



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Sjuksköterskors kunskap om och attityder till smärta hos och smärtskattning av barn

- En enkätstudie

Författare: Märten Dahl och Durita M. Olsen

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Hösten 2015

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

Sjuksköterskors kunskap om och attityder till smärta hos och smärtskattning av barn

- En enkätstudie

Författare: Mårten Dahl och Durita M. Olsen

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Hösten 2015

Abstrakt

Bakgrund: Sjuksköterskors kunskap om och attityder till smärta och smärtskattning påverkar kvaliteten på de insatser som barn får. Ny forskning visar att sjuksköterskor som jobbar med barn i några fall har bristande kunskaper och negativa attityder avseende ämnet.

Syfte och metod: En enkät delades ut till sjuksköterskor på barnavdelningar i Skåne med syfte att undersöka kunskap om och attityder till smärta och smärtskattning av barn i åldern 0-12 år. Enkätmaterialen analyserades statistiskt för att undersöka om kunskap och attityder hade ett positivt samband med vidareutbildning och arbetslivserfarenhet.

Resultat: Deltagarna hade generellt positiva attityder och en acceptabel kunskapsnivå, och kunskap ($p=0.002$) och attityder ($p=0.094$) visade sig samvariera positivt med längden av arbetslivserfarenhet. Sjuksköterskor med någon form av vidareutbildning hade också bättre kunskaper ($p=0.06$) och mer positiva attityder ($p=0.031$) än de utan vidareutbildning. Resultaten visade samtidigt att sjuksköterskorna inte var helt konsekventa i sina generellt positiva attityder till smärtskattning och att deras kunskap var bristande i enskilda frågor om smärtstillande läkemedel.

Konklusioner: Lång arbetslivserfarenhet och vidareutbildning har en positiv inverkan på sjuksköterskors kunskap om och attityder till pediatrik smärta. Trots deras generellt positiva attityder till ämnet är det nödvändigt att kontinuerligt arbeta med att riktlinjer för smärthantering efterlevs i den kliniska vardag för att motverka att användandet av validerade smärtskattningsinstrument släpar efter.

Nyckelord

(Paediatric pain, pain assessment, nurses attitudes and knowledge)

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Problemområde	3
Bakgrund.....	5
<i>Perspektiv och utgångspunkter</i>	5
<i>Smärtbegreppet</i>	6
<i>Barn och smärta</i>	6
<i>Smärtbedömning</i>	8
<i>Attityder och kunskap</i>	8
Syfte	9
<i>Hypoteser</i>	10
Metod	10
<i>Urval</i>	10
<i>Instrument</i>	11
<i>Datainsamling</i>	13
<i>Analys av data</i>	14
<i>Forskningsetiska avvägningar</i>	15
Resultat.....	16
<i>Svarsfrekvens och externt bortfall</i>	16
<i>Bakgrundsinformation</i>	16
<i>Kunskap om smärta och smärtskattning</i>	17
<i>Attityder till smärta och smärtskattning</i>	21
<i>Kvalitativ tematisering av svar i fritext</i>	25
Metoddiskussion	27
Resultatdiskussion	30
<i>Kunskap om och attityder till pediatrik smärta och smärtbehandling hos sjuksköterskor</i>	30
<i>Attityder till generell smärtskattning</i>	31
<i>Negativa attityder trots lång arbetslivserfarenhet och vidareutbildning</i>	32
<i>Sjukvårdspersonals och barns förväntningar och tolkning av smärta</i>	34
<i>Kunskap om farmakologisk behandling relaterat till arbetslivserfarenhet och vidareutbildning</i>	35
<i>Orsaker till brister inom smärthantering och hur de kan kompenseras</i>	36
Konklusion och implikationer	37

Referenser	38
Bilaga 1.....	43
Bilaga 5.....	53
Bilaga 6.....	57
Bilaga 7.....	69

Problemområde

De senaste decennierna har det forskats mycket om hur barn upplever smärta, vilket har medfört att metoder och riktlinjer rörande smärtskattning och smärtlindring har blivit implementerade i

klinisk verksamhet. Studier visar dock att de riktlinjer och verktyg som är införda i verksamheter för att skatta smärta och utvärdera smärtlindring, inte används tillräckligt (Pölkki et al., 2010; Twycross & Collins, 2013a; Stanley & Pollard, 2013; Ljusegren et al 2011; Ferrante et al 2013). Enligt Kompetensbeskrivning för barnsjuksköterskor (2008) är det barnsjuksköterskans uppgift att visa fördjupande kunskaper, färdigheter och kompetens inom omvårdnad i samband med smärta hos barn. Samtidigt visar flera studier att barn inlagda på sjukhus alltför ofta upplever en brist på smärtlindring (Pölkki et al., 2010; Stanley & Pollard, 2013; Ranjit & Manias, 2010). Obehandlad smärta kan medföra negativa fysiologiska och psykologiska följder som också kan påverka barnet senare i livet (Socialstyrelsen, 2003).

