde som var stödjande för XX? Kunde du ha gjort något annorlunda? Vad tänker du när du ser detta på filmen?*

Intervjun genomfördes samma dag som nålproceduren hade utförts eller inom de närmaste dagarna därefter. Sjuksköterskorna fick avgöra var intervjun skulle äga rum och när. Alla intervjuer genomfördes på sjuksköterskornas arbetsplats och där proceduren hade utförts. Samtliga intervjuer spelades in digitalt med hjälp av en mp3-spelare, för att sedan transkriberas ordagrant till text (Tabell 6).

**Tabell 6.** Datainsamling sjuksköterskor.

Antal NRMP	21
Antal intervjuer	20
<b>Tid procedurer</b>	Minuter
<u>NRMP</u>	
Intervall	4–30
Medelvärde	11
Median	10
<u>Intervjuer</u>	
Intervall	9–55
Medelvärde	29
Median	30

## Delstudie II

Datainsamlingen i den andra delstudien består av intervjuer med föräldrar och kan delas upp i två delar, bestående av 21 intervjuer (personliga möten) och elva telefonintervjuer. Föräldrarna intervjuades tillsammans med barnet (personliga mötet) och barnet avgjorde vem av dem som skulle bli intervjuad först. Den inledande frågan till föräldrar var: *Berätta om dina erfarenheter av att stödja XX vid nålproceduren.* Följdfrågor var exempelvis *Berätta mer, Hur tänkte du då?, Vad hände?,* och de användes för att uppmuntra föräldrarna till djupare reflektion om fenomenet. Det var viktigt att inte förstå föräldrarnas svar för fort, utan stimulera till ytterligare reflektion genom följdfrågor. Föräldrarna fick under intervjun se på den inspelade videoobservationen från nålproceduren och utifrån filmen ställdes frågor på samma sätt som är beskrivet för delstudie I.

Vid elva tillfällen kontaktades föräldrarna efter några dagar via telefon för att de skulle kunna berätta mer om innebörden av fenomenet. Den inledande frågan var: *Berätta om dina erfarenheter av att stödja XX de närmsta dagarna efter nålproceduren?* Även här följde samma typ av följdfrågor som presenterats tidigare. Samtliga intervjuer spelades in digitalt med en mp3-spelare, för att sedan transkriberas ordagrant till text (Tabell 7).

**Tabell 7.** Datainsamling föräldrar.

Antal NRMP	21
Antal intervjuer	21
Antal telefonintervjuer	11
<b>Tid procedurer</b>	Minuter
<u>NRMP</u>	
Intervall	4–30
Medelvärde	11
Median	10
<u>Intervjuer</u>	
Intervall	17–67
Medelvärde	39
Median	37
<u>Telefonintervjuer</u>	
Intervall	3–30
Medelvärde	14
Median	12

### **Delstudie III och IV**

De tredje och fjärde delstudierna består av 21 deltagande observationer av nålprocedurer och 21 intervjuer. Deltagande observationer under nålprocedurerna och intervjuerna dokumenterades med videoobservationer<sup>22</sup> och fältanteckningar. Samtliga intervjuer spelades in digitalt med en mp3-spelare, för att sedan transkriberas ordagrant till text. För att dokumentera videoobservationerna vid nålproceduren användes en bärbar kamera, vilket var nödvändigt eftersom deltagarna inte var på samma plats under hela nålproceduren. Observationerna vid nålproceduren var deltagande på så sätt att barnen och/eller sjuksköterskan kunde ställa frågor och en diskussion uppstod eller genom att doktoranden räckte över något till barnet eller sjuksköterskan.

Här följer ett exempel på en nålprocedur och situationen vid datainsamlingen:

*Teo har varit och träffat doktorn och väntar på att blodprov ska tas i fingret. Han tycker att sticket gör ont och han vill hem. Mamma Stina och lillasyster Olivia är med Teo i dag. En av vårdpersonalen tar hand om Olivia och leker med henne på golvet. Teo halvliggert i mammas knä och tittar på vad Olivia*

<sup>22</sup> Se Forskningsetiska överväganden.

*och vårdpersonalen gör. Han vill också vara med och leka. Teo försöker glida ner, ur mammas knä, till Olivia och leksakerna på golvet. Detta försök avbryts snabbt av sjuksköterskan och nålproceduren inleds. Sjuksköterskan har med sig en bok som hon sätter framför Teos ansikte. Han tar med ena handen snabbt bort boken och säger bestämt: "Jag vill se." Olivia ropar och skrattar högljutt och Teo tittar på golvet och leksakerna. Efter en stund inser Olivia att något håller på att hända med Teo. Hon slutar leka och försöker klättra upp på britsen genom att dra Teo i benet. Detta går inte bra och de vuxnas fokus går från att stödja Teo till att ta hand om Olivia. Teo blir missnöjd och börjar gråta och det gör även Olivia. En sjuksköterska lyfter upp den gråtande Olivia och sätter henne på undersökningsbritsen bredvid Teo och mamma. Nu börjar sjuksköterskan förhandla med Teo om att provet måste tas och både Teo och Olivia gråter.*

Intervjuerna med barnen genomfördes på den enhet där nålproceduren utfördes, men i ett annat, angränsande rum. Vid intervjun användes två videokameror så att barnen filmades oberoende av var i rummet de befann sig. En förberedande fas föregick intervjun så att alla kunde bekanta sig med varandra. Detta ägde rum med hjälp av småprat och lek, alltifrån hur barnen styrde situationen (jfr Irwin & Johnson, 2005; MacDonald & Greggans, 2008). När barnen verkade känna sig bekväm med situationen styrdes samtalet mot den inledande frågan och själva intervjun började.

Ingångsfrågan i delstudie III och IV utformades lite olika beroende på barnets ålder, mognad, erfarenhet och dagliga form, men innebörden var densamma (jfr Irwin & Johnson, 2005; Spratling, Coke & Minick, 2012). Här är exempel på hur den inledande frågan kunde utformas i delstudie III: *Berätta för mig om nålsticket. Berätta för mig om när Anna tog sticket i ditt finger efter att du hade träffat doktorn.* Och i delstudie IV: *Berätta för mig om nålsticket. Fick du hjälp av någon? Vad för slags hjälp hade du velat ha?* Följdfrågor som *Berätta mer, Hur tänkte du då?* och *Vad hände?* användes för att hjälpa barnet till en djupare reflektion, i syfte att få barnet att berätta mer om fenomenet. Ibland behövde frågan ställas om för att åter rikta barnets tankar mot fenomenet.

Eftersom yngre barn kan ha svårt att berätta om sina erfarenheter när en direkt fråga ställs användes olika hjälpmedel. Barnen fick titta i en väska som presenterades som en "hemlig väska." I väskan fanns det dockor, mjukisdjur och medicinsk utrustning. Genom att exempelvis leka med



dockan kunde barnen visa vad de hade varit med om samtidigt som intervjun pågick. Dockan kunde också ”ställa frågor” till barnen om nålproceduren, ett tillvägagångssätt beskrivet av Darcy, Knutsson, Huus och Enskär (2014) samt Gibson, Aldiss, Horstman, Kumpunen och Richardson (2010). Barnen kunde också välja andra sätt att reflektera på. De kunde exempelvis titta i fotoalbum med barn som genomgått liknande nålprocedurer, teckna vad som hänt eller leka fritt. Tanken med att använda lek som hjälpmedel är att barn lättare kan samtala kring upplevelser när de leker (Haiat, Bar-Mor & Shochat, 2003; Jun-Tai, 2008; Simms, 2008). Leken ger därmed stöd åt observation och intervju. Det är viktigt att vara medveten om att alla barn inte vill leka med dockor. För dem fanns ovan beskrivna hjälpmedel som alternativ.

Barnen fick under intervjun se på filmen från nålproceduren, och utifrån filmen ställdes frågor på samma sätt som är beskrivet för delstudie I. Av 15 utförda videoobservationer från intervjuerna misslyckades en på grund av tekniska problem.

Nålprocedurer och intervjuer dokumenterades även med fältanteckningar, vilka utfördes på ett diskret och begränsat sätt under pågående åtgärd. När nålproceduren eller intervjun var klar genomfördes mer utförliga anteckningar (Tabell 8).

**Tabell 8.** Datainsamling barn.

Antal NRMP	21
Antal intervjuer	21
<b>Tid procedurer</b>	Minuter
<u>NRMP</u>	
Intervall	4–30
Medelvärde	11
Median	10
<u>Intervjuer</u>	
Intervall	9–60
Medelvärde	36
Median	37

## Dataanalys

Analysen i samtliga delstudier genomfördes i enlighet med en reflekterande livsvärldsansats. Tidigare angivna metodprinciper<sup>23</sup> har använts vid dataanalysen (Dahlberg m.fl., 2008).

### *Fenomenologi*

Fenomenologisk analys (I, II) är beskrivande och kännetecknas av en dialektisk pendling mellan helhet (intervjuerna), delar (meningsbärande enheter, kluster) och ny helhet (essens och innebördselement). Denna pendling karakteriseras av en ökad abstraktion, från de mer textnära beskrivningarna till de mer abstrakta, vilket mynnar ut i en ny helhet. De olika nivåerna i abstraktionen ska inte ses som avskilda från varandra, utan som att delarna griper in i varandra på väg mot högre abstraktion. Ett viktigt tillvägagångssätt under analysens olika delar är att arbeta med texten som figur och bakgrund. Det innebär att en innebörd från datamaterialet lyfts fram som figur och studeras mot övriga materialet som bakgrund, och vice versa (Dahlberg m.fl., 2008).

### *Förberedelse inför analys av delstudie I och II*

Analysmaterialet i delstudie I och II består av intervjuer som ordagrant har transkriberats till text. Detta innebar att känslouttryck, uttalade och outtalade, skrevs ner och fogades in i texten och blev en del av data (Dahlberg m.fl., 2008).

### **Delstudie I och II**

Den transkriberade intervjutexten lästes flera gånger, för en övergripande förståelse om sjuksköterskors och föräldrars upplevelse av att stödja barn vid nålprocedurer. Konkret innebar det att varje intervju lästes upprepade gånger var för sig, för att sedan tillsammans läsas som ett samlat intervjumaterial. Denna del av analysen kräver närhet, men även distansering till texten. Det krävs återhållsamhet för att inte redan här börja analysera, utan stanna kvar på helhetsnivå i den bekantgörande fasen.

---

<sup>23</sup> Fenomenorientering, öppet och följsamt förhållningssätt inför fenomenet samt reflekterat förhållningssätt.

När texten kändes bekant ändrades fokus, från helheten i texten till dess delar. Analysprocessen inleddes med att avtäckas fenomenets innebörder, vilket även beskrivs som att ”packa upp” textens innebörder. Meningsbärande enheter, det vill säga de delar i texten som bär på mening om fenomenet, togs fram och delades in i mindre delar. De meningsbärande enheterna kunde bestå av enstaka ord eller ett par meningar, alltid i relation till det studerade fenomenet. I texten markerades de meningsbärande enheterna och beskrevs med några få ord i marginalen. Under denna del av analysen ställdes frågor till texten i relation till det studerade fenomenet. Exempel på frågor var: *Vad är det som står i texten? Vad står det för? Vad är innebörden i det som sägs? Kan det förstås på något annat sätt?* Samtliga innebörder som hade ”packats upp” arbetades med som figur och bakgrund. Här krävdes ett reflekterat förhållningssätt, det vill säga att vänta in och inte forcera fram en ny förståelse (Dahlberg & Dahlberg, 2003).

När de meningsbärande enheterna var identifierade och beskrivna fördes delar med samma innebörd ihop till kluster. Som ett första steg genomfördes klusteranalys av intervjuerna, först var och en för sig, därefter fördes dessa kluster ihop till ett gemensamt kluster där mönster utifrån likheter och olikheter framträdde. Mönster trädde fram genom att innebörder placerades som figur mot övriga texten som bakgrund och vice versa. Under hela denna del av analysarbetet förekom även en pendling mellan textens helhet (intervjuerna) och dess delar (meningsbärande enheter och kluster) för att se till att inte förförståelsen påverkats. Kluster ska förstås som en varsam abstraktion av innebörder för att bilda ett tillfälligt mönster på väg fram till slutmålet, det vill säga fenomenets essens med tillhörande innebördselement.<sup>24</sup>

Som nästa steg jämfördes kluster som hade liknande innehåll genom att de ställdes mot varandra som figur och bakgrund. Detta för att få fram fenomenets innebördsstruktur, det vill säga dess essens med tillhörande innebördselement.<sup>25</sup> Konkret krävdes även här ett reflekterat förhållningssätt gentemot förförståelsen.

---

<sup>24</sup> Kan även benämnas essentiell innebörd (Dahlberg m.fl., 2008).

<sup>25</sup> Kan även benämnas konstituent (Dahlberg m.fl., 2008).

Detta resulterade i att vissa kluster delades eller fördes samman. Det var nu som mönster av innebörder som inte varierade började urskiljas, vilket ledde fram till fenomenets essens. Essensen beskriver fenomenets nya helhet på den högsta abstraktionsnivån. Genom att gå tillbaka till klustren och kontrollera att samtliga innebörder i essensen fanns på klusternivå samt att dessa innebörder inte varierade, kontrollerades essentexten. Slutligen identifierades och beskrevs de mer kontextuella mönstren av fenomenet, de vill säga dess innebördselement. Innebördselementen varierar och har en lägre abstraktionsnivå än essensen och de kan i viss mån överlappa varandra. Genom citat visas sjuksköterskors (I) och föräldrars (II) upplevelser i innebördselementen. Den nya helheten består följaktligen av en essens (generell) och dess innebördselement (partikulär), vilka ska ses som odelbara och i viss mån kontextuella (Dahlberg m.fl., 2008).

### *Livsvärldshermeneutisk analys*

Livsvärldshermeneutisk analys (III, IV) kännetecknas av en dialektisk pendling mellan helhet (datamaterialet), delar (deltolkningar) och ny helhet (huvudtolkning) och att arbeta med texten som figur och bakgrund, arbetssätt beskrivet under fenomenologisk analys. Livsvärldshermeneutisk analys söker efter innebörder i fenomen som först tolkas på deltolkningsnivå, för att sedan sammanföras till en huvudtolkning. En huvudtolkning presenterar en fördjupad och ny kunskap om hur fenomenet kan förklaras och förstås. Syftet med de genomförda tolkningarna är att försöka ge förklaringar på hur underliggande och latent innebörder i det studerade fenomenet kan förstås. Gadamer's idé om ett öppet förhållningssätt gentemot fenomenet är ett vägledande arbetssätt. För att ytterligare öka förståelsen av fenomenet och försöka få svar på frågorna *hur* något upplevs, men också *varför* fenomenet upplevs som det görs, användes Ricoeurs intentionala förklaringar som en del i analysarbetet. Tankesättet i dessa är att innebörder i fenomen förklaras för att kunna förstås i syfte att presentera bakomliggande motiv och intentioner (Dahlberg m.fl., 2008; Nyström, 2012).

#### *Förberedelse inför analys av delstudie III och IV*

Analysmaterialet i delstudie III och IV består av videoobservationer, transkriberade fältanteckningar och intervjuer. Samtliga videoobservationer (från NRMP och intervjuer) granskades noggrant och vid upprepade tillfällen för

att få en bild över videoobservationernas innehåll som helhet. Därefter ändrades fokus till att utifrån delstudiernas syften observera filmerna samt transkribera utvalda delar från videoobservationerna som svarade mot delstudiernas syften. För detta arbete användes tidigare angivna metodprinciper<sup>26</sup> (Dahlberg m.fl., 2008). Vid transkriberingen noterades även det uttalade, det vill säga ansiktsuttryck, gester och hållning. Denna del av transkriberingen genomfördes med så lite tolkning som möjligt. När något upplevs och skrivs ner i text är det en tolkningsakt som utförs, men ambitionen var att i möjligaste mån dokumentera all data utan att värdera den.

Videoobservationer, sekvenser från transkriberade videoobservationer, fältanteckningar och intervjuer<sup>27</sup> är de data som har ingått i analysen. Att även granska videoobservationerna i sin helhet var ett viktigt moment och något som gjordes vid flera tillfällen. När dessa data fortsättningsvis beskrivs används begreppet 'material.'

När allt material kändes bekant, vilket innebar en förståelse för materialet som helhet, startade den direkta analysprocessen. Här skiljer sig delstudie III och IV åt.

### **Delstudie III**

Analysprocessen startade med att innebörder i materialet fokuserades, utifrån delstudiens syfte. Likheter och olikheter i materialet identifierades och grupperades utifrån fenomenets innebörder och en kortfattad text beskrev konsekvenser för barn vid nålprocedurer. Detta kan också beskrivas som att tentativa deltolkningar mejslats fram ur texten. Därefter formulerades och prövades de tentativa deltolkningarna genom att dessa sattes i relation till datamaterialet och till varandra, tills allt som tillhörde syftet verkade vara inkluderat i analysen. De tentativa deltolkningarna ställdes mot varandra för att prövas enligt arbetssättet figur och bakgrund. För att pröva en tolknings bärkraft användes följande validitetskriterier (Dahlberg m.fl., 2008; Gustavsson, 1996):

---

<sup>26</sup> Fenomenorientering, öppet och följsamt förhållningssätt inför fenomenet samt reflekterat förhållningssätt.

<sup>27</sup> Liknade förberedelse som intervju I och II.

- Källan till varje deltolkning ska endast vara en del av aktuella data och inte forskarens förförståelse.
- Ingen annan tolkning har visat sig vara mer meningsfull i relation till syftet.
- Det ska heller inte finnas några motsättningar mellan data och tolkning.

En gradvis abstraktion av datamaterialet, enligt principen att pendla mellan helhet (videoobservationer, sekvenser av transkriberade videoobservationer, fältanteckningar, intervjuer) och delar (tentativa deltolkningar), genomfördes för att kontrollera att deltolkningarna innehöll innebörder av fenomenet, det vill säga barns upplevelse av konsekvenser vid nålprocedurer. När denna validitetskontroll var klar blev det tydligt att vissa tentativa deltolkningar fick omformuleras och/eller utvecklas vidare, medan andra kunde utelämnas. Detta resulterade i fem deltolkningar som svarar an mot olika aspekter av det specifika syftet i delstudie III.

Som ett sista steg relaterades de tentativa deltolkningarna till varandra i ett försök att hitta en gemensam nämnare, även här med hjälp av arbetssättet figur och bakgrund. Detta ledde fram till en gemensam nämnare, vilken slutligen presenteras som en huvudtolkning. Huvudtolkningen utgör den högsta abstraktionsnivån i analysarbetet och är ett förslag till en mer utvecklad förståelse av det undersökta fenomenet än den förståelse som förelåg från början. Följande validitetskriterier användes för att kontrollera huvudtolkningens bärkraft (Dahlberg m.fl., 2008; Gustavsson, 1996):

- Inga data med relevans för syftet får uteslutas bara för att de inte samstämmer med huvudtolkningen.
- Deltolkningarna (delarna) ska hänga ihop med huvudtolkningen (helheten) och vice versa.

