

**SJUKSKÖTERSÅKANS MÖJLIGETER  
ATT LINDRA RÅDSLÅ OCH  
SMÅRTÅ HOS BARN I SAMBAND  
MED SMÅRTÅSAMMA PROCEDURER  
INOM SJUKVÅRDEN**

En Litteraturbaserad studie

**THE NURSE'S POSSIBILITIES TO  
REDUCE FEAR AND PAIN IN  
CHILDREN DURING PAINFUL  
TREATMENTS AND PROCEDURES  
IN HEALTH CARE**

A Literature Review

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå 15 Högskolepoäng  
Vårterminen 2014

Monireh Dadvar Baluchi  
Åse Lundblad

Handledare: Berith Wennström  
Examinator: Maria Browall

## SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskans möjligheter att lindra rädsla och smärta hos barn vid smärtsamma behandlingar och procedurer inom sjukvården - En litteraturbaserad studie.
Författare:	Dadvar Baluchi, Monireh; Lundblad, Åse
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp.
Handledare:	Berith Wennström
Examinator:	Maria Brovall
Sidor:	21
Nyckelord:	Barn, omvårdnad, procedurrelaterad smärta, rädsla, sjuksköterska

---

### Sammanfattning:

**Bakgrund:** Barn som besöker sjukhus och andra vårdinrättningar förknippar ofta vistelsen med undersökningar och behandlingar. De ofta rädda för det okända och för att inte veta vad som ska hända. Det kan bero på den annorlunda miljön och på möten med nya främmande ansikten. Om dessa procedurer också är förknippade med smärta kan barnen riskera att utveckla ökad stress och rädsla inför kommande procedurer. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien är att belysa sjuksköterskans möjligheter att lindra rädsla och smärta hos barn i samband med smärtsamma behandlingar och procedurer inom sjukvården. **Metod:** En litteraturstudie baserad på 24 vetenskapliga artiklar och 2 doktorsavhandlingar. **Resultat:** Ur analysen av datamaterialet har två huvudteman identifierats. Resultatet visar att ”faktorer som lindrar rädsla och smärta” och ”faktorer som påverkar smärtbedömning, rädsla och smärta” är områden som har stor betydelse för barn som genomgår smärtsamma behandlingar eller procedurer inom sjukvården. **Slutsats:** Sjuksköterskor behöver uppmärksamma och förstå barns kognitiva utveckling, mognad och behov samt skapa kunskap om smärta och rädsla i samband med smärtsamma procedurer och behandlingar för att kunna utföra välavvägda omvårdnads- och medicinska behandlingar.

## ABSTRACT

Title:	The nurse's possibilities to reduce fear and pain in children during painful treatments and procedures in health care – A literature Review.
Authors:	Dadvar Baluchi, Monireh; Lundblad, Åse
Institution:	School of Health and Education, University of Skövde
Program/course:	Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor:	Berith Wennström
Examiner:	Maria Brovall
Pages:	21
Key words:	Children, fear, nurse, nursing, procedural pain

---

### Abstract:

**Background:** Children that visit hospitals and other care givers often connect their stay with medical treatments and examinations. They are also often forced into unpredictable and distressful situations of being exposed to the unknown, not knowing what will happen to them. This could be due to the unfamiliar surroundings or unknown faces they meet. If these procedures are connected to pain, the children are at risk of developing feelings of increased stress and fear in relation to future procedures. **Aim:** The aim of this literature review is to illuminate nurse's possibilities to reduce fear and pain in connection to painful treatments and procedures in health care. **Method:** A literature review based on 24 scientific articles and 2 doctoral theses. **Results:** Through the analysis of the data two main themes were identified: "factors that alleviate fear and pain" and "factors affecting pain assessment, fear and pain". These themes are areas that have significant impact in children undergoing painful procedures and treatments in health care. **Conclusion:** Nurses need to be attentive to children's cognitive development, maturity and needs. They also have to become better to develop knowledge about fear and pain associated with painful procedures and treatments in order to increase the quality of care within this context.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND.....	1
Barnet i vården – Historisk tillbakablick .....	2
Barns kognitiva utveckling .....	2
Barns rädsla och smärta .....	4
Procedurrelaterad smärta.....	4
Barns sätt att kommunicera smärta .....	5
Smärtbedömningsmetoder.....	6
Smärtskattningsinstrument .....	6
Farmakologiska metoder .....	7
Icke-farmakologiska metoder.....	7
Förberedelse och information.....	8
Lek.....	8
Avledning .....	8
Avslappning.....	9
Tankestopp/Guided Imagery/ Hypnos.....	9
Kontinuitet i vårdandet.....	10
Sjuksköterskans roll .....	10
PROBLEMFÖRMULERING.....	10
SYFTE .....	11
METOD .....	11
Urval och datainsamling .....	11
Analys .....	12
Etiska överväganden .....	12
RESULTAT .....	13
Faktorer som lindrar rädsla och smärta.....	13
Information .....	13
Copingstrategier .....	14
Kunskaper om olika smärtlindringsmetoder .....	14
Faktorer som påverkar smärtbedömning och smärtlindring .....	15
Bristande kunskaper hos sjuksköterskan .....	15
Förälders roll .....	16
DISKUSSION.....	18
Metoddiskussion .....	18
Resultatdiskussion.....	19
Implikationer för omvårdnad och forskning .....	21
Referenser .....	22

## BILAGOR

1. Sökschema
2. Litteraturanalys
3. Arbetsfördelning vid Examensarbetet

## **INLEDNING**

Sjuksköterskor möter många olika patientgrupper i sitt arbete. Sjuksköterskestudenter förbereder sig för sin kommande yrkesbana genom att möta patienter under kortare och längre praktikperioder ute i en mängd olika verksamheter. En patientgrupp som grundutbildade sjuksköterskor träffar men sällan har utbildning för är barn. En fråga som författarna till den här uppsatsen ställde sig är därför hur kunskaperna hos grundutbildade sjuksköterskor kan fördjupas så möjligheter skapas för att möta barn i vården på ett hänsynsfullt och professionellt sätt.

Barn har i nästan hela det stora studiematerialet som författarna haft tillgång till, gång på gång beskrivit hur obehagligt och skrämmande de upplever att det är att komma till sjukhus och andra vårdinrättningar. Idén med denna uppsats är därför att belysa sjuksköterskans möjligheter att lindra rädsla och smärta hos barn i samband med smärtsamma behandlingar och procedurer inom sjukvården

Procedurrelaterad smärta eller procedursmärta är ett begrepp som avser behandlingar eller procedurer som vårdpersonal utsätter en patient för och som har potential att kännas obehaglig eller smärtsam för patienten. Det kan till exempel röra sig om injektioner, blodprovstagning, insättning av perifera katetrar i blodkärl, lumbalpunktioner eller benmärgsaspiration (Nilsson, 2010). De senaste tjugo åren har varit intensiva när det gäller kunskapsbyggande som berör barn och procedurrelaterad smärta och det ges ut mycket nytt forskningsmaterial varje år. Trots det gynnsamma kunskapsläget så publiceras fortfarande studier som antyder att det finns brister i vård och behandling av barns smärta i samband med procedurer i sjukvården. Varför det är så blir därför en naturlig följdfråga som författarna gärna skulle vilja ha ett svar på. Författarna har egna erfarenheter av procedursmärta i egenskap av föräldrar och från verksamhetsförlagd utbildning/fältstudier där sjuksköterskor träffar barn. Utifrån detta, samt det vi läst i artiklar, ser vi ett intresse av att närmare undersöka problemområdet i form av en litteraturstudie.

## **BAKGRUND**

Barn som besöker sjukhus och andra vårdinrättningar förknippar vanligen vistelsen med undersökningar och behandlingar. Barn är ofta rädda för det som är okänt och att möta nya ansikten i en främmande miljö där man inte riktigt kan tolka vad som ska hända. Om dessa procedurer/behandlingar också är förknippade med smärta kan barnen riskera att utveckla stress och rädsla inför kommande procedurer (Nilsson, 2010; Wennström, 2011). I forskning om barns upplevelser av sjukvård framstår rädsla och smärta i samband med sjukvård som det mest problematiska för barnen oavsett vilken sjukdom barnet har. Rädsla för invasiva procedurer och rädsla för smärta uppfattas av många barn som det värsta med sjukvården under hela barndomen (Young, 2005). Barns smärta i samband med sjukvård har de senaste decennierna varit föremål för en betydande forskningsinsats och det framkommer tydligt att smärta och rädsla är starkt sammankopplade (Blount, Piira, Cohen, och Cheng, 2006; Wennström, Törnåge, Nasic, Hedelin och Bergh, 2011). Att lindra smärta,

och även rädsla, är en av sjuksköterskans uttalade huvuduppgifter. Sjuksköterskor behöver av den anledningen engagera sig och vara aktiva för att omhändertagandet ska bli så tillfredsställande som möjligt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

## **Barnet i vården – Historisk tillbakablick**

Historiskt sett har barnets plats i vården pendlat från en hemlik, skyddad miljö där föräldrar fick medverka i barnets omvårdnad, till en mer auktoritär sjukvård där barnen ensamma vårdades på sjukhus skilda från föräldrar och familj. Det finns många berättelser om hur barn och föräldrar led av den påtvingade separationen men dåtidens medicinska auktoriteter tolkade barnens förtvivlan och efterföljande likgiltighet som att föräldrarna störde vården av barnen. År 1950 kom en engelsk rapport, *The Platt Report*, där det konstaterades att barn kunde utveckla långvariga depressiva tillstånd som försenade deras tillfrisknande när de vårdades isolerade från föräldrar och familj. Det blev starten på en förändring som präglar dagens barnsjukvård där barn och deras behov placeras i centrum (Bischofberger, 2004).

År 1989 antog FN (Förenta Nationerna) konventionen om barnets rättigheter – *Barnkonventionen*. Barn är alla människor mellan noll och arton år slår FN fast här (<http://www.unicef.se/barnkonventionen>). Det fanns ett uttalat behov av en konvention som värnade barnens rättigheter då barns rättigheter inte alltid tas på allvar eftersom de ofta inte kan hävda sin rätt, utan måste lita på att andra människor tar vara på och främjar det som gagnar barnets liv, hälsa och utveckling. I diskussioner kring omvårdnadens värdegrunder beskrivs ibland hur patientgrupper ges möjligheter till ett bra bemötande och god vård utifrån begrepp som integritet, autonomi och människovärde (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). I barnets värld blir dessa begrepp mer laddade eftersom barn kan vara i ett större underläge än andra patientgrupper. En anledning är barns outvecklade möjligheter att bevara sin integritet och autonomi, något som både vårdare och föräldrar kan frestas att åsidosätta (Bischofberger, 2004). Vårdpersonalens mål måste vara att skapa en bra kommunikation och en tillitsfull dialog med barnet. Men, för att lyckas med detta behöver vi betrakta sjukhusvärlden ur barnets perspektiv vilket är en stor utmaning för vårdpersonalen såväl som för sjukvårdens planering och organisation. Att samtala med barn förutsätter även kunskap om barnets erfarenheter, mognads- och utvecklingsnivå. Att kommunicera med barn på ett sätt som de kognitivt kan förstå blir därför ett etiskt ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal (Wennström, 2011).

## **Barns kognitiva utveckling**

Hur barn reagerar vid rädsla och smärta hänger nära samman med barnets ålder och utvecklingsnivå. Barn föds med förmåga till kommunikation och genom interaktion både med sin fysiska miljö och i socialt samspel med andra människor utvecklas de och fungerar på allt högre intellektuella nivåer (Evenshaug och Hallen, 2001) Åldern är därför avgörande för hur ett barn reagerar vid sjukdom. Barns egna tankar om sjukdom och hälsa samt hur de uppfattar hur människokroppen fungerar är alltså beroende av ålder och mognadsnivå (Tingberg, 2004).

## **0 - 2 år**

Från födelsen och upp till tvåårsåldern kan barnet inte kommunicera på annat sätt än genom att visa reaktioner på omedelbara här och nu- förhållanden. Barns emotionella signaler och uttryck tolkas av förälder eller vårdnadshavare, vars främsta uppgift i det här stadiet är att uppfylla barnets behov av närhet, värme och trygghet. Det lilla barnet klarar inte av att bli övergivet under den första tiden (Tingberg, 2004). Barn upplever och erfar världen via sina sinnen och sin motorik. Under den här tiden är en av de viktigaste lärdomarna för barnet objektskonstans. Det vill säga att barnet förstår att människor och föremål som inte syns ändå existerar. Innan barnet gjort den här kopplingen har det svårt att hantera att bli lämnat av föräldrarna vilket de klarar bättre runt ett års ålder (Bunkholdt, 2004).

## **2 - 6 år**

Under detta stadium är barnen relativt bundna till visuella intryck men kan även föreställa sig både människor och händelser. De lär sig leka låtsaslekar och har ett tänkande präglad av egocentrism och animism. Egocentrismen tar sig uttryck som att barnet tror att andra människor redan vet vad det tänker och att det är orsak till att viktiga saker sker (Bunkholdt, 1995) De ser en värld full av magiska krafter och har svårt att skilja mellan fantasi och verklighet (Tingberg, 2004). Barnet har också svårigheter att växla mellan egna och andras perspektiv. Animism betyder att barn uppfattar även döda ting som uppfyllda av eget liv och egen vilja (Bunkholdt, 1995). I fyraårsåldern börjar förståelsen för begrepp som sanning, tid och logik utvecklas (Tingberg, 2004).

