

## **Sjuksköterskans möte med barn med smärta inom primärvården**

**- en empirisk studie**

## **Nurse's meeting with children with pain within primary health care**

**- an empirical study**

Examensarbete i omvårdnad 15 poäng  
Vårterminen 2008

Författare: Jonsson Victoria  
Lans Åsa

Handledare: Thorstensson Stina

## SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskans möte med barn med smärta inom primärvården – en empirisk studie
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 poäng
Författare:	Jonsson, Victoria; Lans, Åsa
Handledare:	Thorstensson, Stina
Sidor:	19
Månad och år:	Maj 2008
Nyckelord:	Barn, smärta, sjuksköterska och bemötande

---

Sjuksköterskans huvudsakliga uppgift är att förebygga smärta och att planera sitt arbete kring barnet så att de utsätts för minsta möjliga smärta. Faktorer som påverkar sjuksköterskan i detta är erfarenhet och personlighet.

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor bemöter och hanterar barn med smärta inom primärvård. Den metod som valts för denna studie är en kvalitativ innehållsanalys. Resultaten i studien grundar sig på tio intervjuundersökningar utförda på sjuksköterskor inom primärvård. Resultaten visade hur sjuksköterskan inom primärvård bemöter och hanterar barn med smärta. Sjuksköterskans roll är viktig och betydelsefull vid mötet med barn med smärta. För att uppnå optimal omvårdnad är det viktigt att sjuksköterskan själv har ett lugn och ett professionellt förhållningssätt. Grundläggande är även att sjuksköterskan tar barnets smärta på allvar och lyssnar på barnet.

Sammanfattningsvis har studien visat hur sjuksköterskan inom primärvård idag bemöter barn med smärta samt vilken smärtlindring och vilka smärtlindringsmetoder som används.

## **ABSTRACT**

Title:	Nurse's meeting with children with pain within primary health care - an empirical study
Department:	School of Life Sciences, University of Skövde
Course:	Thesis in nursing care, 15 ECTS
Author:	Jonsson, Victoria; Lans, Åsa
Supervisor:	Thorstensson, Stina
Pages:	19
Month and year:	May 2008
Keywords:	Child, pain, nurses and meeting

---

The primary task for the nurse is to prevent pain and organize the work around the child and in that way expose the child for minimum amount of pain. Personality and experience are factors that influence the nurse in this task.

The purpose of the study was to describe the way nurses receive and handle children in pain in the primary health care. The authors found the chosen method adequate and useful. The result is based on ten interviews performed with nurses working in the primary health care. The result shows in which way nurses in primary health care receives and handles children in pain. The occupational role the nurse has is both important and significant in the meeting with children in pain. To achieve optimal care it is of great importance that the nurse has composure by herself and a professional way of working. It is also fundamental that the nurse take the child's pain seriously and listen to the child.

Summarized the study shows in which way the nurse in primary health care nowadays receives children in pain, which alleviation of pain and methods that are in use.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	2
Patofysiologi .....	2
Barn och smärta .....	2
Smärtbedömning .....	3
Smärtbehandling/Lindring .....	4
Sjuksköterskans roll i samband med smärta hos barn .....	4
Föräldrarnas roll i samband med smärta hos barn .....	5
PROBLEMFÖRMULERING .....	6
SYFTE .....	6
Frågeställningar .....	6
METOD .....	6
Urval .....	6
Datainsamling .....	6
Dataanalys .....	7
Etiska överväganden .....	7
RESULTAT .....	8
Skapa en förtroendefull relation vid mötet .....	8
Att se barnet .....	9
Att skapa trygghet .....	9
Att skapa ett gott första möte .....	10
Söka alternativa vägar .....	11
Att i enstaka fall ge medicinsk smärtlindring .....	11
Att beröra försiktigt .....	12
Att förklara och lugna .....	12
Att avleda uppmärksamheten .....	13
Att ge möjlighet till medbestämmande .....	13
Att bekräfta rädsla .....	13
DISKUSSION .....	15
Metoddiskussion .....	15
Resultatdiskussion .....	15
Konklusion .....	17
Förslag till fortsatt forskning .....	17
REFERENSLISTA .....	18
BILAGA 1 .....	A
Intervjufrågor .....	A

## INLEDNING

Smärta är för de allra flesta ett stort och känsloladdat ämne, som för många till och med skulle kunna förknippas med lidande. Smärta anses vara ett av de mest fruktade symtomen på sjukdom. Detta har inte tidigare inom sjukvården uppmärksammats tillräckligt mycket. Ett flertal studier har visat att smärta hos barn tidigare har underskattats och underbehandlats (Lindberg & Lagercrantz, 2007). Werner och Strang (2003) menar att smärta är ett högst obehagligt subjektivt sinnesintryck som innehåller både kroppsliga och själsliga komponenter. Den internationella smärtorganisationen har tagit fram en definiering av vad smärta är, vilken är anpassad till hälso- och sjukvårdspersonal.

*”En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”*  
(Werner & Strang, 2003, s.13)

En annan definiering av smärta enligt Merskey är:

*”Smärta är alltid subjektiv. Individerna lär sig betydelsen av ordet genom egna erfarenheter med vävnadsskada tidigt i livet”*  
(Werner & Strang, 2003, s 13)

Tidigare forskning har visat att det inte finns någon generell metod och inte heller någon speciell teknik för hur smärta ska bedömas hos barn (Bertilsson & Sjöström, 2004). Detta har medfört att denna målgrupp är av extra intresse att studera. Enligt Lindemann (1996) är det viktigt att komma ihåg att små barn inte kan uttrycka sig och beskriva sin smärta med ord. Sjuksköterskan behöver själv därför vara medveten om andra signaler på barns smärtupplevelser som till exempel ansiktsuttryck. Dessutom anger Bertilsson och Sjöström (2005) att vårdpersonalens bemötande har stor betydelse för hur barnen upplever sin smärta. Mer än 20 % av kontakterna till primärvården sker direkt eller indirekt på grund av smärta. Detta medför att det ställs krav på att personal inom primärvård har allsidiga kunskaper, yrkesskicklighet, helhetssyn och ett gott förhållningssätt. Inom primärvården finns goda möjligheter att genom tidigt insatta åtgärder och sin vana i kontinuerliga patientkontakter förhindra smärta och att långvarig smärta uppkommer (Werner & Strang, 2003). Fokus i denna studie är därför sjuksköterskors bemötande av barn med smärta inom primärvården. Valet av sjuksköterskor inom primärvård beror på att de till största delen är den yrkesgrupp som står för omvårdnaden av dessa barn. Att studera primärvård grundar sig i att detta kan vara den första instansen för barnet i sin smärtupplevelse.