#### **Delstudie IV**

Även denna delstudie innefattar en tolkande analys, med en inledande fas där materialet granskades vid upprepade tillfällen i syfte att få en övergripande uppfattning om barns upplevelse av stöd vid nålprocedurer. Innebörder från materialet identifierades, togs fram och ställdes mot varandra för att prövas enligt arbetssättet figur och bakgrund. Detta

resulterade i att innebörder med liknande teman lyftes ihop och sex tentativa deltolkningar utformades efter principen *tes-antites-syntes* (jfr Nyström, Dahlberg & Carlson, 2003; Palmér, Carlsson, Brunt & Nyström, 2015). Varje deltolkning analyserades utifrån en tes som inriktar sig mot förutsättningar eller faktorer som gynnar stöd för barn vid nålprocedurer. Antites analyserades mot förutsättningar eller faktorer som försvårar stöd för barn vid nålprocedurer. Varje deltolkning avslutas med en syntes där en tolkning utgörs av ett förslag till varför vissa förutsättningar eller faktorer är gynnsamma kontra försvårar stöd vid dessa procedurer. Som nästa steg genomfördes en validitetskontroll av deltolkningarna enligt följande (Dahlberg m.fl., 2008; Gustavsson, 1996):

- Källan till varje deltolkning ska endast vara en del av aktuella data och inte forskarens förståelse.
- Ingen annan tolkning har visat sig vara mer meningsfull i relation till syftet.
- Det ska heller inte finnas några motsättningar mellan data och tolkning.

En pendling mellan datamaterialet som helhet (videoobservationer, sekvenser av transkriberade videoobservationer, fältanteckningar, intervjuer) till dess delar (tentativa deltolkningar) genomfördes. De nu formulerade tentativa deltolkningarna jämfördes med varandra i ett försök att hitta en gemensam nämnare, en huvudtolkning. Huvudtolkningen har den högsta abstraktionsnivån och syftar till att förklara fenomenet som en ny helhet. Huvudtolkningens validitet kontrollerades enligt följande (Dahlberg m.fl., 2008; Gustavsson, 1996):

- Inga data med relevans för syftet får uteslutas bara för att de inte samstämmer med huvudtolkningen.
- Deltolkningarna (delarna) ska hänga ihop med huvudtolkningen (helheten) och vice versa.

Inga förbestämda hypoteser eller andra tolkande fundament har använts i delstudie III och IV.

## *Sammanfattande tolkning*

När de fyra delstudiernas resultat var färdiga fanns ett behov att förstå hur fenomenen hänger ihop med varandra som en helhet. Därför genomfördes en sammanfattande tolkning, som har sin grund i delstudie I och II; essensbeskrivningar samt delstudie III och IV; huvudtolkningar. Avhandlingens fyra delstudier bygger på reflekterande livsvärldsansats (Dahlberg m.fl., 2008), som har gjort det möjligt att i en sammanfattande tolkning inkludera samtliga delstudier för en mer övergripande förståelse. Dessutom har resultaten från tre perspektiv, det vill säga yngre barns, föräldrars och sjuksköterskors, förts samman. En utvidgad tolkning syftar till att öka förståelsen av fenomenen, konsekvenser och stöd då barn genomgår nålrelaterade medicinska procedurer.

Analysarbetet har följt de tidigare beskrivna metodprinciperna<sup>28</sup> samt en kontinuerlig pendling mellan texten som helhet/delar, till den nya helheten/den sammanfattande tolkningen. Med fenomenen i fokus togs innebörder fram ur texten som därefter ställdes mot varandra enligt arbetssättet figur och bakgrund. Fokus var då på att hitta mönster av innebörder, för att därefter gruppera dessa utifrån likheter och olikheter. Efter detta reflekterades de grupperade innebörderna först var för sig, därefter i relation till varandra, för att slutligen resultera i en sammanfattande tolkning (Dahlberg m.fl., 2008).

## **Forskningsetiska överväganden**

Delstudierna är genomförda efter de etiska principer som anges i Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) och etikprövningsnämnden (SFS, 2003:460). Etiskt godkännande har inhämtats från Etikprövningsnämnden i Göteborg (Dnr 724-10) med en tilläggsansökan (TO99-12). Vid de sex första datainsamlingstillfällena fanns inget etiskt godkännande för att barnen under intervjun skulle få se på filmen från nålproceduren, att intervjuerna skulle videoobserveras, eller för telefonintervjuer med föräldrar. Detta tillkom efter den etiska tilläggsansökan.

Informerat samtycke är en etisk grundregel för forskning som involverar människor (Vetenskapsrådet, 2002.). När det gäller yngre barn kan

---

<sup>28</sup> Fenomenorientering, öppet och följsamt förhållningssätt inför fenomenet samt reflekterat förhållningssätt.



informerat samtycke vara svårt att tillämpa fullt ut, eftersom barn kan ha vissa svårigheter att förstå och sätta händelser i ett sammanhang. Från fyra års ålder anses barn ha bra förmåga att förstå händelser, förutsatt att information getts på lämpligt sätt (Spratling m.fl., 2012). Yngre barn ska i möjligaste mån ge sitt samtycke till att delta i forskningen, men samtycke ska alltid inhämtas av barnets föräldrar (CODEX, 2015; Lambert & Glacken, 2011). Däremot ska barnets informerade medgivande erhållas (Lambert & Glacken, 2011; Neill, 2005).

Yngre barn är i en sårbar utvecklingsfas, vilket är viktigt att ta hänsyn till vid forskning. En bedömning av risker och vinster måste därför förekomma (Alderson, 2007), där val av metod, forskarens kompetens och etiska aspekter bör diskuteras (Buchwald, Delmar & Schantz-Laursen, 2011). Under hela avhandlingsarbetet har därför ett resonemang förts utifrån fyra etiska principer: autonomiprincipen, rättvisepincipen, principen att inte skada och principen att göra gott, allt enligt Beauchamp och Childress (2013).

### *Autonomiprincipen*

I föreliggande avhandling har barnens autonomi varit i centrum för eftertanke, men även föräldrars och sjuksköterskors autonomi har beaktats. Barnen som deltog i avhandlingens delstudier var 3–7 år gamla. Forskning visar att barn i denna ålder sannolikt kan förstå vad det innebär att berätta om sina egna erfarenheter vid en intervju (Docherty & Sandelowski, 1999), exempelvis erfarenheter av nålprocedurer.

Berörda verksamhetschefer och enhetschefer gav sitt godkännande till att delstudierna genomfördes på respektive enheter. Deltagarna fick muntlig och skriftlig information och gav skriftligt samtycke till att medverka. De fick dessutom information om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att det på något sätt påverkade dem. Barnen fick inget eget informationsbrev. Däremot fick de muntlig information anpassad utifrån ålder, mognad samt tidigare erfarenheter, utifrån ett barncentrerat tillvägagångssätt (Kumpunen, Shipway, Taylor, Aldiss & Gibson, 2012). Barnen erbjöds att skriva under föräldrarnas samtyckesformulär. Intervjuerna i delstudie III och IV hade troligtvis inte gått att genomföra utan barnens medgivande. De barn som inte ville medverka hade troligtvis inte heller

svarat på intervjufrågorna, vilket även diskuteras av Neill (2005). När det gäller videoobservationer var det svårare att veta om barnen protesterade mot nålproceduren eller mot att de blev videoobserverade. Ingen av barnen uttryckte verbalt att de inte ville vara med på film.

### *Rättvisprincipen*

Med rättvisprincipen som utgångspunkt var det etiskt försvarbart att genomföra denna forskning (Ethical Research Involving Children, ERIC, 2013), eftersom barnen själva är de som bäst kan berätta om sina erfarenheter av nålprocedurer. Barnkonventionen fastställer vikten av att ta tillvara barnens uppfattning (UNCRC, 1989) och artikel 12 kan förstås som att barns perspektiv bör integreras i forskning (Beazley, Bessell, Ennew & Waterson, 2009). Däremot var det mindre rättvist att låta sjuksköterskor tillfråga barn och föräldrar om att medverka, eftersom valet av vem som kom att tillfrågas låg hos sjuksköterskan. Sjuksköterskors rätt till att medverka i delstudie I beaktades när information om delstudien gavs till sjuksköterskor på arbetsplatsträffar och genom informationsblad. Syfte var här att så många som möjligt skulle nås av informationen och därmed ha möjlighet att delta i studien.

De barn och föräldrar som inte talade eller förstod det svenska språket exkluderades. En tolk hade försvårat datainsamlingen. Detta kan uppfattas som mindre rättvist och ifrågasättas utifrån barnkonventionens artikel 12 (UNCRC, 1989). Ytterligare åtgärder som kan uppfattas som mindre rättvisa är att föräldrar inkluderades utifrån barnets inklusionskriterier och inte utifrån egna meriter.

### *Principen att inte skada*

Principen att inte skada (ERIC, 2013) uppmärksammades när noggrann information gavs om att allt material (videoobservationer, ljudupptag från intervjuer, transkriberade intervjuer, observationer och fältanteckningar) kommer att hållas inlåst så att inte obehöriga kommer åt data. Materialet avidentifierades<sup>29</sup> enligt Personuppgiftslagen (SFS, 1998:204). Citat har

---

<sup>29</sup> Inte videoobservationerna.

använts, men efter noga övervägande så att deltagarnas identitet inte avslöjas.

Att bli filmad kan uppfattas som en integritetskränkning och att få se sig själv på film kan vara jobbigt. Därför fick alla deltagare information om att videoobservationer var en del av datainsamlingen och att de skulle få se sig själva på film under intervjun. Innan filmen visades tillfrågades deltagarna om de ville titta på filmen. Ingen nekade, men två barn blev ledsna när de såg sig själv på film och filmen stängdes av. De barn som reagerade på detta sätt hade blivit fasthållna under nålproceduren. Däremot berättade sjuksköterskor och föräldrar spontant att de ganska snart hade glömt bort att de blev videoobserverade.

Ett grundantagande är att vuxna vill barn väl och därför inte tar med dem som deltagare i forskning. Men att inte inkludera barn i forsknings-sammanhang kan i stället missgynna barnen (Spriggs, 2012), eftersom det kan påverka utvecklingen av vård för barn, till exempel vid nålprocedurer, på ett negativt sätt.

Principen att inte skada bör uppmärksammas vid forskning där livs-världsintervjuer ingår, eftersom intervjuerna fokuserar på mening och innebörder. Det innebär att känslor och funderingar kan uppkomma som av deltagarna kan uppfattas som jobbiga (Dahlberg m.fl., 2008). Exempel på situationer som väckte tankar och funderingar hos deltagarna var när föräldrarna under intervjun funderade på om tidigare nålprocedurer kan ge barnet problem i framtiden. Det var viktigt att ta reda på om datainsamlingen hade medfört att deltagarna behövde stöd efteråt, vilket för barnens del genomfördes med hjälp av lek och samtal. På informationsbrevet fanns kontaktuppgifter om behov uppkom vid senare tillfällen, men ingen har hört av sig.

### *Principen att göra gott*

Studien föranledde ingen direkt vinst för de enskilda deltagarna. Detta är en viktig aspekt att beakta vid forskning med framför allt barn (ERIC, 2013; Wendler, 2012). Förhoppningen är dock att den kunskap som förväntas komma från avhandlingsarbetet, och att delstudierna publiceras, ska väga upp eventuella nackdelar som deltagarna kan ha upplevt. Dessutom är förhoppningen att resultaten från avhandlingsarbetet kommer det praktiska

vårdarbetet tillgodo och därmed underlättar för barn vid nålrelaterade medicinska procedurer och för deras föräldrar.

Barnen fick välja en present efter avslutad intervju. Någon information om detta gavs inte innan intervjun, för att undvika att presenten styrde barnens medverkan. Barn behöver uppskattning och det kändes även bra att tacka för deras medverkan på detta sätt.

# Resultat

Resultatet presenteras för delstudie I och II i form av essentiell innebördstruktur och delstudie III och IV som huvudtolkning. För resultaten i sin helhet hänvisas till respektive artikel. Slutligen presenteras en sammanfattning av delstudiernas resultat och en sammanfattande tolkning.

## Att ge stöd till yngre barn vid nårelaterade medicinska procedurer: sjuksköterskors upplevelser (I)

Att stödja yngre barn vid nårelaterade medicinska procedurer utmärks av en strävan att utifrån givna förutsättningar möta barnet i sin egen värld och försöka nå barnets förståelse när det gäller nålprocedurer. Detta kräver följsamhet i förhållande till barnets hälsotillstånd och aktuella livssituation, vilket inbegriper existentiella aspekter. Följsamheten har karaktären av att ”balansera på en slak lina”, beroende på situationens oförutsägbarhet. Som del i det oförutsägbara finns tidsaspekten, som såväl kan underlätta som försvåra nålprocedurens genomförande. Mötet bör ske med en öppenhet för barnets perspektiv och för detta behövs ett rikligt utbud av stödjande aktiviteter, där föräldranärvaro och samtal utgör det grundläggande.

Föräldrarnas närvaro verkar spela en central roll för barnets känsla av trygghet och måste ledas med följsamhet till barnets behov och föräldrars förmåga att skapa trygghet. Föräldrarna ses som barnets ”förlängda arm” som kan underlätta tillgången till världen. Genom samtal, som sker med finkänslighet, blir barnet delaktigt i det som ska hända. Det handlar här om att läsa av vad barnet ger uttryck för och att med fingertoppskänsla välja rätt ord i dialogen. Samtalet anpassas efter barnets sinnesstämning, erfarenhet och ålder. Samtalet kombineras med lek, som kan vara av en mängd olika slag och fylla olika funktioner. Leken är främst ett betydelsefullt redskap för att närma sig barnets förståelse och erfarenhetsvärld. Med hjälp av leken tycks barnet även få en aktiv roll och kontroll över situationen, vilket avleder men också avdramatiserar den aktuella nålproceduren.

Sjukvårdskontexten och den atmosfär som den innebär kan verka främmande och skrämmande för barnet. Här kan barnets tidigare erfarenheter av sjukvård ha en avgörande betydelse för hur hotfull den aktuella situationen kan upplevas. Om barnet blir fasthållet är situationen riktigt hotfull och skakar om i barnets värld. En strävan finns alltid att, trots hotfulla upplevelser, göra situationen så positiv som det bara är möjligt.

Här blir det tydligt att det mellanmänniska mötet kräver ett taktfullt samspel, en sammanflätning mellan alla involverade. I detta möte tas snabba och spontana beslut som möjliggör att balansen ”på den slaka linan” kan upprätthållas. För att detta möte ska bli så bra som möjligt används förkroppsligad erfarenhet som möjliggör en förståelse av världen som just det unika barnet erfar den. Detta balanseras med de givna förutsättningar som krävs för genomförandet av nålrelaterade medicinska procedurer.

Följande innebördselement som presenteras utförligt i artikel I beskriver fenomenets variationer och nyanser: Att utveckla en relation genom samtal, Att vara känslig för förkroppsligande svar, Att balansera mellan taktfullhet och fasthållning, Att vara barnets förespråkare, Att anpassa tiden och Att upprätthålla tilltron.

## **Att ge stöd till yngre barn vid nålrelaterade medicinska procedurer: föräldrars upplevelser (II)**

Att stödja yngre barn vid nålrelaterade medicinska procedurer kan liknas vid ”att hålla barnet under sina vingars skugga”, ibland nära intill, ibland längre ut under vingpennornas skydd. Det handlar om att skydda barnet genom att ledsaga det genom en oförutsägbar och okänd upplevelse. Barnets behov och känslor måste tillgodoses liksom vårdpersonalens önskemål. Barnets behov av trygghet prioriteras genom att alla inblandade agerar vuxet, med kontroll över egen maktlöshet och egna känslouttryck. Kontrollen kan emellertid bara handla om det som går att påverka, som när lek och samtal anpassas till barnets förmåga att förstå och bearbeta. Om förmågan att ge stödet upplevs som otillräcklig, är det viktigt att fortsätta beakta barnets perspektiv genom att ”släppa stödet lite längre ut under vingpetsarna”, och låta exempelvis sjuksköterskan delvis ta över och använda sin professionella erfarenhet. Ett varierat och nyanserat stöd bevarar tilliten till vuxenvärlden. Avsikten är att

ge barnet hopp om att allt kommer att kännas bra igen när nålproceduren är genomförd.

Följande innebördselement som presenteras utförligt i artikel II beskriver fenomenets variationer och nyanser: Att uppmärksamma barnets sätt att uttrycka sig, Att sträva för att behålla kontrollen, Att underlätta barnets förståelse, Att fokusera barnets uppmärksamhet, Att söka ytterligare stöd och Att belöna barnet.

## Konsekvenser av nålrelaterade medicinska procedurer: yngre barns upplevelser (III)

En påfallande konsekvens av nålrelaterade medicinska procedurer är upplevelser av rädsla. Generellt tycks barnets upplevelser vid nålprocedurer variera från gång till gång och utifrån dess sammanhang. Detta är relaterat till en försvagning eller förstärkning av rädslan. Rädslan förstärks när fantasin tar över och det smärtsamma och skrämmande dominerar. Den försvagas om barnet, åtminstone i viss utsträckning, lyckas kontrollera situationen.

Lek utgör en viktig del i förhållande till rörelse mot eller bort från rädslan. Leken återspeglar barnets förväntningar och föreställningar inför, under och efter proceduren. Detta gör det möjligt för barnet att få hjälp med att verbalisera sina erfarenheter. Lek och språk gör det också lättare för barnet att förstå situationen. När detta fungerar verkar det vara inledningen till en process där känslor från nålproceduren arbetas igenom. När barnet söker trygghet i en vuxen blir den vuxnes gensvar således oerhört viktigt.

I avsaknad av trygghet är det svårt att övervinna rädslan, vilket kan visa sig i form av öppen protest. Protesten kan inledningsvis vara ett försök att få kontroll över situationen. Den kan lätt växa i styrka och resultera i förlust av självkontroll, vilket skapar en risk för att barnet hålls fast under nålproceduren. Fasthållningen kan göra att barnet känner sig generat, skamset och förödmjukat, tillika maktlöst. En känsla av att ha förlorat rätten att bestämma över sin egen kropp kan uppstå.

Erfarenheter av att ha lyckats hantera tidigare eller nuvarande nålprocedurer innebär att det är lättare att förlika sig med den vuxnes makt. I synnerhet om

vuxna kan förmedla till barnet att de vill barnet väl. Detta gör det möjligt att kapitulera och i viss mån förlika sig med procedurer på ett sätt som leder till självkontroll och möjligheter till delaktighet. Det omvända gäller också: delaktighet i beslut om hur nålproceduren utförs främjar självkontroll. Som ett resultat kan barnet dra nytta av de möjligheter som finns och känna viss tillfredsställelse över att själv få bestämma hur nålproceduren ska utföras.

Deltolkningarnas teman presenteras mer utförligt i artikel III under följande rubriker: Att söka trygghet, Att inse den vuxnes makt, Att kämpa för kontroll, Att skämmas och Att kapitulera.

## **Att erhålla stöd vid nålrelaterade medicinska procedurer: yngre barns upplevelser (IV)**

Stöd vid nålrelaterade medicinska procedurer handlar om att yngre barn upplever att den vuxne förmår att etablera, men även stärka, redan befintliga resurser. Detta uppnås när barnet erfar att det blir ledsagat av den vuxne vid nålproceduren till dess att barnet klarar av att tänka *”det här klarar jag av.”*

För att tillhandahålla denna typ av stöd är det nödvändigt att de vuxna härbärgerar sina egna känslor till förmån för barnets behov av en lugn och ansvarsfull ledsagare. Barnet behöver känna att de vuxna varken har för bråttom eller drar ut på proceduren onödigt länge, utan i stället är lyhörda för barnets takt, med en tydligt förmedlad känsla av att vilja barnet väl. Ett sådant förhållningssätt, från både föräldrar och sjuksköterskor, skapar en vårdande situation som karakteriseras av en vilja att göra det som är bäst för barnet. Om barnet svarar genom att bli lugnt förstärks förmodligen de vuxnas förmåga att ytterligare ge ett stöd som är anpassat till barnet.