## **6 - 12 år**

I detta stadium börjar barn kunna fokusera på flera aspekter i en situation och kunna genomföra mer abstrakta tankeoperationer. De ordnar även och systematiserar medvetet. Det egocentriskt inriktade tänkandet minskar och barnen blir bättre på att ta in också andra människors perspektiv (Bunkholdt, 1995). Barn mellan sex och tolv år är som regel rustade att kunna samarbeta logiskt och rationellt runt behandlingen av sin sjukdom. Men det är en skör balans för sjukdom och smärta kan beröva barnet känslan av att vara duktig och duglig. Det kan väcka existentiell ångest hos barnet. När barnet når skolåldern kan det börja skilja tydligare mellan den verklighet de faktiskt erfar och upplever och sådana berättelser som bygger på önskningar och strävan efter att bli socialt bekräftad (Tingberg, 2004)

## **12 - 18 år**

Barnen frigör sig tankemässigt helt från konkreta och bekanta ting, och kan föreställa sig helt nya scenarier. De kan även föreställa sig alternativ till händelser de inte har erfarenhet av. Det brukar kallas hypotetiskt tänkande och kännetecknar utvecklingen mot den vuxna individens tankemönster (Bunkholdt, 1995). I sociala situationer är den unga människan ofta känslig för andras reaktioner. De tror att andra iakttar dem och är lika beundrande eller kritiska mot dem som de själva är. De är ofta upptagna av sina egna tankar och ser både sig själva och sina känslor och tankar som helt unika (Evenshaug och Hallen, 2001). De hyser

ofta rädslor för undersökningar, de vill inte visa sig nakna och kan vara allmänt generade av att behöva visa upp sig när de har kontakt med sjukvården (Tingberg, 2004).

## **Barns rädsla och smärta**

Begreppen rädsla och ångest har olika betydelse även om de ofta används och förstås på samma sätt i litteraturen och i praktiken. Rädsla är en känsla som individen känner vid hot och riskfyllda situationer. Denna känsla varierar från person till person och kan utsträcka sig från en mild känsla av oro till extrem rädsla (Bay och Algase, 1999). Enligt Bay och Algase (1999), är rädslan en defensiv reaktion på upplevda hot eller ett resultat av att en individ tidigare upplevt situationer fyllda av rädsla. Däremot betraktas ångest som ett förhöjt tillstånd av oro för ett ospecifikt hot. När rädslan inte är kontrollerbar övergår den till ett ångestladdat tillstånd.

Tamm (2003) beskriver att barns medicinska rädslor hänger nära samman med deras utveckling och följer i stort de rädslor som är vanliga under olika åldrar. Uppkommen medicinsk rädsla kan innebära att barnet får svårigheter i kontakten med sjukvården överhuvudtaget och det kan försvåra förberedelserna vid kommande procedurer. Medicinsk rädsla är en av de vanligaste rädslorna i barnåren. Den är så vanligt förekommande att den ofta betraktas som ett normaltillstånd. Barnen är i dessa fall rädda för att obehagliga smärtsamma procedurer ska vara just obehagliga och smärtsamma. Rädslorna varierar i olika svårighetsgrad, alltifrån att barnet känner obehag vid till exempel en vaccination men ändå genomför proceduren till att inte kunna besöka en vårdinrättning överhuvudtaget. Det okända är ofta skrämmande för barn. Att genomgå provtagningar och behandlingar vållar rädsla och smärta men Tamm (2003) menar att man kan minska medicinsk rädsla med olika metoder.

Barns smärta tas inte alltid på allvar, Alfven, Caverius och Nilsson (2012) påtalar att det idag i Sverige saknas riktlinjer för behandling av barns akuta eller långvariga smärta. Det saknas också multidisciplinära team för barn med akut eller långvarig smärta, en lösning som redan finns i vuxenvården. Caverius (2011) beskriver att det tidigare fanns en övertygelse om att barn inte upplevde smärta på samma sätt som vuxna individer och det är delvis sant. Det lilla barnet har ett omoget nervsystem som kan reagera annorlunda på smärta. Istället för att smärta och rädsla orsakar sympatikussvar med påföljande ökad andningsfrekvens och hjärtverksamhet, kan smärta hos små barn orsaka att andning respektive hjärtfrekvens istället minskar (a.a.). Smärta skapar en negativ stress hos individen som i vissa fall kan påverka barnets utveckling negativt både på ett fysiskt och på ett psykiskt plan. Smärtupplevelsen är beroende av många faktorer, såsom personlighet, oro stresströskel, trötthet, tidigare erfarenheter, förväntan om smärta, illamående, hunger och otrygghet (Ljungman och Lundberg, 2012 ).

## **Procedurrelaterad smärta**

Det finns ett flertal definitioner av begreppet smärta. En av de erkända är, enligt *The International Association for Study of Pain (IASP)*, att smärta är en obehaglig och



emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. McCaffery (1979) utvecklade terminologin kring smärta genom att framhålla att smärta är det som personen själv beskriver och att den finns närhelst personen upplever att den existerar. Dessa definitioner betonar speciellt att smärtan är en subjektiv upplevelse och att smärta kan förstås som både ett sensoriskt och emotionellt fenomen. Det är vanligt med behandlingar och procedurer inom vården som kan orsaka rädsla, oro och smärta hos barn. Smärta som uppstår vid sådana situationer kallas procedurrelaterad smärta. Exempelvis är stickrädsla en vanlig sådan rädsla hos gruppen barn. Finnström, Käck och Söderhamn (2011) identifierar fyra områden där barn upplever stress i anslutning till vård och behandling. Det rör sig om att utsättas för smärtsamma procedurer, skiljas från sin familj, vistas i främmande miljö och att inte få bestämma själv.

Smärta i samband med vård och behandling är en stor oro för många barn men framförallt för dem som vårdas på sjukhus bland annat för cancersjukdomar. Alfvén et al. (2012) beskriver att blodprovstagning, läkemedelsinjektioner, vaccinationer, sårvård, lumbalpunktioner och benmärgsaspirationer utgör exempel på procedurer som är mer eller mindre smärtsamma och barn upplever annorlunda i jämförelse med vuxna. Om barnet dessutom lider av sjukdom och inte har krafter nog att tolerera smärta så kan en enkel åtgärd som till exempel att ta bort ett plåster för ett barn upplevas som traumatiskt. Detta gäller särskilt om barnet har en sjukdom som är smärtsam i sig eller innebär många och upprepade procedurer (Berg och Hansson, 2013). Eftersom behandlingen för att minska smärta har som syfte att lindra lidande så ska den inte fördröjas eftersom det kan ge risk för ogynnsamma fysiologiska och psykologiska effekter som förlänger lidandet för barnet (Jylli, 2009). Det har visat sig att barn har nytta av distraktion under smärtsamma procedurer. Men de behöver vara avpassade för barnets ålder och för den procedur som ska utföras (Nilsson, Finnström, Kokinsky och Enskär, 2009).

## **Barns sätt att kommunicera smärta**

Hur barn reagerar och kommunicerar smärta hänger nära samman med barnets ålder och utvecklingsnivå. Olika saker upplevs som skrämmande i olika åldrar så därmed blir det betydelsefullt att vårdare är uppmärksamma och följsamma för det som barnen uttrycker eller själva berättar. En viktig uppgift i kommunikationen med barn är att skapa trygghet och tillit. Barns sätt att kommunicera smärta påverkas av flera faktorer bland annat vilken uppfattning eller vilka attityder som familjen som helhet visar. Familjens sociala och kulturella värderingar kan vara en anledning till att barn inte gärna berättar att de har ont. Via samtal med barn och föräldrar kan sjuksköterskor få viktiga ledtrådar till hur det går att tolka tecken på smärta hos barn (Lindemann, 1992). Förutom att anpassa samtalet efter barnet så är det ofta fördelaktigt att använda hjälpmedel. Det kan röra sig om att barn kan ges möjlighet att teckna och måla hur de upplever sin smärta. Att teckna sina smärtupplevelser kan även ha en viss smärtlindrande effekt. (Lindemann, 1992) eller att de kan få möjlighet till läsning och lek (Eide och Eide, 2009). Enligt Lindemann (1992) kan man under samtalet med barnet inhämta information om på vilket sätt det gör ont och var, samt om barnet är nöjd med smärtbehandlingen. En faktor som påverkar situationen på ett positivt sätt vid kommunikation med barn är föräldrarnas delaktighet.

## Smärtbedömningsmetoder

När det gäller procedursmärta och barn så har, som tidigare påpekats, sjuksköterskor ett stort ansvar. Raaum Hovde, Høilo Granheim, Christophersen och Dihle, (2011) betonar att det är sjuksköterskans uppgift att behandla och värdera barns smärta. Till sin hjälp har sjuksköterskor ett flertal utvärderade smärtskattningsinstrument som ska stödja de bedömningar sjuksköterskan gör av barns smärta i samband med olika typer av behandlingar och procedurer. Det finns många instrument specifikt framtagna för bedömning av smärta hos barn, både instrument där barn skattar sig själva eller där vårdpersonal skattar barn utifrån sina observationer. (Spagrud et al., 2008).

### Smärtskattningsinstrument

I datamaterialet presenteras några smärtskattningsinstrument som är validerade för att bedöma barns smärta.

- FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
- Wong-Baker [FACES] Pain Rating Scale.
- VAS/CAS (Visual, Analogue, Scale/Coloured, Analogue, Scale)
- FPS (Faces, Pain, Scale)FAS (Faces, Affective, Scale)

Eftersom smärta är en subjektiv upplevelse är det ofta svårt för yngre barn att beskriva hur de upplever att ha ont. Smärtskattningsinstrument är ett hjälpmedel för sjuksköterskan men behöver användas på ”rätt” sätt, det vill säga, vid smärtskattning av ett barn ska man ta hänsyn till ålder och utvecklingsnivå. För att exemplifiera så använde Wennström och Berg (2008) Wong- Baker [FACES] Pain Rating Scale för att mäta smärta hos små barn. Instrumentet är validerat för att mäta smärta hos barn mellan 3-18 år. Författarna menar dock att för små barn (3-6 år) är det svårt att beskriva och särskilja smärta, illamående och rädsla postoperativt när de använder sig av smärtskalan. Upplevelserna går i varandra, och de beskriver och hanterar sina upplevelser på många olika sätt. Exempelvis kan barnet peka på noll (inget ont) på smärtskalan och säga att ”jag mår bra men mitt öga har ont”. Barnet skiljer alltså på ”sig själv” och det som gör ont (ögat) men barn i dessa åldrar har också en tendens att peka på ytterligheter, antingen det bästa eller det sämsta, det finns inget mitt emellan. Användbarheten och förståelsen för hur ett litet barn uppfattar smärtskolor och även beskriver sin situation är därför av yttersta vikt eftersom sjukvårdspersonal annars riskerar att missbedöma det som små barn verbalt och kroppsligt förmedlar om sina postoperativa obehag. Författarna uppmanar att titta på *hur* barnet ser ut och *vad* hon/han säger när smärtan beskrivs och konkluderar bland annat att istället för att ”bara” mäta smärta så kan de smärtskolor där barn väljer mellan olika ansiktsuttryck till exempel användas i en dialog och/eller lek med små barn. Detta för att bättre förstå vilket sinnestillstånd barnet befinner sig i (Wennström och Bergh, 2008).

Det finns ett flertal metoder som utarbetats för att kunna lindra barns smärta, oro och ångest vid smärtsamma procedurer. Metoderna är hjälpmedel som ska anpassas individuellt för varje barns behov. De brukar delas upp i farmakologiska respektive icke-farmakologiska metoder (Ljungman och Lundberg, 2012).

## **Farmakologiska metoder**

Injektioner, venpunktioner och insättning av perifera venkatetrar (PVK) på barn är exempel på smärtsamma procedurer i samband med vård och behandlingar. Då är det viktigt att vara generös med smärtlindrande läkemedel. Om barnet ändå är mycket oroligt och inte kan lugnas så kan man bygga på med andra farmakologiska metoder som ger möjlighet att minska oro och ångest (Socialstyrelsen, 2001).

Inom reguljär sjukvård, likaväl som inom barnsjukvård, finns det många farmakologiska metoder för behandling av smärta hos barn. Det finns dock problem med medicinsk behandling för barn. Dels så är många läkemedel direkt olämpliga för barn eller så är sätten de administreras på inte anpassade för gruppen barn. De farmaka som används är främst smärtstillande som paracetamol, NSAID-preparat, opioider, lokalanestetika och lustgas. Förutom smärtstillande farmaka används också läkemedel som lindrar oro, ångest och rädsla. Till den gruppen räknas främst midazolam och diazepam. Nackdelar med farmakologiska metoder som identifierades är att barn kan drabbas av andningsdepression, bli tillvanda och utveckla beroende, att det tar lång tid och kräver noggrann planering eller har obehagliga biverkningar som illamående vid morfinbehandling (Raum Hovde et al., 2011). Att använda lustgas vid procedurrelaterad smärta har visat sig vara positivt då inte bara smärtan reducerades utan även oro och ångest. Barnen i Ekbom, Jakobsson och Marcus (2005) studie som fick lustgasbehandling i samband med smärtsamma procedurer kunde genomföra alla inplanerade behandlingar och de upplevde att behandlingen var hanterbar. Barn och föräldrar i lustgasgruppen skattade upplevelsen som mycket positiv och barnen berättade att de kunde tänka sig att använda lustgasbehandling igen. Lustgas är relativt lätt att administrera men ur kostnads- och miljöhänseende ska man vara medveten om att det kräver utbildad personal och speciella anläggningar som förhindrar att lustgasen läcker ut i närmiljön. Enligt Nydert och Andersson (2009) har barn rätt att bli informerade om läkemedlen de får och det är vårdpersonalens ansvar att ge anpassad information som barn har möjlighet att förstå (a.a.). Vid all användning av smärtstillande läkemedel oavsett typ är det viktigt att barn får tillräcklig smärtlindring i god tid före smärtsamma procedurer (Olsson, 2001).

