



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Beskrivning av barns oro, rädsla och smärta vid besöket på en barnakutmottagning. - en empirisk studie

Författare: Anette Kristiansson
Karolina Snygg

Handledare: Marie Edwinson Månsson

Magisteruppsats

Januari 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Box 157, 221 00 LUND

Beskrivning av barns oro, rädsla och smärta vid besöket på en barnakutmottagning. - en empirisk studie

Författare: Anette Kristiansson
Karolina Snygg

Handledare: Marie Edwinson Månsson

Magisteruppsats

Januari 2014

Abstrakt.

Barns besök på en barnakutmottagning kan vara en skrämmande och stressande upplevelse där undersökningar/åtgärder kan skapa rädsla, oro och smärta hos barnet. **Syftet** var att beskriva barns rädsla, oro och smärta i samband med undersökning/åtgärd på barnakut-/akutmottagningen samt undersöka om barn erhöll information före undersökning/åtgärd.

Metoden var av kvantitativ jämförande design. Urval gjordes genom att alla barn mellan sex till arton år samt deras föräldrar som besökte någon barnakut-/akutmottagning och som talade och förstod svenska tillfrågades om deltagande. **Resultatet** visade ingen skillnad mellan barnens skattade rädsla/oro före och efter undersökning/åtgärd, medan barnen skattade en lägre smärta efter undersökning/åtgärd. Rädsla/oro för venöst blodprov uppvisar den högsta medianen och rädsla/oro för röntgenundersökning den lägsta. Nittiofyra procent av barnen angav att de fått information inför undersökning/åtgärd.

Nyckelord

Barn, omvårdnad, rädsla, oro, smärta, akutsjukvård.

Avdelningen för omvårdnad
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Välbefinnande	4
Rädsla	5
Oro	6
Smärta	7
Vad görs idag för att minska barns rädsla/oro/smärta?	8
Kommunikation och lek	8
Barnanpassad miljö	9
Information/Förberedelser	9
Syfte	10
Metod	11
Urval av undersökningsgrupp	11
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	11
Genomförande av datainsamling	12
Genomförande av databearbetning	13
Etiska överväganden	14
Resultat	15
Diskussion	19
Diskussion av vald metod	19
Diskussion av framtaget resultat	21
Referenser	25
Bilaga 1 (5)	30
Barns beskrivning av besöket på en barnakutmottagning	30
Innan Du går hem alternativt blir inlagd	31
Bilaga 2 (5)	33
INFORMATIONSBREV till verksamhetschef	33
Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande	34
Bilaga 3 (5)	35
INFORMATIONSBREV Föräldrar	35
Samtyckesblankett	36
Bilaga 4 (5)	37
INFORMATIONSBREV Barn över 15 år	37
Samtyckesblankett	38
Bilaga 5 (5)	39
INFORMATIONSBREV Barn under 15år	39

Problembeskrivning

Barns besök på en barnakutmottagning kan vara en skrämmande och stressande upplevelse. Undersökningar och åtgärder kan skapa rädsla, oro och smärta hos barnet. Det kan delvis relateras till att barnet redan känner sig sjukt eller har ont på grund av sjukdomen/skadan som de uppsöker barnakutmottagningen för. Men det kan också relateras till att barnet har liten eller ingen vetskap om vad som ska hända (Winskill, Andrews, 2008).

Det första mötet med vården på barnakutmottagningen påverkar resten av barnets vistelse på sjukhuset. Att mötet blir bra är avgörande för att samarbetet mellan personal, barn och föräldrar ska fungera. Genom ett bra bemötande från vårdpersonal får barn och föräldrar en möjlighet att involveras i de beslut och processer som rör barnet (Broberg, 2009).

Studier genomförda under 1980-talet visar på att barn som förbereds och får information innan undersökningar och åtgärder upplever mindre rädsla och oro (Fernald & Corry, 1981, Edwinston, Björkhem & Lundström, 1985, Edwinston, Arnbjörnsson & Ekman, 1988). Efter 1980-talet har den svenska barnsjukvården förändrats för att bättre kunna se till barnens bästa och att deras behov tillgodoses (Edwinston Månsson, 1992, Forsner, 2006). Internationella samt nationella studier genomförda under 2000-talet har visat på att det fortfarande finns behov av utveckling av information och förberedelser som är ålders- och individanpassade (Forsner, 2006, Winskill, Andrews, 2008, Salmela, Aronen & Salanterä, 2010b, Finnström, Käck & Söderhamn, 2011).

En litteratursökning inom området visade att det saknas aktuella nationella studier om hur barn beskriver besök på barnakutmottagningen, där parametrarna (rädsla, oro och smärta) undersökts. Sådana studier kan vara viktiga för att ytterligare utveckla vården för barn som besöker akutmottagning.

Bakgrund

I Förenta Nationernas (FN's) konvention för barnets rättigheter, definieras barn som en individ under 18 år (UNICEF, 2009).

I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (2008) framgår att alla barn har rätt till kompetent personal och en miljö som är barnvänlig. Där står att barnsjuksköterskan ska ge barn en trygg och säker vård samt vara ett stöd för deras anhöriga och hjälpa dem att hitta förutsättningar till en bra vård för sina barn. Vidare gäller Hälso- och Sjukvårdslagen även barn och alla barn har rätt till en god och säker vård. De har rätt till information om sitt tillstånd och vad som ska utföras (SFS 1982:763).

Välbefinnande

Katharine Kolcaba är en amerikansk omvårdnadsforskare som på 1990-talet lade fram "Theory of Comfort" (Kolcaba, 1994), som enligt Nordstedts engelska ordlista (ord.se 131218) kan översättas till "teorin om välbefinnande". Det saknas en direkt svensk översättning av teorin. Då andra studenter har valt att använda teorin har jämförelser av deras översättningar gjorts avseende terminologi och ordval i nedanstående stycken (Abrahamsson & Wallöf, 2012).

Teorin om välbefinnande är en omvårdnadsteori som även kan vara användbar inom pediatrik omvårdnad, för att tillgodose barns behov av välbefinnande. Den har en holistisk utgångspunkt som involverar barn, familjer och vårdpersonal som helhet.

Hypotesen i teorin har sin utgångspunkt i den omedelbara upplevelsen av att barnet har fått stöd i sina fysiska, psykospirituela, miljömässiga och sociokulturella behov, vilket leder till lättnad/lindring (relief), välbehag (ease), och transcendens/att lyfta sig över (transcendence) och som tillsammans bidrar till välbefinnande (Kolcaba, 2003, Abrahamsson & Wallöf, 2012, ord.se 131218).

Lättnad/lindring kan vara att ett specifikt behov av välbefinnande bemöts. Välbehag kan vara hur smärta eller oro lindras genom adekvat smärtlindring eller andra åtgärder som exempelvis

avledning. Transcendens kan vara hur barnet/familjen lyfter sig över problemet eller smärtan (Kolcaba & DiMarco, 2005). Genom att tillämpa teorin om välbefinnande vid omvårdnadsprocedurerna kan självskattning av barnens upplevda rädsla/oro och smärta göras innan och efter åtgärd

Rädsla

Definitionen av rädsla är att rädsla utgör en grundläggande reaktion på fara eller hot (Egidius, 2008). Sjuksköterskor och barnsjuksköterskor som arbetar med barn behöver kunskap om hur barn uttrycker och hanterar sina rädslor. Beroende på hur barnet påverkas och hanterar sin rädsla under sjukhusvistelsen påverkar det i sin tur barnets framtida hälsa. Barn har beroende på ålder olika sätt för att hantera sin rädsla och det är viktigt att sjuksköterskan tillägnar sig kunskap om det i sitt arbete med barn. Oavsett hur barnet hanterar rädsla är det viktigt att få information, och vägledning då det kan hjälpa dem att orientera sig i en främmande situation och miljö (Salmela, Salanterä & Aronen, 2010a).

I en senare studie av samma författare visades att rädsla för omvårdnadsåtgärder och undersökningar var vanligt hos barn när de kom i kontakt med sjukvården. Omvårdnads-situationerna upplevdes skrämmande av barnen och var ibland även traumatiserande. Författarna menade att rädsla är en subjektiv upplevelse och den som har upplevelsen äger den och den rädsla som kan höra till (Salmela et al, 2010b).

Barn är rädda för olika saker i olika åldrar. Hos de yngre barnen (förskoleålder) handlar det oftast om rädsla för separation från föräldrar och för smärtsamma procedurer. Barn är sårbara för stress, rädda för att inte bli lyssnade på eller för att bli missförstådda. Händelser som upplevs kränka barnets integritet eller att behandlingen upplevs som ett straff kan leda till rädslor hos barn. De har olika uttryckssätt för att förmedla sin rädsla till omgivningen. En del barn i förskoleåldern blir arga, andra gömmer sig, en del blir mycket pratsamma och en del barn gömmer rädslan bakom en fasad (Salmela et al, 2010b).