Flera undersökningar pekar på att anledningen till att föreskrivna riktlinjer inte alltid efterlevs bl.a. beror på sjuksköterskors brist på kunskap och deras attityder, som kan vara präglade av ett förringande synsätt när det gäller uppmärksamhet på och lindring av pediatrik smärta (Twycross & Collins, 2013a; Stanley & Pollard, 2013). Enligt en finsk studie av Pölkki et al. (2010) som undersökte sjuksköterskors uppfattningar och attityder till smärtskattning av neonatala barn, visade det sig att en tydlig majoritet av sjuksköterskorna i urvalsgruppen (97%) tyckte att smärtskattning var viktigt. Samtidigt ansåg mer än hälften (60%) av respondenterna att de tillförlitligt kunde bedöma barnens smärta utan att använda sig av något smärtbedömningsinstrument. Detta samtidigt som studien visade att en fjärdedel av respondenterna hade en bristande kunskap om hur prematura barn upplever smärta (a.a).

En svenskt studie utförd av Gradin och Eriksson (2011) redogorde för hur användning av smärtbedömningsinstrument inom neonatalvård har ökat successivt från 3% till 44% mellan åren 1993-2008. Samtidigt indikerar resultaten att mer än hälften av neonatalavdelningarna i Sverige inte använder sig av instrumenten, trots att de är rekommenderade både nationellt och internationellt (a.a). Smärtbedömningsinstrument ger ett objektiva värde av barnets tillstånd, men om sjuksköterskorna inte använder instrumenten, blir bedömningen av barnet subjektiv, vilket inte alltid är förenligt med barnets individuella reella behov (IASP, 2005; Svensk Barnsmärtförening, 2013; Läkemedelsverket 2014).

Sammantaget verkar det råda en kunskapsbrist hos sjuksköterskor när det kommer till omvårdnadsåtgärder som att bedöma och lindra smärta hos barn, vilket i sin tur antyder att implementeringen av åtgärderna fortfarande inte är optimal. Detta ställer krav på sjukvården och

utbildningen av sjuksköterskor att sörja för ett avståndstagande från en kultur av mer subjektiva bedömningar av smärta hos barn (Pölkki et al., 2010; Ranjit & Manias, 2010).

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Enligt Patricia Benner kan en sjuksköterska begränsas i sina möjligheter att utvecklas kunskapsmässigt, om hen endast arbetar utifrån traditionella sjukvårdsteorier. Benner menar dock att de traditionella teorierna har en styrka i att förenkla och påvisa sammanhang i sjukvårdens brokiga verklighet, där särskilt den oerfarna sjuksköterskan har användning av att förhålla sig till dessa teorier som stöd i sitt arbete. Enligt Benner lär sig den oerfarna sjuksköterskan, *novicen*, sig successivt komplexa färdigheter och får en intuitiv helhetsförståelse av konkreta situationer, för att slutligen bli *expert*. Det medför att hen stegvis frigör sig från att medvetet använda sig av teoretiska principer och riktlinjer. Benner anser att sjuksköterskor som arbetar på detta intuitiva sätt kan lära sig nya kunskaper genom att använda referenser från egen praktisk erfarenhet, som genom reflektion kan resultera i ny kunskap. Denna kunskap kan i förlängningen ligga till grund för en förbättrad sjukvårdpraxis (Benner 1993).

Så fort *novisens* förmåga att individualisera och prioritera vårdinsatser förbättras, utifrån principer oberoende av detaljerade riktlinjer, kan hen enligt Benner räknas som en sjuksköterska på en mellannivå. Sjuksköterskans vårdinsatser anses då vara acceptabla. Efter en tid utvecklas sjuksköterskan till att bli än mer kompetent. Benner anser dock att många kompetenta sjuksköterskor förblir på just denna nivå, medan ett fåtal fortsätter utvecklas från kompetenta till experter (a.a.).

Benner lägger vikt vid att det primärt är erfarenheten som sjuksköterskan förvärvar genom att vara verksam inom ett specifikt arbetsområde över längre tid, som har betydelse för utvecklingsprocessen från *novis* till *expert*. Processen är beroende av att sjuksköterskan har möjlighet att reflektera över teoretisk kunskap, egna erfarenheter samt möjligheten till att integrera

innebörden av dessa med sin egen personlighet. Därför är det nödvändigt att det finns möjligheten för kollegial handledning med andra sjuksköterskor t.ex. vid gemensamma sammankomster/nätverksbildningar, för att ytterligare främja bearbetning och integrering av egna erfarenheter (a.a.).

Smärtbegreppet

Smärta är ett vanligt förekommande symptom både hos friska och sjuka barn. Smärta är dessutom något av det som barn är mest rädda för, men som samtidigt många gånger är oundvikligt i samband med förebyggande och behandling av sjukdom (Ljungman & Lindberg, 2012). Även till synes enkla procedurer, som att dra bort ett plåster, kan upplevas som traumatiskt för ett barn. Ett minne av en sådan sjukvårdsprocedur kan ge en ökad risk för rädsla hos barnet i samband med kommande kontakter med sjukvården, vilket leder till problem både för barnet, barnets närstående och sjukvårdspersonalen (Jylli, 2009b).

Smärta består av flera dimensioner som utgörs av ett samspel av fysiologiska reaktioner och subjektiva tolkningar (Jylli 2001a). International Association for the Study of Pain (IASP) (u.å.) definierar smärta som "en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada". Oförmåga att kommunicera utesluter inte att individen känner smärta eller kan vara i behov av adekvat smärtlindring. Smärta är alltid subjektiv. Varje individ lär sig betydelsen av ordet genom egen erfarenhet av vävnadsskada tidigt i livet (a.a.).