## **Icke-farmakologiska metoder**

Det finns ett flertal sätt för sjuksköterskor att reducera barns smärta och rädsla i samband med procedurer som bygger på icke-farmakologiska metoder, men sjuksköterskor behöver få en större kunskap och förståelse för vilka dessa metoder är och hur de kan användas separat eller i kombination med farmakologiska metoder för smärtlindring (Enskär et al., 2007). Metoder som författarna identifierat är bland annat information/förberedelse, kontinuitet i vårdandet, massage/beröring, lek och avledning/distraction med hjälp av föräldrar/vårdare, spel eller musik. Dessutom finns psykologiska metoder som bygger på positiva tankar och barnens förmåga att fokusera på sin fantasi eller dröm som vid tankestopp, Guided Imagery/Hypnos.

De icke-farmakologiska metoderna är också anpassade efter barnens ålder. De minsta barnen kan läggas nymatade hud mot hud med sin förälder/närstående vid smärtsamma

procedurer. Amning i anslutning till det som orsakar smärta har också god effekt. Upp emot ett års ålder har 30 % glukoslösning en smärtlindrande effekt (Socialstyrelsen, 2001). När barnen blir äldre är distraktion en vanlig metod där en annan vårdare eller förälder uppehåller barnets uppmärksamhet medan man utför en behandling eller procedur (Finnström, Käck och Söderhamn, 2011).

Nilsson, Enskär, Hallqvist och Kokinsky (2013) beskriver i sin studie att barn har nytta av att få aktiv distraktion i form av spel under smärtsamma procedurer (a.a.). Barn föredrar metoder som bygger på lust och engagerar barnen både på ett fysiskt och psykologiskt plan (Nilsson, Kokinsky, Nilsson, Sidenvall och Enskär, 2009). I denna studie berättade barnen att om de upplevde spelet som roligt och utmanande så fungerade distraktionen för att reducera framför allt rädsla. Studiens författare konkluderar att detta arbetssätt gjorde proceduren möjlig att hantera för barnen samt att de återhämtade sig snabbare och krävde mindre smärtstillande läkemedel.

### **Förberedelse och information**

Berg och Hansson, (2013) menar att förberedelse och information minskar barnens ångest och oro. Informationen ska anpassas till barnens ålder, mognadsnivå, personlighet och kommunikationssätt. Man kan låta barn ställa frågor eller så kan man beskriva proceduren i termer av t.ex. hur det känns, smakar, ser ut och luktar (a.a.). Då barn är av naturen nyfikna så har de alltid något att säga och fråga om, men barn behöver också tid för reflektion. Vid samtal med barn bör dialogen ske enkelt, ärligt och på barnets ”eget” språk. Det är en förutsättning för att skapa förtroende och en dialog som är meningsfull. Vid varje samtal och förberedelse ska alla barn behandlas som en unik individ (Wennström, 2011).

### **Lek**

Barn lär sig behärska sin omvärld och bearbeta sina konflikter med hjälp av lek. Lek är också ett kommunikationssätt för barn där det gäller att vara lyhörd för vad det individuella barnet har för behov av stöd i stressiga situationer (Edwinsson Månsson, 2009). Lek är en livsviktig del av ett barns utveckling och kan hjälpa barn att hantera stress och oro genom att de i leken kan återkalla det obehagliga och få ta en aktiv roll istället för att vara en passiv och hjälplös åskådare. En annan förklaring till barns lek är att de genom leken bejaktar lusten och flyr undan olusten och på så sätt minskar upplevd obehaglig spänning (Edwinsson Månsson, 2001). Olika typer av lek har betydelse för hur barn hanterar rädsla, stress och oro, Edwinsson Månsson (2009) belyser till exempel barns behov av lek som är av allmän karaktär, ostrukturerad, strukturerad eller har till uppgift att låta barnet avreagera sig.

### **Avledning**

Olsson, (2001) menar att avledning är en mycket viktig metod i smärtlindring hos barn. Barnets tankar och uppmärksamhet leds bort från smärtan och fokuseras på andra stimuli. Metoden lämpar sig väl för barn, då dessa i allmänhet är lätta att avleda. Det finns många metoder för avledning och vilken man ska välja beror på det enskilda, unika barnet. Av-

ledning kan bestå i högläsning, sång, musik, olika lekar eller andra former av aktivitet eller tankeverksamhet. Berg och Hansson, (2013) menar att avledning kan indelas i två metoder, en passiv respektive en aktiv del. En passiv avledning kan vara att lyssna på musik, en saga eller att titta på TV. Med en aktiv avledning, menar de, att man exempelvis kan spela spel. Meningen med avledningen är att barnen ska vara uppmärksamma på något annat än sin smärta. Det flesta barn har en god förmåga att utestänga obehagliga känslor genom lek och fantasi.

## **Avslappning**

Rädsla kan göra att barn spänner sig vid behandlingar och procedurer. Att lära barn avslappningsövningar kan hjälpa barn att tänka på något annat än det som är smärtsamt (Berg och Hansson, 2013). Enligt Tamm, (2003) så kan man, för att minska barns rädslor, använda avslappningsövningar för att vända bort uppmärksamheten från det som oroar och skapar rädsla. Sådana tekniker reducerar spänning, dämpar ångest och höjer smärtröskeln. En verksam avslappningsmetod är rytmiska andningsövningar, gärna i kombination med ljud. Avslappningsmetoder, där uppmärksamheten koncentreras på muskelavslappning, lämpar sig väl för lite större barn. Smärta leder till ökad muskelspänning, vilket i sin tur förstärker smärtupplevelsen (Lindemann, 1992). Avslappningstekniker fungerar oftast som en enkel och effektiv inledning i behandlingsarbetet. Patienten lär sig att komma i kontakt med sin kropp och skapa ett avslappnat tillstånd (Andersson, 2013).

Massage över det smärtsamma området kan åstadkomma smärtlindring. Massage ger upphov till känselintryck som i viss mån konkurrerar ut smärtsignalerna. Smärtsignalerna dämpas då på sin väg till hjärnan. Massage bidrar till att reducera muskelspänning. Massage innebär fysisk kontakt och närhet. Barnet upplever att det i den svåra situationen har någon hos sig som nästan delar den smärtsamma upplevelsen. Detta reducerar stressen och höjer därmed barnets smärtröskel. Massage har en viss avledande effekt. Vissa mekanismer i nervsystemet tycks helt eller delvis kunna förhindra att känselintryck, däribland smärtsignaler, når fram till medvetandet. Det är viktigt att sjuksköterskan utnyttjar dessa kroppsegna kontrollsystem i smärtlindringen hos barn (Lindemann, 1992).

## **Tankestopp/ Guided Imagery/ Hypnos**

Att fokusera på smärta kan ge mer smärta. Att hjälpa barn hejda sina negativa tankar kan ge dem lugn och ro i kroppen. Metoden tankestopp hjälper barnet att fokusera på positiva tankar (Berg och Hansson, 2013). Tamm (2003), beskriver Guided Imagery som ett slags styrd fantasiföreställning eller dagdröm (a.a.). Vid det här momentet beskriver Berg och Hansson, (2013) att man kan använda barnens fantasi och prata om det barnet vill eller vill vara. Både Berg och Hansson, (2013) och Lindemann (1992) är överens om att tekniken Guided Imagery påminner om hypnos. Lindemann (1992) ger som förslag att man kan vara två personer. En person som inte utför proceduren talar med barnet om något ämne som barnet tycker om. Ämnet kommer man överens om innan proceduren. Det är viktigt vid alla moment där barn medverkar att personalen är väl förberedd. Tamm (2003), beskriver hypnos som en djup avslappningsteknik. I ett hypnotiskt tillstånd påverkas inte barnet av smärta och de känner inte rädsla eller obehag.

## **Kontinuitet i vårdandet**

Kontinuitet i vårdandet, dvs. att samma person möter barnet under vårdtiden har studerats inom operationssjukvården. Här träffade anestesisyjuksköterskan barnet både på mottagningsbesöket någon vecka innan operationsdagen och på operationsdagen och detta arbets sätt har visat sig vara en bra metod för att reducera rädsla (Lindberg och von Post, 2006) och stress (Wennström, Törnåge, Nasic, Hedelin och Bergh, 2011). Att dialogen/kommunikationen sker ärligt och på barnets språk under hela denna process är mycket viktigt. Kortisolkoncentrationer (stresshormon) i saliv som undersöktes vid denna typ av omhändertagande visade sig sjunka kontinuerligt under operationsdagen samt postoperativt, till skillnad från de barn som inte fick kontinuitet i omhändertagandet. I denna studie framkom det också att de barn som fick kontinuitet i vårdandet behövde mindre mängd morfin postoperativt (Wennström et al., 2011). Att ha kontinuitet i vårdandet när det gäller barn torde vara applicerbart på andra områden än operationssjukvården (Wennström, 2011).

## **Sjuksköterskans roll**

Enligt Björklund (2001) handlar etik om att göra det som är rätt och det som är gott. När det gäller barnet och barnets rätt så måste sjuksköterskor vara särskilt försiktiga eftersom barn är en utsatt och sårbar grupp. FN:s konvention om barnets rättigheter har ratificerats av Sverige. Där slås fast att barn har fullt människovärde och dessutom särskilda rättigheter till skydd och omvårdnad. Sjuksköterskor har viktiga åtaganden i samhället utifrån sin profession. Enligt ICN's (*International Council of Nurses*) etiska kod ska sjuksköterskor verka för att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Dessa åtaganden har heller inga begränsningar utan ska ges till varje individ oavsett ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, etnisk tillhörighet eller socialt status (International Council of Nurses, 2007). Sjuksköterskan beskrivs som en nyckelperson när det gäller smärtbehandling generellt men också vid procedurrelaterad smärta. Sjuksköterskan har rollen som samordnare och den som möter, förbereder och behandlar barn i en mängd olika situationer inom sjukvården (Hamrin, 2002).

## **PROBLEMFORMULERING**

Barn som besöker sjukhus och andra vårdinrättningar är ofta rädda för det okända, att inte veta vad som ska hända. Barn i vissa åldrar har även svårigheter att särskilja och uttrycka symtom som till exempel smärta och rädsla (Nilsson, 2010; Wennström, 2011). Flertalet av de studier som den här litteraturstudien har sin grund i, har påvisat att barns smärta även kan undervärderas av sjuksköterskan. En anledning till detta kan vara att barnets uttryck och reaktion feltolkas. Ytterligare problem vid bemötande och behandling av smärta hos barn är sjuksköterskans egna värderingar och åsikter kring ämnet. Det är inte ovanligt att grundutbildade sjuksköterskor har liten eller bristande kunskap om smärtskattning, smärtbehandling och rädsla när patienten är ett barn (Ljusegren, 2011; Raaum Hovde et al., 2011).

## **SYFTE**

Syftet med litteraturstudien är att belysa sjuksköterskans möjligheter att lindra rädsla och smärta hos barn i samband med smärtsamma behandlingar och procedurer inom sjukvården.

## **METOD**

Metoden är en systematisk litteraturbaserad studie med kvalitativ ansats beskriven av Friberg (2012). Detta innebär att göra en översikt av tidigare forskning inom ett specifikt område samt sammanställa denna forskning till en ny helhet. Denna litteraturstudie innehåller både kvalitativa studier och kvantitativa studier. Anledningen till detta är att båda sätten att värdera och belysa frågor kring barns rädsla och smärta vid smärtsamma procedurer och behandlingar inom sjukvården är relevanta gentemot syftet. Enligt Forsberg och Wengström (2013), visar den kvantitativa metoden på hur många som kan antas beröras av problemet medan den kvalitativa metoden är avsedd att belysa frågeställningar som berör hur människor förstår, tolkar och upplever sin situation. Denna litteraturstudie ska belysa vilka möjligheter sjuksköterskor har att lindra rädsla och smärta hos barn i samband med smärtsamma procedurer i sjukvården.

### **Urval och datainsamling**

De databaser som använts för att söka vetenskapliga artiklar till litteraturstudien är CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), SveMed+, Google Scholar och MedLine/PubMed. Datainsamlingen inleddes med att identifiera relevanta söktermer (Bilaga 1) Därefter genomfördes sökning och sekundärsökning under tre tillfällen. Sökningarna avgränsades ytterligare till aktuella artiklar mellan åren 2000 och 2014. Ett hundratal artiklar bedömdes som möjliga att överblicka. Ur detta urval lästes samtliga titlar och genom den processen föll 35 artiklar bort. Genomläsningen av sammanfattningarna ledde till ytterligare begränsningar. Kvarvarande 38 artiklar lästes i sin helhet. När detta var klart valdes 6 artiklar ut från sökningen i CINAHL, 3 från SveMed+, 5 från MedLine/PubMed och från Google Scholar hämtades 2 doktorsavhandlingar och 1 licentiatavhandling som författarna anser bidrar till att ytterligare belysa ämnet. Till detta kommer också manuella sökningar i referenslistor som gav 3 artiklar samt 2 som levererades med tjänsten ”Science Direct” från Elsevier Group. När författarna nått det här stadiet undersöktes och säkerställdes att artiklarna genomgått ”peer review” och att studierna fått ett godkännande av etisk nämnd för att hålla en god vetenskaplig kvalitet. Underlaget består både av artiklar med kvalitativa- och kvantitativa ansatser. Det slutliga urvalet består av 12 kvalitativa och 7 kvantitativa vetenskapliga artiklar som vi ansåg var väsentliga för vårt arbete och motsvarade vårt syfte med litteraturstudien.