Skolbarn mellan sex till tolv år kan känna skuld för att ha blivit sjuka, de har god kontroll över sin kropp och blir också bekymrade för att eventuella undersökningar/behandlingar skall inkräkta på deras integritet. De kan känna trygghet med andra personer utanför den närmsta familjen som till exempel en kompis eller en person ur personalen. Hos tonåringar finns rädslan för att de skall förlora kontrollen över sig själva, till exempel vid sövning eller om de

får lugnande medicin. De är också rädda för att deras utseende kan förändras (Edwinson Månsson, 2009).

I en avhandling av Forsner (2006) framgår det att barns rädsla påverkas av situationen som barnet befinner sig i. Yngre barn i förskoleåldern har större påverkan av fantasiföreställningar kring sjukdom och sjukhusvård medan äldre skolbarn upplever en vilshenhet när tillvaron är annorlunda från det normala (ibid).

Oro

Reed, Carter & Miller (1992) definierar oro som en dysforisk motbjudande känsla likt rädsla. En skala kallad "the Jacobi Anxiety Scale" (graderad 0-9 där 9 är mest orolig) användes i en amerikansk studie för att mäta oro hos barn före omvårdnadsprocedurer eller undersökningar. Det var första gången denna skala användes och var inte tidigare validerad. Syftet med studien var att se om barnen som var mindre oroliga före proceduren i sin tur var mer samarbetsvilliga under själva proceduren, vilket blev bekräftat i resultatet (Schreiber, Cunningham, Kunkov & Crain, 2005).

Bland barn som förbereddes inför dagkirurgi, minskade oron om barnet fick adekvat information om vad som ska hända och förbereddes om hur det kan kännas före och efter operationen, vilka känslor som kan förekomma och hur barnet kommer att må. Studien visade att information hjälpte dem att bearbeta situationen och när barnen fick goda preoperativa förberedelser blev eftervårdsförloppet lättare och risken att barnet upplevde oro vid nästa sjukhusbesök minskade. Samarbete mellan vårdpersonal och till exempel avdelningens kurator/psykolog visade sig vara av betydelse för att hjälpa barn hantera sin oro (Brewer, Gleditsch, Syblik, Tietjens, & Vacik, 2006).

Positiva upplevelser från tidigare sjukhusvistelser påvisade att oron för procedurer som till exempel en venpunktion minskade. Om barnet tidigare har blivit eller blev fasthållet kunde upplevelsen etsa sig fast hos barnet till kommande besök (Finnström, Käck & Söderhamn, 2011). Föräldrar beskrev också att om de var lugna och trygga upplevde de att oron minskade hos deras barn. Att vårdpersonal gav ärlig information om den smärta som kunde uppstå under en procedur utan att förstora upp det som skulle ske och därmed öka barnets oro var

betydelsefullt. Personalens vilja att ge god information och göra barnet delaktigt kunde komma i konflikt med föräldrars försök att avdramatisera. Denna studie visade också på att personalens professionalitet samt att de var trygga med sina arbetsuppgifter och använde sin fingertoppskänsla hade stor betydelse för mötet med barnet (Finnström, Käck & Söderhamn, 2011).

Smärta

Definitionen av smärta utifrån International Association for the Study of Pain, IASP, är "En obehaglig sensorisk och/eller känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan" (Merskey & Bogduk, 1994, pp 209-214)

Singer, Gulla och Thode Jr (2002) visade i sin studie betydelsen av att barns smärta och oro ska tas på allvar. Barns smärta kan utvärderas med hjälp av olika skalor till exempel Smiley Analog Scale (SAS) eller visuell analog skala (VAS) enligt Pothman (1990). Singer et al (2002) visade även att föräldrar är bättre på att bedöma barnens smärta jämfört med professionell vårdpersonal. Slutsatsen blev att smärtskattning gjord av barnet självt, av förälder och/eller vårdpersonalen fick olika utfall beroende på vem som genomförde smärtskattningen. Störst betydelse för barnet hade den reella smärtan som utgör en subjektiv upplevelse (ibid).

Att barns smärta ofta blev undermedicinerat eftersom personalen var rädd för översedering, andningsdepression och beroende och inte van att använda sederande och smärtstillande ämnen till barn visades i en studie av Zempsky & Cravero (2004). Inadekvat smärtlindring gav negativa effekter på pediatrika patienter vilket visade sig i att barn som inte fick adekvat smärtlindring skattade sin smärta högre vid smärtsamma procedurer. Vidare fanns på barnakutmottagningar en viss försiktighet med att ge analgetika relaterat till att vårdpersonal inte ville maskera de symtom som barnet har kommit till sjukhuset för. Slutsatser från studien var att barn med svår till måttlig smärta skulle prioriteras högt, smärtskattas och få adekvat smärtlindring. Det som vidare framkom var att; 1) all personal som arbetar med barn bör utbildas och få kunskap om att kunna smärtskatta barn, 2) ge möjlighet till att skapa lugna miljöer, 3) främja användning av icke-farmakologiska metoder, 4) föräldrars närvaro är

betydelsefull, 5) smärtskattningen ska börja redan vid triageringen på akutmottagningen samt 6) behandling mot smärta även ska ges till spädbarn (ibid).

Vad görs idag för att minska barns rädsla/oro/smärta?

Idag används på många ställen metoder som baseras på evidens för att minska rädsla/oro och smärta hos barn i sjukvården. Kommunikation, lek, barnanpassad miljö, information och förberedelser har i olika utsträckning introducerats och implementerats som rutin på de flesta barnavdelningar i Sverige (Edwinson Månsson & Dykes, 2004, Ygge, 2009, NOBAB, 2012).

Kommunikation och lek

Genom kommunikation etableras en terapeutisk relation, förmedlas information och/eller fylls en social funktion mellan människor. Vid kommunikation med barn bör vårdpersonal ha som utgångspunkt att presentera sig ordentligt och identifiera vem som är vårdnadshavare (Hallström, 2009a). Vårdpersonalen ska rikta sig till barnet i fråga, använda adekvat språk, inte byta namn på till exempel kroppsdelar, inte vara ironiska, inte förringa barnet och dess känsla/upplevelse vid besöket. Att lyssna på barnet när det vill berätta om en sak eller upplevelse och att bekräfta barnets behov och inte bara fortsätta med aktuell vårdprocedur är viktiga delar av den kommunikation som sker med barnet. Detta kan i sin tur skapa tillit mellan barnet och vårdpersonalen som är viktig i ett senare skede av vårdförloppet. Viktigt är också att vårdpersonalen tänker på hur de agerar vid undersökning och eventuell behandling (ibid).

I FN's konvention om barnets rättigheter, artikel 12 skrivs det att barnet har rätt att bilda sig sina egna åsikter och att dessa skall respekteras och att barnet har rätt att uttrycka frågor som ska beaktas (UNICEF, 2009). I Nordisk förening för sjuka barns behovs, (NOBAB, 2012), standard framgår i punkt 8 att "Personal som vårdar och behandlar barn skall ha sådan utbildning och kompetens att de kan bemöta de fysiska och psykiska behoven hos barnet och dess familj".

Kommunikation mellan barn, förälder och vårdpersonal är en viktig nyckel till att ge barnen möjlighet att uttrycka sig. Oftast har barnet ingen erfarenhet av sjukdom vilket gör att de vid besök på barnakutmottagningen befinner sig i en för dem ovan situation. Barnen deltar i informationsinsamlingen men har litet eller inget inflytande på de beslut som fattas med deras

bästa för ögonen. Vid planerade besök och undersökningar/operationer har föräldrar ökade möjligheter att förbereda barnet hemma inför besöket, något som saknas vid besöket på en barnakutmottagning. För barn som kommer dit är det viktigt att vårdpersonalen hjälper barnen att aktivt delta i den vård som rör dem (Hemingway & Redsell, 2011).

Framförallt barn i förskoleålder kommunicerar via leken, och genom leken kan många förberedelser göras. Barnen kan i sin tur genom leken hantera sin rädsla och eventuell ångest. Den allmänna leken är till för att lära känna sjukhusmiljön och om möjligt skapa trygghet. Därför är det viktigt med lekrum eller leksaker i väntrummet. Den strukturerade leken är den lek där barnet får leka/ får kunskap inför en specifik undersökning eller behandling. Det är viktigt att få barnet att förstå att barnsjuksköterskan kommer att stödja barnet genom hela behandlingen och vårdproceduren och att föräldrarna involveras i vårdmomenten. Avreaktionsleken som bör äga rum på lekterapin, kan hjälpa barnen att bearbeta upplevelsen och visa vad som varit skrämmande vid omvårdnadsprocedurer och undersökningar (Edwinson Månsson, 2009, Salmela et al 2010a).