Barn och smärta

Barnkonventionen redogör för att i alla beslut som rör barn, oberoende av om det är i ett privat eller offentligt sammanhang, ska barnets bästa komma i främsta rummet (Unicef, 2009). Gällande barn och smärta strävas det kontinuerligt efter att nå Barnkonventionens mål och att förbättra kunskapen inom området.

Under de senaste decennierna har den felaktiga uppfattningen ändrats, att små barn inte har något smärtminne och att de är oförmögna att känna smärta pga. ett omoget nervsystem (Ljungman &

Lundberg, 2012). Under 1980-talet utförde man fortfarande kirurgiska ingrepp på prematura barn utan någon form för bedövning eller smärtbehandling (Anand, Sippel & Aynsley 1987). I slutet av 1980-talet utvecklades dock kunskapen om smärta hos barn i högre grad, och man forkastade teorier som var baserade på misstolkning av bl.a. barnets explicita och implicita minne (Olsson & Jylli, 2001). Det är nu konstaterat att prematura barn är mer smärtekänsliga än äldre barn och vuxna, och att yngre barn har sämre neurobiologiska och psykologiska förutsättningar för att hantera smärta, vilket gör dem mer sensitiva för smärtstimuli (Anand, Grunau & Porter 1999).

Det är individuellt hur barn upplever smärta, och olika faktorer inverkar på hur olika barn tolererar och reagerar på smärta. Känslomässig status, miljöpåverkan och lokalisering av smärtan samt dess karaktär är avgörande för själva upplevelsen. Oro och rädsla kan t.ex. förstärka smärtupplevelsen, men även påverka vilken mening eller innebörd barnet tillskriver smärtan (Jylli, 2001a). Barnets tidigare erfarenhet och förväntningar har på ett snarligt sätt en stor inverkan på hur smärtan upplevs. Själva smärtstimuli är på så vis bara en komponent av många i individens totala upplevelse av smärtan. Nya rön inom hjärnforskning tyder på att hjärnans prefrontala cortex har en viktig roll i hur individen riktar sin uppmärksamhet mot olika stimuli samt vilken innebörd som tillskrivs dessa (Wiech, Ploner & Tracey, 2008). Individens smärtupplevelse påverkas bl.a. av hur mycket fokus som riktas mot smärtan. Den uppfattas som mindre intensiv när fokus riktas mot något annat, och ökar i intensitet när uppmärksamheten är mer fokuserad på smärtan. Detta fokus samverkar med individens förväntningar och tolkningar av själva smärtan, vilka i sin tur baseras på barnets tidigare erfarenheter av smärta. Om ett smärtstimuli tolkas att signalera en livshotande skada upplevs det som extra hotfullt. Fokus för individens uppmärksamhet samverkar på detta sätt med den subjektiva tolkning av smärtstimulits innebörd. Smärta som tolkas som mer hotfull får mer uppmärksamhet och upplevs därmed som mer smärtsam (a.a.).

Vid smärtstimuli frigör hotade eller skadade celler olika allogen substanser som intensifierar nociceptorens känslighet vilket ökar antalet smärtimpulser till hjärnstammen (Werner, 2001). I hjärnstammen regleras det sympatiska nervsystemet som vid smärtstimulering aktiverar frisättning av olika stresshormoner. Hormonerna påverkar vitala parametrar som perifer genomblödning, svettutsöndring, hjärtfrekvens, blodtryck och pupillstorlek (Ljungman & Lundeberg, 2012).

Akuta effekter av obehandlad smärta kan vara att kroppen försätts i ett katabolt tillstånd, vilket nedreglerar immunförsvaret. Nedregleringen kan medföra en försenad eller utebliven sårhäkning.

Därmed ökar risken för infektioner med en längre sjuklighet och med ett större behov av ytterligare behandling. Långtidseffekter av obehandlad smärta som kan förekomma är psykosociala beteendeförändringar och starkare reaktioner hos barnet vid exponering för smärta i framtiden (Ljungman & Lundeberg, 2012; Rocha, Marche & Baeyer, 2009)

Smärtbedömning

För att kunna ge ett barn en adekvat smärtbehandling krävs det att både smärtbedömning och dokumentation fungerar. Denna grundläggande omvårdnadsåtgärd är nödvändig för att kunna rikta behandlingen så att den passar barnets individuella behov så bra som möjligt. En smärtbedömning ska ha sin utgångspunkt i barnets egna upplevelser, beteende och psykologiska reaktioner (Socialstyrelsen, 2003).

En smärtbedömning syftar till att fastställa intensiteten av barnets upplevda smärta (Jylli, 2001a). Det finns många olika instrument för att bedöma smärta hos barn. Valet av instrument bör utgå från barnets utvecklingsnivå och förmåga att förstå. Smärtbedömningen ger inget exakt resultat, utan fungerar vägledande för smärtbehandling, eftersom att barnet ger ett konkret värde på den upplevda smärtintensiteten. De smärtbedömningsinstrument som barn föredrar mest är ansiktsskalor, vilka ofta används till barn i 6-12 års ålder. Skalan består av ansikten som uttrycker 6 olika grader av smärta. För barn äldre än 8 år kan VAS-skalan också användas. Den utgår från siffror mellan 0-10, där 0 motsvarar ingen smärta alls och 10 motsvarar värsta tänkbara smärta. Inför smärtbedömningen skall det alltid säkerställas att barnet förstår skalans innebörd och funktion, för att undvika felbedömning. Till yngre barn och barn utan språk används beteendeskalar, där barnets varierande kroppshållning, ansiktsuttryck och gråt observeras och bedöms (Svensk Barnsmärtförening).