## **Analys**

Metod för att analysera materialet hämtades från Friberg (2012) som innehåller metodavsnitt anpassade för litteraturstudier. Vid analysen följdes stegvis metodavsnittet för att söka efter skillnader och likheter beträffande perspektiv på det valda undersökningsområdet. Detta innebär en växling från helhet till delar och tillbaka till en ny helhet. I första steget lästes de valda studierna igenom flera gånger för att fånga upp vad studierna handlar om och med fokus på resultatdelen i var och en av artiklarna. I andra steget är syftet att identifiera de huvudfynd som presenteras i studiernas resultatavsnitt. I tredje steget gjordes en schematisk översikt som har till uppgift att underlätta för författarna att studera och analysera materialet. I fjärde steget relateras studiernas respektive resultat med varandra för att skapa nya teman och subteman för att belysa fenomenen ur ett nytt perspektiv. Dessa teman och subteman presenterades därefter under passande rubriker. I sista steget formulerades en beskrivning som bygger på resultaten av de fyra första stegen.

## **Etiska överväganden**

Sammanställningar och tolkningar av resultatet har presenterats enligt forskningsetisk god sed. Detta innebär att författarna ska redovisa referenser på ett korrekt sätt, och inte använda falsifierade eller fabricerade data eller plagiat av andras arbeten och presentera detta som sitt eget (Medicinska forskningsrådet, 2003). I de artiklar som använts har etiska överväganden funnits med och dessa har beskrivits väl. Alla utvalda artiklar i en litteraturstudie ska vara etiskt granskade och godkända av ett etiskt råd. Översättning från engelska till svenska ska göras så korrekt som möjligt så att budskapet är oförändrat (Forsberg och Wengström, 2013). Författarna är medvetna om att den egna förförståelsen kan störa analysen av materialet både ifråga om egna upplevda erfarenheter och att så som Dahlborg – Lyckhage (2012) beskriver att de egna teoretiska ramarna i sig kan utgöra hinder för att vara öppen gentemot texten och förstå hela innebörden. Friberg (2012a) beskriver också att det kan vara svårt att finna tydliga inklusions- och exklusionskriterier vid sökning och urvalsprocesser eftersom omvårdnadsområdet innehåller ”mjuka” termer. I det perspektivet blir det viktigt att tydligt presentera det material som utgör examensarbetets underlag/data. Datamaterialet presenteras i form av en tabell med analys av textmaterialet samt det som författarna uppfattade som viktiga fynd i studierna.



## RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet har två huvudteman och fem subteman identifierats (tabell 1). Resultaten visar att ”faktorer som lindrar rädsla och smärta” och ” faktorer som påverkar smärtbedömning, rädsla och smärta” är områden som har stor betydelse för barn som genomgår smärtsamma behandlingar eller procedurer inom sjukvården. Att sjuksköterskan har breda kunskaper inom detta ämnesområde är av största vikt för att undvika felaktiga omvårdnads- och medicinska behandlingar.

**Tabell 1. Teman - analys av datamaterialet.**

Huvudtema	Subtema
Faktorer som lindrar rädsla och smärta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Information</li><li>• Copingstrategier</li><li>• Kunskaper om olika smärtlindringsmetoder</li></ul>
Faktorer som påverkar smärtbedömning, rädsla och smärta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bristande kunskaper hos sjuksköterskan</li><li>• Förälders roll</li></ul>

### **Faktorer som lindrar rädsla och smärta**

Majoriteten av barn är rädda för att känna smärta i samband med medicinering och behandling (Salmela, Salanterä och Aronen, 2010). Därför menar Horstman och Bradding (2002) att sjuksköterskan bör ha vänlighet, förmåga och kunskap om olika copingstrategier för att kunna reducera dessa reaktioner. En annan viktigt faktor är förberedelse och information.

#### **Information**

En stor del av omvårdnaden av barn handlar om bemötande och kommunikation samt förståelsen för vad barnet kan ta till sig av information och då är mycket relaterat till mognad och utvecklingsnivån hos barnet. Smith och Callery (2005) studie indikerar att det ännu finns för lite forskning gällande utformning/utveckling av patientinformation för barn och unga. Även Gløpestad, Aanonsen, Glomstein, Aksdal och Egeland (2002) framhåller

att det kan behövas mer information som riktar sig direkt till barn. Att enbart överlåta åt föräldrarna att informera barn ser Smith et al. (2005) inte heller som en möjlighet eftersom det inte är säkert att föräldrar har goda kunskaper om den behandling deras barn ska genomgå. Studien visar även att barnen inte heller hade samma sorts frågor som föräldrarna. Sjuksköterskan som möter barn i vården behöver därför kunskaper om barnets utveckling så att man kan bemöta barn i olika åldrar på ett professionellt sätt. I forskningen framkommer tydligt hur viktigt det är att man tar sig nödvändig tid att informera både barnet och föräldrarna inför kommande vårdprocedurer så att de kan få tid att förbereda sig (Simons, Franck och Robertson, 2001). När man förbereder och berättar för ett barn vad som ska hända så ska det inte ske i direkt anslutning till undersökningen/behandlingen utan man bör träffa barnet (och förälder) några dagar, upp till en vecka innan för att ge barnet en chans att hinna reflektera över sin situation. Till exempel så har cirka fem dagar visat sig vara en lämplig tidsrymd mellan förberedelse och anestesi (Jaaniste, Hayes och von Baeyer, 2007). Genom en ärlig information får barnet en möjlighet att känna sig delaktig och kan skapa kontroll över sin situation. Då reduceras även rädslan och stressen för det okända och känslan av att inte veta (Horstman et al., 2002). Hughes () studie berörde att sjuksköterskor sällan tog initiativet att kontrollera om barnen verkligen förstått den givna informationen. Barnen i studien visade vid flera tillfällen att de ville ha kontakt med sjuksköterskan och var öppna nyfikna på det material som användes vid procedurerna.

### **Copingstrategier**

Salmela, Salanterä och Aronen (2010) definierar coping som ett barns aktiva försök att finna handlingar som gör att de kan hantera rädsla och oro i samband med sjukhusvård. McMurtry, Chambers, McGrath och Asp (2010) återkommer till idén att det finns ett tydligt samband mellan smärta och rädsla. Studien beskriver att de barn som självskattade en högre smärta också skattade en högre grad av rädsla före och under en procedur. De barn som skattade inga eller låga värden för rädsla skattade heller inte höga värden för smärta. Dessa uppgifter belyser vikten av att fokusera på att reducera rädsla inför smärtsamma procedurer. Även Salmela et al, (2010) betonar att trygghet för barnet är en betydande del av omvårdnaden för att barnet skall kunna hantera sin smärta. En slutsats från studien var att interventioner för att minska barnens oro under sjukhusvistelsen inte enbart minskade deras oro under vårdtiden, utan även påverkade hur framtida upplevelser av sjukvård bedömdes och hanterades av barnen (a.a.). Barn vill lita på att sjuksköterskor har klinisk kompetens, att de är professionella och kunniga och det krävs mer än lindring av smärta för att barn ska känna sig trygga. Barnen vill kunna lita på sjuksköterskans handlingar och kompetens för att kunna uppleva trygghet och delaktighet i sin vård. När barn känner detta och litar på att sjuksköterskan kan utföra momenten, så kan de istället fokusera på en aktiv och rolig distraktion under proceduren som får dem att slappna av (Nilsson, Hallqvist, Sidenvall och Enskär, 2010).

### **Kunskaper om olika smärtlindringsmetoder**

Sjuksköterskors kunskaper om att bedöma smärta hos barn visade sig ha stora variationer. Ett flertal av studierna påpekade att sjuksköterskor, både de som är nyutbildade respektive

de som har arbetslivserfarenhet, har generellt goda till mycket goda teoretiska kunskaper om smärta och smärtbehandling för barn (Gimble-Berglund, Ljusegren och Enskär, 2008;

Salanterä och Lauri, 2000). Andra studier tar upp det motsatta förhållandet, att det finns ett gap mellan kunskap och handling som resulterar i att barn inte får den hjälp de har rätt till (Simons et al., 2001; van Hulle Vincent och Denyes, 2004). Ljusegren, Johansson, Gimble-Berglund och Enskär (2012) finner att sjuksköterskor ser vad de förväntar sig att se och hanterar situationer där barn har en definierad diagnos väl. Men de upplever i sin tur mycket osäkerhet, maktlöshet och känslor av övergivenhet om situationen upplevdes som osäker och oförutsägbar för sjuksköterskan. I de fallen var det vanligt att sjuksköterskan skyddade sig själv genom att misstro barnet. Ives och Melrose (2010) studie visade även att sjuksköterskorna upplevde en stark moralisk stress när de måste tvinga barn till följsamhet. Både van Hulle Vincent et al. (2004) och Salanterä et al. (2000) påpekar att grundutbildade sjuksköterskor har relativt få timmars undervisning i smärthantering och bedömning och att det är en trolig anledning till att grundutbildade sjuksköterskor som även Simons et al. (2001) uppmärksammar har svårt att förhålla sig till det komplexa fenomen som smärthantering ändå är. Salanterä et al. (2000) kunde i sin studie konstatera att sjuksköterskestudenterna saknade kunskap, särskilt inom området för smärtstillande läkemedel samt vid bedömning av smärta. Ljusegren (2011) belyser även att sjuksköterskor är mer benägna att använda sig av farmakologiska metoder vid smärtlindring av barn och att sjuksköterskor behöver utöka sin repertoar med icke-farmakologiska metoder vid procedursmärta. Finnström, Söderhamn och Kokinsky (2008) konstaterade i sin studie att bevisen är få för de icke-farmakologiska metoderna är effektiva vid procedursmärta men de är till stor nytta för att minska barns rädsla och öka känslan av välbefinnande hos barn som till exempel besöker en akutmottagning.

## **Faktorer som påverkar smärtbedömning och smärtlindring**

En studie beskriver att sjuksköterskans smärtbedömning baseras på det enskilda barnets beteende samt på hans eller hennes egna erfarenheter av barn i liknande situationer (Ljusegren et al., 2012). Fysiska tecken som ofta ligger till grund för sjuksköterskans smärtbedömning är till exempel förhöjt blodtryck, sjunkande syremättnad, ökad andningsfrekvens och hjärtfrekvens. Andra förändringar i barnens beteende som avvikande andningsmönster eller begränsade rörelsemönster ska tydliggöra smärtan för sjuksköterskan (Enskär et al., 2007). De studier som publicerats på senare tid visar dock att sjuksköterskors kunskaper inom smärtområdet när det gäller barn brister.

## **Bristande kunskaper hos sjuksköterskan**

Studier har visat att sjuksköterskor ser det acceptabelt att utföra mindre procedurer som blodprovstagning utan att använda smärtstillande läkemedel. (Enskär et al., 2007; van Hulle Vincent och Denyes, 2004; Salanterä et al., 2000). I andra studier beskriver sjuksköterskor ett ”korrekt” arbetssätt som bygger på vetenskap, beprövade metoder och riktlinjer men de tycks inte fullt ut lita vare sig på de egna kunskaperna, eller vad barnen

själva beskriver (Horstman et al., 2002; Kortessuoma, Nikkonen och Serlo, 2008). Det uppstår situationer där sjuksköterskorna beskriver att de inte skulle låta barn tåla smärta i onödan eller behöva vänja sig vid att ha ont men när de ska ge smärtbehandling enligt riktlinjerna så smyger sig ändå andra värderingar in som gör att flera av sjuksköterskorna väljer att ge mindre mängd smärtstillande läkemedel, alternativt att inte smärtlindra alls, vilket naturligtvis får stora konsekvenser för barnen. Obehandlad smärta kan förhindra läkning, försena återhämtning och i vissa fall leda till döden (van Hulle Vincent och Denyes, 2004).

I Stevens et al. (2014) studie så samarbetade forskare kring ett koncept för att öka sjuksköterskors kunskaper och användning av smärtskattningsinstrument vilket flera studier identifierat som ett problem (Ljusegren et al., 2012). När inte beprövade och utvärderade metoder använts kan det skapa förutsättningar för osäkerhet och tyckande som i sin tur leder till att sjuksköterskor inte gör säkra bedömningar, och utan säkra bedömningar finns risken att sjuksköterskor inte administrerar den mängd läkemedel som behövs för en adekvat smärtlindring. Czarnecki et al. (2011) konstaterade även att vårdpersonalen inte alltid såg smärthantering som en prioriterad uppgift vilket toppade listan om 18 hinder för en god smärthantering som studien funnit. De två som direkt berörde procedursmärta rörde sig om samarbetsproblem. Dels mellan läkare och sjuksköterskor som inte hade samsyn och inte samordnade sina insatser för barnen i samband med smärtsamma procedurer och dels mellan sjuksköterskorna och föräldrarna. I det fallet handlade det om att sjuksköterskorna inte förväntade sig samarbete utan gav föräldrarna en passiv, icke-medverkande roll.

Flera studier beskriver att barn önskar mer information om sjuksköterskans erfarenhet eftersom de inte har fullt förtroende för att sjuksköterskorna verkligen kan hjälpa dem (Gilboy och Hollywood, 2009; Horstman et al., 2002; Smith et al., 2005). I andra studier beskrivs sjuksköterskorna som personer som inte var tillräckligt närvarande för att kunna känna barnens individuella behov och anpassa stödet efter detta. Enligt barnen så fick de själva finna strategier för att klara av att hantera sin smärta (Nilsson, Hallqvist, Sidenvall och Enskär, 2011; Salmela et al., 2010; Kortessuoma et al., 2008).