Barnanpassad miljö

Idag kombineras hygieniska och funktionella lokaler med hemlik miljö. Med färger och former på väggarna, figurer hängande från taket och material som stimulerar gör att det inte känns så skrämmande. En anpassad miljö gör att det finns utrymme för hela familjen, inklusive syskon (Ygge, 2009).

Nordisk förening för sjuka barns behov (NOBAB, 2012) anger i sin standard punkt 6 att ”Barn skall ha möjlighet till lek och skolundervisning som är anpassad till deras ålder och sjukdomstillstånd, i en miljö som skall vara utformad och utrustad för att möta deras behov”.

Kolcaba & DiMarco (2005) betonar att den lugna miljön är viktig inom barnsjukvård, men betonar även vikten av bra möbler och säkerhet så långt det är möjligt. Om miljön inte är gynnsam bör barnsjuksköterskan eftersträva att skapa den bästa möjliga miljön för barnet och dess familj.

Information/Förberedelser

Stephens, Barkey & Hall (1999) listar flera olika interventioner som kan verka lindrande för barn och deras familjer i stressfulla situationer: a) förbered barnet och familjen, undvik ordet

”smärta” i alla förklaringar, b) bjud in föräldrar att närvara, c) använda sig av behandlingsrum för stressfulla procedurer i stället för barnets vådrum, d) se till att barnet har en bekväm ställning, och e) bibehåll en lugn och positiv atmosfär (Stephens, Barkey & Hall, 1999).

Nordisk förening för sjuka barns behov (NOBAB, 2012) anger i sin standard punkt 4 att ”Barn och föräldrar skall få information om barnets sjukdom, behandling och vård på ett sätt som de kan förstå och som är anpassat till barnets ålder”.

Hur sjukvårdspersonalen förbereder barn inför undersökningar och behandlingar är av vikt för att vårdprocedurerna skall gå så bra som möjligt. Ett väl förberett barn har möjlighet att förstå vad som ska hända och rädslan kan minska. Information som ges ska vara åldersrelaterad och mognadsanpassad. Barn i förskoleåldern har nytta av bilder eller genom att bli visade på en docka. Att förklaringar ges som att det är något som ska lagas vid till exempel operationer. För barn mellan 7-13 år handlar det om att inte röra någon annan del än det som är skadat/trasigt och att inte byta samtalsämne. Tonåringar vill gärna prata själva utan att föräldrarna är med, och att personalen sedan pratar med föräldrarna. Information ska upprepas samt tidsutrymme ska finnas för möjlighet att ställa frågor (Edwinson Månsson, 2009).

Med alla genomförda förbättringar/interventioner genom åren saknas det dock fortfarande studier om hur barn upplever ett besök vid en barnakutmottagning där barnets rädsla, oro och smärta före och efter undersökningar/åtgärder beskrivs.

Syfte

Studiens syfte var att beskriva barns rädsla, oro och smärta i samband med undersökning/åtgärd på barnakut-/akutmottagningen samt undersöka om barn erhöll information före undersökning/åtgärd.

Specifika frågeställningar:

- Finns skillnader av barns rädsla, oro och smärta före och efter undersökning/åtgärd på barnakut-/akutmottagningen?
- Erhåller barnen information före undersökning/åtgärd?
- Finns det en korrelation mellan skattad rädsla/oro och skattad smärta?

Metod

Studien utgörs av en tvärsnittsstudie med deskriptiv och jämförande statistik. Polit & Beck (2006) skriver att tvärsnittstudier är ekonomiska och lätthanterliga. Däremot finns det vissa risker med tvärsnittstudier eftersom trender kan förändras över tid och tvärsnittstudier är således lämpliga för ögonblicksbilder.

Urval av undersökningsgrupp

Urval gjordes genom att barn mellan sex till arton år och deras föräldrar som förstod och talade svenska och som under vecka 43-50 besökte någon av barnakut-/akutmottagningarna i norra Skåne tillfrågades om deltagande.

Exklusionskriterier för deltagande i studien utgjordes av barn som efter ansvarig sjuksköterskas bedömning inte ansågs lämpliga att medverka på grund av fysiska eller psykiska funktionshinder och barn som fått röd prioritering enligt Rapid Emergency Triage Treatment System Pediatrics (Retts-p) och Emergency Symptoms and Signs (ESS), alternativt som kom till barnakut/vuxenakutmottagningen som ”prioritet röd” med ambulans.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Frågeformuläret som användes i studien ”Oro/rädsla/smärta vid besök på barnakutmottagning” (Bilaga 1) pilottestades på en av de skånska barnakutmottagningarna under vintern 2012 (Edwinson Månsson, 2012). Pilotstudien genomfördes med fem föräldrar till barn 3-6 år, sex barn 7-11 år, och sju barn 12-18 år. Efter testningen gjordes layoutmässiga förändringar samt förtydligande av instruktionerna utifrån de framkomna synpunkterna.

Frågeformuläret var utformat med sju frågor som besvarades i samband med inskrivning på barnakutmottagningen samt femton frågor som besvarades innan hemgång alternativt innan barnet lades in för vidare utredning. Barnens skattningar av sin rädsla/oro och smärta gjordes

före och efter undersökning/åtgärd på en 100 mm skala. Under specifika undersökningar/åtgärder skattade barnen sin rädsla/oro före och under medan smärtan skattades enbart under undersökning/åtgärd.

I frågeformulären svarade barnen på om de hade fått information före undersökning/åtgärd, och i så fall på vilket sätt. Barnen svarade också på om de hade fått emlakräm för bedövning av huden och om de hade fått lugnande medicin eller annan bedövning i samband med undersökning/åtgärd. I frågeformuläret ingick även frågor som rörde ålder, kön och om förälder hjälpt barnet att läsa frågorna. Barnen fick skriftlig samt muntlig information av ansvarig sjuksköterska på barnakut-/vuxenakutmottagningen om att det var de själva som skulle fylla i frågeformuläret eftersom det var deras egen upplevelse som undersöktes.

Genomförande av datainsamling

Samtliga fyra barnakutmottagningar i Skåne erbjöds att ingå i studien. Två barnakutmottagningar avböjde att ingå relaterat till organisatoriska problem. Innan studien påbörjades erhöles medgivande från verksamhetschefer på de två barnakutmottagningar som ingick i studien.

Studien påbörjades i mitten av oktober genom personliga möten där författarna träffade avdelningschef och personal vid respektive barnakutmottagning för information kring genomförandet av studien och hantering av utgivet material. Efter given information startade datainsamlingen.

Barnsjuksköterskor/sjuksköterskor på barnakutmottagningarna lämnade ut frågeformulär inklusive samtyckesblanketter när barnen kom till barnakutmottagningen. Efter ifyllande lade föräldrarna de besvarade frågeformulären i en låst brevlåda alternativt förseglade kuvert som låstes in.

Efter några veckors försök till datainsamling uppdagades att båda barnakutmottagningarna hade begränsad urvalspopulation som försvårade arbetet med datainsamlingen. Detta kunde relateras till att man tog emot barn med enbart medicinska problem och barn med kirurgiska/ortopediska/öron-näsa-halsproblem befann sig på vuxenakutmottagningarna på

båda sjukhusen och missades därmed. Det var också många barn yngre än 6 år som besökte barnakutmottagningarna som därmed inte heller kunde delta. Efter inhämtande av tillstånd från respektive vuxenakutmottagnings verksamhetschef utvidgades studien till att även omfatta de barn som besökte vuxenakutmottagningarna på båda sjukhusen för kirurgiska, ortopediska och öron-näsa-halsproblem.

På den ena vuxenakutmottagningen lämnades frågeformuläret ut av sjuksköterska vid respektive områdes disk. Efter insamlande lades dessa frågeformulär i ett tillslutet kuvert. På det andra sjukhuset gick alla barn mellan 0-18 genom en första bedömning och prioritering av barnsjuksköterska/sjuksköterska på barnakutmottagningen och där lämnades frågeformulären ut samt samlades in. Frågeformulären lades i ett tillslutet kuvert. Under databearbetning förvarades frågeformulären inlåsta i ett kassaskåp hos en av författarna.

Genomförande av databearbetning

Under perioden som studien pågick besökte totalt 717 barn de båda barnakutmottagningarna. Totalt lämnades 120 frågeformulär ut till barn vid de två sjukhusen. 29 frågeformulär lämnades ut utan att återlämnas. Utav de 91 ifyllda frågeformulären exkluderades sex frågeformulär på grund av att det saknades förälders medgivande i fyra frågeformulär, ett frågeformulär där barnet uppgavs vara två år, samt ett obesvarat frågeformulär. Totalt ingår resultat från 85 frågeformulär.

Insamlat material transkriberades fortlöpande till SPSS statistics 22.0 och samtidigt fördes dagbok för att bibehålla kontroll över antalet överförda frågeformulär samt orsak till bortfall.