Attityder och kunskap

Sjuksköterskors förmåga att hantera ett barns smärta på ett adekvat sätt beror delvis på hens kunskap inom området, men också sjuksköterskans attityd till ämnet (Twycross & Collins, 2013a; Stanley & Pollard, 2013). Det aktuella forskningsläget tyder på att sjuksköterskor i vissa undersökningar har negativa attityder till smärta hos och smärtskattning av barn. Det har även

framkommit att sjuksköterskor har brister i sina kunskaper om omvårdnadsåtgärder så som att bedöma och lindra smärta hos barn, och att de även har bristande kunskap om hur för tidigt födda barn upplever smärta (Pölkki et al., 2010; Ranjit & Manias, 2010; Stanley & Pollard, 2013).

I forskningssammanhang definieras oftast en attityd som en beredskap att handla eller reagera på ett visst sätt i förhållande till ett specifikt stimuli (Oppenheim, 2003). Attityder är en relativt varaktig samling övertygelser, känslor och beteenden, positiva som negativa, kopplade till socialt viktiga personer, grupper, företeelser eller symboler. Merparten av en individs attityder blir synliga först när själva föremålet för attityden uppfattas, och attityden yttrar sig då verbalt eller i form av handling. Attityder kan delas in i tre komponenter: en affektiv eller känslomässig del, en beteendemässig och en kognitiv eller förnuftsmässig del. Den affektiva delen innebär en persons känslor kopplade till föremålet för attityden. Till exempel: "Jag är rädd för ormar". Den beteendemässiga delen av attityden påverkar själva agerandet. Till exempel: "Jag kommer att undvika ormar, och skrika om jag ser en", medan den kognitiva delen innebär en persons förutfattade mening och kunskap om föremålet för attityden. Till exempel: "Jag tror att ormar är farliga" (aa.).

Attityders intensitet manifesterar sig i olika grad beroende på hur djupt rotade de är. De djupast gående attityderna berör grundläggande livsaspekter eller själva personligheten, medan andra är mer ytliga och därför inte framkallar lika starka känslomässiga reaktioner när de yttras. Oppenheim redogör för hur attityder kan mätas utifrån fyra intensitetsnivåer. Den mest ytliga nivån omfattar den enskildes uppfattningar, därefter kommer själva attityden. På en djupare nivå finns vederbörandes värderingar och allra djupast ligger individens personlighet (Oppenheim, 2003). Dessa nivåfaktorer utvecklas genom den enskildes livsprocess i samspel med de livserfarenheter och den kultur individen exponeras för, vilket sedan utgör innehållet i den ryggsäck, som enligt Gadamer bildar den enskildes individuella förståelseshorisont (Birkler, 2007). Mötet med livet sker med andra ord alltid utifrån individens förförståelse, vilken är avgörande för hur hen förstår och tolkar olika företeelser och med vilka attityder hen reagerar på dessa (a.a.).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors kunskap om och attityder till smärta och smärtskattning av barn mellan 0-12 år som behandlas i slutenvård och/eller dagvård.

Hypoteser

H₀: Det finns inga skillnader i attityder och kunskap mellan sjuksköterskor med lång respektive kort arbetslivserfarenhet, eller mellan sjuksköterskor utan respektive med vidareutbildning.

H₁: Det finns ett samband mellan positiva attityder och sjuksköterskor med vidareutbildning.

H₂: Det finns ett starkare samband mellan barnsjuksköterskor och positiva attityder än för övriga specialistsjuksköterskor.

H₃: Det finns ett samband mellan positiva attityder och längd av arbetslivserfarenhet.

H₄: Det finns ett samband mellan högre kunskapsnivå och specialistutbildning.

H₅: Det finns ett starkare samband mellan barnsjuksköterskor och högre kunskapsnivå än för övriga specialistsjuksköterskor.

H₆: Det finns ett samband mellan högre kunskapsnivå med ökande längd av arbetslivserfarenhet.

Metod

Urval

Urvalet har varit strategiskt, med en så stor variation som möjligt vilket innefattade alla sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna och som var tillgängliga för deltagande under tidsperioden för datainsamling. Studien godkändes initialt av fyra verksamhetschefer att genomföras på 24 avdelningar med en uppskattad population på ca 430 sjuksköterskor. Av dessa 24 erhöll författarna medgivande av enhetschefer att genomföra studien på 13 av enheterna. Populationen på de 13 avdelningar som ingick i studien är okänd men uppskattas vara ca 230 sjuksköterskor. I mailkorrespondens med avdelningarnas enhetschefer framkom hur många enkäter som var aktuella för utdelning på respektive avdelning. Elva avdelningar erhöll 15 enkäter var, och två avdelningar erhöll en respektive två enkäter, vilket ger en total summa på 168 enkäter till 13 inkluderade enheter.