## **Förälders roll**

Föräldrar/närstående har en viktig roll vid smärtsamma procedurer och behandlingar då de ska verka som ett stöd för barnet. Barn uppfattar sina föräldrars sinnesstämning och en oro hos föräldrarna leder till en oro hos barnet (McMurtry et al., 2010). Därför är det viktigt att sjuksköterskan i sin tur kan stötta en orolig förälder. Det är även viktigt att sjuksköterskan tar vara på föräldrarnas kunskaper om barnets individuella egenskaper (Simons et al., 2001) De vuxna, föräldrar och vårdare, kan stödja barn vid smärtsamma procedurer genom att anta en inställning som främjar bra copingstrategier hos barn. Om den vuxne/föräldern använder sig av distraktion, humor och inte talar om proceduren så kan barn ofta finna bra copingstrategier. Direkt olämpligt beteende av den vuxne/föräldern är när barn utsätts för uppmuntran, empati, kritik och att barnet ställs inför omöjliga val. Det ger sämre möjligheter till coping och ger mer smärta, oro och ångest för barnet (McCarthy, Glick, Green, Peters, Johnsey och De Luca, 2013). Sjuksköterskan ska också vara medveten om att föräldrarna behöver kunskap och vägledning för att kunna hantera barnets känslor och

reaktioner under proceduren och hur de kan stötta barnet på rätt sätt (Simons et al., 2001). Men man kan inte räkna med att föräldrar i alla lägen kan ge barn den information de behöver. Många föräldrar har inte kunskaper eller är själva väldigt rädda och osäkra när de kommer till sjukvården. Detta känner barn ofta av och det kan göra att det får negativa effekter för barnens egna upplevelser i mötet med vården (Smith et al., 2005).

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Efter att ha undersökt ämnet barn och procedurrelaterad smärta genom en inledande bibliotekssökning så hittades många vetenskapliga artiklar men även avhandlingar för att kunna göra en litteraturstudie. Litteraturstudier har flera syften. Bland annat handlar det om att täcka in kunskaper angående ett visst område eller att det ska ge sådan kunskap om området att det ger evidens för att kunna förändra vården av en viss patientgrupp, exempelvis barn (Segesten, 2012). Författarna till den här uppsatsen valde en litteraturstudie som metod för att kunna undersöka ett kunskapsfält som vi inte lär känna under grundutbildningen till sjuksköterska. Detta bekräftas också av Salanterä och Lauri (2000) som menar att sjuksköterskestudenter saknar kunskap om smärtlindring vid vård av barn och hur man använder smärtskattningsinstrument som utvärderats speciellt för gruppen barn. Artiklarna som används i en litteraturbaserad studie ska vara granskade av en etisk nämnd och innehålla etiska överväganden (Forsberg och Wengström, 2013). I urvalsprocessen valdes artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Förutom det etiska perspektivet var ett viktigt inklusionskriterium att artiklarna skulle beröra barn och barns rädsla och smärta inför procedurer och behandlingar i sjukvården.

Alla metoder har nackdelar och under arbetet med den här litteraturstudien identifierade författarna en nackdel som visade sig vara svår att hantera emellanåt. Så som Forsberg och Wengström (2013) beskriver så ska författarna till en litteraturstudie försöka ringa in all tillgänglig kunskap om området. I det här fallet var det svårt då materialet visade sig vara stort och att det är ett forskningsområde som årligen genererar många nya studier. Dessutom har det evidensbaserade arbetet med att ta fram nationella riktlinjer för barn vid procedursmärta kommit så pass långt att Läkemedelsverkets nya riktlinjer kommer att presenteras under 2014.

Begreppet "procedurrelaterad smärta" är centralt i studien och vid sökningen i de olika databaserna har ordet "procedurrelaterad smärta" kombinerats med de andra nyckelorden; barn, omvårdnad, procedurrelaterad, rädsla, smärta och sjuksköterska. Författarna har kontinuerligt sökt i de olika databaserna för att jämföra resultatet samt för att undersöka om det dyker upp ytterligare nya artiklar. Bilaga 1 visar hur olika sökordsalternativ använts för att avgränsa resultatet till de mest relevanta artiklarna. Enligt Polit och Beck (2012) ska en studie vara tillförlitlig för att kunna uppnå trovärdighet. De valda artiklarna har en väl beskriven bakgrund, problemformulering, metod och diskussion, vilket ökar tillförlitligheten. Ett annat sätt att öka trovärdighet och tillförlitlighet är att studien ska gå att utföras och upprepas igen genom den metodbeskrivning som finns (Polit och Beck, 2012). För varje artikel gjordes en schematisk översikt beträffande innehållet för att öka uppfattning av artiklarnas innehåll (Bilaga 2). Detta är rekommenderat av Friberg (2012a) eftersom det underlättar analysen och tolkningen av artiklarna samt ger en ökad trovärdighet av resultatet. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har använts. Fördelen med att kombinera båda kvalitativa och kvantitativa ansatser är enligt Friberg (2012a), att

problemet kan belysas och lyftas fram ur olika synvinklar och styrker därmed trovärdigheten.

## Resultatdiskussion

I litteraturgenomgången utkristalliseras barnens reaktioner och upplevelser samt sjuksköterskans arbete i såväl medicinska behandlingar och omvårdnadshandlingar. Dessa presenteras i form av huvudteman och subteman där stärkande och försvagande faktorer belyses relaterat mot syftet. Två huvudteman beskriver ”*Faktorer som lindrar rädsla och smärta*” samt ”*faktorer som påverkar smärtbedömning, rädsla och smärta*” och är områden som har stor betydelse för barn som genomgår smärtsamma behandlingar eller procedurer inom sjukvården. Resultatet kan vara till hjälp för sjuksköterskans omvårdnad och omhändertagande av barn i dessa sammanhang. Granskningen belyser även vikten av och hur sjuksköterskan kan arbeta för att ge en förbättrade total upplevelse av en smärtsam behandling eller procedur och ge barnet en känsla av trygghet och reducerad rädsla och smärta. Dessa faktorer ger en indikation om vad sjuksköterskan behöver arbeta med, för eller emot, i syfte att öka välbefinnande och minska negativa upplevelser samt psykisk och fysisk ohälsa. Eftersom det ofta är svårt för barn att förmedla sina tankar och känslor inför det okända, att inte veta, är det viktigt att sjuksköterskan har en bred kunskap inom detta ämnesområde och försöker samtala utifrån barnets mognad och perspektiv när de förbereder en behandling eller en bedömning av till exempel smärta.

Det finns många validerade smärtskattningsinstrument för barn och användandet av dessa bör ske med stor kunskap om vad det är man egentligen mäter när man värderar ett barns smärta eller illabefinnande. FLACC är ett exempel på ett observationsskattningsinstrument där sjuksköterskan eller vårdaren observerar barn och söker efter beteenden som kan indikera smärta och är utvärderat för barn (och spädbarn) upp till sju års ålder men kan även användas vid bedömningar av äldre barn där det behövs en fördjupad förståelse för barnets upplevelse (Nilsson et al., 2008). Wong-Baker [FACES] Pain Rating Scale är ett självskattningsinstrument där barn får välja ett av sex ansiktsuttryck som närmast representerar hur de upplever sin smärta. Det är ett av de mest använda smärtinstrumenten som dessutom barn själva gärna väljer att använda när de skattar sin smärta (Wennström, 2011). Det som är viktigt för en sjuksköterska att ha kunskap om är att eftersom smärta, per definition, är en subjektiv upplevelse är det ofta svårt för yngre barn att särskilja och beskriva hur de upplever att ha ont. Upplevelserna av rädsla, smärta och eventuellt illamående går in i varandra och barnen hittar inte rätt ord för vad de känner (Wennström och Bergh, 2008). Smärtskattningsinstrument bör därför ses som ett hjälpmedel för sjuksköterskan, och behöver användas på ”rätt” sätt, det vill säga, vid smärtskattning av ett barn ska man ta hänsyn till erfarenheter, förståelse, ålder, mognad och utvecklingsnivå. Men, oavsett vilket instrument vårdpersonal använder sig av vid smärtskattning, och oavsett om det gäller vuxna eller barn, så säger det här oss att även om ett smärtskattningsinstrument är validerat och användbart för en stor grupp människor så är det många som faller utanför den generella gruppens referensvärden (Bergh et al, 2001; Wennström, 2011).

Sjuksköterskans kunskaper om barn är mycket viktig vid smärtbedömning. Till exempel så kan en obehaglig upplevelse av maktlöshet minska när barn känner sig delaktiga och har kontroll över sin situation. Delaktighet i beslutsfattningen skapar en känsla av trygghet för barnet. Studier påpekar därför i sina resultat att sjuksköterskor ska kommunicera på barns utvecklingsnivå där sjuksköterskan har en viktig roll som tröstare och ställföreträdare när inte föräldrar är närvarande. Sjuksköterskan behöver även känna av när ett barn behöver hjälp, och vara en person som man kan prata med, och ha tillit för, framförallt om man känner frustration, ilska och tristess på grund av sin sjukdom (Horstman et al., 2002; Smith et al., 2005). Dessvärre påvisar flera studier att sjuksköterskor inte har strukturerade metoder för att värdera varken smärta, rädsla eller oro hos barn (Ekbom et al., 2005), till exempel använder sjuksköterskor inte alltid smärtskattningsinstrument när de bedömer smärta hos barn. Även Ljusegren et al. (2012) konstaterar att sjuksköterskor inte använder smärtskattningsinstrument för att stödja sina beslut vid smärtbehandling utan lutar helt på observationer. Detta kan resultera i att sjuksköterskor felbedömer hur ont barn har vilket i sin tur medför konsekvenser i form av att barnet inte blir adekvat smärtlindrad. Stevens et al. (2014) konkluderar att det finns risker med att inte använda kvalitetssäkrade rutiner och instrument när man smärtskattar barn. Studien belyser även vikten av att kontinuerligt arbeta med att ta fram goda och kvalitetssäkrade rutiner där man noggrant behöver planera för ett gott omhändertagande av barn. I detta koncept är öppenhet, ärlighet och känslomässigt stöd en nödvändighet.

Hälsovårdspersonal och föräldrar har rapporterat att speciellt förskolebarnen är särskilt sårbara vad det gäller stress och rädsla i samband med vård på sjukhus. Vård på sjukhus samt andra skrämmande erfarenheter kan öka risken för att individen utvecklar hälsoproblem senare i livet och detta i sin tur kan till och med försena barnets utveckling (Salmela et al., 2010). För att kunna minimera risken för att stress, oro och rädsla senare i livet är det därför viktigt att barn har den bästa möjliga upplevelsen av smärtsamma procedurer i sjukvården. (McCarthy, Glick, Green, Peters, Johnesy och De Luca, 2013). Att förbereda sig väl inför en smärtsam procedur eller behandling har visat sig ge en positiv effekt på barns upplevelse av smärta och rädsla (McCarthy et al., 2013). Information där barnet får vara delaktig i sin vård och erbjuds möjligheten att skapa kontroll över det okända är ett sätt (Lindberg och von Post, 2006; Janniste et al, 2007). Ett annat exempel kan vara när barn erbjuds farmakologiska metoder (t ex EMLA® eller Rapydan®) i god tid före en smärtsam nålprocedur eventuellt i kombination med en icke-farmakologisk metod som till exempel distraktion (Nilsson et al., 2009). Andra författare visar att barn i cancersjukvården skattade smärta och rädsla högt i samband med sin behandling men när de fick en injektion med Xylocain® som bedövade insticksstället så sjönk rädslan markant och trots att de *inte* skattade smärtan lägre vid nästa behandling så var de mer nöjda och kunde hantera sin situation på ett mer tillfredsställande sätt (Gloppstad, Aanonsen, Glomstein, Aksdal och Egeland, 2002). I operationssjukvården har kontinuitet i vårdandet, att samma person möter barnet pre-intra- och postoperativt, visat sig reducera rädsla, stress och postoperativ smärta (Wennström et al., 2011). Vikten av kontinuitet kan generaliseras till andra vårdbehandlingar och här är föräldrars stöttande roll mycket viktig för barnet. Därför är det också en nödvändighet att skapa ett tryggt team med förälder och sjuksköterska runt barnet, samt att stötningen och dialogen utgår ifrån barnets eget språk och perspektiv. Föräldrar som har dåliga erfarenheter av sjukvården kanske själva behöver stöttas och få svar på frågor (Smith et al., 2005; Wennström, 2011).



Det finns hinder i dagens vård för att det ska finnas en sann efterföljd av de etiska koder som satts upp för sjuksköterskans profession. Områden som organisatoriska problem, tidsbrist, negativa erfarenheter och attityder, bristande kunskaper, bristande relationer och problem med samarbete brukar ofta nämnas och diskuteras som möjliga orsaker. Det är därför en stor utmaning för sjuksköterskan att erbjuda barn en god omvårdnad vid smärtsamma procedurer samt vid akuta och långvariga smärttillstånd (Ljusegren et al., 2012; Gimble- Berglund et al., 2008).

## **Implikationer för omvårdnad och forskning**

Litteraturstudien visar att smärta och rädsla hos barn inom sjukvården är upplevelser som hör tätt samman. Dessvärre påvisar studier att sjuksköterskor inte har strukturerade metoder för att värdera varken smärta, rädsla eller oro hos barn (Ekbom et al., 2005), Sjuksköterskor bör därför skapa mer kunskap inom detta ämnesområde samt vara uppmärksam på att kunna använda flera behandlingsmetoder (farmakologiska och icke farmakologiska) för att reducera rädsla och smärta hos barn. De bör också vara medvetna om att barn, beroende på ålder och mognad, beskriver sin rädsla och smärta på olika sätt (Wennström och Bergh, 2008) samt att de vill ha information, känna kontroll och vara delaktiga i sin vård (Ekbom et al., 2005; Wennström, 2011).

Det finns föreslagna lösningar som till exempel multidisciplinära team vid smärtbehandling och att barn får delta i arbetet att ta fram en egen trygghetsplan (Comfort Plan) för sin vård och behandling (McCarthy et al., 2013). Ett annat förslag är att om man arbetar strukturerat med kontinuitet mot ett specialiserat omhändertagande anpassat för barn, så är det möjligt att reducera stress samt identifiera de barn som i hög grad riskerar att utveckla skadliga nivåer av rädsla och stress. Därmed skulle sjukvården få möjlighet att sätta in ”rätt” insatser för att förhindra rädsla och smärta i samband med behandling och smärtsamma procedurer (Wennström et al., 2011). Även om forskningen inom detta område är stort och Sverige får sina första nationella riktlinjer för procedurrelaterad smärta under våren 2014, så tyder forskningen på att det finns nya behov och perspektiv av detta komplexa område att upptäcka även i framtiden.