De olika variablerna analyserades med Student's t-test (kvotskala såsom ålder), Chi-två test (proportioner av hjälp av sina föräldrar att förstå frågeformuläret) samt Wilcoxon Signed Rank Test (2-sidigt test, ordinalskala såsom uppskattad rädsla/oro samt smärta, beroende variabler). Mann-Whitney U test (2-sidigt) användes för att jämföra barnens olika skattningar av olika undersökningar/åtgärder (tolkas som oberoende variabler). Ett alfa-värde på högst 0.05 ansågs som signifikant. Resultatet presenteras med såväl aritmetiskt medelvärde som median (Md) samt spridningsmått (standarddeviation och interquartilavstånd=IQR) där det är befogat. Absoluta och relativa frekvenser förtydligas i löpande text och tabeller.

För korrelationsanalys mellan skattad rädsla/oro och skattad smärta användes Spearman rho som är ett korrelationstest för icke normalfördelat material. Ett regressionstest är därefter utförd för att belysa i vilken grad utfallet kan förklaras [testar om den beroende (smärta) variabeln ökar eller minskar när förklaringsvariabel (oro/rädsla) ökar].

Etiska överväganden

Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN diariernr 129-13) prövade och gav rådgivande yttranden före start av studien. Godkännande erhöles från de medverkande klinikernas verksamhetschefer. Skriftligt informationsbrev samt blankett för skriftligt samtycke/respektive medgivande gavs till barnen och deras föräldrar. Deltagande i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan att vårdförloppet påverkades. Inga personuppgifter förutom kön och ålder samlades in. Insamlingen av materialet ägde rum utan att orsaka skada på något av barnen som deltog i studien. Allt material hanterades konfidentiellt, förvarades inlåst och förstördes efter att statistiska data sammanställts. Insamlad data redovisas i en magisteruppsats på specialistsjuksköterskeutbildningen inriktning barn och ungdom januari 2014.

I Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 1964) framgår fyra etiska krav, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. För varje studie som planeras ska nyttan av resultatet beaktas och om den är större än risken. Den moraliska aspekten av vad som är godtagbart att forska om, är något som forskaren själv eller forskarsamhället bär ansvaret för (Forsman, 1997). Nyttan av studien är att personal kan medvetandegöras om hur barn skattar sin rädsla och smärta under sitt besök på akutmottagning/barnakutmottagning, och om resultatet av studien kan påverka utvecklingen av framtidens barnsjukvård.

När det gäller studier där barn involveras måste minsta risk för skada uteslutas. Kunskap bör i första hand inhämtas hos den vuxne alternativt hos äldre barn. Forskning som utesluter barn innebär även en risk i sig eftersom tillstånd som berör barnen specifikt inte undersöks, vilket var något som övervägdes noga innan studien påbörjades. (Allmark, 2002, Polit & Beck, 2006). Barns åsikter är i denna studie viktiga att beakta. Enligt World Medical Assembly (2009) framgår det att varje patient som deltar i en studie har de rätt till information om

studien på ett sätt som är begripligt för honom alternativt henne och möjliggör beslutsfattande. Det gäller även barn och deras föräldrar, således gäller även att få barnets tillstånd/medgivande till att det vill medverka i en studie (WMA, 2009). Därför har barnen fått separata åldersanpassade informationsbrev där de fått information om hur de uppgifter som de lämnat kommer att användas. De fick även information om forskarens roll och att inlämnade uppgifter inte lämnas ut. För barn mellan 6-15 år erhöles förälders skriftliga informerade samtycke om deltagande i studien samt att barnen fick egna informationsbrev om studiens innehåll och gav sitt skriftliga medgivande enligt § 16 och 17 i SFS 2003:460. Barn mellan 15-18 lämnade själva skriftligt informerat samtycke för att delta i studien i enlighet med § 18 i SFS 2003:460.

Resultat

Resultatet baseras på att sammanlagt 85 barn som besvarat frågeformuläret. Könsfördelningen var 40 pojkar (47,1%) och 45 flickor (52,9%). Det finns ingen skillnad i ålder mellan könen, pojkarna hade en medelålder på 12 ± 4 jämfört med flickorna 13 ± 3 (t-test, $p=0,202$). Övriga demografiska data visar på att 21 pojkar av 40 (52.5%) och 21 flickor av 45 (46.7%) behövde hjälp av sina föräldrar att förstå frågeformuläret (Chi-två test, $p=0.666$).

Utav alla 85 barn som besvarat frågeformuläret var det 80 barn (94%) som uppgett att de fått muntlig information medan 5 barn (6%) uppgett att de inte uppfattat eller fått någon information.

Det fanns inga skillnader i barnens beskrivning av rädsla och oro före och efter genomförd undersökning/åtgärd (Wilcoxon Signed Rank Test, $p=0.686$). Barnens skattning enligt skalan var före undersökningen Md 48.50, IQR 43 jämfört med Md 50, IQR 52 efter undersökning (Tabell 1).

Tabell 1. Barns beskrivning av rädsla/oro, före och efter undersökning/åtgärd

(medelvärde=Median, interquartilavstånd=IQR, lägsta samt högsta skattat värde angivet som Min/Max).

	Rädsla/oro före	Rädsla/oro efter	P-värde
Antal barn	34	7	
Median	48.50	50.00	0.686
IQR	43	52	
Min/Max	3/100	5/100	

Wilcoxon Signed Rank Test *p= <0.05

Barnen skattade sin smärta signifikant högre före undersökningen/åtgärden (Md 60, IQR 30.50) jämfört med efter undersökningen/åtgärden (Md 50, IQR 39, Wilcoxon Signed Rank Test, p=0.002, se tabell 2).

Tabell 2. Barns beskrivning av smärta, före och efter undersökning/åtgärd

(medelvärde=Median, interquartilavstånd=IQR, lägsta samt högsta skattat värde angivet som Min/Max).

	Smärta före	Smärta efter	P-värde
Antal barn	65	39	
Median	60	50	0.002*
IQR	30.50	39	
Min/Max	8/100	6/100	

Wilcoxon Signed Rank Test *p= <0.05

De undersökningar/åtgärder barnen var mest rädda/oroliga innan den utfördes åskådliggörs i tabell 3.1. Rädsla/oro för venöst blodprov uppvisar den högsta medianen (Md 51, IQR 56.75) och rädsla/oro för röntgenundersökning den lägsta (Md 46.50, IQR 39.75).

Det fanns en signifikant skillnad mellan rädsla/oro för venöst blodprov och rädsla/oro för kapillärt blodprov (Mann-Whitney U-test, p=0.001, Tabell 3.2.).

Tabell 3.1. Deskriptiv beskrivning av barnens olika skattningar av rädsla/oro före undersökning/åtgärd (medelvärde=Median, interquartilavstånd=IQR, lägsta samt högsta skattat värde angivet som Min/Max).

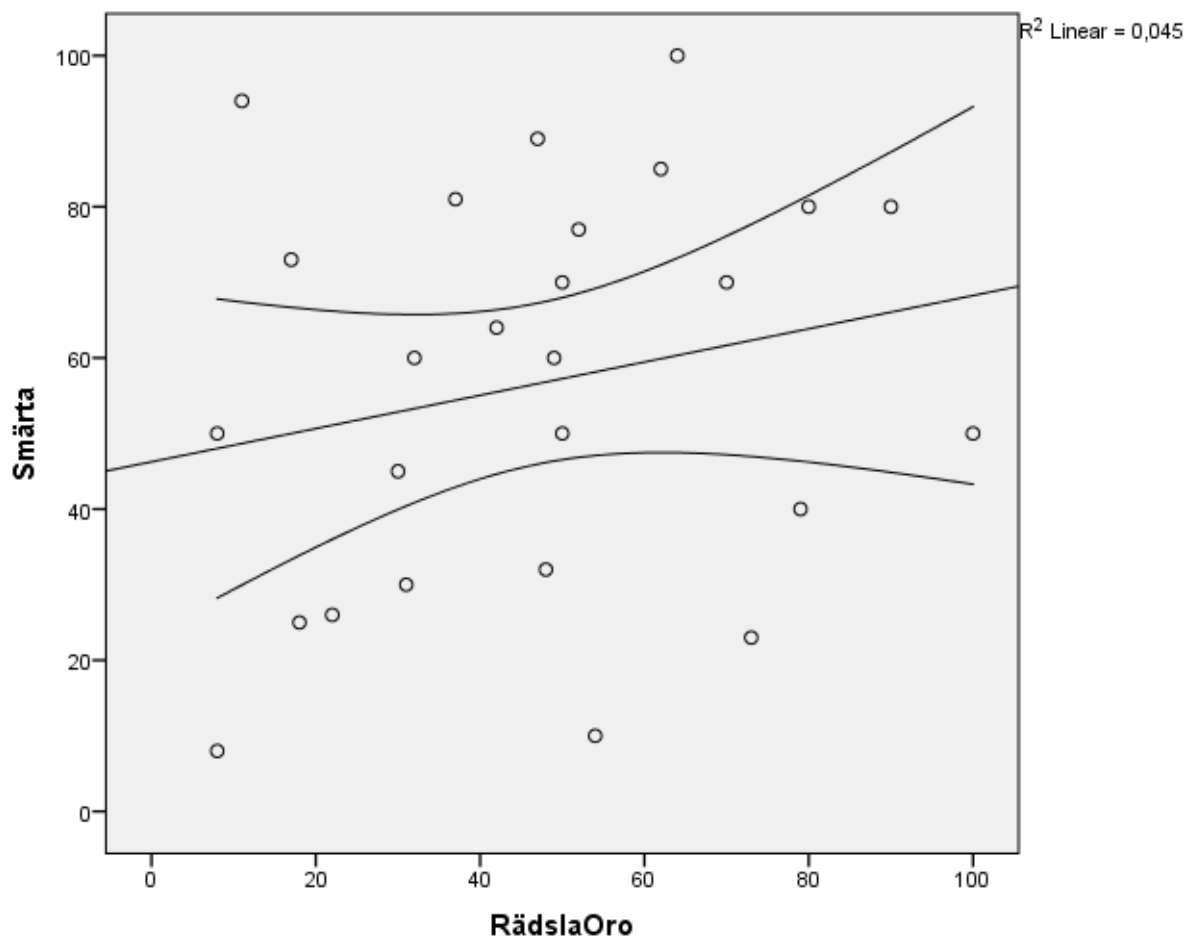
	Venöst prov	Kapillärt prov	Halsprov	Röntgen	Annan Undersökning
Antal barn	54	33	24	8	16
Median	51	35	47.5	21.5	46.5
IQR	56.75	56.50	38.25	-0.25	57
Min/Max	2/100	0/100	4/100	6/70	2/100