Följande sjuksköterskor inkluderades i studien: Sjuksköterskor som arbetade i slutenvård och/eller i dagvård för barn, med eller utan specialistutbildning inom barn och ungdom, och med minst ett års erfarenhet av arbete med barn i åldrarna 0-12 år. Sjuksköterskor med mindre än ett års arbetslivserfarenhet blev inte inkluderade eftersom författarna till föreliggande studie utgick från att det tar tid innan den nyblivna sjuksköterskan har socialiserats in i den kultur med de attityder som författarna ville undersöka. Som ny medlem i en befintlig grupp, genomgår individen en socialiseringsprocess under vilken hen successivt anpassar sig till gruppnormerna (Angelöw, Jonsson & Stier 2000). Sjuksköterskor med erfarenhet enbart av arbete med barn äldre än 12 år exkluderades eftersom författarna valde att fokusera på tiden innan tonårsperioden. Barn äldre än 12 år är generellt mer mogna socialt och kognitivt än barn 0-12 år, och är därför i regel mindre sårbara i mötet med vården. Barn äldre än 12 år har i olika grad ett formellt operationellt tänkande vilket ger dem en bättre förmågan att förstå innebörden av olika procedurer och varför de måste utföras (Hwang & Nilsson, 2011).

Den statistiska bearbetningen kräver en så stor svarsfrekvens som möjligt, och därför eftersträvades en svarsfrekvens på minst 100 deltagare (Oppenheim, 2003). De 168 enkäterna skickades ut till sjukhus i Lund, Malmö, Kristianstad, Ystad och Helsingborg.

Instrument

En enkät användes som instrument för att undersöka sjuksköterskors kunskap om och attityder till smärta hos barn. Enkäten bestod dels av en inledande del med frågor om eventuell vidareutbildning samt hur länge respondenten hade arbetat som sjuksköterska. Benner (1993) definierar "kort arbetslivserfarenhet" som mindre än fem år. Frågorna i enkäten bestod av faktafrågor om smärta och smärtskattning och av attitydpåståenden relaterade till smärta hos, och smärtskattning av barn. Enkäten omfattade totalt 32 items, varav 11 rörde kunskap om smärtskattning och smärta hos barn, och 21 undersökte attityder till smärta hos barn och smärtskattningsinstrument avsedda för barn. Samtliga 32 items som ingick i enkäten var hämtade från befintliga enkätinstrument (Scott, 1992; Woldehimanot, 2014) som använts i tidigare publicerad forskning om sjuksköterskors kunskap om och attityder till smärta och smärtskattning. Dessa studier var publicerade på engelska och undersökningspersonerna var sjuksköterskor inom somatisk vård för vuxna. Det medförde att samtliga kunskapsfrågor och attitydpåståenden fick översättas till svenska och omformuleras med barnpatienter i åtanke, innan de kunde användas i den aktuella undersökningen.

Attitydpåståenden i ursprungsstudien (Scott, 1992) användes i syfte att undersöka förekomsten av skillnader i attityder mellan sjuksköterskestudenter i slutet av sin utbildning och legitimerade sjuksköterskor. Författaren nämner i sin studie hur en del av attitydpåståendena inte kan beskrivas i strikta termer av rätt och fel, men att de har en tydlig riktning vad gäller en positiv eller negativ attityd. Författaren hade även valt att spegelvända vissa påståenden för att undersöka hurvida respondenterna svarade annorlunda beroende på hur påståendet formulerades (a.a.). Kunskapsfrågorna vilka hämtats från ursprungsstudien (Woldeheimanot, 2014) användes ursprungligen för att undersöka sjuksköterskors kunskap om smärta hos vuxna. Frågorna i studien var reliabilitetstestade med hjälp av Cronbach Alpha och ansågs ha en hög reliabilitet (0.842).

För att bistå i tolkningen av resultatet av kunskapsfrågorna utgick Woldeheimanot (2014) från en tidigare studie (Vickers, 2011) samt the American Medical Association, när gränsen för en acceptabel kunskapsnivå sattes. Gränsen sattes till 70% antal rätt besvarade frågor. Författarna av den föreliggande studien har valt att sätta gränsen till 80% eftersom de inte vet om svårighetsgraden på frågorna är jämt fördelad över de 10 items som valts av de totalt 22 kunskapsfrågor som återfanns i ursprungsstudien.

I den aktuella enkäten kunde påståendena i förhållande till attityder besvaras med fyra svarsalternativ av typen: *invänder helt, invänder delvis, instämmer delvis, instämmer helt*. Denna typ av skala kallas Likert scale eller attitydskala (Oppenheim, 2003). Kunskapsfrågorna kunde besvaras med två svarsalternativ av typen *ja* och *nej* (a.a.). I den studie där attitydpåståendena ursprungligen ingick hade författaren använt sig av fem svarsalternativ med alternativet *vet ej* i mitten av attitydskalan. Författarna valde att utesluta detta alternativ för att få deltagarna att ta tydlig ställning till påståendena.

Exempel på attitydpåståenden som ingick i enkäten är:

Barn har olika smärtröskel; Även barnpatienter borde förvänta sig att utsättas för någon form av smärta; Ängest förstärker upplevelsen av smärta (Bilaga 1).

Exempel på kunskapsfrågorna som ingick i enkäten är: *Distraction i form av musik eller avslappning kan lindra upplevelsen av smärta; Ett ökat behov av smärtlindring är ett tecken på att barnet håller på att bli beroende av läkemedlet* (Bilaga 1).