## REFERENSER

Andersson, S-O. (2013). Mötet och samtalet. I B. Fossum, (red.) *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s.113-144) (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Alfvén, G., Caverius, U. & Nilsson, S.R. (2012). Smärta hos barn och ungdomar ett eftersatt område - Brister i omhändertagandet, visar enkätstudie. *Läkartidningen*, 19 (109), 966-967.

Bay, E.J. & Algase, D.L. (1999). Fear and Anxiety: A Simultaneous Concept Analysis. *Nursing Diagnosis*, 10(3), 103-111.

Berg, K. & Hansson, P. (2013). *Smärta och smärtbehandling hos barn*. Stockholm: Mundipharma.

Bischofberger, E., Dahlquist, G., Edwinsson Månsson, M., Tingberg, B. & Ygge, B M. (2004). *Barnet i vården*. Stockholm: Liber.

Björklund, L. (2001). Etik och smärta. I G. L. Olsson & L. Jylli (Red.). *Smärta hos barn och ungdomar*. (s.433-438) Lund: Studentlitteratur.

Blount, R., L., Piira, T., Cohen, L., L., & Cheng, P., S. (2006). Pediatric Procedural pain. *Behaviour Modification*, 30(1), 24-49.

Bunkholdt, V. (1995). *Från födsel till pubertet: om barns psykiska utveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Bunkholdt, V. (2004). *Psykologi: en introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Caverius, U. (2011). Smärta hos barn. I E. Albinsson, C. Moëll & J. Gustafsson *Pediatrik*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Czarnecki, L., Simon, K., Thompson, J.J., Armus, C.J., Hanson, T.C., Berg, K.A., ... Malin, S. (2011). Barriers to Pediatric Pain Management: A Nursing Perspective. *Pain Management Nursing*, 3 (12), 154–162. doi:10.1016/j.pmn.2010.07.001.

Edwinsson Månsson, M. (2001). Att förbereda ett barn inför operation/procedur. I G. L. Olsson & L. Jylli (Red.). *Smärta hos barn och ungdomar*. (s.105-118) Lund: Studentlitteratur.

Edwinsson Månsson, M. (2009). Förberedelse av barn och föräldrar inför undersökning eller åtgärd. I I. Hallström & T. Lindberg (red.). *Pediatrik omvårdnad*. (s. 107-111). (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ekbom, K., Jakobsson, J. & Marcus, C. (2005). Nitrous oxide inhalation is a safe and effective way to facilitate procedures in paediatric outpatient departments. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 1073-1076. doi: 10.1136/abc.2004.060319.

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

Evenshaug, O. & Hallen, D. (2001). *Barn- och ungdomspsykologi*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

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*, 2(31), 40-44.

Finnström, B., Söderhamn, O. & Kokinsky, E. (2008). Utvärdering av två självskattningsinstrument för smärta bland barn på en akutmottagning. *Vård i Norden*, 28(87), 48-50

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Gilboy, S. & Hollywood, E. (2009). Helping to alleviate pain for children having venipuncture. *Paediatric Nursing*, 21 (8), 14-19.

Gimble-Berglund, I., Ljusegren, G. & Enskär, K. (2008). Factors influencing pain management in children. *Paediatric Nursing*, 20(10), 21-24.

Gloppestad, K., Aanonsen, S. E., Glomstein, A., Aksdal, M. B. & Egeland, S. (2002). Barns gradering av smerte och redsel ved i.m. Erwinase-injeksjoner: -Effekt av Xylocain først gitt gjennom sprøytespissen. *Vård i Norden*, 22(63), 15-19.

Hamrin, V. (2002). Psychiatric Assessment and Treatment of Pediatric Pain. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 3 (15), 106-117.

- Horstman, M. & Bradding, A. (2002). Helping children speak up in the health service. *European Journal of Oncology Nursing*, 6 (2), 75-84. doi: 10.1054/ejon.2002.0185
- Hughes, T. (2012). Providing information to children before and during venepuncture. *Nursing Children and Young People*, 24(5), 23-28.
- 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
- Jaaniste, T., Hayes, B. & von Baeyer, C.L. (2007). Providing children with information about forthcoming medical procedures: A review and synthesis. *Clinical Psychology Science and Practice*, (14)2, 124-143.
- Jylli, L. (2009). Smärta hos barn. I I. Hallström & T. Lindberg (red.). *Pediatrisk omvårdnad*. (s. 127-133). (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Jylli och Lundeberg (2001). Postoperativ smärtbehandling. I G. L. Olsson & L. Jylli (Red.). *Smärta hos barn och ungdomar*. (s.254-261) Lund: Studentlitteratur.
- Korteluo, R., Nikkonen, M., & Serlo, W. (2008). "You just have to make the pain go away" - children's experiences of pain management. *Pain Management Nursing*, 9(4), 143-149. doi:10.1016/j.pmn.2008.07.002.
- Lindberg, S. & von Post, I. (2006). From fear to confidence: children with a fear of general anaesthesia and the perioperative dialogue for dental treatment. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 2 (4), 143-151.
- Lindemann, T. (1992). *Barn och smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Ljusegren, G., Johansson, I., Gimble 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
- Ljusegren, G. (2011) *Nurses' Competence in pain management in children*. Licentiate Thesis. School of Health Sciences, Jönköping University. Från <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:459354/FULLTEXT01.pdf>.
- Ljungman & Lundberg (2012) I K. Hanséus, H. Lagercrantz & T. Lindberg (red.) (2012). *Barnmedicin*. (4., [rev. och uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- McCaffery (1979). *Nursing Management of the Patient with Pain*. Philadelphia: Lippincott.
- McCarthy, M., Glick, R., Green, J., Peters, K., Johnesy, L. & DeLuca, C. (2013). Comfort first: an evaluation of a procedural management programme for children with cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 775-782. doi: 10.1002/pon.3061

McMurtry, C. M., Chambers, T.C., 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, International Association for the Study of Pain*. 150, 52-58.

Medicinska Forskningsrådet. (2003). MFR-rapport 2. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtat från WWW 2014-01-20:  
[http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk\\_humanforskning\\_13.pdf](http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf)

Nilsson, S. (2010) *Procedural and Postoperative pain Management in Children-experiences, assessments and possibilities to reduce pain, distress and anxiety*. Doktorsavhandling, Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping. Från [http://www. diva-portal.org/smash/get/diva2:371276/FULLTEXT01.pdf](http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:371276/FULLTEXT01.pdf)

Nilsson, S., Finnström, B.& Kokinsky, E. (2008). The FLACC behavioral scale for procedural pain assessment in children aged 5-16 years. *Pediatric Anesthesia*, 18, 767-774. doi:10.1111/j.1460-9592.2008.02655.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. *Pediatric Anesthesia*, 19, 1184-1190. doi:10.1111/j.1460-9592.2009.03180.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.1365-2648.2012.05590.x

Nilsson, S., Enskär, K., Hallqvist, C. & Kokinsky, E. (2013). Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 158-166. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2012.06.003>

Nydert och Andersson(2009). Barn och läkemedel. I I. Hallström & T. Lindberg (red.). *Pediatrisk omvårdnad*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Olsson, G.L. (2001). Procedursmärta. I G. L. Olsson & L. Jylli (Red.). *Smärta hos barn och ungdomar*. (s.239-251) Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Raaum Hovde, K., Høilo Granheim, T., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2011). Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn. *Sykepleien Forskning*, 6 (4), 332-339. doi:104220/sykepleinef.2011.0191
- Salanterä, S. & Lauri, S. (2000). Nursing students' Knowledge of and views about children in pain. *Nurse Education Today*, 20, 537-547. doi: 10.1054/nedt.2000.0472
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1222-1231. doi:10.1111/j.1365-2684.2010.05287.x
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Simons, J., Franck, L. & Roberson, E. (2001). Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 591-599.
- Smith, L. & Callery, P. (2005). Children's accounts of their preoperative information needs. *Journal of Clinical Nursing* 14, 230-238.
- Socialstyrelsen (2001). *State of the Art – Barn och smärta*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spagrud, L., Baeyer, C., Ali, K., Mpofu, C., Penkman Fennell, L., Friesen, K. & Mitchell, J. (2008). Pain, distress and adult-child interaction during venipuncture in pediatric oncology: An examination of three types of venous access. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(2), 173-183. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.10.009.
- Stevens, B. J., Yamada, J., Eastbrooks, C. A., Stinson, J., Campbell, F., Scott, S. D. & Cummings, G. (2014). Pain in hospitalized children: Effect of a multidimensional knowledge translation strategy on pain process and clinical outcomes. *PAIN, International Association for the Study of Pain*. 155, 60-68.
- Svensk Sjuksköterskeförening (2010). *Värdegrund för Omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Tamm, M. (2003). *Barn och rädsla*. Lund: Studentlitteratur.
- The International Association for the Study of Pain. (1979).
- The International Council of Nurses. Svensk Sjuksköterskeförening (2007). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Tingberg, B. (2004). Barn på sjukhus. I E. Bischofberger (red.) (2004). *Barnet i vården*. (1. uppl.) (s.33-56) Stockholm: Liber.
- Van Hulle Vincent, C. & Denyes, M. J. (2004). Relieving children's pain: Nurses' abilities and analgesic administration practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(1), 40-50.

Wennström, B. & Bergh I. (2008). Bodily and verbal expressions of postoperative symptoms in 3- to 6 -year old boys. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(1), 65-76.

Wennström, B (2011). *Experiences, symptoms and signs in 3-11 year-old children undergoing day surgery in the context of the perioperative dialogue*. Doctoral dissertation, Institute of Health and Care Sciences, The Sahlgrenska Academy at Gothenburg University, <http://hdl.handle.net/2077/25490>.

Wennström, B., Törnbage, C-H., Nasic, S. & Bergh, I. (2011). The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. *Pediatric Anesthesia*, 21, 1058-1065. doi:10.1111/j.1460-9592.2011.03656.x

Young, K. (2005). Pediatric procedural pain. *The American College of Emergency Physicians*, 45, 160-171. doi: 10.1016/j.annemergmed.2004.09.019

# BILAGOR

## Bilaga 1. Sökschema

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal granskade abstracts	Antal granskade artiklar	Antal valda artiklar
<b>CINAHL</b>					
2014-01-15	Child AND pain AND procedures	230	150	50	4
2014-01-21	(child* OR infant*) AND procedural pain AND stress AND (distress* or fear*) AND (anxiet* OR worr*)	2	2	2	1
2014-01-21	(child* OR infant*) AND procedural pain AND (stress OR distress OR fear* OR anxiet* OR worr*) AND (comfort OR saf*)	15	15	15	2
2014-01-21	(child* OR infant* OR adolescent*) AND procedural pain AND (stress OR distress OR fear* OR anxiet* OR worr*)AND (comfort OR safe*	14	14	14	1
2014-01-21	(child* OR infant*OR adolescent*) AND (procedural pain)	193	112	50	2
<b>SveMed+</b>					



<b>Databas Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal granskade abstracts</b>	<b>Antal granskade artiklar</b>	<b>Antal valda artiklar</b>
<b>2014-01-15</b>	Child, pain,nursing	24	24	9	1
<b>2014-01-20</b>	(child* OR infant*OR adolescent*) AND (procedural pain)	0	0	0	0 Boolesk söksträng av den här modellen fungerar inte i den här sökmotorn
<b>2014-01-20</b>	Procedurer, smärta, barn	21	21	2	1
<b>PubMed/MedLine</b>					
<b>2014-01-15</b>	(child* OR infant*) AND procedural pain AND (stress OR distress OR fear* OR anxiet* OR worr*)AND (comfort OR safe*)	11	11	11	1
<b>2014-01-20</b>	(child* OR infant*OR adolescent*) AND procedural pain AND (stress OR distress OR fear* OR anxiet* OR worr*) AND (comfort OR safe*)	51	23	15	2

<b>Databas Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal granskade abstracts</b>	<b>Antal granskade artiklar</b>	<b>Antal valda artiklar</b>
<b>2014-01-21</b>	(child* OR infant*OR adolescent*) AND procedural pain AND (stress OR distress OR fear* OR anxiet* OR worr*) AND (comfort OR safe*)	56	28	19	1
<b>2014-01-21</b>	(child* OR infant*OR adolescent*) AND (procedural pain)	722	30	11	1

## Bilaga 2. Litteraturanlys

### Översikt av Analyserad Litteratur:

Artikel	Perspektiv	Problem och Syfte	Metod (urval, analys mm)	Resultat	Diskussion
<p><b>Titel:</b> Utvärdering av två självskattningsinstrument för smärta bland barn på en akutmottagning</p> <p><b>Författare:</b> Finnström, B., Söderhamn, O., Kokinsky, E.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Vård i Norden</p> <p><b>Årtal:</b> 2008</p>	Kvantitativ studie/ pilotstudie	Undersöka om CAS och FPS är valida, likvärdiga och användbara smärtskattningsinstrument på en akutmottagning för barn.	Slumpmässigt urval utifrån besök för smärta på barnakutmottagning. Svårt sjuka barn, barn med förståndshandikapp och bristande kunskaper i svenska exkluderades	<p>Bland barnen i undersökningsgruppen var muskuloskeletala smärtor vanligast följt av buksmärter, smärtande sår, provtagning, frakturer samt övriga skador till exempel klämskador och ormbett.</p> <p>Ingen signifikant skillnad uppmättes mellan de olika skattningsskalorna.</p> <p>Äldre barn föredrog CAS som de upplevde som en mer exakt återgivning av smärtan medan de yngre föredrog FPS som har ansikten.</p>	<p>Studien visar på att båda skattningsskalorna är värdefulla som hjälpmedel vid skattning av barns smärta. Det krävs åldersanpassad information. Av de två skattningsskalorna kunde FPS feltolkas av barnen i högre grad för de kunde blanda ihop affektiva känslor och smärta.</p> <p>Det finns få bevis för att de icke - farmakologiska metoderna är effektiva men på akutmottagningen kan de ha stor nytta för att</p>

					minska barns rädsla och öka deras välbefinnande.
<p><b>Titel:</b> Factors Influencing pain Management in Children</p> <p><b>Författare:</b> Gimbler-Berglund, I., Ljusegren, G., Enskär, K.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Paedriatic Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2008</p>	Kvalitativ studie	Studien syftar till att identifiera faktorer som påverkar hur sjuksköterskor hanterar smärtlindring när patienten är ett barn.	Intervjustudie där alla sjuksköterskor som arbetar på en pediatrik avdelning på ett medelstort svenskt sjukhus tillfrågades om de vill delta. Sjuksköterskor med arbetslivserfarenhet kortare än ett år exkluderades. Analys av datamaterialet skedde med hjälp av innehållsanalys (Graneheim och Lundman, 2004).	Det är många faktorer som spelar roll för hur sjuksköterskor hanterar smärta när ett barn är patient. I den här studien identifierades faktorer så som hinder för ett gott samarbete inom teamet, organisatoriska problem som avsaknad av adekvata rutiner och sjuksköterskans oförmåga att tolka barns uttryck och beteende vid smärta.	Sjuksköterskorna i studien ansåg att barn har rätt till gott omhändertagande vid smärta och kände och försökte på olika sätt byta strategi för att få ökad kunskap om problemområdet och försöka förbättra situationen. Sjuksköterskorna behövde också lära sig skatta barns smärta med hjälp av utvärderade skattningsskalor för att minska risken att inte kunna bedöma barnssmärta på ett tidigt stadium.