Tabell 3.2. Jämförelse av barnens olika skattningar av rädsla/oro före undersökning/åtgärd.

Undersökning/åtgärd	Jämfört med	P-värde
Venöst blodprov	Kapillärt blodprov	< 0.001*
	Halsprov	0.384
	Röntgen	0.063
	Annan Undersökning	0.289
Kapillär Provtagning	Halsprov	0.460
	Röntgen	1.000
	Annan undersökning	0.075
Halsprov	Röntgen	0.058
	Annan undersökning	0.866
Röntgen	Annan undersökning	0.068

Jämförelseanalys Mann-Whitney U test, *= p <0.05

Korrelationsanalys mellan skattad rädsla/oro och skattad smärta visar ingen statistisk signifikans dvs. högre skattad rädsla/oro sammanföll inte med högre skattad smärta (p=0.199, Spearman rho test). Detta bekräftas även genom en regressionsanalys som innebar att endast 4.5% av variationen i den beroende variabeln smärta kan förklaras av att barnen skattade förklaringsvariabel oro/rädsla olika ($R^2=0.045$, Figur 1).



Figur 1. Regressionsanalys av beroende variabeln smärta i förhållande till förklaringsvariabel oro/rädsla.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Enligt Polit & Beck (2006) är frågeformulär ett bra sätt att studera många olika ämnesområden, till exempel olika populationer eller jämförande studier mellan kön, etnicitet, ålder med mera och svaren som fås kan användas till flera fortsatta studier. I föreliggande studie har deskriptiv och jämförande statistik använts och således var frågeformulär att föredra. Vidare ska möjligheter till bias beaktas eftersom felkällor kan påverka resultatet (ibid).

För att få reliabilitet och en representativ generaliserbarhet av resultatet i en studie krävs ett tillräckligt stort antal besvarade frågeformulär. I föreliggande studie var förhoppningarna att få in 150 frågeformulär, något som ej uppnåddes. Att inte erhålla tillräckligt med variabler för analys kan medföra att ett statistiskt test inte kan förkasta en nollhypotes (finna skillnad) fastän den är falsk. Detta fenomen kallas för ett Typ 2 fel och kan ha förekommit frekvent i vår studie då det interna bortfallet får anses som stort.

Urvalspopulationen bestod av barn mellan 6-18 år, som talade och förstod svenska och som efter skriftligt samtycke eller förälders medgivande deltog. Anledningen till att barnen skulle tala och förstå svenska var att de skulle förstå frågeformuläret och kunna besvara frågorna. Polit & Beck (2006) menar att barn från sju års ålder kan vara mogna att delta i en studie och då även ge sitt medgivande om deltagande. Att brytpunkten i urvalet valdes vid sex års ålder har att göra med att majoriteten av sexåringar i Sverige går i förskoleklass. Utifrån aktuell forskning som bedrivs inom barndomspsykologi och barndomssociologi hämtas stöd för att aktuell studie kunde genomföras genom att barns villkor beaktades och att åldersspannet är relevant (Eilard, 2010).

Exklusionskriteriet ”prioritet röd”, det vill säga barn som är svårt sjuka vid ankomst till barnakut-/vuxenakutmottagning enligt Rapid Emergency Triage Treatment System Pediatrics (Retts-p) och Emergency Symptoms and Signs (ESS), ansågs av bedömande barnsjuksköterska att inte kunna svara på frågeformuläret och exkluderades således ur studien. De barn med psykiska eller fysiska funktionshinder som av bedömande sjuksköterska inte ansågs lämpliga

att erbjudas deltagande i studien har också exkluderats. Frågan är hur relevant den här gruppen av barns svar hade varit för studiens utfall. Förmodligen hade deras svar inte påverkat studiens resultat relaterat till att de kanske inte kan besvara frågorna korrekt eftersom de kan ha större behov av tolkning av materialet eller ökat hjälpbehov för att kunna besvara frågorna eftersom det var barnen som själva skulle besvara frågorna och genomföra skattningarna.

Frågeformuläret som användes i studien var pilottestat (Edwinson Månsson, 2012). Förbättringar gjordes endast av layout och språk under projektplanens utformning för att öka dess läsbarhet. Dock kan vi konstatera att resultatet medfört ett stort antal förmodade mätfel, kanske orsakat av brister i mätinstrumentet, kanske orsakat av okunnighet hos den som utförde mätningen. Detta skall då betraktas som ett systematiskt fel då det vid upprepade mätningar av samma fråga visar samma problematik hos respondenterna. Fenomenet bör alltså betraktas som en konstant gällande systematiskt fel och påverkar därigenom studiens validitet då hög validitet förutsätter hög reliabilitet.

I frågeformuläret fanns en fråga rörande om förälder hjälpt barnet att läsa. Vid utlämnandet av frågeformuläret hade barnsjuksköterskorna/sjuksköterskorna ombetts att lägga tyngdpunkt på att informera om att det var barnet som skulle besvara frågeformuläret även om föräldrarna hjälpte till att läsa och förklara. Detta eftersom det var barnens svar som var viktigt att få fram och inte vad föräldrarna tyckte eller tänkte om de olika undersökningarna/åtgärderna och barnens upplevelser i samband med detta. Det hade stor betydelse för studien att fånga barnens egen beskrivning och inte någon annans.

Det fanns problem med frågeformuläret som uppdagades efter det att datainsamling var genomförd och databearbetningen påbörjades. Det uppdagades då svårigheter i om barnen bedömt frågeformuläret korrekt. Detta eftersom det saknades följdfrågor rörande om barnen hade svarat i direkt anslutning till att undersökning/åtgärd utförts eller om de besvarade formuläret i efterhand och således skattade upplevelsen av genomförd undersökning/åtgärd efteråt. Detta bidrog till att jämförande analys på frågorna samt skattningarna som ägde rum under rädsla/oro och smärta inte har kunnat utföras på det sätt som var tänkt. Vid datainsamling där frågeformulär/enkäter används är det av betydelse att frågorna är enkelt formulerade och att frågorna som ställs inte kan misstolkas (Polit & Beck, 2006). Jämförelse mellan rädsla/oro före undersökning/åtgärd har kunnat genomföras med hjälp av Mann-

Whitney U test samt med manuell post hoc då jämförelser gjorts mellan de olika parametrarna mot varandra. Där fanns ej heller någon följdfråga om undersökningen ej var relevant därför kunde ett nej-svar vara både ett svar att barnen inte upplevde rädsla/oro eller smärta, eller att de inte genomfört undersökningen/åtgärden. Således exkluderades de frågor rörande hur barnen skattade sin rädsla/oro och smärta under undersökningar/åtgärder i resultatet.