# BAKGRUND

## Patofysiologi

Smärta är en sensorisk, emotionell och obehaglig upplevelse. I nervsystemets perifera smärtreceptorer startar smärtimpulserna för att sedan vandra vidare i centrala nervsystemet via olika nervfibrer. Det är när nervimpulserna når den sensoriska hjärnbarken som smärtan medvetandegörs och kan tolkas (Eriksson & Eriksson, 2002). Människokroppen har olika typer av sensoriska nervfibrer som förmedlar smärtan på olika sätt. A-delta fibrer leder främst till nociceptiv intensiv, vass, skärande, kortvarig lokaliserad smärta. C-fibrer förmedlar ihållande diffus molande smärta. A-alfafibrer förmedlar impulser från berörings och temperatur receptorer. Smärta är en emotionell, fysiologisk och subjektiv upplevelse vars utbredning, lokalisation, intensitet och förlopp kan graderas. Den enskilde individen är den som kan sin egen smärta allra bäst. Att uppleva smärta kan påverka lungfunktionen negativt och syra-bas balansen genom att lungornas gasutbyte försvåras eftersom smärtan är energikrävande och belastar andning och cirkulation. Att uppleva smärta kan även framkalla kraftig stress vilket kan förorsaka katabol metabolism (Eriksson & Eriksson, 2002).

Smärta indelas i olika typer. Nociceptiv smärta är den allra vanligaste och uppkommer vid retning av fria nervändar. Hit hör mjukdelssmärta, rörelseutlöst smärta, ledsmärtor/artrossmärter, molvärk och procedursmärta. Visceral smärta (inälvssmärta) är en diffus och svårlokaliserad form av smärta som utlöses av nociceptorer i bukens inre organ. Referred pain (överförd smärta) innebär att smärtan är lokaliserad till en annan kroppsdel än där smärtan utlöses. Neurogen smärta (nervsmärta) utlöses av retning på neurogen vävnad med det menas nervbanor och nervrötter. Hit hör fantomsmärtor. Psykogen smärta är en smärta som inte överensstämmer med kroppens egna strukturer utan är ett tillstånd där den subjektiva smärtupplevelsen är det mest dominerande symtomet hos patienten (Eriksson & Eriksson, 2002).

## Barn och smärta

Smärta tillsammans med ångest är en central upplevelse i samband med sjukdom hos barn. Sambandet mellan smärta, ångest och rädsla är tydlig (Gloppestad, Aanonsen, Glomstein, Aksdal & Egeland, 2001). Rädslan kan vara en stor komponent i smärtupplevelse, speciellt relaterat till procedurer. Ju mer rädd och ängsligt ett barn är desto starkare och mer obehaglig kan smärtan vara (Gloppestad m.fl., 2001). Barnet kan uppleva ångest som fysisk smärta och därmed förstärka smärtupplevelsen. Barnet kan omedvetet uppleva sin fysiska integritet som hotad och då utlöser smärtupplevelsen ångest. I relation till vuxna har barn svårare att uttrycka sin smärta då deras språk, föreställningsförmåga och tidsbegrepp är begränsat (Tveiten, 2000).

Smärta kan uttrycka sig olika beroende på vilken ålder barnet befinner sig i. Då det gäller spädbarn är det svårt att se lokala reaktioner på smärta. Deras reaktion på smärta är allmän, mångsidig och total. Spädbarnet visar sin smärta genom kvidande, oro, gråt, en bekymrad eller arg min samt genom sömnproblem. Även små barn visar upp allmänna reaktioner på smärta. De visar vanligtvis sin smärta med gråt eller funktionsförändringar. Typiska funktionsförändringar hos små barn kan vara att ett barn med smärtor i halsen inte vill äta eller

dricka. Ett barn som har ont i örat tar sig ofta åt örat. Ett barn som har smärtor i magen drar upp benen under sig och ett barn som har smärtor i benen slutar att gå. Oftast kan dessa funktionsförändringar vara det enda symtomet på att ett barn har ont. Utöver dessa är gråt ett mycket vanligt tecken på att barnet har ont. Barn i åldrarna 1-3 år kan beskriva och tala om att de har ont. Den information som ges från barnet är beroende av deras språkutveckling, ålder, allmänna utvecklingsnivå samt hur de får hjälp av någon vuxen att uttrycka sig (Tveiten, 2000). Då barnet har kommit upp i förskoleåldern kan dessa barn sätta ord på händelser och situationer. Barnen kan själva ge värdefulla upplysningar angående deras smärta. I dessa åldrar får man vara uppmärksam på att smärta kan vara förenat med illamående. Förskolebarn kan ibland beskriva sin smärta med färger. Här handlar det då om att de vuxna har som ansvar att tolka och förstå barnens kodord. Barn i skolåldern kan uttrycka sin smärta liknande de vuxnas. Deras språk och förståelse är relativt välutvecklat men uppfattningen av orsak och lindring av smärtan beror på barnets tidigare erfarenheter. I denna åldersgrupp kan ett tydligt samband ses mellan ångest och smärta (Tveiten, 2000).

### **Begreppsdefinitioner**

Begrepp i studien definieras följande:

Spädbarn: 0-18 månader

Småbarn: 1 ½ -3 år

Lekålder: 3-6 år

Skolålder: 6-12 år

Visualisering: Innebär att barnet leds in i fantasier eller får hjälp av att föreställa sig bilder som leder bort uppmärksamheten från smärtan (Olsson & Jylli, 2001). Peroral tillförsel: Läkemedel tillförs flytande eller i tablettform via munnen. Sublingual tillförsel: Läkemedel läggs under tungan, för att där smälta. Rektal tillförsel: Läkemedel tillförs via ändtarmen.

Intravenös tillförsel: Läkemedel tillförs via blodet (Lindskog, 2004).

### **Smärtbedömning**

Inom den engelska litteraturen finns två uttryck för att beskriva bedömning av smärta *pain assessment* och *pain measurement*. Pain assessment används som en sammansatt bedömning av flera faktorer för smärtuttryck. I detta sammanhang används observation och smärtskattning för smärtbedömning. Pain measurement beskrivs som smärtskattning vilket rent praktiskt innebär att smärtskattning är en del av smärtbedömningen. Vid smärtskattning mäts en dimension av smärta, vilket ofta är smärtintensitet (Olsson & Jylli, 2001). Enligt Bertilsson och Sjöström (2005) framkommer att det av olika anledningar är svårt att mäta och bedöma smärta. De menar att barn kan vara olika vad gäller det medicinska tillståndet, kognitiv och emotionell utveckling. Då en smärtbedömning ska göras på barn måste hänsyn tas till barnens reaktioner och behov, som såväl åtgärder vid smärta. Dessa faktorer måste bedömas utifrån olika områden, oberoende av barnets ålder. De faktorer som bör beaktas är: organfunktioner, kroppsspråk, allmänt beteende, synliga tecken, muskelaktivitet- och reflexer, beskrivningar-, ord- och ljud samt reaktioner från det autonoma nervsystemet. Beträffande organfunktioner observeras födo- och vätskeintag, matsmältning och andning då dessa påverkas av smärta. Kroppsspråket kan visa värdefulla nyanser som komplement till det verbala smärtuttrycket.