<p><b>Titel:</b> Coping with Hospital-Related Fears: experiences of pre-school-aged children</p> <p><b>Författare:</b> Salmela, M., Salanterä, S., Aronen, E T.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2010</p>	<p>Kvalitativ studie. Fenomenologisk metod.</p>	<p>Hur 4-6 år gamla barn hanterar smärta i samband med sjukhusvistelse och hur de förklarar sina erfarenheter.</p>	<p>Barnen i den här finska studien anmälde sig som frivilliga i studien. Kriterier för inklusion var: adekvat ålder, utvecklingsnivå och att de kunde tala finska obehindrat. Barnen i studien kom från ett daghem, två pediatrika vårdavdelningar med kirurgisk inriktning och två pediatrika vårdavdelningar med neurologisk inriktning. Data insamlades som semistrukturerade intervjuer. Data analys skedde med Colaizzis metod för fenomenologisk analys.</p>	<p>Barnens erfarenheter bestod av 10 huvudteman: lust, positiva bilder, säkerhet, tillit, omtanke, förståelse för den egna situationen, deltagande, be om hjälp, återanpassa och skydda sig själv. Barnen såg på copingstrategierna som något välbekant och en del av vardagslivet.</p>	<p>Barnen i studien hade en stor variation av olika copingstrategier för att lindra sin smärta och rädsla. Vuxna behövde bli bättre på att lyssna på barnen och ge dem möjligheter och uppmuntra dem att hitta positiva copingmetoder och utöka variationen så att barnen inte blir låsta till ett litet antal utan har flera alternativa handlingsmöjligheter. Barnens egna metoder och deras självkänsla, säkerhet och tro på den egna förmågan behöver också stärkas och uppmuntras.</p>
--	---	--	--	---	---

<p><b>Titel:</b> Comfort First: an evaluation of a procedural pain management programme for children with cancer</p> <p><b>Författare:</b> McCarthy, M., Glick, R., Green, J., Plummer, K., Peters, K., Johnsey, L. and De Luca, C.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Psycho-Oncology</p> <p><b>Årtal:</b> 2012</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>Studiens syfte var att utvärdera "Comfort First" ett program utvecklat i Australien med syfte att stödja barn med cancer, deras föräldrar och sjukvårdspersonal att hantera stress i samband med smärtsamma procedurer. Utvärderingen skulle finna evidens för att programmet erbjuder detta.</p>	<p>Studien utfördes på ett sjukhus genom en tvärsnittsstudie där 135 barn deltog. Detta skedde på en onkologienhet på barnsjukhuset <i>Royal Children's hospital</i>, Melbourne Australien.</p>	<p>Både barnen och personalen förbereddes och procedurerna utfördes i ett tyst rum med stängd dörr. Barnens föräldrar var också närvarande. De yngre barnen uppvisade högre grad av vånda. Det var oftare specialutbildad programpersonal närvarande under de här procedurerna.</p> <p>Programmet upplevdes som att det hjälpte till att lindra smärta, oro och ångest i samband med smärtsamma procedurer</p>	<p>Utvärderingsmodellen hoppas författarna ska ligga till grund för och uppmuntra till fortsatt arbete med att arbeta med program för att minska barns smärta och rädsla i samband med smärtsamma procedurer. Särskilt de cancerdrabbade barnen är en grupp där detta är viktigt eftersom sjukdomen och behandlingarna kräver många procedurer under vårdtiden. Andra grupper som identifierades ha ett stort behov var barn med diabetes, hjärtsjukdom och neonatala barn samt i samband med operationer. Comfort First-programmet fick godkänt betyg i utvärderingen men man ville även utöka</p>
--	---------------------------	--	---	--	---

					kunskaperna om icke-farmakologiska åtgärder och användandet av Comfort First-utbildade kliniker i verksamheter samt snabbare åtgärder från läkemedelskunnig apotekspersonal för att undvika dröjsmål med farmakologisk behandling.
<p><b>Titel:</b> Children's Experiences of Procedural Pain Management in Conjunction with Trauma Wound Dressings</p> <p><b>Författare:</b> Nilsson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B., Enskär, K</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of advanced nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2010</p>	Kvalitativ studie	Syftet med studien är att undersöka vilka erfarenheter barn i åldern 5-10 år har av procedursmärta i samband med traumatiska såromläggningar.	Studien genomfördes mellan 2008 och 2010. Trettionio barn i åldrarna 5-10 var med i denna studie. Såromläggningssessionerna standardiserades så att de utfördes på samma sätt med alla deltagare. I samband med sessionerna utfördes kvalitativa intervjuer med öppna frågor som ställdes till barnen. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant och datamaterialet	Barnen hjälptes av sjuksköterskor att nå tröstande aktiviteter för att uppnå förbättrad smärtlindring. Det gjordes genom att använda en omvårdnadsteori som bygger på ett holistiskt synsätt med fokus på trygghet. Barn kräver mer än bara analgetika inom sårvård. De måste också uppleva trygghet och delaktighet i detta sammanhang. När barn känner klinisk	Barnen uppvisade olika typer av copingstrategier som gjorde det enklare för dem att klara av proceduren utan smärta, oro eller ångest. Klinisk kompetens hos sjuksköterskan ledde till trygghet för barnen. Barnen uppskattade också att vårdarna hittade individuella distraktionstekniker. Barnen ville känna sig säkra och trygga samt ha möjlighet att delta i

			analyserades med kvalitativ innehållsanalys.	kompetens inom sårvård så litat de på sjuksköterskan.	beslut som gäller dem.
<p><b>Titel:</b> When “don’t worry” communicates fear: Children’s perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure</p> <p><b>Författare:</b> McMurtry, M., Chambers, Ch., McGrath, P., Asp, E.</p> <p><b>Tidskrift:</b> PAIN, International Association for the Study of Pain</p> <p><b>Årtal:</b> 2010</p>	Kvalitativ studie	Studiens syfte var att undersöka hur barn uppfattar sina föräldrars försök att uppmuntra eller distrahera dem under smärtsamma procedurer.	Hundra barn i åldrarna 5-10 år och deras föräldrar deltog. Man undersökte den spontana förälderbarn samverkan under som uppstår vid venpunktion.	Resultaten ger insikt i komplexiteten i beteendemönstren när vuxna försöker uppmuntra barn i samband med smärtsamma procedurer. Samt belysa den viktiga roll som föräldrarnas ansiktsuttryck, tonfall, och verbala innehåll spelar under smärtsamma medicinska procedurer	Studien gav en del ny detaljerad kunskap om hur barn uppfattar vuxnas känslor vid uppmuntran och distraktion. Barnen hade ett närmare förhållande till ansiktsuttryck och använde tonfall i huvudsak för att förstärka när de såg ett skräckslaget ansikte. De föredrog glada ansiktsuttryck. Studien undersökte på djupet uppmuntran en vanlig men icke fungerande metod vid smärtsamma procedurer. Vuxna har svårt att inte falla in i det här beteendet även i de fall då de fått undervisning i andra sätt att stödja barnen.



<p><b>Titel:</b> You just have to make the pain go away children's experiences of pain management</p> <p><b>Författare:</b> Kortesuoma, R., Nikkonen, M., Serlo, W.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Pain management nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2008</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Syftet med studien är att beskriva hur unga barn använder egna metoder för att klara av att hantera smärta under sjukhusvistelser.</p>	<p>Fyrtiofyra barn som var inneliggande patienter i fyra pediatrika enheter på ett universitetssjukhus deltog i studien. Uppgifterna samlades in genom en kvalitativ intervju med barnen. Dataanalysen gjordes med induktiv innehållsanalys.</p>	<p>Barnen använde sig av flera strategier för att hantera smärta under sin sjukhusvistelse. De förväntade sig även professionell kompetens utav vårdpersonalen. Barns egen förståelse och kunskaper om sin smärta och vad de gör för att hantera den har varit ett eftersatt område där barnens kunnande åsidosatts.</p>	<p>Det finns ett värde i att undersöka vad barn själva har för perspektiv på sin vård. Det är väldokumenterat att barn själva kan beskriva sin smärta men att det hänger nära samman med ålder och utveckling. Barnen i studien var de verkliga experterna på sin smärta och hade flera copingstrategier för detta, de talade ofta och gärna om sin smärta. Barnen talade mycket om personer som stödde dem, men det fanns barn som upplevde att de inte hade något stöd från vårdpersonalen. De förväntade sig att sjuksköterskor skulle lindra smärta men hade inte förtroende för deras kompetens. De här barnen var mycket</p>
--	--------------------------	---	--	--	--

					olyckliga och utgör en utmaning för vårdpersonal och sjuksköterskeutbildningar.
<p><b>Titel:</b> Pain in hospitalized children: effect of a multidimensional knowledge translation strategy on pain process and clinical outcomes.</p> <p><b>Författare:</b> Stevens, B., Yamada, J., Estabrooks, C., Stinsson, J., Campbell, F., Scott, Sh., Cummings, G.</p> <p><b>Tidskrift:</b> PAIN</p> <p><b>Årtal:</b> 2014</p>	Kvalitativ studie	Syftet med denna studie var att bestämma effekten av instrumentet EPIQ som är framtaget för att säkerställa en evidensbaserad praktik för ökad kvalitet vid behandlingen av procedursmärta för barn på sjukhus som vårdas på medicinska-, kirurgiska- och intensivvårdsenheter	Studien jämförde 16 insatser med EPIQ och 16 med standardvård på åtta kanadensiska barnsjukhus. Diagramrecensioner vid baslinjen och ingripande. Därefter fastställdes arten och frekvensen av smärtsamma procedurer och smärtbedömnings- och smärthanteringsmetoder. Utbildade smärtexperter utvärderade smärtintensitet 6 månader efter interventionen under rutinmässiga schemalagda smärtsamma procedurer.	EPIQ-instrumentet var effektivt för att förbättra praxis och kliniska resultat för barn på sjukhus.	KT (Knowledge translation) är en metod som utvecklats för att minska gapet mellan forskning och klinisk praxis. EPIQ-instrumentet gav en individanpassad och skräddarsydd övergång till förbättrad vård till svårast smärtrelaterade behoven hos patienterna på sjukhusavdelningar. Detta skedde med strukturerade och utvärderade instrument från PARIHS Framework.
<p><b>Titel:</b> Children's accounts of their preoperative</p>	Kvalitativ studie	Studiens syfte var att undersöka behoven hos barn i åldern 7-11 år som	Nio barn i åldern 7-11 år intervjuades med hjälp av skriv- och dra teknik för att ta reda på vilka	Barn i åldern 7-11 år kan identifiera sina egna informationsbehov och därmed bidra till	Det finns lite forskning gällande utformning/utveckling av patientinformation

<p>information needs.</p> <p><b>Författare:</b> Smith, L., Callery, P.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2005</p>		<p>var planerade för kirurgiska ingrepp. Information. För att identifiera den kunskap om en grupp barn före antagning och sina egna identifierade informationsbehov.</p>	<p>informationsbehov de hade inför sin kirurgiska behandling. Datainsamling skedde flera veckor innan barnets första besök på sjukhus inför planerad kirurgi.</p>	<p>utvecklingen av anpassad utbildning för barn.</p>	<p>för barn och unga. Det är inte en fråga som enbart kan överlåtas åt föräldrar som inte själva har goda kunskaper om den procedur/behandling deras barn ska genomgå och att de dessutom har egna rädslor som de kan överföra till barnen. Barnen hade inte heller samma sorts frågor som föräldrarna.</p>
<p><b>Titel:</b> Barnens gradering av smerte og redsel ved i.m. Erwinase- injektioner: Effekt av Xylocain først gitt gjennom sprøytespissen.</p> <p><b>Författare:</b> Gloppestad, K., Aanonsen, S., Glomstein, A., Aksdal, M., Egeland, S.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka om barn kände mindre rädsla och smärta vid Erwinase®-injektioner om de först fick Xylocain® via sprutspissen.</p>	<p>Experimentell studie, randomiserad kontrollerad dubbelblindtest med kontroll av effekten av placebo.</p>	<p>Barnen i studien opplevde klart mindre rädsla under proceduren men skattade ingen skillnad i opplevelsen av smärta.</p>	<p>Forskarna i studien kan se fordelar med att ge Xylocain® i lindrande syfte före Erwinase®-injektionen men man tänker sig också andra alternativ där man motiverar barn och föräldrar att använda EMLA® i god tid före proceduren för att reducera barnens rädsla. De är också interesserte av att finne bra sätt att informere</p>