Enkäten hade en kvantitativ ansats med ett visst kvalitativt inslag, eftersom varje attitydpåstående och kunskapsfråga hade utrymme till svar i fritext där respondenterna gavs möjligheten att skriva

personliga kommentarer. Kommentarererna ersatte inte svarsalternativen. Innan den färdiga enkäten skickades ut till respondenterna granskades den av en person med koppling till hälso- och sjukvård, men inte specifikt till ämnesområdet, samt av en person med kunskap om barn och smärta. Granskningen resulterade i språkliga justeringar för att minska risken att frågorna skulle misstolkas av respondenterna.

Datainsamling

I början av augusti erhöll fyra verksamhetschefer för barnavdelningar och mottagningar i Lund, Malmö, Helsingborg och Kristianstad/Ystad, ett kortfattat informationsbrev (se bilaga 2). Brevet redogjorde bl.a. för syftet och innehållet i studien (Trost, 2012). Efter ett skriftligt medgivande av verksamhetscheferna om deras verksamheters deltagande i studien, skickades i slutet av augusti ett informationsbrev till 24 berörda enhetschefer (se bilaga 3). I brevet blev de tillfrågade om deltagande i studien, och om de eller en mellanhand kunde dela ut enkäterna till berörda sjuksköterskor på den aktuella barnavdelningen. På fyra avdelningar var det en enhetschef och på nio avdelningar en mellanhand, som utsågs av enhetschefen att dela ut enkäterna. Av de 24 tillfrågade enhetscheferna var det 11 som inte svarade på förfrågande om deltagande men ingen av dessa 11 tackade uttryckligen nej. Samtliga enhetschefer uppmanades att ta kontakt med författarna angående eventuella frågor kring studien.

13 enhetschefer gav sitt medgivande, och första veckan i september skickades och delades de 168 enkäterna ut tillsammans med lika många numrerade kuvert till enhetschefer respektive mellanhänder på de berörda avdelningarna. Varje enhet erhöll även ett större kuvert för retur av enkäterna. Dessa kuvert numrerades för att författarna skulle veta hur många enkäter som returnerats från respektive avdelning. Ett informationsbrev följde med enkäterna (se bilaga 4), vilket enhetschefen respektive mellanhanden ombads sätta upp på en anslagstavla, vilket varje sjuksköterska uppmanades att läsa innan hen fyllde i enkäten. Varje avdelning fick en tidsram på två veckor att fylla i enkäterna. Efter avtalad tid samlade författarna personligen in enkäterna på avdelningarna i Malmö och Lund, medan avdelningarna i Helsingborg, Kristianstad och Ystad returnerade sina enkäter i avsett kuvert. Dessa enkäter returnerades i början av oktober månad. Varje avdelning fick en påminnelse via mejl innan den avtalade tiden för undersökningen hade löpt ut. De avdelningar som inte hade samlat in eller returnerat ifyllda enkäter inom avtalad tid

exkluderades ur studien. Sammanlagt exkluderade 17 enkäter på basis av retur efter överenskommen deadline.

Analys av data

Innan analysen av data påbörjades genomfördes en kvalitetssäkring av databasen genom ett stickprov av den inmatade datan, där var tionde enkät korrekturlästes mot de inmatade svaren i databasen i SPSS.

Under bearbetningen av datan användes två olika analysmetoder för gruppjämförelser och hypotesprövning. Gruppjämförelserna utfördes för att undersöka ett eventuellt samband mellan arbetslivserfarenhet/vidareutbildning med attityder till och kunskap om smärta. Analysmetoderna som användes var Mann-Whitneys U-test och Kruskal-Wallis test (Billhult & Gunnarsson, 2012). Mann-Whitneys U-test kan användas vid hypotesprövning av jämförelser mellan medelvärden hos två olika grupper.

Kruskal-Wallis test används vid hypotesprövande jämförelser av medelvärden hos fler än två grupper (aa.). Dessa tester genererar ett p-värde vilket återspeglar sannolikheten hurvida skillnaden mellan grupperna kan förklaras av slumpen eller ej. Författarna valde att bestämma signifikansnivån i den aktuella studien till $p=0.05$. SPSS 22.0 (IBM SPSS Statistics 22, 2013) användes för att deskriptivt och statistiskt analysera datamaterialet från enkätstudien, vilket redovisas i tabeller och figurer under resultatet.

Gränsen för exklusion avseende analys av kunskapsdelen och attityddelen utgjordes av enkäter där mer än tre frågor lämnats obesvarade inom vardera del av enkäten.

Det totala interna bortfallet utgjordes av 3 enkäter i samtliga analyser av kunskap och 3 i analyser av attityder. Sammanlagt berördes 6 enkäter av det interna bortfallet. Av dessa 6 enkäter kunde samtliga användas antingen i analys av kunskap eller attityder eftersom ingen av de berörda enkäterna hade mer än 3 obesvarade items i enkätens båda delar. Sammanlagt ingick 124 enkäter i den statistiska analysen av kunskapsfrågor, och 124 enkäter i analysen av attitydpåståenden.

Vid granskning av kunskapsfrågorna i samband med inmatning av data framkom att uppskattningsvis hälften av respondenterna troligen hade missuppfattat kunskapsfråga nr. 1.