Ett annat problem var att det i vissa fall var svårt att få in det besvarade frågeformuläret innan barnet gick hem eller vidare till avdelningen. Eftersom orsaken till varför de 29 frågeformulären som lämnats ut på barnakut-/vuxenakutmottagningarna men som sedan inte lämnats in vid hemgång alternativt inläggning på avdelning är oklar, går det bara att spekulera i. En orsak kan kanske vara att barnet/föräldern glömde att lämna tillbaka frågeformuläret. En annan orsak kan kanske vara att barnen upplevde frågeformuläret för stort, relaterat till att frågeformuläret innehöll 22 frågor, och därmed inte besvarade det. Antalet besvarade frågeformulär av de som lämnades ut visar dock att många barn och deras föräldrar har ansett det viktigt att se till att frågeformuläret returnerades. Positivt med studiens design var att barnen som deltog hade lång tid på sig med att fylla i frågeformuläret. Svaren gav mycket material att jämföra med och stora möjligheter till framtida studier på samma material finns.

Utvidgningen av studien till att även omfatta vuxenakutmottagningarna möjliggjorde en större svarsfrekvens av frågeformulär jämfört med om enbart barnakutmottagningarna hade deltagit, eftersom barnakutmottagningarna oftast handlägger medicinska åkommor. Många äldre barn har andra åkommor som oftast inte är medicinska, utan kirurgiska eller ortopediska eller av annan art och handläggs oftast på vanlig vuxenakutmottagning.

Diskussion av framtaget resultat

Könsfördelning och ålder mellan könen har i föreliggande studie varit jämnt fördelat. Även barn som behövt hjälp av sina föräldrar att förstå frågeformuläret har varit jämnt fördelat över könen. Tolkningen av dessa resultat kan vara att hjälp av föräldrar inte har med kön att göra utan mer om ålder på barnet. Att könsfördelningen varit jämn kan ge resultaten en bättre grund till att vara applicerbara till en större befolkning.

Barnens skattning av rädsla/oro före respektive efter genomförd undersökning/åtgärd på barnakut-/vuxenakutmottagningen visade ingen signifikant förändring på skattningsskalan.

Dock finns det hos författarna funderingar kring om det kan finnas kliniska skillnader som inte framkommit med de statistiska data som analyserats, utan som kan visa sig vid en kvalitativ intervjustudie med till exempel innehållsanalys som metod, där barn får berätta om sin upplevelse. Detta då vårt resultat visade att antalet som svarade ja, att de var rädda/oroliga, sjönk efter undersökningar/åtgärder i relation till före.

Liknande funderingar finns kring resultaten av barnens skattning av smärta före respektive efter genomförd undersökning/åtgärd. Resultaten visade att där fanns en statistisk signifikant förändring på skattningsskalan men även att antalet som svarade ja, att de hade ont, sjönk efter i relation till före undersökningar/åtgärder. Anledningen till varför smärtan sjunker bör uppmärksammas, möjligen påverkas dessa resultat av smärtlindring, information och/eller avledning. Dessa är viktiga saker för att så många barn som möjligt ska vara smärtfria.

Dock framgick också att nästan hälften av barnen (45,9%) angav att de fortfarande hade ont. Detta kan diskuteras om det beror på att given smärtlindrande medicin ej hunnit ge effekt eller att barnen går hem utan att ha fått någon smärtlindring. År 2004 redovisade Zempsky et al att personal är dåliga på att smärtstilla barn på barnakut-/ vuxenakutmottagningar. En observationsstudie eller en genomgång av journaler kan i en annan studie ge relationen till barnens upplevelse av smärtlindring och den faktiska utdelningen av smärtstillande av barnsjuksköterska/sjuksköterska.

Noel, McMurtry, Chambers & McGrath (2009) beskriver att barn som skattar sig högt på smärta vid ett tillfälle, i detta fall i samband med venös provtagning, då skattar sig högt på oro vid ett senare tillfälle. Detta kan bero på att barnens minne av smärta i samband med undersökningar/åtgärder kan öka rädsla/oro. Författarna i studien påpekar därför vikten av att smärtstilla barn i samband med undersökningar/åtgärder då smärta påverkar barnets rädsla/oro även vid framtida sjukhusbesök. I föreliggande studie presenterades inga jämförande resultat mellan rädsla/oro och smärta därför kan det inte bekräftas eller dementeras om barnen i denna studie har skattat liknande på de olika parametrarna. En anledning till motstridigt resultat kan kanske sättas i relation till föreliggande studies begränsning gällande eventuellt typ-2 fel.

Vid litteratursökningen till studiens bakgrund framkom betydelsen av förberedelser och information som viktiga komponenter i hur barns rädsla, oro och smärta kan förebyggas. (Salmela et al, 2010a, Salmela et al, 2010b, Finnström et al, 2011). Att stötta barn att ta sig

igenom okända situationer, fatta beslut som rör dem själva och ge bra information är enligt Salmela et al (2010a) nycklar för att främja god barnsjukvård. I föreliggande studie framkom att 94 % av barnen hade fått information. Att inte alla har angett att de fått information kan vara att barnen ej uppfattat den givna informationen eller att barnsjuksköterskan/sjuksköterskan har vänt sig till föräldrarna istället för barnet. Det är av vikt att kontrollera att alla barn känner sig informerade och trygga.

Att ge barnen en möjlighet att uttrycka sina rädslor på för dem adekvata sätt, kan visa barnsjuksköterskan/sjuksköterskan vilken upplevelse/moment som är mest skrämmande för barnet. I vår angav barnen att de var mest rädda/oroliga för venösa provtagningar. Med denna vetskap kan barnsjuksköterskan/sjuksköterskan då hjälpa barnet med att hantera situationen genom att förbereda barnet och föräldern och tillämpa konkreta PM och rutiner vid till exempel provtagningar, att använda behandlingsrum för stressfulla undersökningar/åtgärder i stället för det rum där barnet vårdas (Salmela et al, 2010b, Kolcaba & Dimarco, 2005). Med teorin om välbefinnande som ett ramverk i omvårdnaden kan barnsjuksköterskan/sjuksköterskan tillämpa en holistisk omvårdnad av barnet och dess familj (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Att som barnsjuksköterska/sjuksköterska involvera föräldrar i olika undersökningar/åtgärder är viktigt eftersom förälder/vårdnadshavare är de som vet hur barnet reagerar i en situation och att föräldrar/vårdnadshavare därför bör betraktas som en bra resurs att ta hjälp av i kommunikationen/mötet med barnet (Finnström et al, 2011). Har barnsjuksköterskan/sjuksköterskan som haft hand om barnet i föreliggande studie varit duktig på att involvera föräldrarna under undersökningarna/åtgärderna kan detta ha påverkat resultaten till det positiva.

Kolcabas teori om välbefinnande (2003) är tillämpningsbar i aktuell studie eftersom den mäter barns skattningar av upplevelser som påverkar barnets välbefinnande. Många av momenten som skattas ingår i Kolcabas teori om välbefinnande och används dagligen i barnsjuksköterskans arbete med barn och deras familjer. Eftersom rädsla, oro och smärta är upplevelser som sänker barnets välbefinnande är parametrarna utvärderingsbara, lämpligen genom att barnet får skatta sin upplevelse före och efter åtgärd vid besök på barnakutmottagningen (ibid).

Kolcaba & DiMarco (2005) visar att användandet av skattningsskala mellan 0-10 på en 10 cm skala visade sig i deras studie vara en bra metod där barn kan skatta olika upplevelser. I föreliggande studie användes en skala med 100 mm för att underlätta tolkningen av de statistiska data som framkom i resultatet. I Kolcabas & DiMarcos (2005) studie mäts komfort där barnets högsta nivå av komfort motsvarar 10 och där 0 motsvarar ingen komfort alls. På liknande sätt valdes i denna studie att tolka barnens skattning av rädsla, oro och smärta, 0 motsvarar ingen rädsla/oro eller smärta medan 100 motsvarar högsta nivån av rädsla/oro eller smärta. Genom att använda en av Kolcaba och Di Marco beprövad metod vid barnens skattningar upplevs resultaten av barnens skattningar trovärdiga (ibid). Antalet insamlade frågeformulär ger under denna korta tidsperiod en antydning om hur barnen upplever och skattar sina upplevelser vid ett besök på barnakut-/vuxenakutmottagning. En framtida studie som genomförs på samma sätt kan eventuellt ge större generaliserbarhet med en längre datainsamlingsperiod samt med hjälp från en större population.

Slutsats

Resultaten visar att barn skattar rädsla/oro likvärdigt före och efter undersökningar/åtgärder på skattningsskalan men antalet barn som upplever rädsla/oro minskar efter undersökning/åtgärd. Barnen skattar lägre på skattningsskalan gällande smärta efter undersökning/åtgärd jämfört med före undersökning/åtgärd samt att antalet barn som upplever smärta minskar efter undersökning/åtgärd. Det finns dock fortfarande antydning på att barn inte smärtstillas tillräckligt.