Genom att vara stödjande kan de vuxna skapa förutsättningar för lek. Leken länkar nålproceduren till den vuxne, till vilken barnet kan demonstrera upplevelser av proceduren. Leken kan också hjälpa barnet att bearbeta upplevelser så att de egna resurserna stärks vid nålproceduren. För att barnet ska vilja, men även klara av att leka, krävs dock att alla medverkande är mottagliga inför varandras roller och förstår hur stödet ska utformas.

Ett adekvat stöd tycks skapa en vårdande situation som karakteriseras av ömsesidigt förtroende, med en gemensam övertygelse om att nålproceduren



kan genomföras utan att skada barnet. Ett sådant stöd sker mellan barnet och de vuxna, i deras olika roller som föräldrar eller professionella vårdare. Ur detta växer en tillit fram som gör proceduren lättare att genomföra och stöd utvecklas utifrån en följsamhet till barnets reaktion. Detta innebär att adekvat stöd möjliggör för barnet att vara både aktivt och delaktigt i strävan att nå en vårdande situation.

Deltolkningarnas teman presenteras mer utförligt i artikel IV under följande rubrik: Att vara i centrum för uppmärksamhet, Att få hjälp med avledning, Att bli ompysslad, Att få vara involverad, Att överlämna sig åt trygga vuxna och Att bli belönad.

## Fenomenens centrala innebörder

### *En sammanfattning av delstudiernas resultat*

Barnets upplevelse av rädsla är en framträdande *konsekvens* i samtliga berättelser som berör nålrelaterade medicinska procedurer utifrån såväl barns, föräldrars som sjuksköterskors perspektiv. Ur barns perspektiv är rädslan genomgående i samtliga deltolkningar och rädslan ska förstås utifrån att söka trygghet, att inse den vuxnes makt, att kämpa för kontroll, att skämmas och att kapitulera (III). Ett sätt för barnet att hantera rädslan är genom att söka trygghet hos de vuxna, framför allt hos föräldrar. Hur den vuxne svarar på barnets försök att uppnå trygghet får en avgörande betydelse för om barnets rädsla avtar eller ökar (III, IV). Yngre barn behöver således stöd av föräldrar och sjuksköterskor för att rädsla inte ska uppstå, eller för att upplevd rädsla ska lindras vid nålprocedurer. Stöd kan exempelvis ges genom att de vuxna uppmärksammar barnet, avleder barnet eller pysslar om barnet vid nålproceduren (IV).

*Stöd* kan delas in i att *ge stöd* (I, II) eller att *få stöd* (IV). Att ge stöd handlar om att som förälder värna, skydda och ledsaga barnet vid nålprocedurer. Det beskrivs som att föräldrar ”håller barnet under sina vingars skugga”, ibland väldigt nära och ibland lite längre ut under vingpennornas skydd (II). För att kunna ge stöd behöver sjuksköterskor sätta sig in i hur det enskilda barnet upplever nålproceduren och för att möta barnets behov menar sjuksköterskor att de måste ”balansera på en slak lina” genom en oberäknlig situation. Det

oberäkneliga handlar om att sjuksköterskor behöver ha en känslighet inför det som framkommer i mötet och utifrån detta ta snabba beslut (I). En grundförutsättning för att barnet ska uppleva att det får stöd vid nålprocedurer handlar om att barnet behöver känna att de vuxna vill det väl och att nålproceduren inte skadar. För att detta ska vara möjligt behöver barnet kunskap om vad som ska hända under proceduren, vilket leder till att barnet känner sig delaktigt och har kontroll. Detta gör det även möjligt för barnet att till viss del få bestämma hur nålproceduren ska utföras (III, IV).

### *En sammanfattande tolkning*

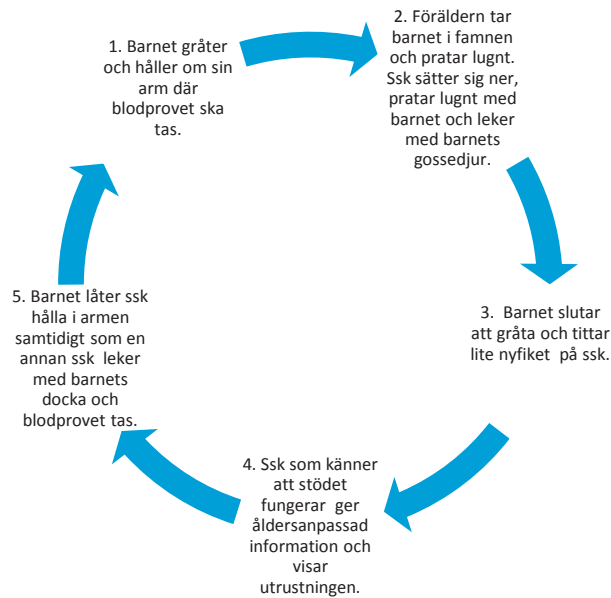
Barnets upplevelse av rädsla och upplevelser av att få stöd vid nålprocedurer är två fenomen som i vårdsituationen flätas samman med varandra. Till detta kommer ytterligare två fenomen; föräldrars och sjuksköterskors upplevelser av att ge stöd till barn vid nålprocedurer. Rädslan finns alltid närvarande, ibland är den mer framträdande och ibland mindre. Barnet söker utifrån sin rädsla stöd hos de vuxna. Stöd vid nålprocedurer handlar om att möta barn i barnets värld, vilket till viss del är att mötas i fantasin. När barnet upplever att det stöd det får är stödjande är förutsättningarna goda för att barnets rädsla avtar och vice versa. Det samspel som uppstår i vårdsituationen, utifrån barnets rädsla och behovet av stöd, kan ses som en cirkulär rörelse. Denna cirkulära rörelse sker med utgångspunkt från barnets, föräldrars och sjuksköterskors respons vid nålproceduren (Figur 1).

Lek och lekfullhet är de mest betydelsefulla redskapen och de underlättar förståelsen mellan barn, föräldrar och sjuksköterskor. Leken styr fantasin och vice versa. Leken sammanflätar låtsasvärlden med den *verkliga* världen. Vid nålprocedurer har barns tidigare erfarenheter av procedurer betydelse. Det är i mötet vid nålprocedurer som barnets, föräldrars och sjuksköterskors erfarenhetsvärldar griper in i och påverkar varandra. Det är i detta möte som de medverkande känner av varandra för att kunna ge och uppleva ett bra stöd. Konkret kan det handla om att sjuksköterskor förstår samspelet mellan barnet och föräldrar och på så sätt får kunskap om det individuella barnets behov av stöd. Stöd vid nålprocedurer förutsätter alltså en följsamhet och öppenhet inför varje barns uttryckta behov. Om barnet är svårt sjukt uppstår en mer pressad situation, vilket kan få till följd att den vuxnes stödjande förmåga sätts på prov.

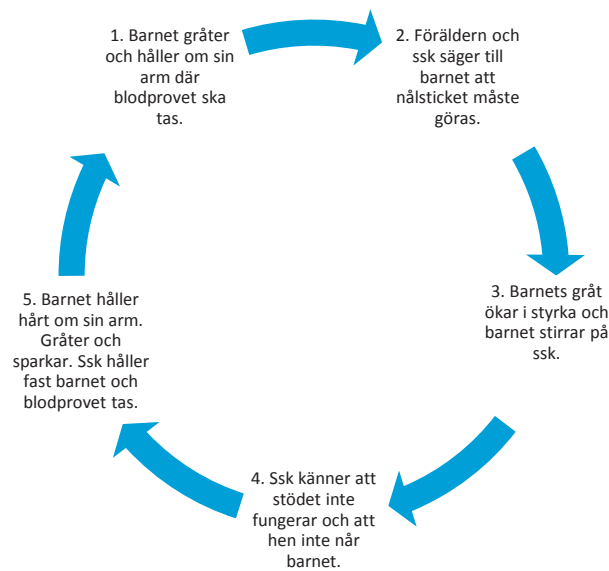
För att barnet ska uppfatta stöd som stödjande behöver barnet förstå vad som ska hända vid nålproceduren. Barnet behöver också känna delaktighet och kontroll för att uppleva trygghet. I annat fall är risken att barnets upplevelse av stöd uteblir och att rädslan tilltar. Om rädslan leder till protest finns risk för fasthållning. I en sådan situation uppstår ett hot som på ett eller annat sätt omsluter nålprocedurer och som hos de vuxna visar sig i en oro för att tvingas hålla fast barnet under nålproceduren. Detta kan hos de vuxna leda till känslor av svek och maktlöshet. För barnet blir de vuxnas makt i dessa situationer tydlig, barnet upptäcker att nålprocedurens genomförande inte är förhandlingsbar. Detta skakar om i barnets värld (Figur 2).

Ett stöd som fungerar stödjande sker som ett taktfullt samspel, i en gemensam situation där alla påverkar varandra. Om barnet känner att de vuxna vill väl är det lättare för barnet att svara med att bli lugnt och tryggt. Detta stärker troligtvis den vuxnes förmåga att ge stöd. Barnets reaktion styr på detta sätt den vuxnes förmåga att ge stöd, som i sin tur styr barnets gensvar. Detta kan förstås som tidigare nämnda cirkulära rörelse. Barnet guidar både föräldrar och sjuksköterska i hur stödet ska utformas. Detta pågår till dess att nålproceduren är genomförd och barnet kan gå stolt och stärkt ur proceduren, med en känsla av ”*det här klarar jag av.*”

Stöd vid nålprocedurer handlar om att de vuxna förstår barnets uttryckta behov av stöd, men de vuxna behöver också förstå hur stödet ska utformas. På så sätt kan barnet ledsaga den vuxne i hur den vuxne ska ledsaga barnet. Här synliggörs att det inte finns någon objektiv position av fenomenet stöd. Stöd kan således endast studeras som en levd erfarenhet från den som behöver stöd.



**Figur 1.** Illustration av vårdande cirkulär rörelse i mötet mellan barnet, föräldrar och sjuksköterskor (ssk).



**Figur 2.** Illustration av icke vårdande cirkulär rörelse i mötet mellan barnet, föräldrar och sjuksköterskor (ssk).

# Diskussion

## Resultatdiskussion

Avhandlingens sammanfattande tolkning visar att det inte finns någon objektiv position av fenomenet stöd, utan att stöd ska ses som en subjektiv upplevelse. I resultatdiskussionen kommer därför barnets perspektiv av stöd i samband med nålprocedurer vara i centrum för reflektion och diskussion, även om ett barnperspektiv också diskuteras.

Den sammanfattande tolkningen visar att de konsekvenser som barn upplever av nålprocedurer har en avgörande betydelse för barnets behov av stöd. Ett av avhandlingens centrala fynd är således förståelse för att stöd vid nålprocedurer sker som en cirkulär rörelse utifrån den respons som sker i mötet mellan barnet och de vuxna. När barnets, föräldrars och sjuksköterskors förståelse om nålprocedurer möter nya erfarenheter går inte erfarenheterna tillbaka till samma utgångspunkt, vilket kan liknas vid Ödmans beskrivning av den ”fruktbara, öppna cirkeln.” Även Harder m.fl. (2011) och Söderbäck (2013) har beskrivit den respons som sker i mötet mellan barn och vuxna vid nålprocedurer.

### *Yngre barns rädsla vid nålprocedurer*

Barns upplevelse av rädsla är den mest framträdande konsekvensen när barn genomgår nålprocedurer. Rädslan kan förstås som en direkt konsekvens av själva nålproceduren, men också som en konsekvens av de svårigheter som barnet kan uppleva i situationen. Barn uttrycker rädsla på olika sätt och oavsett rädslans orsak medför den en försvårad nålprocedur (III). Liknande fynd beskrivs av Salmela m.fl. (2011) som fann att om barn upplever smärtsamma medicinska procedurer och samtidigt inte riktigt förstår syftet ökar rädslan. Barnet försöker då skydda sig mot åtgärden genom verbala uttryck såsom gråt och skrik och/eller fysiskt motstånd, vilket leder till en

försvårad procedur (jfr Fasthållning av yngre barn vid nålprocedurer: den vuxnes makt).

Barns rädsla för nålprocedurer verkar för många barn avta med tid och erfarenhet. För vissa barn ökar emellertid rädslan med tiden och antalet genomförda nålprocedurer, vilket framkommer i delstudie I under *Att balansera mellan taktfullhet och fasthållning*. Detta stämmer överens med von Baeyer m.fl. (2004) och Taddio m.fl. (2009), som skriver att för barn kan smärta och rädsla öka med antal genomförda nålprocedurer. de Vos m.fl. (2012) skriver däremot att barn som genomgår nålprocedurer en gång i veckan upplever mindre rädsla vid proceduren än de barn som har längre intervall emellan. Kortesuoma och Nikkonen (2004) fann att barn inte vänjer sig vid smärta, men att barnets rädsla avtar om barnet blir bekant med situationen. Resultatet i delstudie II visar att vissa föräldrar menar att barns rädsla avtar när nålproceduren genomförs med mindre tid emellan, medan andra föräldrar menar att en längre tid mellan procedurerna är bra eftersom barnet då hinner återhämta sig (II). Detta visar på betydelsen av att sjuksköterskor innan proceduren uppmärksammar och frågar barnet om rädsla, även om barnet är vant och har varit med om nålproceduren tidigare. Sjuksköterskor stödjer barnet när de hjälper barnet att bli bekant med situationen som kan leda till att barnets rädsla minskar. Det kan handla om att genomföra upprepade nålprocedurer på liknande sätt och i samma miljö.

Barnets rädsla vid upprepade nålprocedurer kan förstås utifrån Merleau-Pontys (2002/1945) beskrivning av den levda kroppen och dess betydelse. Han menar att erfarenheter bevaras i kroppen, vilket kan ses som att barnets erfarenheter från tidigare nålprocedurer är bevarade i kroppen och påverkar den aktuella proceduren. Vidare skriver Merleau-Ponty (2002/1945) att den levda kroppen ska förstås som en helhet och inte som att kroppen är sammansatt av separata delar. Detta visar på betydelsen av att barnets rädsla inte enbart ska förstås som upplevelse av rädsla eller upplevelse av sensorisk smärta, vilket innebär att rädslan stundtals blir den mest framträdande känslan för att sedan hamna i bakgrunden för sensorisk smärta och vice versa. McMurtry m.fl. (2015) och Taddio m.fl. (2009) har studerat hur barn upplever vaccination och funnit att smärta ökar rädsla, som i sin tur ökar smärtan vid framtida procedurer. Cohen (2008) skriver att oro och rädsla förstärker barnets smärta, men om barnet tänker på något positivt och

trevligt kan barnets rädsla avta och även smärtan (jfr Kontroll och delaktighet för yngre barn vid nålprocedurer). Detta tyder på att barns oro, rädsla och smärta beteendemässigt är svåra att skilja åt. Därför behöver barns smärta och rädsla förstås som en helhet, som tillsammans påverkar barnet och måste mötas och hanteras utifrån ett helhetsperspektiv. Utifrån förståelse av att erfarenheter bevaras i kroppen är det inte svårt att se sambandet mellan upplevd smärta och rädsla som ung, och en rädsla för sjukvård som vuxen, där även långvarig smärta är ett problem. De flesta av barnen i delstudierna fick farmakologisk behandling vid nålproceduren. Barns upplevelse av smärta hade sannolikt varit starkare om barnen inte fått någon farmakologisk behandling och även deras rädsla hade ökat.

Flera studier visar att barn, oavsett ålder, som kommer i kontakt med sjukvården upplever nålprocedurer som smärtsamma och skrämmande (Kettwick m.fl., 2007; Salmela m.fl., 2011; Salmela m.fl., 2009; Taddio m.fl., 2014). Harder, Christensson och Söderbäck (2014) fann däremot att barn även anser vaccinationer som enkla (effortlessly) och hanterbara åtgärder. Barnen i delstudie III uttrycker rädsla för att nålprocedurer ska göra ont eller rädsla för det okända och främmande. I rädslan för det okända och främmande finns också en rädsla för andra människors illvilja. Rädslan kan också handla om barnets utsatthet. De vet vad som kommer att hända, men kan inte göra något för att komma undan nålproceduren. Salmela m.fl. (2011) beskriver att barn är rädda för okända människor, vilket medför känslor av rädsla och osäkerhet hos barn då de kommer i kontakt med vården. Rädda barn kan tolka vuxnas uttryck som att de inte längre bryr sig om barnet eller att de vuxna vill skada barnet. Detta är beskrivet av barnen i delstudie III som en rädsla för okända människor och kan tolkas som en rädsla för andra människors illvilja. Salmela m.fl. (2011) beskriver detta på liknande sätt när barn vid nålprocedurer menar att åtgärden utförs på barnet av den vuxne med avsikt. Även Harder m.fl. (2014) fann att barn upplever rädsla för att vaccinationen ska skada dem. Detta kan förstås som att barn känner sig utsatta när de inte förstår och har kontroll över situationen. Att barnet inte förstår medför att de i fantasin kan tro att vuxna vill skada dem. Även för de barn som säger sig vara vana vid nålprocedurer händer det saker som de inte kan kontrollera. Det kan exempelvis handla om att lokalbedövning (lokalbedövning) inte har önskad effekt, vilket kan uppfattas

som något oförutsägbart av barnet. Barnet har inte längre kontroll över nålproceduren och barnets rädsla ökar.

Beskrivet på detta sätt är det inte svårt att förstå att barn som upplever rädsla vid nålprocedurer kan uppleva känslor och få funderingar som av vuxna beskrivs som existentiella. Enligt Arman (2015a) är upplevelse av sjukdom, hälsa och ohälsa något som kan förknippas med dess existens av människan. Detta kan ses som att en nålprocedur inverkar på barnets liv och kan öka barnets rädsla. Enligt Merleau-Ponty (2002/1945) får människan tillgång till världen genom sin kropp. Vid en nålprocedur bryts kroppens givna ställning och förhållande i världen. Mot denna bakgrund är det inte svårt att förstå att när barn upplever rädsla vid en nålprocedur kan barnet uppfatta det som en existentiell händelse genom den skada nålen gör då den perforerar barnets hud.

Barns rädsla för nålprocedurer kan även ses som ett hinder för barnets hälsa, eftersom det är betydelsefullt för barn att klara av nålprocedurer för att upprätthålla hälsa.

### *Fasthållning av yngre barn vid nålprocedurer: den vuxnes makt*

I avhandlingens delstudier I och II visar resultaten att sjuksköterskor ibland håller fast barnet vid nålproceduren och att även föräldrar är med och till viss del handgripligen hjälper till. Fasthållning utförs trots att sjuksköterskor beskriver att fasthållning kan uppfattas som värre än nålsticket av barnet och att det inte är bra för barnet i längden. Ives och Melrose (2010) beskriver sjuksköterskors tankar kring fasthållning av barn vid nålprocedurer på liknande sätt och att sjuksköterskor vid nålprocedurer anser sig delaktiga i misshandel av barn. Även Pearch (2005) skriver att sjuksköterskor menar att barn kan uppfatta fasthållning som värre än själva nålproceduren.