Barnen rör på smärtsamma områden på kroppen. Kroppsspråket är extra viktigt för de barn som har begränsad språklig förmåga. I det allmänna beteendet kan barnets aktivitet och lek påverkas. Synliga tecken kan vara sår, skråmor, märken, rispor, rodnad och svullnad. Hur barnet beskriver sin smärta beror på ålder, mognad, erfarenhet av tidigare smärta och förmågan till kreativitet. Reaktionen från det autonoma nervsystemet kan vara puls- och blodtrycksstegring, ökad andningsfrekvens, svettning och blekhet (Tveiten, 2000). Hjälpmedel och skalor på smärtskattning finns i en rad olika utföranden. Det kan vara lämpligt att använda flera olika instrument för att på så vis få en helhetsbedömning av smärta (Bertilsson & Sjöström, 2005). De instrument som är lämpliga i den kliniska vardagen beror på ålder på barnet, orsaken till barnets smärta samt kognitiva utvecklingsnivå. Ett lämpligt instrument kan vara VAS- och Ansiktsskalan (Strandell, 2006).

### **Smärtbehandling/Lindring**

Upplevelsen av smärta kan minskas med hjälp av olika former av avledning. Ett spädbarn avleds bäst genom att titta på exempelvis bilder eller fiskar som simmar runt i ett akvarium. Ljudlekar eller att bära omkring och låta barnet titta på olika föremål kan avleda. Småbarn kan avledas genom att sjunga eller läsa för dem. Barnet kan även leka med saker som de tycker extra mycket om. Den vuxne kan även ibland få ta till fantasin för att avleda barnets smärtupplevelse. Barn i skolåldern distraheras med hjälp av högläsning, spel och tv-tittande. Ytterligare metoder som kan leda till smärtlindring är massage, terapeutisk beröring och visualisering (Tveiten, 2000). Caty, Tourigny och Koren (1995) har kommit fram till att barn reagerar olika på icke farmakologisk behandling beroende på vilken ålder barnet har. Att lindra smärta på bästa sätt hos ett spädbarn visade sig vara tröstande handlingar såsom vagnning, gulla, gosa, kram och omfamna. Treåringar reagerade bäst på tryggt sällskap, i form av att en sjuksköterska eller förälder fanns hos barnet. Den icke farmakologiska smärtbehandling som gav bäst resultat hos sjuåringen var avslappnande övningar, såsom djupandning. Dessa icke farmakologiska metoder såsom att inge trygghet, lugn, avslappnande övningar och distraktion nämns även i Jacob och Puntillos (1999) studie. De fann att sjuksköterskor använde sig av musik för att lindra smärta hos barn (Jacob & Puntillo, 1999). För att optimal smärtlindring skall uppnås är det viktigt med ett samarbete mellan sjuksköterska, föräldrar och barnet. I vissa situationer kan en belöning till barnet vara befogat, för att på så vis lindra smärtan. Det är sjuksköterskans ansvar att administrera läkemedel, observera effekter och biverkningar samt att samarbeta med läkare vid farmakologisk smärtbehandling. Smärtlindrande läkemedel kan ges på olika sätt, såsom peroralt, sublinguallt, rektalt samt intravenöst. Injektioner bör dock undvikas då barn upplever detta som obehagligt och smärtsamt (Tveiten, 2000).

### **Sjuksköterskans roll i samband med smärta hos barn**

En av sjuksköterskans huvudsakliga uppgifter är att förebygga smärta och att planera sina utförande kring barnen för att de ska utsättas för minsta möjliga smärta (Lindeman, 1992). Detta kan givetvis vara svårt och komplext. Enligt Salanterä (1999) uppgav 2/3 av sjuksköterskorna att det var svårt för dem att särskilja smärta från rädsla. Ljungman, Kreuger, Gordh, Berg, Sörensen och Rawal (1996) menar att sjuksköterskor generellt rapporterar att deras utbildning gällande smärtans olika områden samt smärtbehandling i många fall är



bristfällig och behöver förbättras. Sjuksköterskans uppgift i mötet med barn som har smärta är att uppmärksamma smärtan, ge smärtbehandling och därefter analysera effekten av behandlingen. Sjuksköterskorna har också ansvar för att hjälpa barnet till maximal smärtlindring (Olsson & Jylli, 2001). Idag finns flera olika faktorer som påverkar sjuksköterskan i dennes bedömning och behandling av barns smärta. En av dessa faktorer är barnets medicinska diagnos. Här framkommer att sjuksköterskorna är mer intresserade och villiga att skatta barnets smärta ju allvarligare diagnos barnet har. En annan faktor som spelar in i bedömningen hos sjuksköterskan är olika egenskaper hos barnet. Dessa egenskaper kan vara alltifrån barnets ålder, uttrycksförmåga, individuella egenskaper till den kultur barnet härstammar från. Olsson och Jylli (2001) anger att det även hos sjuksköterskan finns olika egenskaper som påverkar smärtbehandlingen hos barn. En sådan egenskap kan vara sjuksköterskans personliga inställning till smärtbehandling såsom åsikter och värderingar. Enligt Bertilsson och Sjöström (2005) har de sjuksköterskor som upplevt mycket smärta själva eller hos närstående lättare att finna smärtindikationer hos barnen. Det har framkommit att det idag inte finns någon undervisning om smärtbehandling av barn i sjuksköterskeprogrammet. Detta har medfört en brist på kunskap inom detta område, vilket leder till en brist på smärtbehandling (Olsson & Jylli, 2001). Detta påpekas även av Ljungman m. fl. (1996) som kommit fram till att smärta kan behandlas mer effektivt än vad den görs idag, om sjuksköterskorna fick mer tid och utbildning inom smärtlindring. För att kunna uppmärksamma och behandla barnets smärta är sjuksköterskan beroende av barnets närmaste förälder/anhörig. Det är ju dessa personer som känner barnet bäst och kan uppfatta även förändringar som personalen har svårt att se (Olsson & Jylli, 2001). Sjuksköterskorna ska bygga upp en relation till barnet och dess föräldrar genom att stödja, lyssna, undervisa och informera. Denna relation tar dock tid att bygga upp vilket försvårar smärtlindringen eftersom det idag är korta vårdtider och korta möten med barnet och dess föräldrar. En ytterligare omständighet som medför att smärtlindringen av barn inte blir optimal är myter och ett stort antal missuppfattningar. Det visade sig att små barn inte kunde uppleva eller minnas smärta. Forskning har visat att dessa föreställningar är felaktiga. Föreställningarna finns och hänger kvar och påverkar därmed barnets smärtbehandling (Olsson & Jylli, 2001).