Forskningsläget gällande denna studies fokus skulle kunna utökas med en observationsstudie där rädsla/oro/smärta kan berikas utifrån ett barn-/sjuksköterska perspektiv. Detta skulle kunna ge en fördjupad kunskap i hur barn upplever varje undersökningsmoment då de får berätta om sin rädsla, oro och smärta.

Referenser

Abrahamsson, J., Wallöf, A (2012). *Procedursmärta inom intensivvården: en deskriptiv jämförande pilotstudie om smärta och obehag*. (Examensarbete – Magisternivå, Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa).

Allmark, P. (2002). The ethics of research with children. *Nurse Researcher*, 10 (2), 7-19.

Brewer, S., Gleditsch, S.L., Syblik, D., Tietjens, M.E., Vacik, H.W. (2006). Pediatric Anxiety: Child Life Intervention In Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 21 (1), 13-22.

Broberg, M. (2009). Kommunikation med barn och föräldrar: Bemötande och informationsbehov. I I. Hallström, I., T. Lindberg, (red.), *Pediatrisk omvårdnad* (ss 93-96). Stockholm: Liber.

Edwinson, M., Björkhem, G., Lundström, N-R. (1985). The values of increased information to children prior to heart catheterization. *Läkartidningen* (82) 3500-3504.

Edwinson, M., Arnbjörnsson, E., Ekman, R. (1988). Psychologic Preparation Program for Children Undergoing Acute Appendectomy. *Pediatrics* 82 (1), 30-36.

Edwinson Månsson, M. (1992). *The value of informing children prior to investigations and procedures* (Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Medicinska fakulteten).

Edwinson Månsson, M., Dykes, A-K. (2004). Practices for Preparing Children for clinical Examinations and Procedures in Swedish Pediatric Wards. *Pediatric Nursing* 30 (3), 182-187, 229.

Edwinson Månsson, M. (2009). Barn på sjukhus: Förberedelse av barn och föräldrar inför undersökning eller åtgärd. I I. Hallström, T. Lindberg, (red.), *Pediatrisk omvårdnad* (ss 107-111). Stockholm: Liber.

Egidius, H. (2008). *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur & Kultur.

Eilard, A. (2010). *Barndomens förändrade villkor. Förutsättningar för barns lärande i en ny tid*. Stockholm, Skolverket.

Eljertsson, G. (1992). *Grundläggande statistik – med tillämpningar inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur

Fernald, C-D., Corry, J-J. (1981). Empathic Versus Directive Preparation of Children for Needles. *Child Health Care*. 10 (2), 44-7.

Finnström, B., Käck, B-M., Söderhamn, O. (2011). Fingertoppskänsla och fingerfärdighet: Föräldrars uppfattningar om faktorer som inverkar på barnets upplevelse av perifer venpunktion. *Vård i Norden* 31 (1), 40-44.

Forsner, M. (2006). *Att vara barn i sjukdom och sjukvård – barns berättelser om sina upplevelser av sjukdom och sjukvårdsrädsla* (Doktorsavhandling, Umeå Universitet, Department of Clinical Sciences, Pediatric Department of Nursing).

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Hallström, I. (2009a). Kommunikation med barn och föräldrar : Att kommunicera med barn och föräldrar i vården. I I. Hallström, I., T. Lindberg, (red.), *Pediatrisk omvårdnad* (ss 97-99). Stockholm: Liber.

Hallström, I. (2009b). Forskning med barn. I I. Hallström, I., T. Lindberg, (red.), *Pediatrisk omvårdnad* (ss 37-40). Stockholm: Liber.

Hemingway, P., Redsell, S. (2011). Children and young people's participation in healthcare consultations in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 19,192-198.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 19(6), 1178-1184

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. New York: Springer Publishers

Kolcaba, K., DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing* 31 (3), 187-194.

Mersky, H., Bogduk, N. (Red.), (1994). *Classification of Chronic Pain*. IASP Task Force on Taxonomy. Second edition. Seattle: IASP press

NOBAB Nordisk förening för sjuka barns behov. (2012). *Nordisk standard för barn och ungdom inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 19 maj, 2013, från NOBAB, <http://www.nobab.se/standard/Barn-och-ungdomar.php>

Noel, M., McMurtry, M., Chambers, C., McGrath, P. (2009). Children's memory for painful procedures: The relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviours to subsequent recall. *Journal of Pediatric Psychology*. 34 (4), 1-11.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Pothman, R. (1990). Comparison of the visual analog scale (VAS) and a smiley analog scale (SAS) for the evaluation of pain in children. *Advances in Pain Research and Therapy*. 15, 95–99.

Predicare (2012). *Rapid Emergency Triage Treatment System Pediatrics (Retts-p): Version 1.2*. Göteborg: Predicare AB.

Reed, L.J., Carter, B.D., Miller, L.C. (1992). Fear and anxiety in children. I C.E. Walker, M.C. Roberts. (Red.). *Handbook of Clinical Child Psychology*. (2:a upplagan, ss 237-260). New York: Wiley.

Salmela, M., Salanterä, S., Aronen, E.T. (2010a). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6), 1222-1231.

Salmela, M., Aronen, E.T., Salanterä, S. (2010b). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child: Care, Health and Development*, 37 (5), 719-726.

Schreiber, K.M., Cunningham, S.J., Kunkov, S., Crain, E.F. (2005). The association of preprocedural anxiety and the success of procedural sedation in children. *The American Journal of Emergency Medicine*, 24, 397-401.

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen

SFS 2003:460 *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

Singer, A.J., Gulla, J., Thode Jr, Hc. (2002). Parents and Practitioners Are Poor Judges of Young Children's Pain Severity. *Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 9 (6), 609-612.

Stephens, B., Barkey, M. Hall, H. (1999). Techniques to comfort children during stressful procedures. *Advances in Mind-Body medicine*, 15, 49-60

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. [Broschyr].

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2009). *Child right: United Nations Convention on the rights of the child*. [Broschyr]. Stockholm: UNICEF.

Winskill, R., Andrews, D. (2008). Minimizing the "ouch" – A strategy to minimize pain, fear and anxiety in children presenting to the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11, 184-188.

World Medical Assembly. (2009.) *Medical Etichs Manual: Andra upplagan* [Broschyr].
Förlagsort okänd.

World Medical Association. (1964). World Medical Association Declaration of Helsinki.
Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 20131219, 2013,
från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Ygge, B-M. (2009). Att vårdas på sjukhus. I I. Hallström, I., T. Lindberg, (red.), *Pediatrik
omvårdnad* (ss 101-105). Stockholm: Liber.

Zempsky, W.T., Cravero J.P., and the Committee on Pediatric Emergency Medicine and
Section Anesthesiology and Pain Medicine. (2004). Relief of Pain and Anxiety in Pediatric
Patients in Emergency Medical System. *The American Academy of Pediatrics*. 114 (5), 1348-
1356.

Bilaga 1 (5)

Barns beskrivning av besöket på en barnakutmottagning

Vi vill gärna veta hur Du känner dig under besöket på barnakutmottagningen. Vi ber Dig därför att markera på linjerna hur Du känner dig just nu medan Du väntar på din tur. Vi ber Dig också att fylla sida 2 och 3 när du är färdig på barnakutmottagningen och skall gå hem eller läggas in på barnavdelning.

Pojke Flicka Din ålder..... Förälder hjälpt till att läsa frågorna JA / NEJ

	JA	NEJ	Om ja, markera på linjen nedan	
Är du rädd/orolig nu när du är på barnakutmottagningen?			Ingen rädsla/ oro 0 _____	Mycket rädd/ orolig 10
Har du ont?			Inte ont 0 _____	Mycket ont 10
Är du rädd/orolig inför:	JA	NEJ	Om ja, markera på linjen nedan	
Blodprov som stick i armen eller venflonsättning i arm/hand?			Ingen rädsla/ oro 0 _____	Mycket rädd/ orolig 10
Stick i finger?			Ingen rädsla/ oro 0 _____	Mycket rädd/ orolig 10
Halsprov?			Ingen rädsla/ oro 0 _____	Mycket rädd/ orolig 10
Röntgenundersökning?			Ingen rädsla/ oro 0 _____	Mycket rädd/ orolig 10
Annan undersökning? Vilken? _____			Ingen rädsla/ oro 0 _____	Mycket rädd/ orolig 10

Innan Du går hem alternativt blir inlagd

Nu vill vi att Du besvarar följande formulär innan Du går hem eller blir inlagd. Var vänlig att lämna formuläret till en sjuksköterska innan Du lämnar barnakutmottagningen!