Sjuksköterskor berättar att fasthållning kan vara stödjande i vissa situationer. Det gäller framför allt för de barn som på grund av rädsla arbetar upp en inre stress som de sedan inte kan bryta (I). Liknande beskrivs i studier där vårdpersonal anser att det kan vara bättre att hålla fast barnet så att proceduren blir gjord (Cummings, 2015; Ives & Melrose, 2010; Söderbäck, 2013). Llyod, Urquhart, Heard och Kroese (2008) skriver att smärta och obehag som kommer av att vårdpersonalen genomför en åtgärd mot barnets vilja rättfärdigas av vårdpersonalen med att det är för barnets bästa. Om detta



innebär att fasthållning av barn vid nålprocedurer anses som stödjande av vårdpersonalen framkommer inte. Att vårdpersonal menar att det är bättre att hålla fast barn vid nålprocedurer kan även förstås som att fasthållning anses spara tid av vårdpersonalen. Om ovanstående knyts ihop med Merleau-Pontys (2002/1945) tankar om att erfarenheter bevaras i kroppen, innebär det troligtvis att nästa nålprocedur kommer att ta längre tid att genomföra, eftersom fasthållning av barn kan öka barnets rädsla.

I delstudie I berättar sjuksköterskor att barns tidigare erfarenheter har betydelse för om barnet kommer att hållas fast under nålproceduren. Om barnet inte har någon tidigare erfarenhet av nålprocedurer kan rädslan för det okända bli så stark, enligt sjuksköterskorna, att fasthållning blir nödvändig. I sådana situationer menar sjuksköterskorna att fasthållning är stödjande. Om barnet däremot har negativa erfarenheter av nålprocedurer är sjuksköterskor mer restriktiva till att hålla fast barnet. Finnström, Käck och Söderhamn (2011) fann att barns erfarenhet vid nålprocedurer är av betydelse. Föräldrar berättar att om barnet tidigare varit med om fasthållning vid nålprocedurer ökar barnets stress vid nästa procedur. Det har inte gått att hitta studier som beskriver hur sjuksköterskor hanterar barns tidigare erfarenheter av nålprocedurer i förhållande till fasthållning. Detta är ett område där ytterligare forskning behövs.

Avhandlingens datainsamling tydliggör att barns erfarenheter inte alltid är avgörande för om sjuksköterskor väljer att hålla fast barnet vid nålprocedurer. I resultatet framkom att barn som tidigare varit med om fasthållning och uppvisar stark rädsla ändå hålls fast. Detta väcker en del frågor, till exempel om sjuksköterskor kan ha egna minnen av nålprocedurer som påverkar situationen? Det vill säga att sjuksköterskor kan ha erfarenheter av nålprocedurer som är bevarade i kroppen (Merleau-Ponty, 2002/1945) och som påverkar deras förmåga att ge vård som är stödjande vid nålprocedurer. Galvin och Todres (2009) beskriver detta på liknande sätt när de argumenterar för hur viktigt det är att vårdare reflekterar över egna erfarenheter för att de ska kunna ge vårdande vård till patienter.

Forskning fastställer en skillnad mellan att ”hålla stödjande” och ”att hålla fast” vid en procedur, men att det även finns en oenighet i hur detta benämns (Brenner, Parahoo & Taggart, 2007; Jeffery, 2010). Att hålla stödjande innebär att barnet har gett sitt samtycke och att ingen direkt styrka krävs. Vid fasthållning däremot har barnet inte gett sitt samtycke och det krävs

styrka för att hålla fast barnet (Jeffery, 2010). Denna uppdelning beskriver situationen utifrån den vuxnes perspektiv. I en genomförd litteraturoversikt (1993–2013), om fasthållning av barn vid medicinska procedurer inom akutsjukvård, fann Bray, Snodin och Carter (2015) endast en studie där barn direkt får berätta om sina erfarenheter. Barnen i denna studie beskriver fasthållning vid medicinska procedurer som något som skapar ilska, obehag och leder till att barnet gör motstånd (Snyder, 2004). Detta är ett område där ytterligare studier behövs.

Resultatet från delstudie III visar att barnets rädsla ökar om barnet blir fasthållet under nålproceduren, och det finns inget i delstudie III och IV som tyder på att barnet upplever fasthållning som stödjande. Studier visar att fasthållning av barn vid nålprocedurer förekommer oavsett barnets ålder, även om åtgärden är vanligare med yngre barn (Cummings, 2015; Harder m.fl., 2011; Pearch, 2005; Söderbäck, 2013). Coyne och Scott (2014) skriver att ur ett barns perspektiv leder fasthållning vid medicinska procedurer till känslor av rädsla, ilska, förvirring och känslomässig stress. Salmela m.fl. (2011) fann att barn som vid en smärtsam medicinsk procedur gör motstånd kan uppleva sig kränkta efteråt. Resultaten från delstudie III; huvudtolkning, visar liknande fynd och förutom att känna sig kränkta upplever barnen också känslor av maktlöshet, att de förlorat rätten till sin kropp och de upplever att de skäms. Forskning visar att även sjuksköterskor tolkar barnets beteende vid fasthållning som att barnet skäms efter proceduren (Ives & Melrose, 2010). Resultatet visar att barn kan uppleva att de skäms när de inte lyckas uppträda på ett sätt som de tror att de vuxna vill att de ska göra. Barn kan uppleva att de skäms i samband med nålprocedurer även om barnet inte varit fasthållet (III). Här är risken stor att barn upplever vad Erikson (1994) definierar som ett vårdlidande, det vill säga ett lidande som kommer av den vård barnet får eller om vård uteblir.

Fasthållning av barn vid nålprocedurer kan förstås utifrån hur Arman (2015b) förenar vårdande handlingar med etiska handlingar. Det handlar om mjuka händer för att etiskt vårda en lidande människa. Den vårdande handlingen ska alltså uppfattas som behaglig av barnet och leda till ett välbefinnande, vilket kan vara svårt vid fasthållning. Utan etiskt förhållningssätt riskerar vårdandet att uppfattas som instrumentellt av barnet.

Barn behöver lita på och känna tillit till vuxna vid nålproceduren (III, IV). Brady (2009) fann att för barn (7–12 år) är pålitlighet en viktig egenskap för att sjuksköterskan ska uppfattas som en bra sjuksköterska av barnet. Enligt Løgstrup (2009) är tillit grunden i en relation. När människor möts finns ett hopp om att den andra människan vill en väl. Det innebär att när barnet söker tillit hos den vuxne och möts av att bli fasthållen är det rimligt att anta att barnet känner sig avvisat och att den vuxnes makt blir tydlig för barnet.

Utifrån hur barnen i delstudie III och IV uttrycker fasthållning vid nålprocedurer är det högst troligt att anta att barnets värdighet påverkas. Värdighet har att göra med barnets människovärde och kan aldrig ersättas av någon annan. Arman (2015b) beskriver ett värdigt sätt att bemöta människor som att i mötet bekräfta människans faktiska och absoluta värde. Att mötas på ett sätt som möjliggör känslan av att bli bekräftad och att inte uppleva sig kränkt. För barnet handlar det om att bli bemött av sjuksköterskan som den unika individ barnet är. Sjuksköterskor som ger vård utifrån detta sätt har förutsättningar att vårda barn värdigt i utmanande och besvärliga situationer. Exempelvis när barnet visar stark rädsla och inte vill medverka vid nålprocedurer.

Diskussionen om fasthållning av barn vid nålprocedurer är endast aktuell om barnet inte är allvarligt sjukt. Om barnet är allvarligt sjukt och behöver vara med om en omedelbar nålprocedur, bör denna genomföras på ett sätt som underlättar för barnet. Det innebär att i möjligaste mån hjälpa barnet att få kontroll över det som händer i situationen, genom att informera barnet kontinuerligt och på ett lugnt sätt. Sjuksköterskor bör stödja barnet under nålproceduren genom att vara följsam till barnets behov och önskningar, och vara uppmärksam på att barnet inte drabbas av panik när det hålls fast.

Utifrån att det är begränsat med empiriska studier om yngre barns upplevelse av att bli fasthållen vid nålprocedurer är det en början att lyssna till dem det berör. När fasthållning utförs och barnet drabbas av panik är det tecken på att förståelsen mellan barnet och de vuxna är otillräcklig. Detta leder till en försvårad situation för alla. När barnet protesterar är det högst troligt att anta att det inte gett sitt medgivande till nålprocedurens genomförande. Detta kan förstås som att sjuksköterskor, till viss del, går emot barnkonventionen (UNCRC, 1989), Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763), ICN:s etiska

kod (Svensk sjuksköterskeförening (2014), och nya patientlagen (SFS, 2014:821).

### *Trygghet för yngre barn vid nålprocedurer: föräldrars betydelse*

Avhandlingens resultat visar att när barn är rädda för nålprocedurer är föräldrarna betydelsefulla för barnets upplevelse av trygghet. Även andra studier bekräftar föräldrars betydelse när barn är i kontakt med sjukvård (Björk, Nordström & Hallström, 2006; Darcy m.fl., 2014; Runeson, Hallström, Elander och Hermerén, 2002a; Salmela m.fl., 2011; Salmela m.fl., 2009; Salmela, Salanterä & Aronen, 2010). Salmela, Salanterä och Routsalainen m.fl. (2010) fann att föräldrarna utgör barnets copingstrategi i kontakt med vården. Däremot visar Pirra m.fl. (2005) i en litteraturöversikt att forskning inte är enig när det gäller huruvida föräldrars närvaro minskar eller ökar barnets stress och besvär vid medicinska procedurer. En möjlig tolkning är att barn vågar visa sina känslor öppet när de har med sig sina föräldrar, vilket även beskrivs av Pirra m.fl. (2005). Barn vill vara nära sina föräldrar när de ska vara med om något som av barnet kan uppfattas som skrämmande och smärtsamt. Efter nålproceduren kan det vara svårt för barnet att bearbeta vad som hänt och barnet behöver då föräldrarnas hjälp. Om föräldrarna inte har varit med barnet vid nålproceduren kan det vara svårt för föräldrarna att hjälpa barnet att bearbeta händelsen.

Barnets behov av trygghet ökar om barnet uppfattar en nålprocedur som skrämmande. Barnet söker då efter föräldern för att känna trygghet och stöd (III, IV). Dessa resultat kan förstås med Bowlbys (2010) anknytningsteori, där barnets behov av föräldrars omsorg beskrivs som att barnet söker efter en trygg bas och säker hamn. När barnet känner rädsla och vill slippa nålproceduren är detta oftast inte möjligt. Här inser barnet de vuxnas makt att genomdriva proceduren (III) och kan utifrån Bowlbys (2010) anknytningsteori ifrågasätta föräldern som trygg bas och säker hamn. Även forskning diskuterar att föräldrar inte bör utföra åtgärder som av barnet kan uppfattas som att de påverkar föräldrarnas förmåga att agera som trygg bas åt barnet (McGrath, Forrester, Fox-Young & Huff, 2002; Pearch, 2005; Schechter m.fl., 2007). Darcy m.fl. (2014) fann att yngre barn med cancer vill att föräldrar är deras trygghet i kontakt med vården och att föräldrarna inte medverkar i smärtsamma procedurer. Detta skiljer sig från studien av Franck m.fl. (2015) där föräldrarnas medverkan vid vaccination beskrivs

som om den accepteras av barnet. Barnen i Francks m.fl. (2015) studie uppvisar dock en högre självskattad smärta när föräldrarna medverkar, jämfört med när enbart vårdpersonal medverkar. Detta kan förstås, som tidigare diskuterats, att barn lättare uttrycker känslor och tankar när föräldrar är med (Piira m.fl., 2005). En annan förklaring är att barnen som vaccinerades var friska (Franck m.fl., 2015), medan barnen i Darcys m.fl. (2014) studie hade en allvarlig sjukdom, vilket sannolikt kan ha påverkat barnens förmåga att klara av nålproceduren. Walsh, McGrath och Symons (2008) fann att barns anknytning till föräldrarna kan påverkas negativt om barnet upplever rädsla och har ont och samtidigt oroar sig för att bli lämnad ensam.

Barnen uttrycker att de upplever stöd när de blir ompysslade och tröstade av sina föräldrar under proceduren (IV). Att få tröst, ömhet och närhet av föräldrarna beskriver Salmela, Salanterä och Aronen (2010) som viktiga åtgärder för att barnet ska uppleva trygghet i kontakt med sjukvården. Tröst beskrivs av Roxberg (2012) som att lindra ett lidande, som något vilsamt. Tröst skapar en känsla av lugn, av glädje och lindring. Att barn behöver tröst av sina föräldrar i kontakt med sjukvård beskrivs även av Ångström-Brännström, Norberg och Jansson (2008). Likaså att fysisk kontakt från familjemedlemmar, i form av kramar och att hålla barnet i handen, är åtgärder som barn tycker om då de upplever smärta (Franck, Sheikh & Oulton, 2008).

Barnets upplevelse av föräldrar som stödjande vid nålprocedurer kan påverkas om föräldrarna kämpar med egna negativa erfarenheter. Föräldrarnas förmåga att ge barnet omsorg kan då påverkas negativt (II, III). Forskning visar att när barn genomgår medicinska procedurer kan föräldrarnas beteende påverka barnet negativt (oavsett ålder), och kan leda till att barnet upplever ökad stress, smärta, rädsla och en försämrad förmåga att hantera åtgärden (Bernard & Cohen, 2006; LaMontagne, Hepworth, Byington & Chang, 1997; Mahoney m.fl., 2010; Smith m.fl., 2007). Beteende från föräldrar som kan öka barnets rädsla, smärta och oro vid procedurer är om föräldrar uttrycker kritik, visar oro och ångest eller är överdrivet uppmuntrande i kontakten med barnet (Mahoney m.fl., 2010). Föräldrar i delstudie II kunde berätta för sjuksköterskan, innan barnets nålprocedur, att barnet aldrig är rädd för nålprocedurer. Om barnet är rädd för nålproceduren denna gång kan det troligtvis vara svårt för barnet att uttrycka detta efter att ha hört föräldrarnas berättelse. Detta kan förstås som

överdriven uppmuntran från föräldern, men även som att föräldern försöker stärka barnet inför proceduren.

I delstudie III, under deltolkningen *Att söka trygghet*, frågade ett barn som sitter i föräldrarnas knä varför föräldern var ledsen under nålproceduren, vilket kan uppfattas som att barnet var oroligt över att föräldern reagerade på detta sätt. Utifrån hur Dahlberg och Segesten (2010) beskriver ensamhet är en möjlig tolkning att barnet även kan känna sig ensamt i situationen. Ensamhet förklaras av Dahlberg och Segesten (2010, s. 91) som att trygghet, gemenskap och sammanhang saknas. Trots att barnet är tillsammans med föräldern kan en känsla av ensamhet uppstå, eftersom trygghet och samhörighet med föräldern kan saknas. Föräldern är orolig över barnets sjukdom och klarar inte av att samtidigt ge barnet trygghet. Det kan även vara svårt för barnet att förstå vad som händer med det och varför barnet måste vara med om nålproceduren; för barnet saknar situationen ett sammanhang.

Anderzén-Carlsson, Kihlgren, Svantesson och Sorlie (2010) skriver att föräldrars förmåga att stödja sitt barn när barnet är sjukt kan bero på barnets aktuella hälsotillstånd. Föräldrarna utvecklar strategier utifrån vad som är bäst för barnet, men bara till en viss brytpunkt. När denna brytpunkt är nådd verkar hanteringen av barnets rädsla hamna i skuggan av föräldrarnas egen oro över barnets sjukdom. Att barns sjukdom kan påverka hur föräldrar agerar visar delstudie III, under deltolkningen *Att söka trygghet*, när föräldern ber sjuksköterskan hålla fast barnet för att genomföra nålproceduren. Föräldrarnas rädsla över barnets sjukdom kan uppfattas som värre än att se barnet bli fasthållet. Detta skulle kunna förstås som att barnets aktuella hälsotillstånd påverkar föräldrarnas förmåga att stödja barnet vid nålproceduren. Om föräldrarna är oroliga kan det medföra bristande förståelse inför barnets rädsla, vilket kan ses som att barnets rädsla hamnar i skuggan av föräldrarnas oro (jfr Anderzén-Carlsson m.fl., 2010). Stark oro och ångest inför varför barnet är sjukt innebär att ”existentiell ångest sätter oss i relation till vår ändlighet” (Dahlberg, 2014, s. 63)<sup>30</sup>. I denna avhandling handlar det om barnets ändlighet (läses dödlighet).

Utifrån ovanstående studiers resultat är det viktigt att föräldrarna, i möjligaste mån, är uppmärksamma på sina egna negativa erfarenheter, eftersom barnet har ett behov av en lugn och trygg förälder vid nål-

---

<sup>30</sup> Med stöd av Heidegger (1981).

proceduren. Sjuksköterskor bör aktivt arbeta för att hjälpa föräldrarna att åter fungera som en trygg bas för barnet. Konkret kan det handla om att sjuksköterskor behöver uppmärksamma föräldern på att lyfta upp barnet i knäet, hålla barnet i handen eller be föräldern lägga sig bredvid barnet när nålproceduren ska utföras.

### *Kontroll och delaktighet för yngre barn vid nålprocedurer*

Barnen synliggör att de vid nålprocedurer försöker få kontroll över situationen. Kontroll vid nålprocedurer handlar för barnet om att det koncentrerar sig på det som händer runt omkring barnet eller att barnet väljer att bli avlett vid nålproceduren. Barnet strävar dessutom efter kontroll när det följer sjuksköterskan med blicken och/eller frågar efter information (III), vilket även har framkommit i en studie genomförd av Salmela, Salanterä och Aronen (2010). Att ha kontroll är en viktig copingstrategi även för äldre barn för att klara av nålprocedurer i vården (Ayers, Muller, Mahoney & Seddon, 2011). Däremot visar forskning att om barnet känner att de vuxna har kontroll på det som händer runt omkring under proceduren behöver barnet bara ha kontroll över sitt beteende (Runeson m.fl., 2002a).

Barnen i delstudie III visar att avledning är ett sätt för dem att få kontroll vid nålprocedurer och i delstudie IV visar resultatet att avledning oftast upplevs som stödjande. För att avledning ska fungera bra bör den uppfattas som frivillig, ofarlig och trygg av barnet. Enligt McCarthy och Kleiber (2006) innebär avledning att barnet tänker på något roligt och trevligt, och på så sätt fokuseras barnets tankar bort från nålproceduren och barnets rädsla och oro avtar (McCarthy & Kleiber, 2006). Guided Imagery är en metod där barn vägleds in i en dagdröm för att med hjälp av sin egen fantasi aktivt fokusera på något annat än nålproceduren (Forsner, 2014; Pearch, 2005). Vissa studier visar att avledning hjälper barn vid procedurer i vården (Koller & Goldman, 2012; Wentze, 2013), medan andra inte kan uppvisa evidens för dess effekt (Tak & van Bon, 2006). I en Cochrane review, sammanställd av Uman m.fl. (2006), presenteras att barns självskattade smärta och oro vid nålprocedurer minskar när avledning används. Det har däremot inte gått att påvisa någon klar evidens för att barns självskattade smärta och oro minskar när föräldrar utför avledningen. I en studie av Olmstead, Scott, Mayan, Koop och Reid (2014) framkommer att sjuksköterskor med kortare yrkeserfarenhet inte använder avledning i samma utsträckning som sjuksköterskor med längre



erfarenhet. Sjuksköterskor med kort erfarenhet menar att de är mer fokuserade på att klara av nålproceduren än att avleda barnet. Detta var inget som framkom av föreliggande avhandling, men sjuksköterskor i delstudien hade relativt lång erfarenhet, vilket kan ha bidragit till att de i hög grad avledde barnen under procedurerna. Sjuksköterskor anser att avledning mestadels är positiv för barnet, även om fördelen med att se proceduren beskrivs (I). Däremot visar resultaten i delstudie IV att avledning inte alltid är något som barn finner stödjande. Även föräldrar håller med barnet om att avledning inte alltid är att föredra. Föräldrarna menar att de ibland ångrar att de inte avbrutit barnets avledning, eftersom det hade varit bättre för barnet att se nålproceduren (II).