### **Föräldrarnas roll i samband med smärta hos barn**

Föräldrar är de personer som bidrar med de bästa kunskaperna om sitt barns smärta. För att sjuksköterskan skall kunna hjälpa barnet är det viktigt för föräldrarna att delge tidigare smärtupplevelser, barnets reaktion på smärtan och vilken behandling som medfört smärtlindring (Lindemann, 1992). Sjuksköterskan bär huvudansvaret för att barnets smärta uppmärksammas och behandlas. Sjuksköterskan är beroende av de som står barnet närmast, vilket i de allra flesta fall är föräldrarna. Genom att föräldrarna har den unika och specifika kunskapen om just deras barn kan förändringar hos barnet upptäckas. Föräldrarna står för det välkända och trygga för barnet i en okänd och osäker miljö. Det är därför naturligt att barn avslöjar sina känslor och sin smärta för dem. På så vis fyller föräldrarna en betydelsefull roll vid bedömning av smärta hos barn. En negativ spiral som dock kan uppkomma är föräldrarnas egen rädsla och oro som lätt kan överföras till barnet (Olsson & Jylli, 2001).

## **PROBLEMFORMULERING**

Barn har ett annorlunda sätt att värdera och tolka en smärta de utsätts för och de kan uppleva andra smärttillstånd i jämförelse med vuxna. Flera studier har visat att barnets smärta undervärderas av sjuksköterskan. Anledningen till detta är flera olika faktorer, varav en kan vara att barnets reaktion lätt feltolkas. Ytterligare problem vid möte och behandling av smärta hos barn är sjuksköterskans egna värderingar och åsikter kring ämnet. Dessutom har bristande kunskaper om barn och smärthantering i sjuksköterskans grundutbildning uppmärksammats.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor bemöter och hanterar barn med smärta inom primärvård.

### **Frågeställningar**

Hur hanterar och bemöter sjuksköterskor barn med smärta inom primärvård?

Vilka kunskaper har sjuksköterskor inom primärvård gällande smärta hos barn?

## **METOD**

Den metod som valts för studien är en kvalitativ innehållsanalys. Med beskrivande data, människans eget talade eller skrivna ord och observerbara beteenden erhålls den bästa informationen för denna studies syfte (Kvale,1997).

### **Urval**

Kontakten med sjuksköterskorna på vårdcentralen togs via telefonsamtal med föreståndaren. Denne kontaktade chefen för vårdcentralen för ett godkännande av enskilda intervjuer med vårdcentralens sjuksköterskor. Föreståndaren informerade sedan sjuksköterskorna och gav oss utifrån deras önskemål ett lämpligt tidsschema för intervjuerna som passade deras verksamhet. På vårdcentralen arbetade 13 sjuksköterskor och av dessa intervjuades 10. En var ledig under tiden då studien genomfördes och två avböjde att delta i studien. Urvalet bestod av 10 sjuksköterskor verksamma på en vårdcentral i Västra Götaland. Deltagarna hade arbetat som sjuksköterska mellan 12-39 år, och av dessa mellan 1/2-27 år inom primärvård. Deltagarna bestod av 10 kvinnor i åldrarna 32-65 år.

### **Datainsamling**

Innan intervjuerna genomfördes gavs noggrann information om samtycke samt konfidentialitet. Intervjuerna spelades in på bandspelare och tog mellan 10-20 minuter. De genomfördes på

sjuksköterskans arbetsrum i en tyst och stillsam miljö. Informanterna upplevde intervjun positiv och intressant. Under intervjuerna deltog båda författarna då en ställde intervjufrågorna medan den andre ansvarade för den tekniska utrustningen. Intervjuerna bestod av fem inledande frågor och i vissa fall även av uppföljningsfrågor (se bilaga 1). Forskaren har under intervjun till uppgift att hålla fokus kring det som skall studeras (Kvale, 1997).

## **Dataanalys**

Analys av intervjumaterialet gjordes i form av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). För att få en helhet lästes intervjuerna ett flertal gånger, dels enskilt men även tillsammans. Därefter sattes intervjumaterialet samman till en hel text, vilket då blev grunden för själva analysen. Därefter delades texten upp i meningsbärande enheter, som sedan kondenserades. När meningarna var nedbrutna i delar sammanfattades de och märktes med en kod. När hela innehållet förkortats och märkts till koder betraktades detta som en helhet. Därefter jämfördes de olika koderna gällande skillnader och likheter och sedan delades de in i kategorier och subkategorier, vilket sedan utgjorde det uppenbara innehållet. De tänkta kategorierna diskuterades och i processen av diskussioner och reflektioner kom detta att resultera i en överenskommelse om hur koderna slutligen kom att sorteras. Slutligen kom de underliggande meningarna att formuleras, vilket blev det dolda innehållet i kategorierna. Dessa ledde sedan fram till de olika temana (Graneheim & Lundman, 2004). För att få fram syftet i analysen har vi försökt att förstå data och den innebörd som varje informant gav. Stor vikt har lagts vid tveksamheter, hummanden och pauser som gett ledtrådar till analysen av data. Det huvudsakliga blev slutligen att sammanställa data så att det behandlades och presenterades på ett sådant sätt att det gav en ny förståelse och samtidigt kunde förstås av andra.

## **Etiska överväganden**

Denna studie har följt forskningsetiska principer och är autonomprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada samt rättvis principen (Olsson & Sörensen, 2001). Kvale:s (1997) tre etiska riktlinjer för forskning om människor har också följts. Dessa handlar om konfidentialitet, informerat samtycke och konsekvenser. Med konfidentialitet menas att information som samlades in inte kommer att spridas så att person eller situation kan kännas igen. Ett viktigt inslag för att skydda undersökningspersonernas privatliv var att förändra namn och identifierande drag vid redovisning av intervjuer. Informerat samtycke innebär att informanten informerades om undersökningens syfte, om hur intervjun är upplagd och om vilka positiva samt negativa effekter som kan vara förenade med studien. Informerat samtycke innefattar även att informanten när som helst kunde dra sig ur studien utan orsak.

## RESULTAT

I denna del presenteras informanternas bemötande och hantering av smärta hos barn inom primärvård. Ur informanternas intervjuer har två kategorier urskiljts som innehåller: Skapa en förtroendefull relation och Söka alternativa vägar samt nio tillhörande subkategorier (se tabell 1).

Subkategorierna belyses med citat, detta för att stärka samt öka trovärdigheten för det som har framkommit under intervjuerna. Bokstäverna A-J har använts för att aidentifiera informanterna.