<p><b>Tidskrift:</b> Vård I Norden</p> <p><b>Årtal:</b> 2002</p>					<p>barn och att även det ska förhindra rädsla och därmed påverka upplevelsen av smärtan.</p>
<p><b>Titel:</b> nursing student's knowledge of and views about children in pain.</p> <p><b>Författare:</b> Salanterä, S., Lauri, S.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Nursing Education Today</p> <p><b>Årtal:</b> 2000</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>Syftet med denna studie var två utvärdera åsikter och kunskapsbas examen sjuksköterskestudent er inom området för att ta hand om barn i smärta</p>	<p>Uppgifterna samlades in, med ett för ändamålet särskilt utformade Likert - typ instrument, från alla sjuksköterskestudenter som tog examen under ett år från barnsjuksköterskeprogram met i Finland, med en svarsfrekvens på 86 % .</p>	<p>Resultaten tyder på att studenterna har i huvudsak positiva åsikter och attityder till att ta hand om barn i smärta. De åsikter och attityder skiljer sig åt när äldre och yngre elever och elever från olika skolor jämförs. Studenterna saknar kunskap, särskilt inom området för smärtstillande medel samt vid bedömning av smärta.</p>	<p>Studenterna i studien hade en generell positiv syn på att behandla och värdera barn smärta men att det är svårt för en nybliven sjuksköterska att ha överblick över hela den komplexa processen.</p>
<p><b>Titel:</b> Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses</p> <p><b>Författare:</b> Simons, J., Frank, L.,</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Denna studie undersökte synpunkter från föräldrar och sjuksköterskor om deltagande av föräldrar i förvaltningen av</p>	<p>Med hjälp av en fenomenologisk metod, var sjuksköterskor och föräldrar intervjuats om sina upplevelser av förälder engagemang i smärtlindring</p>	<p>Resultatet visade att föräldrarnas engagemang i sina barns smärta är av yttlig och begränsad karaktär. Föräldrarna beskrev en passiv roll i förhållande till deras barns</p>	<p>Det mesta av föräldrarnas engagemang bedömdes som passivt men sjuksköterskorna bjöd heller inte in föräldrarna till aktiv samverkan. Föräldrarna</p>

<p>Roberson, E.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2001</p>		<p>deras barns smärta under de första 48 timmarna efter operationen.</p>		<p>smärtvård och förmedlade känslor av frustration. Endast en minoritet av föräldrarna uttryckte tillfredsställelse med sina barns smärtvård. Sjuksköterskor uppfattade att det inte fanns tillräckligt med engagemang från föräldrar och adekvat smärtlindring för barn.</p>	<p>accepterade detta och utmanade inte sjuksköterskornas auktoritet. Sjuksköterskorna hade inga större kunskaper om vad föräldrarna oroade sig för, eller hur ont barnen i själva verket hade. Sjuksköterskorna hade inga underlättande redskap dels för att underlätta för föräldrar att delta i barnens omvårdnad och dels för att kunna avstå makt till föräldrarna.</p>
<p><b>Titel:</b> Relieving Children's Pain: Nurse's Abilities and Analgesic Administration Practices.</p> <p><b>Författare:</b> van Hulle Vincent, C., Denyes, M.</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>Studien undersöker förhållandet mellan sjuksköterskors kunskaper och attityder om smärtlindring av barn. Sjuksköterskors förmåga att övervinna hinder för optimal</p>	<p>Betydande positiva relationer fanns mellan sjuksköterskor smärtstillande administration och barns smärta, och mellan sjuksköterskor års praktik med barn och sjuksköterskors förmåga att övervinna hinder för optimal smärtlindring.</p>	<p>Av de 117 barn som rapporterade smärta fick 74 % smärtlindring. Sjuksköterskor administrerade ett medelvärde på 37,9% av den tillgängliga morfin och medel för 36 % till 54 % av den rekommenderade mängder av morfin,</p>	<p>Sjuksköterskorna i studien gav lägre doser läkemedel än vad som fanns förskrivet eller rekommenderades till barn med smärta. Forskarna ställer sig frågan varför det är så stor skillnad mellan sjuksköterskornas teoretiska kunskaper</p>

<p><b>Tidskrift:</b> Journal of Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2004</p>		<p>smärtlindring och sjuksköterskornas metoder för smärtlindring av barn på sjukhus.</p>		<p>paracetamol och kodein.</p>	<p>och hur de faktiskt handlar.</p>
<p><b>Titel:</b> Nurse' experiences of caring for children in pain</p> <p><b>Författare:</b> Ljusegren, G., Johansson, I., Berglund, G., Enskär, K.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Child: care, health and development</p> <p><b>Årtal:</b> 2011</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Syfte Att beskriva sjuksköterskors upplevelser vid vård av barn i smärta.</p>	<p>Strukturerade intervjuer genomfördes med 21 sjuksköterskor på en barnklinik. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys.</p>	<p>Forskarna fann att när ett barns smärta följde ett förväntat mönster, och de följts behandling, sjuksköterskorna litade på deras kunskap och kände sig bekväm. Å andra sidan, i oförutsägbara situationer sjuksköterskorna kände sig rädd, maktlös, övergivna och misstrodda</p>	<p>För att råda bot på problemen behöver sjuksköterskorna dela med sig av sitt kunnande till nya sjuksköterskor. Lära sig använda smärtskattningsinstrument och ta fram säkra riktlinjer. Ägna tid åt systematisk reflektion för att utveckla kunskap och ett patientsäkert arbetssätt</p>
<p><b>Titel:</b> Helping children speak up in health service</p> <p><b>Författare:</b> Horstman, M., Bradding, A.</p> <p><b>Tidskrift:</b> European</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Syftet med studien är att beskriva hur barn uppfattar miljön de vårdas i, deras syn på vårdande yrkesgrupper, idéer</p>	<p>Semi-strukturerade intervjuer kombinerades med "draw and write", en teknik där barn ritade bilder som svar på frågor som forskarna ställde. Datamaterialet</p>	<p>Resultatet av datamaterialet presenterades i kategorierna: Känslor, Miljö, Viktiga andra personer (bildmaterialet). Samt:</p>	<p>Sjuksköterskor hade en framträdande roll i barnens berättelser. De uppfattades som någon man kunde ha förtroende för och berätta allt för när det</p>

<p>Journal of Oncology Nursing Årtal: 2002</p>		<p>om vad barn önskar i form av information, engagemang och vårdmiljö.</p>	<p>analyserades och kunde så småningom presenteras i semantiska kategorier. Kategorierna presenterades separat men forskarna förstod på ett tidigt stadium att barnen såg dem som sammankopplade på en mängd olika sätt. Urvalet var 99 barn mellan 6 och 10 år. 50 barn intervjuades på sjukhus och 49 på 3 skolor.</p>	<p>diagnos, behandling, prognos, support och kompetens/roll (intervjumaterial). Barnen hade tydliga bilder av vad de upplevde på sjukhuset, vilka känslor vistelsen gav upphov till och hur miljön spelade roll för dem. Viktiga andra personer som hade betydelse för vården var familj, sjuksköterskor och andra personer kopplade till vården.</p> <p>Intervjumaterialet presenterade en bild av att barn behöver få information om sin sjukdom men sällan tillfrågades om vad de ville veta av vuxna.</p>	<p>kändes tungt och svårt. Barnen ville att de skulle vara skämtsamma och roliga men också ärliga och berätta vad barnen ville veta om sin sjukdom.</p>
<p><b>Titel:</b> Immunizing children who fear and resist needles: is it a problem for nurses? <b>Författare:</b> Ives, M.,</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Undersöka hur sjuksköterskor upplever att ge vaccinationer till barn som är</p>	<p>Forskarna har valt en aktionsforskningsmodell där datamaterial samlas in genom fokusgrupper med sjuksköterskor från</p>	<p>Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde det som stressande att möta barn som är rädda och vägrar</p>	<p>Datamaterialet innehåller många starka uttryck som indikerar hur svåra sjuksköterskor anser att</p>

<p>Melrose, S.  <b>Tidskrift:</b> Nursing Forum  <b>Årtal:</b> 2010</p>		<p>stickrädda och gör motstånd mot behandlingen</p>	<p>Kanada som vaccinerar barn. Inkluderade var sjuksköterskor som talade engelska och var kaukasier eller indo-kanadensiska.</p>	<p>samarbeta. Barn som gjorde starkt motstånd och vuxna som inte gav stöd i situationen skapade ett etiskt dilemma för sjuksköterskorna. Situationen upplevdes som osäker och att det var svårt att finna resurser för att avhjälpa problemen.</p>	<p>situationen är när de måste tvinga barn till följsamhet trots stort motstånd. De gav uttryck för att de upplevde maktlöshet, oro, ilska och moralisk stress.</p>
<p><b>Titel:</b> Barriers to pediatric pain management: A nursing perspective.  <b>Författare:</b> Czarnecki, L., Simon, K., Thompson, J.J., Armus, C.J., Hanson, T.C., Berg, K.A., ... Malin, S.  <b>Tidskrift:</b> Pain management nursing  <b>Årtal:</b> 2011</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera barriärer som hindrar att sjuksköterskor kan ge barn en god smärtlindring.</p>	<p>Metoden var en semistrukturerad intervjustudie där sjuksköterskor på ett sjukhus i Wisconsin svarade på en enkät/studieinstrument utformat av van Hulle Vincent &amp; Denyes för en tidigare studie av samma typ.</p>	<p>Resultatet som presenteras visar att sjuksköterskor kunde se att det fanns hinder för en optimal smärtlindring för barn, varav två var direkt kopplade till procedursmärta. Av de 18 hinder som studien funnit så handlar de första om hinder i form av samarbetsproblem mellan sjuksköterskor och läkare, de nästkommande om brist på tid för premedicinering och att</p>	<p>Sjukhuset där studien utfördes hade en stark vilja att förändra sin syn på smärthantering och det gjorde att studien lade grunden för ett omfattande förbättringsarbete som ännu inte utvärderats. Det blev också möjligt att utforma mål för vad som var optimal smärtlindring genom att använda självskattningsinstrument och hitta den nivå av smärtlindring som både</p>



				vårdpersonalen inte såg smärthantering som en prioriterad uppgift. Ytterligare ett problem som hamnade bland de främsta var samarbetet mellan sjuksköterskor och föräldrar.	barn och sjuksköterskor/föräldrar kunde se var tillräcklig. Vid procedursmärta blev det viktigt att ha både läkarordination klar och tillräckligt med tid för att få en god premedicinering som hunnit göra verkan innan proceduren påbörjades.
<p><b>Titel:</b> Providing information to children before and during venepuncture  <b>Författare:</b> Hughes, T.  <b>Tidskrift:</b> Nursing children and young people  <b>Årtal:</b> 2012</p>	Kvalitativ studie	Syftet med studien var att undersöka karaktär, process och konsekvenser av att ge information till barn i åldrarna 3 till 11 år före och under venpunktion	En kvalitativ studiedesign valdes. Data samlades in via icke-deltagande observationer inklusive inspelningar vid venpunktioner. Forskaren fokuserade på de icke-verbala delarna av proceduren. 4 sjuksköterskor och 11 barn deltog. Ingen av barnen var kända av forskaren sedan tidigare. 2 sjuksköterskor var kollegor från andra delar av sjukhuset där forskaren arbetat. Barn som uteslöts	Resultatet delades in i teman. Dessa förmedlade vilken information sjuksköterskor gav till barnen före, under och efter venprovtagningen. Information som gavs vid appliceringen av lokalanestetika samt vilken effekt information hade på barns förmåga till coping.  Barnen var ofta öppet nyfikna på vad sjuksköterskorna gjorde	Det som forskaren upplevde som ett observandum var att barnen inte bedömdes i fråga om kunskap och förståelse före och under proceduren. De mindre barnen informerades om lokalanestetikan/krämen som användes men inte själva proceduren. Dessa barn upplevde mer stress och smärta vid blodprovstagningen. De äldre barnen

			från studien var barn med överstressade föräldrar, som inte talade engelska eller hade ett kognitivt handikapp.	och ställde frågor. De tog kontakt och ville röra vid det material som användes.	informerades även om blodprovstagningen men med mer tekniska termer och sjuksköterskorna undersökte inte om barnen förstått deras förklaring. De äldre barnen upplevde inte samma stressnivåer under blodprovet som de mindre barnen. De äldre barnen ställde oftare frågor till sjuksköterskorna.
--	--	--	---	--	--

### **Bilaga 3. Arbetsfördelning vid Examensarbetet**

**Monireh Dadvar Baluchi:**

Referenslista  
Sökning av artiklar  
Inläsning och bearbetning av artiklar  
Identifiera teman  
Sekundärsökning  
Utkast till inledning och bakgrund  
Utkast till bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion  
Svensk text Sammanfattning

**Åse Lundblad:**

Grunddokument enligt *Riktlinjer för examensarbete* på högskolan i Skövde  
Referenslista  
Sökning av artiklar, konstruera söksträng  
Inläsning och bearbetning av artiklar  
Identifiera teman  
Sekundärsökningar  
Korrekturläsning med åtgärder  
Utkast till bakgrund syfte, metod, resultat och diskussion  
Engelsk text Abstract  
Tabeller

**Berith Wennström:**

Handledning och konstruktiv kritik i mängder  
Tålmod och goda råd samt några fler bra artiklar...