Kunskapsfråga nr. 1 exkluderades därför i vidare analys av materialet men redovisas deskriptivt tillsammans med övriga resultat.

Analys av kommentarer i fritext har genomförts enligt Kvale's metod för tematisering och ad-hoc-meningsgenerering, där kommentarerna under respektive fråga eller attitydpåstående har jämförts för att kunna urskilja ett eventuellt övergripande och representativt tema (Kvale, 2006). Dessa teman redovisas i resultatdelen.

Forskningsetiska avvägningar

En etisk grundsats inom all forskning är att målgruppen som skall undersökas samtycker till att medverka i undersökningen. Det krävs inte samtycke i förhand när det handlar om enkätundersökningar av stora grupper, om där medföljer utförlig information i informationsbrevet (bilaga 4). Det kan då anses att det individuella samtycket har lämnats vid retur av det ifyllda enkätformuläret (Vetenskapsrådet u.å.).

Studien baseras på de forskningsetiska principer som innebär att respektera varje individs autonomi, att inte skada, att göra gott och att behandla varje individ rättvist (Codex, 2015). Det återspeglas i informationsbrevet, som innehöll en lättförståelig beskrivning av den övergripande planen för forskningen, syftet med forskningen och vilken metod som var tänkt att användas. Det framgick även vem som var ansvariga för studien, att deltagandet var frivilligt, att forskningspersonen förblev anonym och att de hade rätt att avbryta sin medverkan till dess att databearbetningen påbörjats. I informationsbrevet blev deltagarna även underrättade om att det oidentifierade materialet skulle bearbetas med hjälp av dator och att konfidentialiteten därför skulle upprätthållas (a.a.). För att ytterligare bevara konfidentialiteten blandades alla insamlade enkäter förutsättningslöst innan de numrerades inför inmatning i SPSS, för att det inte skulle finnas möjlighet att hänföra information till en specifik avdelning. Enkäterna har förvarats inlåsta och endast författarna har haft tillgång till dem.

Resultat

Följande hypoteser falsifierades: **H₂**: *Det finns ett starkare samband mellan barnsjuksköterskor och positiva attityder än för övriga specialistsjuksköterskor*, och **H₅**: *Det finns ett starkare samband mellan barnsjuksköterskor och högre kunskapsnivå än för övriga specialistsjuksköterskor*.

Hypoteser som kunde verifieras var: **H₁**: *Det finns ett samband mellan positiva attityder och sjuksköterskor med vidareutbildning*, **H₃**: *Det finns ett samband mellan positiva attityder och längd av arbetslivserfarenhet*, **H₄**: *Det finns ett samband mellan högre kunskapsnivå och vidareutbildning* och **H₆**: *Det finns ett samband mellan högre kunskapsnivå med ökande längd av arbetslivserfarenhet*.

Svarsfrekvens och externt bortfall

Av de 168 utdelade enkäterna besvarades 128 stycken vilket ger en svarsfrekvens på ca 77%. Sjutton enkäter exkluderades p.g.a. retur efter avtalad tid och 25 enkäter returnerades inom tidsramen för datainsamlingen men utan att vara ifyllda.

Bakgrundsinformation

Bakgrundsinformation om deltagarna beträffande arbetslivserfarenhet och vidareutbildning framgår av Tabell 1. Studien omfattade 127 sjuksköterskor vilket utgjorde 55% av den uppskattade totalpopulationen (*n*230) på de 13 barnavdelningar som deltog i studien. De medverkande avdelningarna var fördelade på sjukhus i Lund, Malmö, Kristianstad, Helsingborg, Ystad och Trelleborg.

Tabell 1.

Deltagarnas vidareutbildningar och arbetslivserfarenhet räknat i år

Arbetslivserfarenhet		Vidareutbildning			Totalt
		Ingen	Barnsjukvård	Annan	
1-5 år	Antal och %	19, 79.2%	5, 20.8%	0, 0%	24, 100%
	% Av totalt antal (n127)	15.0%	3.9%	0.0%	18.9%
5-10 år	Antal och %	8, 33.3%	10, 41.7%	6, 25.0%	24, 100%
	% Av totalt antal (n127)	6.3%	7.9%	4.7%	18.9%
Mer än 10år	Antal och %	3, 3.8%	49, 62.0%	27, 34.2%	79, 100%
	% Av totalt antal (n127)	2.4%	38.6%	21.3%	62.2%
Totalt	Antal	30	64	33	127
	% Av totalt antal (n127)	23.6%	50.4%	26.0%	100%

Kunskap om smärta och smärtskattning

Genomsnittresultatet på kunskapsfrågorna för alla deltagare (n=127) uppgick till medelvärdet 0.82 (SD 0.143) där 1,0 motsvarade alla rätt och 0.0 innebar att inga kunskapsfrågor besvarats med rätt svarsalternativ (Se Tabell 2, 3 & Bilaga 5, Figur 1).

En översikt av hur varje enskild kunskapsfråga besvarades i genomsnitt av samtliga respondenter framgår av Figur 2 (Se Bilaga 5).

Tabell 2.

Resultatet av svaren på samtliga kunskapsfrågor (n=11) av samtliga respondenter angivet i medelvärde 0.0 - 1.0

0.0=Alla fel, 1.0=Alla rätt.