Tabell 1. Översikt över kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategorier
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Skapa en förtroendefull relation vid mötet</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Att se barnet</li><li>- Att skapa trygghet</li><li>- Att skapa ett gott första möte</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Söka alternativa vägar</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Att i enstaka fall ge medicinsk smärtlindring</li><li>- Att beröra försiktigt</li><li>- Att förklara och lugna</li><li>- Att avleda uppmärksamheten</li><li>- Att ge möjlighet till medbestämmande</li><li>- Att bekräfta rädsla</li></ul>

### **Skapa en förtroendefull relation vid mötet**

I den första kategorin som handlar om ”sjuksköterskans uppgift vid mötet” beskrivs det som är avgörande och betydelsefullt i sjuksköterskans arbete med barn och smärta. Kategorin lyfter fram vikten av att som sjuksköterska inom primärvård kunna se det enskilda barnet, vilka faktorer som skapar trygghet i mötet med barnet samt vad detta möte för med sig för individen. Informanterna beskrev betydelsen av att kunna skapa en helhetsbild av individen vid mötet. Informanterna poängterade vikten av att skapa en relation, kontakt, och ett förtroende med barnet under mötet. De betonade att det var viktigt att skapa en relation med föräldrarna. Informanterna var eniga om att mötet med barn med smärta idag har en avgörande roll för hur framtida kontakter med sjukvården kommer att vara för barnen.

### **Att se barnet**

Sub-kategorin ”att se barnet” tydliggör vikten av sjuksköterskans roll att se barnet som en helhet. Det handlar om att skapa sig en uppfattning om barnet och dess smärta men att samtidigt se barnet som den individ hon/han är. Försöka att ge barnen sin identitet. Stor vikt lades vid att man kunde tyda barnets signaler samt att det fanns en tro hos sjuksköterskorna på att barnen verkligen upplevde smärta. Informanterna gav uttryck för detta på följande sätt:

*”det är viktigt att se att barnet i sig själv är en person, att få en helhetsbild av barnet och på så vis få fram om de har ont eller inte (informant F)*

Informanterna framhävde att det är viktigt att tro på barnet och att lära sig tyda de signaler som barnet uttrycker, vilket kan ske på följande sätt:

*”det är att se barnet och tyda deras signaler då, är de små har de kanske svårt att uttrycka sig...det är väl genom skrik och gråt...”(informant A)*

Det kan handla om att se de ”dolda” symtomen hos barnet. Informanterna beskrev att sjuksköterskan behöver ge barn stöd i det de säger och låta dem förklara sin smärta på egen hand.

*”det är viktigt att man tror på barnet...det är otroligt viktigt att man tar barnets smärta på allvar... tror att det är viktigt att de får stöd” (informant D)*

Informanterna gav uttryck för att det många gånger var svårt att tyda barnets signaler gällande smärta. Vid många tillfällen framkom att det var svårt att bedöma om barnet i fråga upplevde smärta eller om smärtan blev starkare för barnet då de kände rädsla. Informanterna kunde även uppleva det svårt att bedöma om barnet upplevde någon smärta överhuvudtaget eller om barnets känslor och beteende enbart grundade sig på rädsla.

### **Att skapa trygghet**

Sub-kategorin ” att skapa trygghet” beskriver de faktorer som sjuksköterskan anser är viktigt vid mötet med barn med smärta. Här framkommer vikten av sjuksköterskans egna uppgifter vid mötet samt dennes beteende, samtidigt som sjuksköterskan lägger stor vikt och betydelse vid föräldrarnas roll för att skapa trygghet för barnet. Begreppen att skapa trygghet och förtroende beskrev informanterna som den viktigaste delen i deras arbete vid möte med barn med smärta.

Informanterna beskriver vikten av att skapa trygghet och förtroende på följande sätt:

*”för mig personligen är det att de ska känna sig trygga, det första jag tänker på är att skapa en god kontakt med de barn som har ont, jag tror och av erfarenhet vet man att det underlättar liksom, de lyssnar bättre om man säger vad man ska göra och inte göra liksom, men kommer det ett barn som har skadat sig eller har ont, är de först och främst ledsna, dom är rädda och chockade, man får då skapa en tryggare miljö för dem” (informant C)*

Något som informanterna också uttryckte var att det var svårare att skapa trygghet och ett gott förtroende hos de mindre barnen.

*”det är ju att försöka möta barnet och försöka få lite förtroende hos dem, men det är inte alltid lätt när de har ont, och mycket är det här med att försöka att få kontakt med dem. Är barnen lite större kan man försöka att förklara för dem vad man gör eller inte gör. Med små barn är det inte så lätt men man får ju försöka att lugna dem så gott det går”* (informant J)

Informanterna gav uttryck för att det i mötet är viktigt att gå ned på barnets nivå för att förstå och kunna hjälpa på bästa sätt. Detta kan uttryckas på följande sätt:

*”ja, det är ju att gå ned på, ja dels är det att gå ned på barnets nivå så att de känner sig trygga, och se'n så att inte förstärka smärtan för det kan det också vara lätt att göra, att man tycker synd om dem och då blir barnet osäkert många gånger tror jag, ja bara över en sån sak som att ta bort stygn som egentligen inte gör ont”* (informant B)

Informanterna uttryckte att det var viktigt att skapa en god kontakt och gott förtroende för de/den medföljande föräldern/anhörige till barnet. Informanterna nämnde detta som en avgörande faktor för hur barnen själva upplevde trygghet och förtroende i mötet.

*”att föräldrarna känner att de har förtroende för personalen, så att barnen kan känna sig trygga i sina föräldrar”* (informant E)

Informanterna gav även uttryck för att sjuksköterskan kan ta hjälp av medföljande förälder för att på så vis kunna ge barnet bästa möjliga vård.

*”förhoppningsvis är föräldrarna med som känner sitt barn, som kan beskriva, för barn man inte känner kan uttrycka sin smärta på olika sätt”* (informant J)

För att kunna skapa trygghet hos barn med smärta uttryckte informanterna att det även var viktigt hur de i sin roll som sjuksköterska är och hur de betar sig i mötet med barn med smärta. I intervjuerna framkom att informanterna inte enbart såg till barnet och deras smärtupplevelse utan påpekade att de själva hade en oerhört stor och avgörande roll i barnets sätt att hantera sin smärta. Detta styrks i följande citat:

*”viktigt är att jag som sjuksköterska har ett lugn, att man inte själv blir uppstressad för det känner barnet av. Att man söker ögonkontakt med barnet kan jag också se som en viktig del. Att man försöker att dämpa ned hela situationen lite”* (informant B)

### **Att skapa ett gott första möte**

Sub-kategorin ”att skapa ett gott första möte” handlar om att hur barnets möte med sjukvården är idag påverkar hur barnet kommer att uppleva sjukvården senare i livet. Informanterna betonade att deras egen roll var betydelsefull samt att de hade ett ansvar för hur de agerade vid

mötet med barnet Informanterna beskrev att sjuksköterskans uppgift består i att lägga grunden för ett fortsatt bra möte med sjukvården för barnet framöver.

Informanterna betonade även att hur mötet är idag, men även hur mötet blir i framtiden, är beroende av vad barnen har med sig hemifrån.