Var du rädd/orolig under: **JA** **NEJ** Om ja, markera på linjen nedan

Blodprov som stick i armen eller venflonsättning i arm/hand?			Ingen rädsla/ oro 0	Mycket rädd/ orolig 10
Stick i finger?			Ingen rädsla/ oro 0	Mycket rädd/ orolig 10
Halsprov?			Ingen rädsla/ oro 0	Mycket rädd/ orolig 10
Röntgenundersökning?			Ingen rädsla/ oro 0	Mycket rädd/ orolig 10
Annan undersökning? Vilken?			Ingen rädsla/ oro 0	Mycket rädd/ orolig 10

Hade du ont under:

Om ja, markera på linjen nedan

Blodprov som stick i armen eller venflonsättning i arm/hand?			Inte ont 0	Mycket ont 10
Stick i finger?			Inte ont 0	Mycket ont 10
Halsprov?			Inte ont 0	Mycket ont 10
Röntgenundersökning?			Inte ont 0	Mycket ont 10
Annan undersökning? Vilken?			Inte ont 0	Mycket ont 10

JA NEJ

Fick Du information före undersökning/ behandling om hur den går till?

--	--

Om ja, på vilket sätt?

Är Du rädd/orolig efteråt när undersökningen/prov tagningen är genomförd?

--	--

Om ja, markera på linjen nedan

Ingen rädsla/
oro

Mycket rädd/
orolig

0

10

Har du ont nu efteråt?

--	--

Inte ont

Mycket ont

0

10

Har du fått emla "trollerikräm"?

--	--

Annan bedövning/lugnande?

--	--

Om ja, vilken?

Anette & Karolina



Bilaga 2 (5)

INFORMATIONSBREV till verksamhetschef

2014-02-06

LUNDS UNIVERSITET Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

Till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”*Barns beskrivning av besöket på en barnakutmottagning*”

Syftet med studien är att be barn mellan 6-18 år att skatta sin rädsla, oro och smärta vid besök på barnakutmottagningen vid SUS, Lund respektive Malmö samt Helsingborg och Kristianstad. Beroende på utfall kan studien eventuellt identifiera nya förbättringsområden för barnsjuksköterskan.

Formuläret skall lämnas ut på barnakutmottagningen och återlämnas före hemgång alternativt före inläggning på barnavdelning. Metoden som skall användas är kvantitativ med sammanställning och jämförelser av de deskriptiva data som erhålls med ett, under vintern 2012, utprovat formulär med 7 frågor före åtgärd och 15 frågor innan hemgång alternativt inläggning, totalt 22 frågor. Skriftlig information (Bilaga 4-6) ges till alla föräldrar och barn samt skriftligt informerat samtycke måste erhållas från förälder om barnet är under 15 år. Samtliga barn ger sitt medgivande till att delta i studien. Barn mellan 15-18 år får själva, utan föräldrars medgivande, lämna informerat samtycke. Urvalskriterier utgörs av barnets ålder (6-18 år) samt att de är svensktalande. Datainsamlingsperioden är 23/9 2013 – 14/10 2013.

Alla formulär behandlas konfidentiellt. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Studien påverkar inte den vård barnet behöver. Information kommer att ges av ansvarig sjuksköterska vid inskrivning på barnakutmottagningarna. Inga personuppgifter förutom om det är pojke, flicka och ålder kommer att samlas in. Det insamlade materialet kommer att hanteras konfidentiellt och kommer att förstöras efter att statistiska data har sammanställts. Insamlad data kommer att redovisas i en magisteruppsats på specialistsjuksköterskeutbildningen inriktning barn och ungdom januari 2014.

Vi anhåller om att få hjälp av inskrivande sjuksköterskor för att välja ut undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier. Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien påbörjas. Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Karolina Snygg

Leg SSK

0705-836791

sbs13ksn@student.lu.se

Anette Kristiansson

Leg SSK

0707-518666

sbs13akr@student.lu.se

Handledare Marie Edvinson

Månsson

BarnSSK, dr med vet, PhD

0705-981145

marie.edvinson_mansson@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Barns beskrivning av besöket på en barnakutmottagning

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



Bilaga 3 (5)

INFORMATIONSBREV Föräldrar

2013-08-17

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

Information till föräldrar

Barns beskrivning av mötet på en barnakutmottagning

Du och Ditt barn tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Syftet med studien är att be barn mellan 6-18 år att skatta sin rädsla, oro och smärta vid besök på en barnakutmottagningen vid antingen SUS (Lund och Malmö) samt Helsingborg eller Kristianstad för att se om det finns behov av att förbättra omvårdnaden i samband med besök på barnakutmottagningen.

Om Du och ditt barn väljer att delta, kommer barnet att få fylla i ett frågeformulär med 7 frågor före åtgärd (medan ni väntar i väntrummet) och 15 frågor innan hemgång alternativt inläggning, totalt 22 frågor. När frågorna är besvarade lämnar ni formuläret till ansvarig sjuksköterska på barnakutmottagningen innan hemgång eller före inläggning på någon avdelning. I samband med att ni lämnar in det besvarade formuläret lämnar ni även in Ert medgivande om deltagande ifyllt av både dig som förälder och ditt barn.

Är ditt barn över 15 år får han/hon själv bestämma om deltagande. Ert deltagande är helt frivilligt och Ni kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för ditt barns behandling/kontakt med sjukvården. Era svar på frågeformuläret/enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Era svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Ni inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård, 60 hp.

Om Ni vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss, eller till vår handledare

Med vänlig hälsning

Anette Kristiansson
Leg sjuksköterska
0707-518666
sbs13akr@student.lu.se

Karolina Snygg
Leg sjuksköterska
0705-836791
sbs13ksn@student.lu.se

Marie Edwinson Månsson
PhD, Universitetslektor. Institutionen f
hälsa, vård och samhälle, Lunds
universitet, Box 157, 221 00 Lund.
0705-981145
marie.edwinson_mansson@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”*Barns beskrivning av besöket på en barnakutmottagning.*”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för mig eller barnets behandling.

Härmed ger jag mitt informerade samtycke till mitt barns deltagande i ovan nämnda studie.

Underskrift av vårdnadshavare

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer

Underskrift av barn under 15år

Ort, datum

Underskrift



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Bilaga 4 (5)

INFORMATIONSBREV Barn över 15 år
2013-08-17

Information till barn över 15 år

Barns beskrivning av mötet på en barnakutmottagning

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Syftet med studien är att be barn mellan 6-18 år att skatta sin rädsla, oro och smärta vid besök på en barnakutmottagningen vid antingen SUS (Lund och Malmö) samt Helsingborg eller Kristianstad för att se om det finns behov av att förbättra omvårdnaden i samband med besök på barnakutmottagningen.

Om Du väljer att delta, kommer Du att få fylla i ett frågeformulär med 7 frågor före åtgärd (medan Du väntar i väntrummet) och 15 frågor innan hemgång alternativt inläggning, totalt 22 frågor. När frågorna är besvarade lämnar Du formuläret till ansvarig sjuksköterska på barnakutmottagningen innan hemgång eller före inläggning på någon avdelning. I samband med att Du lämnar in det besvarade formuläret lämnar Du även in Ditt skriftliga samtycke om deltagande i studien.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Dina svar på frågeformuläret/enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Ditt svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård, 60 hp.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss, eller till vår handledare

Med vänlig hälsning

Anette Kristiansson
Leg sjuksköterska
0707-518666
sbs13akr@student.lu.se

Karolina Snygg
Leg sjuksköterska
0705-836791
sbs13ksn @student.lu.se

Marie Edwinson Månsson
PhD, Universitetslektor. Institutionen
hälsa, vård och samhälle, Lunds
universitet, Box 157, 221 00 Lund
0705-981145
marie.edwinson_mansson@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”*Barns beskrivning av besöket på en barnakutmottagning.*”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt informerade samtycke till deltagande i ovan nämnda studie.

Underskrift av studiedeltagare

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer



Bilaga 5 (5)

INFORMATIONSBREV Barn under 15år

2014-02-06

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

Information till barn under 15 år

Barns beskrivning av mötet på en barnakutmottagning

Hej!

I det här brevet får Du information om en studie som Du erbjuds att delta i. Den går ut på att se hur Du känner dig och några frågor om vad som händer dig nu när du är här på barnakutmottagningen, och hur Du känner dig när du ska gå hem eller läggas in på en avdelning.

Om Du vill vara med kommer det inte att förändra något för dig. Ingen kommer att veta vem just Du är, ditt namn kommer inte kunna hittas efteråt i vår text utan bara om du är flicka eller pojke och hur gammal du är. Det är helt frivilligt att vara med och vill Du inte svara på frågorna innan Du går hem går det bra att säga stopp.

Vill Du vara med så vill vi att du skriver under med ditt namn på samma lapp som dina föräldrar.

Dina föräldrar får gärna hjälpa dig att läsa och skriva men det är viktigt att det är Du som kryssar på linjen.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss, eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Anette Kristiansson

Leg sjuksköterska

0707-518666

sbs13akr@student.lu.se

Karolina Snygg

Leg sjuksköterska

0705-836791

sbs13ksn @student.lu.se

Marie Edwinson Månsson

PhD

0705-981145

marie.edwinson_mansson@med.lu.se