Barn vill vara involverade och delaktiga vid nålprocedurer (IV). Även andra studier beskriver detta som viktigt för barn i kontakt med vården (Coyne & Kirwan, 2012; Runeson m.fl., 2002a). När barn är delaktiga i beslut som rör deras vård underlättar det den aktuella situationen, men att få vara delaktig i beslut kan även hjälpa barnet utvecklas (Runeson, Hallström, Elander & Hermerén, 2002b). Resultatet i delstudie IV visar att delaktighet för yngre barn oftast handlar om ganska enkla saker. Exempelvis i vilket finger provet ska tas eller val av färg på bandage. När barn ges valmöjligheter vid nålprocedurer tas barnets delaktighet tillvara (Coyne & Scott, 2014) och genom att vara delaktiga hanterar barn sin rädsla (Salmela, Salanterä & Aronen, 2010; Salmela, Salanterä & Routsalainen m.fl., 2010). Runeson, Mårtensson och Enskär (2007) fann att barn (6–11 år) inte alltid anser sig få tillräckligt med information eller att de får vara delaktiga i beslut som rör dem i vården.

När vuxna lyssnar på barnets uppfattning om nålprocedurer och involverar barnet i det som händer med dem i vården blir delaktighet möjlig. Det kan handla om att sjuksköterskan frågar barnet om det har några önskemål som sjuksköterskan ska tänka på vid nålproceduren, eller att sjuksköterskan frågar de barn som har gjort detta tidigare om barnet har utvecklat egna rutiner för att underlätta nålproceduren. Barns delaktighet bör utformas efter deras erfarenhet. Om barnet har varit med om proceduren tidigare och vet vad som kommer att hända kan barnet troligtvis delta mer aktivt i situationen. Barn med mindre erfarenheter ska också få vara delaktiga vid nålproceduren, men oftast handlar det om mindre beslut.



Barnen synliggör att de behöver information för att få vara involverade och delaktiga. När barn får åldersanpassad information blir delaktighet möjlig och uppfattas av barnet som stödjande. Det kan exempelvis handla om att sjuksköterskor använder metaforer i samtal med barnet för att ge barnet information (IV). Studier beskriver att metaforer används för att ge barn information (Fleitas, 2003) och att barn använder metaforer för att uttrycka sin smärta (Korteluo & Nikkonen, 2006).

Barns delaktighet i vården är något som uppmärksammas i barnkonventionen (UNCRC, 1989) och i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). För att tydliggöra patientens ställning i vården genomfördes den nya patientlagen (SFS, 2014:821) vid årsskiftet 2015, med syfte att stödja patientens integritet och möjlighet till delaktighet i vården. Där uppmärksammas även barnets delaktighet.

### *Lek vid nålprocedurer: att nå det yngre barnets erfarenhetsvärld*

Samtliga delstudiers resultat visar att leken är viktig för barn vid nålprocedurer och något som barn, föräldrar och sjuksköterskor tar hjälp av för att underlätta procedurer. Barn kan med hjälp av lek få information av vuxna och via lek kan de kommunicera. Lek beskrivs av Gadamer (1977) som den inledande vägen till kommunikation och att barn menar något när de leker. Enligt Ford, Tesch och Carter (2011) är lek en stor och viktig del av ett barns liv och att lek är ännu viktigare för barn när de är på sjukhus. Barn på sjukhus behöver leka och vuxna behöver ge dem möjlighet till det. Lek är både lekfullt och seriöst, eftersom det är med hjälp av leken som barnet kan förstå vad som händer. Jun-Tai (2008) skriver att lek hjälper barn och vårdpersonal att etablera en relation, eftersom leken är det som barnet uppfattar som bekant i en annars obekant och främmande miljö. Vårdpersonal som leker i kontakten med barn förmedlar till barnet att det är välkommet. Salmela, Salanterä och Aronen (2010) skriver att barn leker för att det ger barn glädje och hjälper dem att klara av den rädsla som kan uppstå på grund av att barn behöver vård. Björk m.fl. (2006) visar att barn leker för att bearbeta åtgärder som de har varit med om i vården. Resultaten visar att lek är betydelsefull för barn och att barn leker innan proceduren för att förbereda sig, under proceduren för att klara av den och efteråt för att

bearbeta det som hänt. Leken är något självklart för barnet och något som barn för det mesta klarar av att göra även om barnet är sjukt. Ibland kan dock barnet behöva hjälp med att ”komma igång” att leka. Sjukhusets lekterapeuter är viktiga när det gäller att stödja barn att leka.

Enligt Eriksson (1987) är leken ett uttryck för hälsa, och lek är även ett verktyg för att uppnå hälsa. Almqvist, Hellnäs, Stefansson och Granlund (2006) skriver att barn tar hjälp av lek för att uppnå hälsa, men skriver också att leken är viktig för barnet när barnet har hälsa och mår bra. Även barnkonventionen skriver i artikel 31 att barn har rätt till att leka (UNCRC, 1989).

Barnen synliggör att de med hjälp av lek och humor kommunicerar med de vuxna och att barn anser att det är stödjande när humor och lek finns med i mötet (IV). Forskning visar att barns rädsla avtar när humor används i vården (Salmela, Salanterä & Aronen, 2010), och att barn använder humor och lek för att hantera rädsla (Salmela, Salanterä & Routsalainen m.fl., 2010). Emellertid visar en annan studie att barn (7–12 år) anser att det bör finnas en balans i hur humor används av sjuksköterskor. Barnen berättar att sjuksköterskor inte ska vara överdrivet glada eller ”larva sig”, utan koncentrera sig på vad de ska göra. Humor och att skoja med varandra generellt är positivt för barn och vårdpersonal (Brady, 2009).

Det är viktigt att barn inte bara förknippar nålprocedurer med negativa tankar och känslor, även om själva nålsticket kan innebära smärta och rädsla. Därför är humor och lek viktiga i kontakten med barn. Humor och lek hjälper barnet att motverka negativa fantasier om proceduren och hjälper barnet att kontrollera situationen. Barn anser det som stödjande när humor och lek finns med i mötet med sjuksköterskor (IV). Det innebär att barnet kan se fram emot att träffa sjuksköterskor, för att skoja och busa med dem, även om mötet innebär en nålprocedur. Det är emellertid inte säkert att sjuksköterskor känner sig bekväma med att använda humor i kontakt med barn och föräldrar. Sjuksköterskor kan vara rädda att göra bort sig, de tror att föräldrar inte uppfattar dem som professionella. Om föräldrar ser att sjuksköterskans humor stödjer barnet så att det blir lugnt blir föräldrarna oftast nöjda och upplever det troligtvis inte som att sjuksköterskan är oprofessionell. Tvärtom är det detta som det innebär att vara professionell. Förhoppningsvis kan sjuksköterskan genom humor nå barnet i barnets erfarenhetsvärld och stödja barnet att klara av nålproceduren.

### ***Vårdande stöd vid nålprocedurer: barncentrerat synsätt***

Vårdande stöd till barn vid nålprocedurer bör förstås utifrån att vårdandets syfte och mål är hälsa, där hälsa är en känsla av välbefinnande, och av att må bra (Dahlberg, 2014). I sjuksköterskans profession ingår att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdom och skada (SFS, 1982:763) och för att verkställa detta uppdrag behöver sjuksköterskor utföra nålprocedurer på barn. Sjuksköterskor ansvarar för att mötet med barn och föräldrar vid nålprocedurer är vårdande, det vill säga att sjuksköterskan ska anta ett öppet och följsamt förhållningssätt i relation till barnets erfarenhet och önskemål (jfr Ekebergh, 2015). Sjuksköterskorna i delstudie I beskriver denna följsamhet till barnets erfarenhet och önskemål som ”att balansera på en slak lina”, där syftet är att nå barnets förståelse av nålprocedurer. Delstudie IV visar att barnen har behov av sjuksköterskornas stöd vid nålprocedurer när barnen på olika sätt försöker få deras uppmärksamhet. Detta kan förstås på liknande sätt som när Arman och Rehnsfeldt (2007) beskriver att vuxna patienter anser att det är ett kriterium för god vård att ”bli sedd” av vårdpersonal. Sjuksköterskors vårdande stöd till barn vid nålprocedurer kan även förstås utifrån hur Halldórsdóttir (1996) beskriver mötet mellan vårdpersonal och patient; som en bro att gå över vid ett bra möte (caring) och som en mur om vårdaren inte visar intresse för patienten (uncaring). Denna liknelse är även beskriven av en förälder i delstudie II, när hen beskrev stöd till sitt barn så här: *Man bygger broar av stöd och barnet väljer själv när det vill eller behöver gå över*. Detta kan ses i relation till hur Eriksson (2007) beskriver att människan är bärare av ett ethos, det vill säga bärare av en vilja, i form av en inre kompass, att göra sitt bästa för en annan människa (se Andersson, 2015, s. 157; Lindberg, 2014, s. 55). Utifrån Erikssons (2007) beskrivning ovan är det rimligt att anta att sjuksköterskor har en vilja att utifrån de förutsättningar som ges göra det som är bäst för barnet vid nålproceduren.

Sjuksköterskors kompetens och bemötande är viktiga för barn vid nålprocedurer. Detta visar barnen i delstudie IV när de uttrycker att de behöver känna att sjuksköterskor vill dem väl och gör vad som är bäst för barnen vid nålproceduren. Genom att ge vård som barnet uppfattar som vårdande är det högst troligt att barnet känner sig bekräftat av sjuksköterskan. Det ger barnet en känsla av att det betyder något och att de vuxna vill barnet väl.

Barnen i delstudie III och IV visar att de strävar efter delaktighet vid nålproceduren och i delstudie I visar sjuksköterskorna att de strävar att göra barnen delaktiga. Detta sker genom att sjuksköterskorna utifrån barnets ålder, mognad och tidigare erfarenheter anpassar information, samtal och lekar för att möjliggöra att barnet blir delaktigt. Coyne (2008) skriver att vårdpersonal har ett ansvar att lyssna till barns individuella åsikt och ta tillvara deras uppfattningar och tankar i vården. För att tillhandahålla god vård för barn behöver vårdpersonal ha kompetens om barns utveckling och rättigheter samt kunna ta tillvara det individuella barnets tankar och erfarenheter om hur det själv vill bli vårdat (Sommer m.fl., 2011; Söderbäck m.fl., 2011).

I föreliggande avhandlings bakgrund och resultatdiskussion presenteras forskning som visar att det råder brist på forskning kring yngre barn och nålprocedurer, ur ett barns perspektiv. Enligt Söderbäck m.fl. (2011) gäller detta även forskning kring yngre barn i vården generellt. Avhandlingens resultat visar att sjuksköterskor behöver utgå från det barnen har att berätta om nålprocedurer, för att utifrån det individuella barnet ge vårdande stöd vid nålproceduren. Resultatet visar också att när stöd vid nålprocedurer fungerar bra, sker stödet som en cirkulär rörelse utifrån samtliga deltagares respons i mötet. Detta visar på ett barncentrerat synsätt, det vill säga stödet utformas tillsammans, av både barnet (barnets perspektiv) och de vuxna (barnperspektiv) vid nålproceduren. Forskning visar att ett sådant synsätt gynnar barnet, eftersom det är en förutsättning för att barnet ska få en god vård (Söderbäck m.fl., 2011).

## Metoddiskussion

### *Val av forskningsansats och metod*

Forskningsansats och val av metod har utgått från avhandlingens syften. Reflekterande livsvärldsansats valdes eftersom ansatsen ger möjlighet att beskriva och tolka mönster av innebörder. Fenomenologi och livsvärldshermeneutik valdes eftersom dessa analysmetoder anses lämpliga för att besvara syftena i föreliggande avhandling. Fenomenologi och hermeneutik på livsvärldsteoretisk grund har olika angreppspunkter när det gäller ontologi, men gemensamma angreppspunkter när det gäller epistemologi

(Dahlberg m.fl., 2008). För att beskriva sjuksköterskors (I) och föräldrars (II) upplevelser av att stödja barn vid nålprocedurer valdes fenomenologisk metod. För att tolka *hur* barn upplever konsekvenser och stöd vid nålprocedurer, men även *varför*, valdes livsvärldshermeneutisk metod (III, IV). I delstudie I och II användes intervjuer som datainsamlingsmetod och i delstudie III och IV användes både intervju och deltagande observation. Att välja två analysmetoder med gemensamma angreppspunkter epistemologiskt har gjort det möjligt att gå från att beskriva till att tolka fenomenen. Detta har förhoppningsvis bidragit till en djupare kunskap om de studerade fenomenen. Då forskning om ett fenomen är begränsad, vilket är fallet kring yngre barn och nålprocedurer, är fenomenologiska och/eller livsvärldshermeneutiska studier ett bra alternativ, eftersom olika aspekter av upplevelser är vad som studeras (Dahlberg m.fl., 2008; Polit & Beck, 2012).

Hur data i delstudie III och IV skulle analyseras togs ställning till under arbetets gång utifrån resultat framkomna i delstudie I och II. Detta tillvägagångssätt har berikat avhandlingen, då det gav möjlighet till fördjupad förståelse för fenomenen. Resultaten i avhandlingen ger en fördjupad kunskap om och förståelse för vad det innebär för yngre barn att genomgå nålrelaterade medicinska procedurer och vad vårdande stöd i samband med dessa innebär utifrån sjuksköterskors, föräldrars och yngre barns perspektiv.

I forskning är det viktigt att bedöma kvalitén på genomförda studier, den vetenskapliga hållningen och de val som är gjorda i forskningsprocessen. Det är också viktigt att visa på ett opartiskt och sakligt genomförande (Dahlberg m.fl., 2008). Därför har avhandlingens ontologiska och epistemologiska utgångspunkter redovisats.<sup>31</sup> Resultaten ska presenteras så att det går att bedöma trovärdighet och generaliserbarhet, vilket har eftersträvat i denna avhandling och presenteras utifrån begreppen validitet, objektivitet och generaliserbarhet.

### ***Validitet, objektivitet och generaliserbarhet***

Metodprinciperna<sup>32</sup> som har använts vid genomförd datainsamling är viktiga kriterier för bedömning av delstudiernas validitet, objektivitet och generali-

---

<sup>31</sup> Se Teoretiska utgångspunkter och Metod.

<sup>32</sup> Fenomenorientering, öppet och följsamt förhållningssätt inför fenomenet samt reflekterat förhållningssätt.

serbarhet. Fokusering på fenomenets innebörder samt en variation av dessa innebörder har eftersträvats. För att stärka validitet och objektivitet är det viktigt att rikta deltagarnas berättelser mot fenomenet och inte ifrågasätta eller försöka kontrollera sanningshalten i deras uttalanden (Dahlberg m.fl., 2008). För att uppnå objektivitet får forskarens egen förförståelse inte påverka deltagarnas berättelser om fenomenet eller påverka analysprocessen (Dahlberg m.fl., 2008; Polit & Beck, 2012). För att läsaren till viss del ska ha möjlighet att bedöma validiteten har citat använts vid delstudiernas resultatbeskrivningar. Att i resultaten presentera citat från deltagarnas berättelser är ett sätt att ge läsaren inblick i analysmaterialet och därmed stärka validiteten.

Generaliserbarhet vid livsvärldsforskning handlar om forskningsresultatens överförbarhet till andra kontext. För möjligheten att bedöma om resultaten går att överföra krävs variation i urvalet, innebördsrik data och att forskningen kommit fram till en generell nivå, det vill säga dess essens med innebördselement eller huvudtolkning (Dahlberg m.fl., 2008). Därför har forskningens kontext beskrivits utförligt i avhandlingens metodavsnitt. En strävan har också varit att läsaren ska kunna följa forskningsprocessen (urval, datainsamling och dataanalys) och få ta del av tillräckligt med data för att kunna göra bedömningen om resultaten går att överföra till annan kontext. Avhandlingens resultat har förhoppningsvis tillräcklig grund för att vara överförbara till andra barn som ska vara med om nålprocedurer i vården och deras föräldrar. Delar av resultaten kan troligtvis också vara överförbara till andra medicinska procedurer inom vården där barn är inkluderade. Dessutom kan resultaten vara överförbara till vårdpersonal generellt och inte bara till sjuksköterskor.

### **Urval/Deltagare**

Fem verksamhetschefer gav sitt godkännande till att vårdpersonal från deras enheter fick delta. Sjuksköterskor från två enheter valde att medverka. Varför vårdpersonal från tre enheter valde att inte medverka har inte framkommit. All vårdpersonal som genomförde nålprocedurer på barn tillfrågades, men endast sjuksköterskor visade intresse att medverka (I). Detta kan anses som begränsning och kan ha påverkat avhandlingens resultat,

eftersom det finns skäl att anta att variationerna hade blivit mer nyansrika om deltagare från andra grupper av vårdare hade inkluderats.

Urval av deltagare har utgått från delstudiernas inklusionskriterier. De sjuksköterskor som deltog i delstudie I valde utifrån inklusionskriterierna ut barn och föräldrar som var lämpliga att tillfrågas till delstudie II, III och IV. Det har inte framkommit om eller vilka barn och föräldrar sjuksköterskor valde att inte fråga. Det har heller inte framkommit om eller vilka barn och föräldrar som avböjt att medverka. En begränsning i avhandlingen är att sjuksköterskorna kan ha valt bort besvärliga och väldigt rädda barn och därmed kan resultatet ha påverkats. Detta har dock inte varit synligt under forskningsprocessens gång. Det överordnade urvalskriteriet, det vill säga att deltagarna har en levd erfarenhet av fenomenet (Dahlberg m.fl., 2008), har uppfyllts för samtliga delstudier

Variation utifrån demografisk data har eftersträvat för att få innebördsrika beskrivningar av fenomenen. Detta har till viss del lyckats när det gäller barnens ålder, kön, orsak till besök och typ av nålprocedur. En begränsning i data är dock att det var fler planerade än oplanerade besök och fler mammor än pappor som deltog. Sjuksköterskorna i delstudie I hade relativt lång yrkeserfarenhet. En begränsning är att sjuksköterskor med kortare yrkeserfarenhet saknas och att samtliga deltagare är kvinnor.

### **Datainsamling**

I föreliggande avhandling har deltagande observation och intervjuer valts som datainsamlingsmetoder, då det är viktigt att använda olika tillvägagångssätt vid insamling och dokumentation av data för att få innebördsrikt datamaterial och därmed kunna beskriva ett fenomenets variationer (Dahlberg m.fl., 2008).

Vid deltagande observation kan forskaren påverka det naturliga förloppet eftersom hen blir en del av det som studeras (Fangen, 2005). Sjuksköterskor och föräldrar uppgav dock efter datainsamlingstillfällena att doktoranden mycket snabbt blev ett naturligt inslag i situationen. Under intervjun användes också fältanteckningar där ord eller meningar skrevs ner i syfte att utgöra underlag för den fortsatta intervjun. På detta sätt kunde avbrott undvikas och riktadheten upprätthållas.