*”det är inte bara smärtan här och nu, utan hur vi ska bemöta barnet så att det inte blir rädd för sjukvården i framtiden. Det smittar av sig till egna barn, de har mamman eller pappan som förebild”* (informant C)

Informanterna gav uttryck för att ett gott möte kunde spela stor roll för hur barnen upplevde sin smärta och på så vis hjälpa barnen genom ett gott bemötande.

*”jag tror att det är jätte viktigt, just det här att de känner att de inte blir bra bemötta tror jag sitter i, smärtan finns ju där men jag tror att man kan underlätta vid bemötandet hur man är som personal”* (informant H)

Något som informanterna också prioriterade var att redan under första mötet med de minsta barnen få en god relation och ett gott samarbete.

*”bemötande är jätte viktigt för det har de med sig sedan, så därför är det viktigt att det blir ett så bra möte som möjligt redan när de är små”* (informant E)

## **Söka alternativa vägar**

Kategorin ”söka alternativa vägar” beskrivs hur sjuksköterskan lindrar smärta hos barn inom primärvård. Denna kategori handlar om hur sjuksköterskan agerar praktiskt för att smärtlindra samt hur sjuksköterskan finner alternativa och egna vägar för möta och lindra smärtan hos barnet. Som sjuksköterska inom primärvård används i stort sett ingen medicinsk smärtlindring, utan istället används ”alternativa metoder” för att smärtlindra. Medicinsk smärtlindring är Paracetamol och övriga former av smärtlindring kräver delegering från läkaren och görs vid varje enskilt tillfälle. Vidare framgick att inom primärvård görs inte så mycket då det handlar om att smärtlindra barn, utan att vid allvarigare situationer hänvisas barnet till andra instanser.

### **Att i enstaka fall ge medicinsk smärtlindring**

Av intervjuerna framgick att sjuksköterskor inom primärvård idag har begränsad erfarenhet och kunskap om att smärtlindra barn. Informanterna ansåg att smärtlindring inte hörde till en av deras ”vanligaste” arbetsuppgifter. Vid de tillfällen de gav någon form av smärtlindring var det i form av Paracetamol.

*”vi ger mest Alvedon som smärtlindring, men viktigt är att man bemöter barnen och försöker att prata med dem”* (informant A)

### **Att beröra försiktigt**

Informanterna tog även upp olika situationer som barnen ofta upplevde som smärtsamma eller otäcka och hur sjuksköterskan i dessa lägen kunde underlätta smärtan som barnen upplevde.

*”ska man byta förband eller nått så tvättar man försiktigt och låter dem känna på pincetten, pincetter många gånger tycker de ser otäcka ut. Man förklarar vad man ska göra hela tiden”* (informant F)

Då det handlar om att smärtlindra ett barn uttryckte informanterna att det är viktigt att sätta smärtlindringen i relation till vilken form av smärta som barnet upplever. Informanterna uttryckte även vikten av att inte smärtlindra vid vissa situationer, detta för att inte ta bort eventuella symtom, vilket då kan leda till att läkarbedömningen försvåras.

*”har ett barn slagit i huvudet får man inte smärtlindra, man ska liksom inte ta bort symtom, i andra fall kan man ge analgetika typ Alvedon... om dom har väldigt ont i örat eller om dom har brytigt en arm eller nånting så är det klart att man smärtlindrar på det sättet. Och sen är det viktigt att man håller dem varma, ja värme och lugn och ro”* (informant C)

En av de vanligaste smärttillstånd som en sjuksköterska inom primärvård träffar på är barn med misstänkt fraktur. Dessa barn förs vanligtvis vidare till en annan instans, men viktigt är att redan då barnet kommer till primärvården försöka underlätta för barnet genom att avlasta och smärtlindra.

*”ja, det är ju det här igen, att försöka att få en relation och att, ja annars får man ge smärtlindring, vi ger ju ingen smärtlindring utan läkarordination. Annars är det ju att man kan underlätta vid en misstänkt fraktur, att man exempelvis lägger armen i ett läge där det gör mindre ont, det beror ju på utifrån vilken situation det är”* (informant D)

Ur intervjuerna har framkommit att sjuksköterskorna får finna egna vägar för att smärtlindra och hjälpa barnen. Några enkla metoder som används är exempelvis att söka ögonkontakt med barnet, att försöka dämpa ner situationen lite, att inte förstora upp saker och ting för barnen samt att låta barnet ha kroppskontakt med en lugn förälder. Dessa åtgärder påverkar hur barnet upplever smärtan och hjälper till att minska obehagen på ett smidigt och tryggt sätt.

Informanterna betonade att använda sunt förnuft och försöka tänka på små praktiska saker, såsom att se till att barn inte fryser och att de har det lugnt och tryggt omkring sig, framförallt när de är chockade.

### **Att förklara och lugna**

Sjuksköterskornas metoder för smärtlindring kunde skilja sig en del. Informanterna betonade att hela tiden förklara och prata med barnen, något som visat sig ge en positiv och lugnande effekt på deras smärtupplevelse.



*”att man tar det väldigt lugnt och pratar med barnet, att man försöker förklara för dem, liksom dom kan ju fortfarande ha väldigt ont, men man märker ändå att det släpper på något sätt, att barnet lättare kan hantera smärtan” (informant I)*

Informanterna framhöll att det var viktigt att hålla sig till sanningen. Att prata och förklara vad som ska hända, men även berätta om det kommer att kännas obehagligt.

*”viktigt att man berättar vad man gör, att det inte är smärtfritt, att de är förberedda på det, men att det går fort över vid exempelvis ett stick” (informant A)*

### **Att avleda uppmärksamheten**

Sjuksköterskans alternativa förfarande handlade också om att försöka avleda barnen.

*”ja, man dundrar ju inte in med smärtlindring hit och dit utan det är nog mest att försöka avleda barnet, alltså man försöker leka lite, söker den här ögonkontakten, sätter sig ned och försöker prata lugnt, och ja försöker att få barnet tryggt” (informant H)*

Informanterna poängterade vikten av att inte enbart fokusera på det ”onda” hos barnet utan istället försökta hitta något annat att prata om och kanske distrahera barnet med. Detta uttrycks som:

*”man måste vara lugn för det första, och prata med barnet väldigt mycket, få dem att intressera sig för andra saker, samtidigt som man undersöker barnet. Att man pratar om andra saker då, avleda dem på något vis i alla fall. Och att dom får information, även om de är små behöver man prata med dem” (informant G)*

### **Att ge möjlighet till medbestämmande**

Informanterna beskrev även vikten av att barnet skulle vara delaktiga och ha valfrihet i den mån det fungerar under sitt möte med sjuksköterskan. Att barnen får vara med och bestämma i den utsträckning det går, och på så vis få med barnen i det sjuksköterskan gör, vilket har visat sig ha en positiv effekt på barnen och deras upplevelser. Detta kan ge uttryck som:

*”är barnet upp till ett år så brukar jag se till att det finns någon som avleder smärtan, man pratar. Jag brukar exempelvis sticka och sedan tittar jag på barnet och säger: Oj, vad hände nu? Sedan när de är äldre brukar jag ofta bejaka om de är rädda eller fråga och så får de själva vara med och bestämma, om de vill börja med sprutan eller ta den i slutet av mötet. Att ge barnet den valfriheten” (informant J)*

### **Att bekräfta rädsla**

De flesta av informanterna hade arbetat under en lång tid och därför ”hittat” egna vägar och metoder att använda sig av, helt individuellt och kanske utan någon beprövad vetenskaplig teori. Trots detta ansåg informanterna att många av dessa metoder kunde minska barnets smärta och istället stärka deras välbefinnande.