Det var en utmaning att få den tekniska utrustningen att fungera, exempelvis var och hur kamerorna bäst skulle placeras i rummet för att få tillräckligt med ljus och ljud. Utrustningen kunde störa barnen som blev mer intresserade av exempelvis videokameran än att svara på intervjufrågor. Genom att låta barnen titta och undersöka utrustningen och ställa frågor avtog deras intresse för den.

Insamlingen av data med barn har skett tillsammans med minst en förälder. Detta innebar att även datainsamlingen med föräldrar utfördes med barnet närvarande. Om barn och föräldrar hade separerats vid intervjun fanns en risk att barnet varit rädd, osäkert och blygt (jfr Bowlby, 2010). Troligtvis hade det varit svårt att få tillgång till barnets berättelser i samma utsträckning som nu blev möjligt. Samtidigt kan barnens medverkan ha påverkat föräldrarnas berättelser. Det är möjligt att föräldrarna hade berättat mer utförligt om inte barnet hade varit närvarande.

Förutom att föräldrarna själva är deltagare i en delstudie (II) kan de även ses som ”assistenter.” Detta har varit en styrka vid datainsamlingen i delstudie III och IV. Ibland var det svårt att läsa av barnet för att se hur långt det gick att gå vid intervjun utan att skrämma eller kränka barnet. Här var föräldrarna till stor hjälp. Föräldrarna kunde exempelvis upprepa frågan, vänta in barnets svar samt förtydliga frågan på ett sätt som hjälpte barnet (jfr Adliss m.fl., 2009; Irwin & Johnson, 2005). En risk var att föräldrarna skulle styra datainsamlingen genom att till exempel pressa barnet att svara på frågan. Detta har dock inte visat sig under datainsamlingarna. I vardagen tar yngre barn hjälp av föräldrar, exempelvis när det gäller att hitta ord för att uttrycka sig (Irwin & Johnson, 2005). Att plötsligt inte få göra det kan skapa förvirring hos barnet, vilket inte hade gagnat intervjusituationen.

I föreliggande avhandling har livsvärldsintervjuer använts utifrån en fenomenorienterad och reflekterande dialog med öppna frågor (Dahlberg m.fl., 2008). Det finns olika uppfattningar när det gäller val av intervjuer med yngre barn och öppna eller direkta frågor. Krähenbühl och Blades (2006) skriver att öppna frågor kan öka tillförlitligheten i barnens svar eftersom barnen får möjlighet att uttrycka erfarenheter med egna ord och uttryck. I delstudie III och IV har öppna frågor använts under en bekantgörande del för att ta reda på, utifrån barnets ålder och mognad, vilka fortsatta frågor som passade barnet. Öppna frågor kan av barn uppfattas som trygga, eftersom denna typ av frågor bjuder in barnet som då kan avgöra vad



det vill berätta. För vissa barn kan emellertid öppna frågor inledningsvis sätta stor press och då kan direkta frågor underlätta (Irwin & Johnson, 2005).

När en öppen fråga ställdes hände det ibland att barnet svarade ”jag vet inte.” Då fick i stället en mer direkt fråga formuleras. En risk kan ha varit att förförståelsen påverkade frågans utformning och riktade barnets svar. Frågan ställdes därefter om ännu en gång, fast på ett annat sätt, för att se om barnet höll fast vid sin uppfattning. Att ställa frågor på detta sätt är känsligt. Barn måste känna sig betrodda och att det varken finns rätt eller fel svar på frågor som ställs. Därför var det viktigt hur frågorna formulerades, på vilket sätt och vilka val av ord som gjordes, vilket även Krähenbühl och Blades (2005) diskuterar. För att lättare få ta del av barnens berättelser om nålprocedurer användes en ”hemlig väska” med olika dockor och mjukisdjur. Den ”hemliga väskan” var omtyckt och ett bra sätt att få barnet att berätta om erfarenheter av nålprocedurer.

Deltagarna erbjöds att titta på den inspelade filmen från nålproceduren efter att intervjun pågått ett tag. Filmen gjorde det möjligt för deltagarna att ytterligare reflektera kring fenomenet och videoobservationerna har varit en viktig del av intervjusituationen. Missuppfattningar kunde reduceras när exempelvis barnet fick se den filmade händelsen och frågor kunde ställas till barnet för att förtydliga nålproceduren. Det kunde handla om att barnet under intervju pratat om en annan nålprocedur, men när filmen spelades upp blev det klarlagt att det handlade om två olika tillfällen. De flesta barn tyckte att det var roligt att se sig själva på film även om deras koncentration skiftade.<sup>33</sup>

Intervjuerna med sjuksköterskorna pågick i snitt 30 minuter. När det gäller livsvärldsintervjuer kan detta anses som kort tid. Intervjuerna genomfördes under sjuksköterskornas arbetstid, och vid vissa tillfällen var de tvungna att avbryta intervjun på grund av ordinarie arbetsuppgifter. En ytterligare begränsning är att datainsamlingssituationen många gånger var kaotisk och rörig. Det var oftast många människor inblandade, som till exempel barnets föräldrar, syskon eller andra släktingar och flera av vårdpersonalen. Under intervjun kunde syskonen leka på golvet eller direkt vilja delta i intervjusituationen. Intervjun kunde avbrytas för att barnet fick tid till tandläkare eller röntgen, pricktest skulle bedömas eller att läkaren kom med

---

<sup>33</sup> Se Forskningsetiska överväganden.

provsvar. Där fanns även mobiltelefoner som inte var avstängda eftersom oroliga släktingar behövde nå familjen. Det är svårt att veta hur detta sammantaget påverkat datainsamlingen men något annat tillvägagångssätt var inte möjligt vid dessa tillfällen.

### **Dataanalys**

När datainsamling genomförs med barn är ”allt” barnen berättar betydelsefullt. Det är vid analys som information med relevans för syftet identifieras (Irwin & Johnson, 2005; MacDonald & Greggans, 2008). Öppet förhållningssätt inför vad barnen berättade om fenomenet visade sig vara en fördel vid transkribering. Det som ibland verkade oväsentligt vid intervjun visade sig vara barnets sätt att börja en berättelse, som sedan riktade barnet mot syftet. Den transkriberade texten från intervjuerna med sjuksköterskor och föräldrar (I, II) är mer utförlig än den transkriberade texten från intervjuerna med barnen (III, IV) (jfr Irwin & Johnson, 2005). Här var det en styrka att ha tillgång till videoobservationer, när barnens verbala uttryck var sparsamma. De filmade videoobservationerna har setts flera gånger och ihop med handledare. Förutom verbal registrering har även barnens gester, kroppshållning, nickningar, blickar och leenden registrerats. Det har varit en fördel att även kunna läsa den transkriberade texten samtidigt som filmen har granskats. Filmen har spelats upp i olika hastigheter, stoppats eller tittats på sekvens för sekvens (Heath m.fl., 2010). Ett sådant tillvägagångssätt gjorde det möjligt att upptäcka innebörder som inte framkommit vid tidigare textgranskning. Att använda videoobservationer på ovan angivna sätt har stärkt validiteten i delstudie III och IV.

Vid de hermeneutiska och fenomenologiska analyserna har ett kritiskt och problematiserat förhållningssätt använts genom hela processen. Däremot har förförståelsen används på lite olika sätt. Under analysen har förförståelsen använts mer aktivt vid hermeneutisk analys (III, IV) för att få fram tentativa deltolkningar från materialet. Med hjälp av förförståelse har kvalificerade gissningar om fenomenet formulerats för att sedan kontrolleras mot data och specifika kvalitetskriterier. Vid hermeneutisk analys är validitetskriterierna<sup>34</sup> viktiga (Nyström, 2012) eftersom det är dessa som skiljer mellan vardagsgissningar och vetenskapligt arbete. Vid fenomenologisk analys (I, II) gäller ett mer tyglat förhållningssätt av förförståelse (Dahlberg m.fl., 2008).

---

<sup>34</sup> Se Dataanalys.

Pendling mellan datamaterialets första helhet, (videoobservationer, sekvenser av transkriberade videoobservationer, transkriberade fältanteckningar, intervjuer), till dess delar (meningsbärande enheter, kluster I, II och deltolkningar III, IV) och slutligen till en ny helhet, (essenser med tillhörande innebördselement I, II och huvudtolkningar III, IV) är ett viktigt validitetskriterium vid dataanalys (Dahlberg m.fl., 2008). Här krävdes ett reflekterat förhållningssätt till datamaterialet och den egna förståelsen så att inte essens och huvudtolkning abstraherades i för hög utsträckning. Risken är att det som framkommer om fenomenet då blir allt för allmängiltigt, och kan gälla forskning om människor generellt. Ovan förda diskussion gäller också för arbetsprocessen för sammanfattande tolkning.

Vid datainsamling och analys av barnintervjuer samt deltagande observationer sker tolkningen av vuxna. I avhandlingens delstudier var det vuxna som gav barnen möjlighet att uttrycka sig och som tolkade barnens berättelser. Detta gjordes med omsorg och respekt. Här var det viktigt att ta hjälp av forskargruppens kompetens. Gruppen består av forskare med lång forskningserfarenhet, vissa med barn (Enskär & von Essen, 2008; Rydström, Hartman & Segesten, 2005) och andra med erfarenhet av forskning med föräldrar och/eller vårdpersonal (Dalheim-Englund, Rydström, Rasmussen, Möller & Sandman, 2004). Att denna variation finns i gruppen har varit en styrka då inget har tagits förgivet.

## Slutsatser

Barnets behov av stöd formas av de konsekvenser som barnet upplever av nålproceduren, där rädsla är den mest framträdande konsekvensen. Det innebär att barnets behov av stöd främst är kopplat till barnets upplevelse av rädsla.

För att stöd vid nålprocedurer ska fungera bra behöver vuxna förstå barnets upplevelser av rädsla samt barnets uttryckta behov av stöd – både att barnet behöver stöd, men också på vilket sätt stödet ska utformas.

Ett vårdande stöd utvecklas dialektiskt mellan barn och vuxna i en cirkulär rörelse. I en sådan dialektik ledsagar barnet den vuxne och vice versa. Att barn har förmåga att ledsaga vuxna vid nålprocedurer visar att de är aktiva och medagerande. Detta ger förutsättningar för att nålproceduren ska kunna genomföras med barnets medverkan.

Föräldrar behöver kontrollera egna negativa erfarenheter så att dessa inte påverkar deras förmåga att stödja barnet vid nålprocedurer. För att kunna stödja barn behöver sjuksköterskor utforma vården utifrån vad barnet har att berätta och dess erfarenheter, ålder och mognad.

Det finns inte någon objektiv position av fenomenet stöd. Stöd kan således endast studeras som en levd erfarenhet från den som behöver stöd.

## Kliniska implikationer

Yngre barns upplevelser av nålprocedurer bör tas tillvara. Föreliggande avhandling ger förståelse för vad det kan innebära för yngre barn att genomgå nålrelaterade medicinska procedurer och vad vårdande stöd i samband med detta innebär, utifrån yngre barns, föräldrars och sjuksköterskors perspektiv.

### Förslag på kliniska implikationer:

- Ur barnets synvinkel är fasthållning aldrig stödjande.
- Yngre barn är ofta rädda vid nålprocedurer och behöver stöd av vuxna. Därför bör föräldrar medverka vid nålprocedurer. När barn upplever rädsla och smärta är det extra viktigt att bli ompysslad.
- Positiva och negativa erfarenheter av nålprocedurer kan påverka nästa nålprocedur och barnets upplevelser av rädsla kan variera från gång till gång.
- Även om barn säger sig vara vana vid nålprocedurer kan barnen ändå behöva ytterligare information.
- Eftersom föräldrar kan ha negativa erfarenheter av nålprocedurer är det angeläget att ställa frågor till föräldrarna för att kunna bedöma deras förmåga att stödja barnet under proceduren.
- Barns fantasi kan både underlätta och försvåra nålprocedurer. Det är inte alltid nålsticket som skrämmer. Det kan vara det främmande eller okända som är mest skrämmande. Skapa därför möjlighet för barn att leka då leken är ett sätt för barnet att förstå, bearbeta och kommunicera upplevelser och händelser.
- Använd gärna humor, men gör det på ett respektfullt sätt och utifrån barnets förmåga att förstå.

- Genom att vuxna förhåller sig öppna och följsamma inför barnets behov ökar möjligheterna för barnet att känna att det har kontroll över situationen. Därmed ökar barnets förmåga att vara aktivt och medagerande under nålrelaterade medicinska procedurer.

## Fortsatt forskning

### Studier utifrån befintligt datamaterial insamlat till avhandlingen:

- Genomföra kvalitativ analys av videoobservationerna från nålprocedurer – interaktionen mellan barn, föräldrar och sjuksköterskor.
- Genomföra kvantitativ analys av videoobservationerna från nålprocedurer – interaktionen mellan barn, föräldrar och sjuksköterskor.

### Ny datainsamling:

- Studera övrig vårdpersonals upplevelse av att ge stöd till yngre barn vid nålprocedurer i vården.
- Följa (longitudinellt) yngre barn vid upprepade nålprocedurer i vården.
- Fördjupa studier om föräldrars negativa erfarenheter, dess innebörd och verkan, när de är med och stödjer barnet vid nålprocedurer.
- Fördjupa studier om fenomenet fasthållning av yngre barn vid nålprocedurer.
- Interventionsstudier riktade mot yngre barn och stöd vid nålprocedurer.
- Interventionsstudier riktade mot föräldrar som är med sitt barn vid nålprocedurer och ger stöd.
- Interventionsstudier riktade mot vårdpersonal som utför nålprocedurer och ger stöd.

# English summary

## *Background*

During childhood, almost all children have to endure different needle-related medical procedures (NRMPs), such as capillary sticks, injections, intravenous cannulations, venipuncture, and vaccinations. Young children indicate that among their worst fears during hospitalization are these procedures. In this thesis, the definition of a needle-related medical procedure is an investigation or action children have to endure to prevent illness, enable diagnosis, and give treatment involving the use of needles. If children experience high levels of fear and pain when undergoing needle procedures, there is a risk that the child will have problems later in life with needle procedures as well as health care in general.

Parents' most prominent role is that of acting as the child's protectors through childhood, a role that becomes more prominent when the child is in contact with health care. When their child endures NRMPs, parents may also experience numerous different emotions. These emotions might affect their ability to protect and support the child.

A part of a nurse's work is to ensure that the patient's pain is minimized. In the case of a child, one further important aspect is also to relieve the child's fear and worry because these experiences can intensify their feelings of pain. Accordingly, nurses have a responsibility for supporting children to cope with NRMPs and any potential negative effects. This can be done by the use of pharmacological or non-pharmacological treatments.

## *Overall aim*

The overall aim of this thesis is to create knowledge about what it means for younger children (3–7 years) to undergo needle-related medical procedures, and what caring support in relation to this means based on nurses', parents', and younger children's perspectives.



**The specific aims are:**

- I. to describe the meanings of support during needle-related medical procedures from the perspective of the nurses.
- II. to describe the meanings of support during needle-related medical procedures from the perspective of the parents.
- III. to explain and understand the consequences related to needle-related medical procedures from the perspective of the younger child.
- IV. to explain and understand the meaning of support during needle-related medical procedures from the perspective of the younger child.

***Methods***

In order to describe and interpret nurses', parents', and younger children's experiences of needle-related medical procedures, lived experiences of the phenomena are needed. To that end, a reflective lifeworld approach was chosen (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Throughout the entire research process, an open and critical approach was used as well as a movement between closeness and distance to the phenomena in focus, which are methodological principles for lifeworld approach.

In the first and second studies, data were collected by lifeworld interviews with fourteen nurses (I) and twenty-five parents (II) and a phenomenological analysis was used. In the third and fourth studies, data were collected by participant observations and lifeworld interviews, documented by video-observations, field notes, and audio-recorded interviews with twenty-one children. An interpretive lifeworld hermeneutical analysis was used. Subsequently, all four studies were analyzed together in a summarizing interpretation. In total, 60 people participated. The four articles are fully presented at the end of this thesis.

***Findings***

Here is a brief summary of the articles' results:

The first study (I) shows that the essential meaning of supporting children during NRMP is characterized by a desire to meet the child in his/her own

world, and an effort to reach the child's horizon of understanding regarding these actions, based on given conditions. Meeting the child's needs here has the character of "balancing on a tightrope through" an unpredictable situation. The meeting should also incorporate openness to the child's perspective. Most importantly, it will require a repertoire of supportive activities in which parental presence and conversation are the cornerstones. As the context and atmosphere of health care situations are unfamiliar, it can intimidate the child. The child's previous experiences of health care are crucial here as it relates to their experience of the situation, and subsequently how dangerous it may feel to them. The situation disrupts the child's world and provides lasting memories, which should be actively influenced in order for them to become positive. The essential meaning thus shows that the interpersonal meeting requires a tactful interaction between all people involved. In this meeting, quick and spontaneous decisions are made that allow the balancing act to be maintained. The essential meaning of supporting children during NRMP consists of the following six constituents: developing relationships through conversation, being sensitive to embodied responses, balancing between tact and use of restraint, being the child's advocate, adjusting time, and maintaining belief.

The second study (II) shows that the essential meaning of supporting children during NRMPs is described as "keeping the child under the protection of one's wings", sometimes very close and sometimes a little further out under the wingtips. It is about protecting the child by accompanying him or her through an unpredictable and unknown experience. This involves situations where the child's needs and feelings must be met as well as the staff's requests. Emotions are pushed aside in favour of the child's need for security, which is prioritized by all of the people involved acting in an adult manner with control over their own powerlessness and their emotional expressions. If the support is perceived as insufficient by the child, it is important to continue to consider the child's perspective by "moving the protection a bit further out under the wingtips" and accepting help from, for instance, nurses. Ultimately, varied and nuanced support maintains trust in the adult world. The meanings of the phenomenon of supporting children during NRMPs consists of the following six constituents: paying attention to the child's way of expressing itself, striving to maintain control, facilitating the child's understanding, focusing the child's attention, seeking additional support, and rewarding the child.

The third study (III) shows that younger children's experiences of NRMPs vary across time and space related to their weakened and strengthened feelings of fear. The fear is reinforced when imagined expectations about something painful and scary dominate and it is weakened if the child, at least to some degree, succeeds in controlling the situation. Play and language make it easier for the child to understand the situation, and when it succeeds it seems to be a step in the process of working through feelings. When the child seeks security in an adult, the adult's response becomes extremely important. In the absence of security, it is difficult to overcome fear, which may manifest in the form of open protest and a risk that the child will be restrained during the NRMP. This makes the child feel ashamed and humiliated as well as powerless, having lost the right to control his or her own body. Self-control and opportunities for participation make it easier for the child to surrender to the procedure. The following themes emerged: seeking security, realizing the adult's power, struggling for control, feeling ashamed, and surrendering.

The fourth study (IV) shows that the basis of supporting younger children during NRMPs is about how children perceive the adults' ability to generate resources and/or strengthen existing resources. This is achieved when children feel that they are guided by adults through the procedure until they think: "*I can manage this.*" To provide that type of support, the adult needs to control potential worry and ensure that the child's need for a calm, responsible companion is met. By being supportive, adults can enable a child to play. Adequate support seems to enable a caring situation characterized by mutual trust and the shared belief that the procedure is carried out without harming the child. As trust grows, the NRMP becomes easier to implement and the support develops with a successively enlarged pliability to the child's reactions. Up until the very end of the procedure, the child guides the adults to understand the meaning of support during an NRMP. In that way, adequate support enables the child to be active in the procedure and participate in the struggle for a supportive caring situation. The following themes emerged: being the centre of attention, getting help with distraction, being pampered, being involved, entrusting oneself to the safety of adults, and being rewarded.