*”jag brukar berätta om Mio min Mio, att jag är rädd, berättar om sagan, berättar att även vi vuxna får göra saker som vi är rädda för, att man gör saker även fast man är rädd, pratar om att det kommer bli bra på slutet. Jag ber dem att berätta efteråt, att gjorde det så ont som du trodde? Så jag sedan kan berätta för andra barn. Sedan om de har med sig någon sak, en del har ju med sig en liten sak, som en väska till exempel, så tittar vi på den och försöker att ge den identitet. Ja, eller det räcker många gånger med att de styrks i att jag har en fin väska” (informant A)*

*”det är viktigt att inte förstärka smärtan, för det kan det vara lätt att göra, att man tycker synd om dem och då blir barnet osäkert många gånger tror jag. Börjar jag att pjoska med dem så att säga och inte är så välformulerad så blir de osäkra och då kan det bli mycket värre. Det är en väldig balansgång här för man vill ju visa empati och visa att man förstår att barnet är jätte rädd. Jag brukar ofta säga till barnet: kan du säga stopp? Då gör jag bara något litet på barnet, så börjar man med att kan du säga stopp nu? Att man ger dem möjligheten att avbryta” (informant B)*

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Då syftet i studien var att beskriva hur sjuksköterskor bemöter och hanterar barn med smärta inom primärvård, valdes en kvalitativ innehållsanalys som metod. Detta för att beskrivande data, människans eget talande eller skrivna ord och observerbara beteenden (Kvale, 1997), gav oss den bästa informationen vilket överensstämde med vårt syfte. Då sjuksköterskans egen hantering och bemötande av barn med smärta inom primärvård skulle studeras valdes ganska omgående intervjustudie då detta skulle ge det bästa resultatet. Hade istället en litteraturstudie valts hade det med all säkerhet inte funnits tillräckligt med artiklar för att besvara syftet.

Vid intervjuerna fick informanterna samma inledande frågor för att fokusera på det som skulle studeras. Vid enstaka tillfällen användes uppföljningsfrågor för att på så vis kunna få fram ett mer utförligt och tillförlitligt svar. För att få fram trovärdig och tillförlitlig fakta avsattes en tid för varje enskild intervju, då informanten fick möjlighet att själv tänka till och tala fritt utifrån sina egna kunskaper och erfarenheter. Innan intervju startade fick informanten tydlig information om de etiska aspekterna och att inget av det som sades skulle kunna härledas till någon enskild informant, vare sig under arbetets gång eller i det slutgiltiga resultatet. Detta medförde att informanterna kände trygghet i att delta och på så vis framkom utförliga svar under intervjuerna.

I studien användes Graneheim och Lundmans (2004) metod för att analysera intervjuerna. Vid analys av data finns alltid en risk att författarnas egna tankar och funderingar kan bli styrande. Något som stärker trovärdigheten i studien är att författarna oberoende av varandra har granskat datamaterialet och plockat ur de meningsbärande enheterna. Därefter har författarna gemensamt diskuterat sig samman till vad som slutligen kom att bli det färdigställda resultatet.

## Resultatdiskussion

I denna studie diskuteras resultatet utifrån de två huvudkategorierna, ”Skapa en förtroendefull relation vid mötet och Söka alternativa vägar med tillhörande subkategorier. Dessa två kategorier beskriver sjuksköterskans uppgifter och förfaranden vid smärta hos barn inom primärvård.

Enligt Olsson & Jylli (2001) är en av sjuksköterskans huvudsakliga uppgift att bygga upp en relation till barnen och dess föräldrar genom att till exempel stödja och lyssna. I likhet med den studien uppgav informanterna att detta var två av deras viktigaste uppgifter i möte med barn med smärta. Sjuksköterskan är beroende av dem som står barnet närmast vilket i de allra flesta fall är föräldrarna. Föräldrarna är de som står för det välkända och trygga för barnet i okänd miljö (Olsson & Jylli, 2001). Informanterna angav också att det var av stor vikt att skapa en god kontakt och ett gott förtroende för medföljande föräldern. Detta är en avgörande faktor för hur barnen själva upplever trygghet och förtroende i mötet.

Olsson och Jylli (2001) framhåller ytterligare en uppgift som sjuksköterskan har vilket är att se barnets olika egenskaper. Sjuksköterskorna försökte se barnet som en person och få en helhetsbild med en egen identitet.

Sjuksköterskorna inom primärvård kunde uppleva det svårt att bedöma om ett barn känner smärta eller om smärtan grundar sig i rädsla. Sjuksköterskorna såg även sambandet mellan rädsla och smärta. Vid vissa tillfällen kunde sjuksköterskorna uppleva att smärtan blev starkare på grund av rädslan som barnet upplevde, och vid andra tillfällen kunde barn till och med känna smärta på grund av sin rädsla. Detta resultat framkommer även i Glopestad m.fl. (2001) studie där de beskriver att sambandet mellan smärta, ångest och rädsla är tydlig. Rädslan visar sig vara en viktig komponent i barnets smärtupplevelse. Ju mer rädd och ängslig ett barn är desto starkare och mer obehaglig kan smärtan vara.

Idag sker mer än 20 % av kontakten till primärvården direkt eller indirekt på grund av smärta, vilket medför att det ställs krav på personal inom primärvård. Detta kräver därför att som sjuksköterska ha allsidiga kunskaper, yrkesskicklighet, helhetssyn och ett gott förhållningssätt vid mötet med barn med smärta (Werner & Strang, 2003). Av resultaten framkom att det idag är brist på kunskap och utbildning om smärta hos barn. Av samtliga intervjuer framgick att ingen av informanterna fått någon undervisning om smärta hos barn i sin utbildning. Informanterna uppgav att den kunskap de hade var grundad på erfarenheter från yrket. Flertalet av informanterna hade också egna barn och därigenom en kunskap de hade god användning för i sitt möte med barn med smärta. Ljungman et al. (1996) har funnit att sjuksköterskor generellt rapporterar att deras utbildning om smärtans olika områden och smärtbehandling ofta är bristfällig och behöver förbättras. Ett tydligt tecken på att sjuksköterskor behöver mer kunskaper om smärta i grundutbildningen men även kontinuerlig kompetensutveckling var att en av informanterna uttryckte att "riktigt små barn känner ju ingen smärta". Idag lever myter kvar och missuppfattningar trots att forskning visat att dessa föreställningar är felaktiga (Olsson & Jylli, 2001).