## *Conclusion*

Children's need for support during needle-related medical procedures is primarily tied to children's experiences of fear. For the child to experience a caring support, adults need to understand children's experiences of fear as well as children's need for support and what form the support should take. A caring support develops dialectically between children and adults in a circular movement. In such a dialectic, the child guides the adult and vice versa. That children have the capability of guiding adults during needle-related medical procedures shows that they are active and participating. Here it becomes clear that there is no objective location of the phenomenon of support. Support can therefore only be studied as a lived experience of those who need it.

## *Clinical implications*

- From the child's point of view, restraint is never supportive.
- Young children are often frightened during procedures with needles and need the support of adults. Therefore, parents ought to be involved during needle-related medical procedures. When children experience fear and pain, it is especially important to be nurtured.
- Positive and negative experiences of procedures with needles can affect subsequent procedures with needles and children's experiences of fear can vary from time to time.
- Even if children say they are accustomed to procedures with needles, they may still need additional information.
- As parents can have negative experiences of procedures with needles, it is important to ask questions to evaluate their ability to support their child during the procedure.
- Children's imaginations can both facilitate and impede procedures with needles. It is not always the needle stick that frightens. It can be the unfamiliar or the unknown that is most frightening. Create opportunities for the child to play, as play is a way for children to understand, process, and communicate experiences and events.
- Feel free to use humor, but do it in a respectful way and based on the child's comprehension capabilities.

- Keeping oneself open and flexible to the child's needs increases the possibility of the child's feeling that he or she has control over the situation. It therefore increases their ability to be active and participatory during needle-related medical procedures.

# Tack

Efter sex års forskarstudier är nu denna resa över. Mycket har hänt under tiden och det finns många att uppmärksamma och tacka.

Först och främst, ett varmt tack till alla barn, föräldrar och sjuksköterskor som medverkat i delstudierna. Utan er hade denna avhandling inte varit möjlig.

Tack till Forskarskolan, Hälsa och Valfärd i Jönköping som stått för forskarutbildningen och till Högskolan i Borås, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd som har gjort utbildningen finansiellt möjlig. Tack till Ebba Danelius stiftelsen för forskningsfinansiellt stöd.

Tack till huvudhandledare Karin Enskär. Karin, du har hjälpt mig att fokusera på barnet i avhandlingen och det är jag som är tacksam för. Tack till bihandledarna Lotta Dalheim Englund och Ingela Rydström. Lotta, för livliga diskussioner som har hjälpt mig att utvecklas. Ingela, för din kunskap och för att du funnits där för mig även när du haft mycket att göra. Mitt varma tack till er tre. Tack Gunilla Carlsson för stödjande tillrop och fenomenologiska diskussioner och Margaretha Ekebergh för hjälp med analysen i artikel ett. Tack Maria Nyström för din medverkan i artikel tre och fyra. Tack för att du har delat med dig av din rika kunskap.

Tack till CHILD gruppen vid Hälsohögskolan i Jönköping och den forskningsmiljö som erbjudits. Tack till Linnéuniversitet för att jag fått ta del av er forskningsmiljö.

Mitt varma tack till alla doktorandkollegor i Borås. Utan er hade denna utbildning varit svår att genomföra, för att inte tala om hur tråkigt doktorandlivet hade varit utan er gemenskap. Alla diskussioner vi haft om forskning och livet i stort. Särskilt tack till Camilla Eskilsson, Marie Engwall, Anne-Louise Bergh och f.d. doktorandkollegorna Karin Högberg, Laura Darcy, Sepideh Olausson, Elisabeth Lindberg, Lina Palmér, Niklas Andersson och Ulrica Hantilson.

Laura Darcy och Lina Palmér, med er vänskap, hjälp, stöttning och engagemang har jag klarat av den ibland slitsamma tiden som doktorand. Laura, alla våra diskussioner om hur barnet ska hamna i centrum har berikat och din språkliga hjälp med engelskan har varit värdefull. Lina, alla diskussioner vi haft om ansats och metod. Ibland rörde vi nog till det, men

förhoppningsvis har det mesta klarnat. Din vårdvetenskapliga kunskap har hjälpt mig och ditt tålamod har kommit till god användning. Många bamsekramar till er båda.

Tack till er som granskat mitt manus vid mitt- och slutseminarium. Tack, Johan Norling vid Högskolan i Borås för administrativt stöd samt till personalen vid biblioteket vid Högskolan i Borås.

Tack, Merja (Vantaa) och Conny Benjaminsson. Jag är så tacksam för att ni båda finns och för alla underbara resor vi gjort tillsammans under denna tid och kommer att göra framöver nu när det finns tid! Tack, Stefan Nilsson för många och fruktbara diskussioner om forskningens många utmaningar.

Tack ”professor” Baltazar för dagliga filosofiska diskussioner. Tänk vad du har hjälpt mig förtydliga mina fenomen.

Tack till släkt och vänner, ingen nämnd och därmed ingen glömd. Jag har saknat er. Nu kommer det att bli mer tid att umgås – härligt!

Slutligen vill jag tacka de personer som betyder mest för mig – min familj. Min kära mamma Ellen och pappa Torsten som har funnits för mig och gett mig stöd i mitt liv. Tyvärr pappa får du inte dela denna stund med oss.

Rebecka och Mathias, mina älskade barn. Det är genom er som jag får perspektiv till livet och förstår vad som verkligen betyder något. Rebecka, tack för din hjälp med att bolla tankar och idéer och även för att du korrekturläst manus. Mathias, tack för ditt tålamod och din tekniska support med allt som tillhör datorns obegripliga värld. Förutom er hjälp med avhandlingen vill jag tacka er för att ni har stått ut med och stöttat mig under denna tid.

Bengt, utan dig hade denna forskarutbildning varit svår att genomföra. Du har funnits där för mig och underlättat livet rent praktiskt, men framför allt känslomässigt. Jag älskar dig min livskamrat.

*Katarína Karlsson*  
*Sjömarken, oktober 2015*

## Referenser

- Abuelkheir, M., Alsourani, D., Al-Eyadhy, A., Temsah, M-H., Meo, S. A. & Alzamil, F. (2014). EMLA<sup>®</sup> cream: A pain-relieving strategy for childhood vaccination. *Journal of International Medical Research*, 42(2), 329–336. doi: 10.1177/0300060513509473.
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272–2283.
- Aldiss, S., Horstman, M., O'Leary, C., Richardson, A. & Gibson, F. (2009). What is important to young children who have cancer while in Hospital? *Children & Society*, 23(2), 85–98. doi: 10.1111/j.1099–0860.2008.00162.x.
- Almqvist, L., Hellnäs, P., Stefansson, M. & Granlund, M. (2006). 'I can play!' Young children's perceptions of health. *Pediatric Rehabilitation*, 9(3), 275–284. doi: 10.1080/13638490500521303.
- Andersson, Niklas. (2015). *När vårdande och lärande sammanfaller. Patienters, studenters och handledares erfarenheter av möten på en utbildningsvårdavdelning inom psykiatrisk vård*. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Växjö.
- Anderzén-Carlsson, A., Kihlgren, M., Svantesson, M. & Sorlie, V. (2010). Parental handling of fear in children with cancer; caring in the best interests of the child. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 317–326. doi: 10.1016/j.pedn.2008.10.004.
- Arman, M. (2015a). Patientens värld med problem, behov och begär. I M, Arman., K, Dahlberg. & M, Ekebergh. (Red.). *Teoretiska grunder för vårdande*. (ss. 82–90). Stockholm: Liber AB.
- Arman, M. (2015b). En etik för medmänskligt vårdande. I M, Arman., K, Dahlberg. & M, Ekebergh. (Red.). *Teoretiska grunder för vårdande*. (ss. 104–110). Stockholm: Liber AB.



- Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (2015). Inledning. I M, Arman., K, Dahlberg, K. & M, Ekebergh. (Red.). *Teoretiska grunder för vårdande*. (ss. 11–13). Stockholm: Liber AB.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'little extra' that alleviates suffering. *Nursing Ethics*, 14(3), 372–386. doi: 10.1177/0969733007075877.
- Asvanund, Y., Mitrakul, K., Juhong, R. O. & Arunakul, M. (2015). Effect of audiovisual eyeglasses during local anesthesia injections in 5- to 8-year-old children. *Quintessence International*, 46(6), 513–521. doi: 10.3290/j.qi.a33932.
- Ayers, S., Muller, I., Mahoney, L. & Seddon, P. (2011). Understanding needle-related distress in children with cystic fibrosis. *British Journal of Health Psychology*, 16, 329–343, doi: 10.1348/135910710X506895.
- Barnombudsmannen. (2007). *Klara, färdiga, gå! Om de yngsta medborgarna och deras rättigheter*. Hämtad 28 september, 2015, från <http://www.barnombudsmannen.se/globalassets/systemimporter/publikationer2/klara-fardiga-ga2.pdf>
- Barnombudsmannen. (2015). *Bakgrund*. Hämtad 28 september, 2015, från <http://www.barnombudsmannen.se/om-oss/Bakgrund/>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beazley, H., Bessel, S., Ennew, J. & Waterson, R. (2009). The right to be properly researched: research with children in a messy, real world. *Children's Geographies*, 7(4), 365–378. doi: 10.1080/14733280903234428.
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar: Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J. (2005). En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. I J, Bengtsson. (Red.). *Med livsvärlden som grund*. (ss. 9–58). Lund: Studentlitteratur.

- Bernard, R. & Cohen, L. L. (2006). Parent anxiety and infant pain during pediatric immunizations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 13*(3), 285–290. doi: 10.1007/s10880-006-9027-6.
- Björk, M., Nordström, B. & Hallström, I. (2006). Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: An observational study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23*(4), 210–219. doi: 10.1177/1043454206289737.
- Björkman, B., Almqvist, L., Sigstedt, B. & Enskär, K. (2012). Children's experience of going through an acute radiographic examination. *Radiography, 18*(2), 84–89. doi: 10.1016/j.radi.2011.10.003.
- Blount, R. L., Piira, T., Cohen, L. L. & Cheng, P. S. (2006). Pediatric procedural pain. *Behavior Modification, 30*(24), 24–49. doi: 10.1177/0145445505282438.
- Boudreaux, E. D., Francis, J. L. & Loyacano, T. (2002). Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: A critical review and suggestions for future research. *Annals of Emergency Medicine, 40*(2), 193–205. doi: 10.1067/mem.2002.124899.
- Bowlby, J. (2010). *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av anknytningsteorin.* (P. Wiking, Övers.). Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 1988).
- Brady, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethics, 16*(5), 543–560. doi: 10.1177/0969733009106648.
- Bray, L., Snodin, J. & Carter, B. (2015). Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence. *Nursing Inquiry, 22*(2), 157–167. doi: 10.1111/nin.12074.
- Brenner, M., Parahoo, K. & Taggart, L. (2007). Restraint in children's nursing: Addressing the distress. *Journal of Children's and Young People's Nursing, 1*(4), 159 – 162. doi: 10.12968/jcyn.2007.1.4.24406.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006).

*Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer.*  
Stockholm: Natur och Kultur.

- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytningsteorin.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Buchwald, D., Delmar, C. & Schantz-Laursen, B. (2011). Ethical dilemmas in conducting research with children. *International Journal for Human Caring*, 15(2), 28–34.
- Cavender, K., Goff, M. D., Hollon, E. C. & Guzzetta, C. E. (2004). Parents' positioning and distracting children during venipuncture: Effects on children's pain, fear, and distress. *Journal of Holistic Nursing*, 22(1), 32–56. doi: 10.1177/0898010104263306.
- CODEX. (2015). *Regler och riktlinjer för forskning. Forskning som involverar barn.* Hämtad 13 september, 2015, från <http://codex.vr.se/manniska1.shtml>
- Cohen, L. L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics*, 122, 134–139. doi: 10.1542/peds.2008-1055f.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326–336. doi: 10.1177/1367493506067884.
- Coyne, I. (2008). Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1682–1689. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.002.
- Coyne, I. & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of Child Health Care*, 16(3), 293–304. doi: 10.1177/1367493512443905.
- Coyne, I. & Scott, P. (2014). Alternatives to restraining children for clinical procedures. *Nursing Children and Young People*, 26(2), 22–27. doi: 10.7748/ncyp2014.03.26.2.22.e403.

- Cramton, R. E. & Gruchala, N. E. (2012). Managing procedural pain in pediatric patients. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(4), 530–538. doi: 10.1097/MOP.0b013e328355b2c5.
- Cregin, R., Rappaport, A. S., Montagnino, G., Sabogal, G., Moreau, H. & Abularrage, J. J. (2008). Improving pain management for pediatric patients undergoing nonurgent painful procedures. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(8), 723–727. doi: 10.2146/ajhp070094.
- Cummings, J. A. F. (2015). Pediatric procedural pain: how far have we come? An ethnographic account. *Pain Management Nursing*, 16(3), 233–241. doi:10.1016/j.pmn.2014.06.006.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, H. & Dahlberg, K. (2003). To not make definite what is indefinite: A phenomenological analysis of perception and its epistemological consequences in human science research. *The Humanistic Psychologist*, 31(4), 34–50. doi: 10.1080/08873267.2003.9986933.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dalheim-Englund, A.-C., Rydström, I., Rasmussen, B.H., Möller, C. & Sandman, P.-O. (2004). Having a child with asthma – quality of life for Swedish parents. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 386–395.
- Darcy, L., Knutsson, S., Huus, K. & Enskär, K. (2014). The everyday life of the young child shortly after receiving a cancer diagnosis, from both children's and parent's perspectives. *Cancer Nursing*, 37(6), 445–456. doi: 10.1097/NCC.000000000000114.
- de Vos, G., Shankar, V., Nazari, R., Kooragayalu, S., Smith, M., Wiznia, A. & Rosenstreich, D. (2012). Fear of repeated injections in children younger than 4 years receiving subcutaneous allergy immunotherapy. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 109(6), 465–469. doi:

10.1016/j.anai.2012.10.003.

- Docherty, S. & Sandelowski, M. (1999). Focus on qualitative methods: Interviewing children. *Research in Nursing & Health*, 22(2), 177–185.
- EACH. (2015). European Association for Children in Hospital. *EACH is involved in the welfare of all children before, during or after a stay in hospital*. Hämtad 28 september, 2015, från <http://www.each-for-sick-children.org/>
- Ekebergh, M. (2015). Vårdande möten. I M, Arman., K., Dahlberg. & M, Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande*. (ss. 122–128). Stockholm: Liber AB.
- EMLA.<sup>®</sup> (2013). I *FASS*. se. Hämtad 15 september, 2015, från <http://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=19841101000029>
- Enskär, K. & von Essen, L. (2008). Physical problems and psychosocial function in children with cancer. *Paediatric Nursing*, 20(3), 37–41.
- ERIC. (2013). Ethical Research Involving Children. *International charter for ethical research involving children*. Hämtad 13 september, 2015, från <http://childethics.com/wp-content/uploads/2013/10/ERIC-compendium-Charter-section-only.pdf>
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Nordstedts Förlag.
- Eriksson, K. (1992). The alleviation of suffering – the idea of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(2), 119–123.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2007). Becoming through suffering – the path to health and holiness. *International Journal for Human Caring*, 11(2), 8–16.
- Fangen, K. (2005). *Deltagande observation*. Malmö: Liber AB.
- Finnström, B., Käck, B.-M. & Söderhamn, O. (2011). Fingertoppskänsla och fingerfärdighet. Föräldrars uppfattningar om faktorer som inverkar på barnets upplevelse av perifer venpunktion. *Vård i Norden*, 31(1), 40–44.

- Fleitas, J. (2003). The power of words: examining the linguistic landscape of pediatric nursing. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(6), 384–390. doi: 10.1097/00005721-2003311000-00011.
- Ford, K., Tesch, L. & Carter, B. (2011). FUNdamentally important: humour and fun as caring and practice. *Journal of Child Health Care*, 15(4), 247–249. doi: 10.1177/1367493511429498.
- Forsner, M. (2014). *Guided Imagery*. Hämtad 16 oktober, 2015, från [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg\\_dok/Behandling\\_av\\_barn\\_i\\_samband\\_med\\_smartsamma\\_procedurer\\_i\\_halso\\_och\\_sjukvard\\_bakgrundsdokumentation.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Behandling_av_barn_i_samband_med_smartsamma_procedurer_i_halso_och_sjukvard_bakgrundsdokumentation.pdf)
- Franck, L. S., Berberich, F. R. & Taddio, A. (2015). Parent participation in a childhood immunization pain reduction method. *Clinical Pediatrics*, 54(3), 228–235. doi: 10.1177/0009922814561593.
- Franck, L. S., Sheikh, A. & Oulton, K. (2008). What helps when it hurts: children's views on pain relief. *Child: Care, Health and Development*, 34(4), 430–438. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00812.x.
- Gadamer, H-G. (1977). *Konst som spel, symbol och fest*. (P, Sällström, Övers.). Ludvika: Dualis Förlag AB.
- Galvin, K. T. & Todres, L. (2009). Embodying nursing openheartedness: An existential perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 27(2), 141–149. doi: 10.1177/0898010108323303.
- Gibson, F., Aldiss, S., Horstman, M., Kumpunen, S. & Richardson, A. (2010). Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1397–1407. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.019.
- Gimble-Berglund, I., Ljusegren, G. & Enskär, K. (2008). Factors influencing pain management in children. *Paediatric Nursing*, 20(10), 21–24.
- Gustavsson, A. (1996). *Att förstå människor – tillämpning av den formella datastrukturanalysen*. Stockholms Universitet, Pedagogiska institutet.

- Haiat, H., Bar-Mor, G. & Shochat, M. (2003). The world of the child: A world of play even in the hospital. *Journal of pediatric Nursing*, 18(3), 209–214.
- Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care – Developing a theory*. Doctoral thesis, Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences: Linköping University, Sweden.
- Hammarberg, T. (2006). *Mänskliga rättigheter: konventionen om barnets rättigheter*. (Ny rev. uppl.) Stockholm: Utrikesdepartementet. Hämtad 28 september, 2015, från <http://www.oru.se/PageFiles/34960/UD-barnkonventionen.pdf>
- Harder, M., Christensson, K., Coyne, I. & Söderbäck, M. (2011). Five-year-old children's tuning-in and negotiation strategies in an immunization situation. *Qualitative Health Research*, 21(6), 818–829. doi: 10.1177/1049732311400629.
- Harder, M., Christensson, K. & Söderbäck, M. (2014). Undergoing an immunization is effortlessly, manageable or difficult according to five-year-old children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 268–276. doi: 10.1111/scs.12160.
- Heath, C., Hindmarsh, J. & Luff, P. (2010). *Video in qualitative research. Analysing social interaction in everyday life*. London: Sage Publication Ltd.
- Hedén, L., von Essen, L. & Ljungman, G. (2009). Randomized interventions for needle procedures in children with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 18(4), 358–363. doi: 10.1111/j.1365-2354.2008.00939.x.
- Hedén, L., von Essen, L. & Ljungman, G. (2015). The relationship between fear and pain levels during needle procedures in children from the parents' perspective. *European Journal of Pain*, Apr 2. doi: 10.1002/ejp.711. [Epub ahead of print].
- Hewitt-Taylor, J. & Heaslip, V. (2012). Protecting children or creating vulnerability? *Community Practitioner*, 85(12), 31–33.

- Holmes, F. B. (1936). An experimental investigation of a method of overcoming children's fears. *Child Development*, 7(1), 6–30. Hämtad 28, september, 2015 från <http://www.jstor.org/stable/1125540>
- Hörberg, U. (2008). *Att vårdas eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*. (Doktorsavhandling). Acta Wexionensia, no. 133. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjöuniversitet.
- IASP. (2014). International Association for the Study of Pain. *Taxonomy*. Hämtad 28, september 2015, från <http://www.iasp-pain.org/index.aspx>
- Irwin, L. G. & Johnson, J. (2005) Interviewing young children: explicating our practices and dilemmas. *Qualitative Health Research*, 15(6), 821–831. doi: 10.1177/1049732304273862.
- Ives, M. & Melrose, S. (2010). Immunizing children who fear and resist needles: Is it a problem for nurses? *Nursing Forum*, 45(1), 29 – 39. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00161.x.
- Jeffery, K. (2010). Supportive holding or restraint: terminology and practice. *Paediatric Nursing*, 22(6), 24 – 28.
- Jeffs, D., Wright, C., Scott, A., Kaye, J., Green, A. & Huett, A. (2011). Soft on sticks: an evidence-based practice approach to reduce children's needlestick pain. *Journal of Nursing Care Quality*, 26(3), 208–215. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31820e11de.
- Jersild, A. T., Markey F. V. & Jersild, C. L. (1933). *Children's fears, dreams, wishes, daydreams, likes, dislikes, pleasant and unpleasant memories*. Child Development Monographs. Vol. 12. New York City: Columbia University Press. Hämtad 28, september 2015, från <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=coo.31924013377670;view=lup;seq=1>
- Jones, M., Qazi, M. & Young, K. D. (2005). Ethnic differences in parent preference to be present for painful medical procedures. *Pediatrics*, 116(2), 191–197.
- Jun-Tai, N. (2008). Play in hospital. *Paediatrics and Child Health*, 18(5), 233–237. doi: 10.1016/j.paed.2008.02.002.



- Kettwich, S. C., Sibbitt, W. L., Brandt, J. R., Johnson, C. R., Wong, C. S. & Bankhurst, A. D. (2007). Needle phobia and stress-reducing medical devices in pediatric and adult chemotherapy patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(1), 20–28. doi: 10.1177/1043454206296023.
- Koller, D. & Goldman, R. D. (2012). Distraction techniques for children undergoing procedures: A critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(69), 652–681. doi: 10.1016/j.pedn.2011.08.001.
- 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. doi: 10.1177/1367493504045822.
- Kortesluoma, R.-L. & Nikkonen, M. (2006). 'The most disgusting ever': children's pain descriptions and views of the purpose of pain. *Journal of Child Health Care*, 10(3), 213–227. doi: 10.1177/1367493506066482.
- 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. doi: 10.1016/j.pmn.2008.07.002.
- Krähenbühl, S. & Blades, M. (2006). The effect of interviewing techniques on young children's responses to questions. *Child: Care, Health and Development*, 32(3), 321–331.
- Kumpunen, S., Shipway, L., Taylor, R. M., Aldiss, S. & Gibson, F. (2012). Practical approaches to seeking assent from children. *Nurse Researcher*, 19(2), 23–27.
- Kuscu, O. O. & Akyuz, S. (2008). Is it the injection device or the anxiety experienced that causes pain during dental local anaesthesia? *International Journal of Paediatric Dentistry*, 18(2), 139–145. doi: 10.1111/j.1365-263X.2007.00875.x.
- Lambert, V. & Glacken, M. (2011). Engaging with children in research: Theoretical and practical implications of negotiating informed

- consent/assent. *Nursing Ethics*, 18(6), 781–801. doi: 10.1177/0969733011401122.
- LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., Byington, K. C. & Chang, C. Y. (1997). Child and parent emotional responses during hospitalization for orthopaedic surgery. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 22(6), 299–303.
- Lindberg, E. (2014). *Tid för vårdande möten. Att vidmakthålla och utveckla vårdandet med patientperspektivet i fokus*. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Växjö.
- Lindeke, L., Nakai, M. & Johnson, L. (2006). Capturing children's voices for quality improvement. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31(5), 290–295.
- Ljusegren, G., Johansson, I., Gimbler Berglund, I. & Enskär, K. (2012). Nurses' experiences of caring for children in pain. *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 464–470. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01262.x.
- Llyod, M., Urquhart, G., Heard, A. & Kroese, B. (2008). When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures. *Paediatric Nursing*, 20(4), 29–34.
- Løgstrup, K. E. (2009). *Det etiska kravet*. (M. Brandby-Cöster, Övers.). Göteborg: Daidalos. (Originalarbete publicerat 1956).
- MacDonald, H. (2007). Relational ethics and advocacy in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 119–126. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04063.x.
- MacDonald, K. & Greggans, A. (2008). Dealing with chaos and complexity: the reality of interviewing children and families in their own homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), 3123–3130. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02495.x.
- Mahoney, L., Ayers, S. & Seddon, P. (2010). The association between parent's and healthcare professional's behavior and children's coping and distress during venepuncture. *Journal of Pediatric Psychology*,

35(9), 985–995. doi: 10.1093./jpepsy/jsq009.

- McCarthy, A. M. & Kleiber, C. (2006). A conceptual model of factors influencing children's responses to a painful procedure when parents are distraction coaches. *Journal of Pediatric Nursing, 21*(2), 88–98. doi: 10.1016/j.pedn.2005.06.007.
- McGrath, P., Forrester, K., Fox-Young, S. & Huff, N. (2002). "Holding the child down" for treatment in paediatric haematology: the ethical, legal and practice implications. *Journal of Law and Medicine, 10*(1), 84–96.
- McMurtry, C. M., Chambers, C. T., McGrath, P. J. & Asp, E. (2010). When "don't worry" communicates fear: Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure. *Pain, 150*(1), 52–58. doi: 10.1016/j.pain.2010.02.021.
- McMurtry, C. M., Pillai Riddell, R., Taddio, A., Racine, N., Asmundson, G. J., Noel, M., ... Shah, V. (2015). Far from "just a poke": Common painful needle procedures and the development of needle fear. *The Clinical Journal of Pain, 31*, 3–11. doi: 10.1097/AJP.0000000000000272. [Publish ahead of print].
- Medimix.<sup>®</sup> (2014). I *FASS.se*. Hämtad 13 september, 2015, från <http://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=20081106000013>
- Meltzer, H., Vostanis, P., Dogra, N., Doos, L., Ford, T. & Goodman, R. (2009). Children's specific fears. *Child: Care, Health and Development, 35*(6), 781–789. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00908.x.
- Merleau-Ponty, M. (2002/1945). *Phenomenology of perception*. (C. Smith, Övers.). London: Routledge. (Originalarbete publicerat 1945).
- Neill, S. J. (2005). Research with children: a critical review of the guidelines. *Journal of Child Health Care, 9*(1), 46–58. doi:10.1177/1367493505049646.
- Nicastro, E. A. & Whetsell, M. V. (1999). Children's fears. *Journal of Pediatric Nursing, 14*(6), 392–402.
- Nilsson, S., Björkman, B., Almqvist, A. L., Almqvist, L., Björk-Willén, P., Donohue, D., ... Hvit, S. (2015). Children's voices – differentiating a

- child perspective from a child's perspective. *Developmental Neurorehabilitation*, 18(3), 162–168. doi: 10.3109/17518423.2013.801529.
- Nilsson, S., Finnström, B. & Kokinsky, E. (2008). The FLACC behavioral scale for procedural pain assessment in children aged 5–16 years. *Paediatric Anaesthesia*, 18(8), 767-774. doi: 10.1111/j.1460-9592.2008.02655.x
- Nilsson, S., Finnström, B., Kokinsky, E. & Enskär, K. (2009). The use of Virtual Reality for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents in a paediatric oncology unit. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 102–109. doi: 10.1016/j.ejon.2009.01.003.
- Nilsson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B. & Enskär, K. (2011). Children's experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1449–1457. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05590.x.
- Nilsson, S., Kokinsky, E., Nilsson, U., Sidenvall, B. & Enskär, K. (2009). School-aged children's experiences of postoperative music medicine on pain, distress, and anxiety. *Paediatric Anaesthesia*, 19(12), 1184–1190. doi: 10.1111/j.1460-9592.2009.03180.x.
- NOBAB. (2014). Nordiskt nätverk för barn och ungdomars rätt och behov inom hälso- och sjukvård. *NOBABs Standard*. Hämtad 28 september, 2015, från <http://www.nobab.se/index.php>
- Noel, M., McMurtry, C. M., Chambers, C. T. & McGrath, P. J. (2010). Children's memory for painful procedures: The relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 626–636. doi: 10.1093/jpepsy/jsp096.
- Nyström, M. (2012). *I begynnelsen var ordet. Ett vårdvetenskapligt perspektiv på språk och afasi*. Borås: Högskolan i Borås.
- Nyström, M., Dahlberg, K. & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 761–769. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00053-1.

- Olausson, S. (2014). *Intensivvårdsrummets betydelse för vårdande och välbefinnande – patienters närståendes och vårdpersonalens erfarenheter*. Akademisk avhandling för filosofie doktorexamen i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Växjö.
- Olmstead, D. L., Scott, S. D., Mayan, M., Koop, P. M. & Reid, K. (2014). Influences shaping nurses' use of distraction for children's procedural pain. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19(2), 162–171. doi: 10.1111/jspn.12067.
- Olsson, G. L. (2010). Akut smärta hos barn. I M, Werner & I, Leden. (Red.). *Smärta och smärtbehandling*. (ss. 308–316). Stockholm: Liber AB.
- Palmér, L. (2015). *Amning och existens. Moderskap, sårbarhet och ömsesidigt beroende vid inledande amning*. Akademisk avhandling för filosofie doktorexamen i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Växjö.
- Palmér, L., Carlsson, G., Brunt, D. & Nyström, M. (2015). Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. *International Breastfeeding Journal*, 10(17). doi: 10.1186/s13006-015-0042-9.
- Pearch, J. (2005). Restraining children for clinical procedures. *Paediatric Nursing*, 17(9), 36–38.
- Piira, T., Sugiura, T., Champion, G. D., Donnelly, N. & Cole, A.S. (2005). The role of parental presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 31(2), 233–243.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/lippincott Williams & Wilkins.
- Power, N., Lioffi, C. & Franck, L. (2007). Helping parents to help their child with procedural and everyday pain: Practical, evidence-based advice. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(3), 203–209.

- Proposition 2009/10:232. *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 28 september, 2015, från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2011/10/s2010.026/>
- Rapydan.<sup>®</sup> (2013). I *FASS. se*. Hämtad 13 september, 2015, från <http://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=20050512000016>
- Rocha, E. M., Marche, T. A. & von Baeyer, C.L. (2009). Anxiety influences children's memory for procedural pain. *Pain Research & Management, 14*(3), 233–237.
- Roxberg, Å. Tröst. (2012). I L, Wiklund Gustin. & I, Bergbom. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (ss.437–446). Lund: Studentlitteratur.
- Runeson, I., Hallström, I., Elander, G. & Hermerén, G. (2002a). Children's needs during hospitalization: An observational study of hospitalized boys. *International Journal of Nursing Practice, 8*(3), 158–166.
- Runeson, I., Hallström, I., Elander, G. & Hermerén, G. (2002b). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: An observational study. *Nursing Ethics, 9*(6), 583–598. doi: 10.1191/0969733002ne553oa.
- Runeson, I., Mårtenson, E. & Enskär, K. (2007). Children's knowledge and degree of participation in decision making when undergoing a clinical diagnostic procedure. *Pediatric Nursing, 33*(6), 505–511.
- Rydström, I., Hartman, J. & Segesten, K. (2005). Not letting the disease get the upper hand over life. Strategies of teens with asthma. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19*(4), 388–395.
- Salmela, M., Aronen, E. T. & Salanterä, S. (2011). The experience of hospital-related fears of 4- to 6- year-old children. *Child: Care, Health and Development, 37*(5), 719–726. doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x.
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2009). Child-reported hospital fears in 4- to 6-year-old children. *Pediatric Nursing, 35*(5), 269–276, 303.
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. T. (2010). Coping with hospital-

related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1222–1231. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x.

Salmela, M., Salanterä, S., Routsalainen, T. & Aronen, E. T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(3), 108–114. doi: 10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x.

Schechter, N. L., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, P. J., McMurtry, C. M. & Bright, N. S. (2007). Pain reduction during pediatric immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*, 119(5), 1184–1198. doi: 10.1542/peds.2006-1107.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm. Socialdepartementet. Hämtad 28 september, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Regeringskansliets rättsdatabaser. Hämtad 13 september, 2015, från: <http://www2.notisum.com/Pub/Doc.aspx?url=/rnp/sls/lag/19980204.htm>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 13 september, 2015, från <https://lagen.nu/2003:460>

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 28 september, 2015, från, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)

Silverman, W. K., LaGreca, A. M. & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development*, 66(3), 671–686.

Simms, E. M. (2008). *The child in the world. Embodiment, time, and language in early childhood*. Detroit: Wayne State University Press.

Smith, R. W., Shah, V., Goldman, R. D. & Taddio, A. (2007). Caregivers'

- responses to pain in their children in the emergency department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(6), 578–582.
- Snyder, B. S. (2004). Preventing treatment interference: nurses' and parents' intervention strategies. *Pediatric Nursing*, 30(1), 31–40.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm. Hämtad 29, september 2015, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Sommer, D., Pramling Samuelsson, I. & Hundeide, K. (2011). *Barnperspektiv och barnens perspektiv i teori och praktik*. Stockholm: Liber AB.
- Spratling, R., Coke, S. & Minick, P. (2012). Qualitative data collection with children. *Applied Nursing Research*, 25(1), 47–53. doi: 10.1016/j.apnr.2010.02.005.
- Spriggs, M. (2012). Justifying pediatric research not expected to benefit child subjects. *American Journal of Bioethics*, 12(1), 42–44. doi: 10.1080/15265161.2011.634949.
- Statistiska centralbyrån. (2015a). *Befolkningsstatistik*. Hämtad 28 september, 2015, från [http://www.scb.se/sv/\\_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/](http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/).
- Statistiska centralbyrån. (2015b). *Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968 – 2014*. Hämtad 28 september, 2015, från [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_BE\\_\\_BE0101\\_\\_BE0101A/BefolkningNy/?rxid=c48dbc26-4cb8-4003-99b2-a0af6b0b130d](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningNy/?rxid=c48dbc26-4cb8-4003-99b2-a0af6b0b130d).
- Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 21 oktober, 2015, från [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_swedish.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf)
- Svenska Akademiens ordbok. (2015). *Stöd/Stödja* Hämtad 28 september, 2015, från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>



- Söderbäck, M. (2010). Barn och unga som vårdkonsument. I M. Söderbäck (Red.). *Barns och Ungas rätt i vården*. (ss. 13–24). Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Hämtad 28 september, 2015, från [http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Barn\\_och\\_ungas\\_ratt\\_i\\_varden.pdf](http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Barn_och_ungas_ratt_i_varden.pdf).
- Söderbäck, M. (2013). Young (3–5 year-old) children’s ways of engagement in care procedures involving venepuncture. *Journal of Research in Nursing*, 18(7), 636–648. doi: 10.1177/1744987111434191.
- Söderbäck, M., Coyne, I. & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child’s perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 99–106. doi: 10.177/1367493510397624.
- Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., ... Shah, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), 843–855. doi: 10.1503/cmaj.101720.
- Taddio, A., Chambers, C. T., Halperin, S. A., Ipp, M., Lockett, D., Rieder, M. J. & Shah, V. (2009). Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clinical Therapeutics* 31, 152–167. doi: 10.1016/j.clinthera.2009.07.022.
- Taddio, A., Ilersich, A. F., Ilersich, A. N. & Wells, J. (2014). From the mouth of babes: getting vaccinated doesn’t have to hurt. *Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 25(4), 196–200.
- Taddio, A. & McMurtry, C. M. (2015). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 20(4), 195–196.
- Tak, J. H. & van Bon, W. H. (2006). Pain- and distress-reducing interventions for venepuncture in children. *Child: Care, Health & Development*, 32(3), 257 – 268.
- Twycross, A. (2002). Managing pain in children: an observational study. *Nursing Times Research*, 7(3), 164–178.

- Uman, L. S., Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., McGrath, P. J. & Kisely, S. R. (2013). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. CD005179. doi: 10.1002/14651585.CD005179.pub3.
- Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J. & Kisely, S. R. (2006). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(4), CD005179. doi:10.1002/14651858.CD005179.pub2.
- UNCRC. (1989). United Nations Human Rights, *Convention on the Rights of the Child*. Hämtad 16 september, 2015, från <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm. Hämtad 13 september, 2015, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- von Baeyer, C. L., Marche, T. A., Rocha, E. M. & Salmon, K. (2004). Children's memory for pain: overview and implications for practice. *The Journal of Pain*, 5(5), 241 – 249.
- Walco, G. A. (2008). Needle pain in children: contextual factors. *Pediatrics*, 122, 125–129. doi: 10.1542./peds.2008-1055d.
- Walco, G.A., Cassidy, R.C. & Schechter, N.L. (1994). Pain, hurt, and harm. The ethics of pain control in infants and children. *The New England Journal of Medicine*, 331(8), 541 – 544.
- Walsh, T. M., McGrath, P. J. & Symons, D. K. (2008). Attachment dimensions and young children's response to pain. *Pain Research & Management*, 13(1), 33–40.
- Warnke, H. (1993). *Hans-George Gadamer. Hermeneutik, tradition och förnuft*. Göteborg: Daidalos.
- Waseem, M. & Ryan, M. (2003). Parental presence during invasive procedures in children: What is the physician's perspective? *Southern Medical Journal*, 96(9), 884–887.
- Wendler, D. (2012). A new justification for pediatric research without the

potential for clinical benefit. *The American Journal of Bioethics*, 12(1), 23–31. doi: 10.1080/15265161.2011.634482.

- Wente, S. J. K. (2013). Nonpharmacologic pediatric pain management in emergency departments: a systematic review of the literature. *Journal of Emergency Nursing*, 39(2), 140–150. doi: 10.1016/j.jen.2012.09.011.
- Werner, M. (2010). Introduktion och kort historik. I M, Werner & I, Leden. (Red.). *Smärta och smärtbehandling*. (ss. 13–26). Stockholm: Liber AB.
- WMA. (2013). World Medical Association declaration of Helsinki. *Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 13 september, 2015, från <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/index.html>
- Wright, S., Yelland, M., Heathcote, K., Ng, S. K. & Wright, G. (2009). Fear of needles – nature and prevalence in general practice. *Australian Family Physician*, 38(3), 172–176.
- Zier, J. L., Tarrago, R. & Liu, M. (2010). Level of sedation with nitrous oxide for pediatric medical procedures. *Anesthesia & Analgesia*, 110(5), 1399–1405. doi: 10.1213/ANE0b013e3181d539cf.
- Ångström-Brännström, C., Norberg, A. & Jansson, L. (2008). Narratives of children with chronic illness about being comforted. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), 310–316. doi: 10.1016/j.pedn.2007.04.006.
- Ödman, P.-J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande: hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.