Upplevelsen av smärtan kan minskas med olika former av avledning (Tveiten, 2000). Av resultaten framgår att informanterna i flertalet av fallen använde sig av avledning som smärtlindring. Sjuksköterskan använder sällan medicinsk behandling utan väljer istället att finna alternativa metoder. De metoder informanterna uppgav som användbara och viktiga var att ge värme, lugn och ro, kroppskontakt, förklara och prata samt distrahera barnet. Caty, Tourigny och Koren (1995) fann att barn reagerar olika på icke farmakologisk behandling beroende på vilken ålder barnet befinner sig i. Att lindra på bästa sätt sker genom tröstade handlingar, tryggt sällskap, avslappning, distraktion och lugn.

Sjuksköterskans uppgift i mötet med barn med smärta är enligt Olsson och Jylli (2001) att uppmärksamma smärtan, ge barnet smärtbehandling och därefter analysera effekten av behandlingen. Sjuksköterskor inom primärvård kan här brista genom att det är korta möten med barnen, det sker heller ingen form av uppföljning på barnet och den medicinska behandlingen är knapphändig.

Av resultaten framkom att betydande faktorer då det handlar om att smärtlindra barn är sjuksköterskans egna upplevda erfarenheter samt sjuksköterskans personlighet. Dessa faktorer spelar en avgörande roll då det handlar om att avleda och minimera barns smärta och på så vis istället försöka öka deras välbefinnande och välmående. Sjuksköterskans personlighet och olika egenskaper såsom åsikter och värderingar påverkar sjuksköterskans inställning till smärtlindring enligt Olsson och Jylli (2001). Något som ytterligare kan påverka sjuksköterskans inställning till smärtlindring är det Bertilsson & Sjöström (2005) säger i sin forskning, vilket är att de som själva har upplevt smärta eller hos någon närstående har lättare att finna smärtindikationer hos barn.

## **Konklusion**

Det finns idag gott om forskning gällande barn och smärta inom sjukhusvården. Däremot fann vi att det i nuläget finns mycket litet forskat kring barn med smärta inom primärvård. I denna studie belyses behovet av vikten av god kunskap hos sjuksköterskan när det gäller att bemöta och hantera barn med smärta inom primärvård.

Resultaten visar att varje enskild deltagare i studien har egna unika upplevelser och erfarenheter av hur det är att möta och behandla ett barn som upplever smärta. Trots viss skillnad i berättelser gällande bemötande och hantering med barn med smärta visar det sig i resultatet att de flesta av deltagarna trots allt arbetar på ett liknande sätt för att på så vis uppnå ett gemensamt mål. Ur intervjupersonernas berättelser förekom det trots olika erfarenheter vissa gemensamma faktorer som sjuksköterskan använde sig av vid bemötande och hantering med barn med smärta, som exempelvis ett lugnt bemötande, trygghet, skapa relation och avledning. Sjuksköterskans bemötande och hantering med barn med smärta har en avgörande betydelse för barnets upplevelser och framtida möten med sjukvård. Sjuksköterskor inom primärvård har därför ett stort ansvar att bemöta dessa barn och ta deras smärta och upplevelser på allvar. För att uppnå målet med omvårdnaden har sjuksköterskan som skyldighet att arbeta för att barnen skall kunna uppleva välbefinnande och god hälsa trots sin smärta. För att underlätta för barnen då de kommer till primärvården är det viktigt att samarbeta mellan olika yrkeskategorier men även att samarbetet mellan olika instanser fungerar för att på så vis minimera smärtan för barnet. Det är även viktigt att som sjuksköterska inom en och samma primärvård samarbeta och ge varandra råd, tips och stöd i de arbetsuppgifter som gäller barn med smärta.

## **Förslag till fortsatt forskning**

Något som framkom tydligt i studien var att det finns behov att studera sjuksköterskans egen kunskap och roll vid mötet och hanteringen med barn med smärta inom primärvård. Det skulle vara av stort intresse att studera hur sjuksköterskan upplever sin kunskap i relation till utbildning. Det vill säga om sjuksköterskans kunskap grundar sig helt på erfarenheter eller om sjuksköterskan använder sig av vetenskaplig forskning i sitt dagliga arbete.

## REFERENSLISTA

- Bertilsson, S., & Sjöström, B. (2005). Bedömning av smärta hos barn – en review. *Vård i Norden*, 25 (77), 13-18.
- Caty, S., Tourigny, J., & Koren, I. (1995). Assessment and Management of Children's Pain in Community Hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 638-645.
- Eriksson, E., & Eriksson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar – specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur
- Gloppestad, K., Aanonsen, SE., Glomstein, A., Aksdal, MB., & Egeland, S. (2001). Barns gradering av Smerte og Redsel ved i.m. Eriwinase-injeksjoner. *Vård i Norden*, 22 (63), 15-19.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Jacob, E., & Puntillo, K. (1999) A Survey of Nursing Practice in the Assessment and Management of Pain in Children. *Pediatric Nursing*, 25 (3), 278-287.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lindberg, T., & Lagercrantz, H (2007). *Barnmedicin*. Lund: Studentlitteratur
- Lindemann, T. (1992). *Barn och smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindskog, BI. (2004). *Medicinsk Terminologi*. Nordstedts Akademiska förlag
- Ljungman, G., Kreuger, A., Gordh, T., Berg, T., Sörensen, S., & Rawal, N. (1996). Treatment of pain in a pediatric oncology: a Swedish nationwide survey. *International Association for the Study of Pain*. 68, 385-394.
- Olsson, GL, & Jylli, L. (2001). *Smärta hos barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2001) *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Salanterä, S. (1999). Finnish Nurses' Attitudes to Pain in Children. *Journal of Advanced Nursing* 29 (3), 727-736.
- Strandell, A. (2006). *Barn, ungdomar och smärta*. Förlagshuset Gothia
- Tveiten, S. (2000). *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur

Werner, M., & Strang, P. (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber AB

### Intervjufrågor

1. Vad anser Ni är viktigt i mötet med barn med smärta?
2. Vad tror Ni personligen kan påverka ett barns smärtupplevelse?
3. Vad gör Ni för att lindra den smärta barnen upplever?
4. Hur viktigt tror Ni att ditt möte idag med barn med smärta är relaterat till hur dessa barn kommer att uppleva smärtsamma situationer senare i livet?
5. Hur ser Ni på din egen kunskap kring barn och smärta?