Inkluderade Svar	Exkluderade Svar	Medelvärde alla Deltagare
124st	3st	0.82*

*SD Standardavvikelse 0.14319

Tabell 3

*Kunskapsfrågor med Subkategorier: Kunskap om Smärta och Kunskap om Smärtskattning
Angivet i Medelvärde 0.0 - 1.0*

	Kunskap om Smärta	Kunskap om Smärtskattning
Antal Inkluderade Svar	124	124
Antal Exkluderade Svar	3	3
Medelvärde alla Deltagare	0.7671*	0.14948**

SD Standardavvikelse: *0.18348, **0.14948

Vid jämförelse av det genomsnittliga resultatet av kunskapsfrågorna om smärta och smärtskattning i förhållande till grupperna för vidareutbildning, återfanns en signifikant skillnad mellan grupperna *ingen vidareutbildning*, *vidareutbildning barn* och *annan vidareutbildning*. De två sistnämnda grupperna hade ett högre medelresultat jämfört med gruppen för *ingen vidareutbildning* ($p=0.020$), se Tabell 4. Detta samband blev ännu tydligare när grupperna för *vidareutbildning Barn* och *Annan vidareutbildning* slogs samman och tillsammans jämfördes med gruppen *ingen vidareutbildning* ($p=0.006$), se Tabell 5.

När de ovan nämnda grupperna för vidareutbildning jämfördes avseende medelresultat på kunskapsfrågornas subkategorier *kunskap om smärta* respektive *kunskap om smärtskattning* var skillnaderna inte signifikanta, men visade på en trend där gruppen för *ingen vidareutbildning* återigen avvek med ett lägre resultat ($p=0.060$ kunskap om smärta, $p=0.140$ kunskap om smärtskattning), se Tabell 4.

När grupperna för vidareutbildning *Barn* och *Annan* tillsammans jämfördes med gruppen *Ingen vidareutbildning* avseende subkategorierna *smärta* och *smärtskattning*, blev skillnaderna åter signifikanta och visade samma resultat med ett lägre medelresultat för gruppen *Ingen vidareutbildning* ($p=0.019$ kunskap om smärta, $p=0.048$ kunskap om smärtskattning), se Tabell 5.

Tabell 4.

Medelvärde av svaren på kunskapsfrågor med subkategorier, i förhållande till ingen vidareutbildning, vidareutbildning och vidareutbildning barn. 0.0=Alla fel 1.0=Alla rätt

Vidareutbildning	Samtliga Kunskapsfrågor	Kunskap Smärta	Kunskap Smärtskattning
Ingen	0.7461*	0.6869**	0.8851***
Barn	0.8456*	0.7949**	0.9583***
Annan	0.8314*	0.7846**	0.9462***
Alla Deltagare	0.8188	0.7671	0.9382

* $p=0.020$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.12-0.17. ** $p=0.060$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.16-0.21.

*** $p=0.140$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.11-0.20.

Tabell 5.

Medelvärden av svaren på kunskapsfrågor med subkategorier i förhållande till ingen vidareutbildning och vidareutbildning barn/annan. 0.0=Alla fel 1.0=Alla rätt

Vidareutbildning	Samtliga Kunskapsfrågor	Kunskap Smärta	Kunskap Smärtskattning
Ingen	0.7461*	0.6869**	0.8851***
Barn/Annan	0.8410*	0.7916**	0.9544***
Alla Deltagare	0.8188	0.7671	0.9382

* $p=0.06$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.12-0.17 ** $p=0.019$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.17-0.21 *** $p=0.048$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.12-0.20

När gruppen för barnsjuksköterskor ensam jämfördes med de två övriga grupperna för vidareutbildning avseende medelresultatet på samtliga kunskapsfrågor, var sambandet inte längre signifikant, men visade trots detta på en trend ($p=0.055$), se Tabell 6.

Vid jämförelse av barnsjuksköterskors medelresultat på subkategorierna smärta och smärtskattning, med de två övriga gruppernas sammanslagna resultat, syntes en trend som saknade statistisk signifikans ($p=0.113$ smärta, $p=0.222$ smärtskattning), se Tabell 6.

Tabell 6.

Medelvärde av svaren på kunskapsfrågor med subkategorier i förhållande till ingen/annan vidareutbildning och vidareutbildning barn. 0.0=Alla fel 1.0=Alla rätt.

Vidareutbildning	Samtliga Kunskapsfrågor	Kunskap Smärta	Kunskap Smärtskattning
Ingen/Annan	0.7902*	0.7374**	0.9167***
Barn	0.8456*	0.7949**	0.9583***
Alla Deltagare	0.8188	0.7671	0.9382

* $p=0.055$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.12-0.16 . ** $p=0.113$ (Mann-Whitney). SD mellan 0,16-0,20. *** $p=0.222$ (Mann-Whitney). SD mellan 0,11-0.18

Parametern arbetslivserfarenhet visade sig ha ett liknande positivt samband till resultatet på kunskapsfrågorna där medelresultatet generellt steg med antal år av arbetslivserfarenhet ($p=0.005$), (Se Tabell 7). Sambandet blev ännu tydligare när de tre grupperna för arbetslivserfarenhet slogs samman till två grupper, 1-10 års erfarenhet och mer än 10 års erfarenhet $p=0.002$, (Se Tabell 8). Sambandet kvarstod vid jämförelse av faktorn arbetslivserfarenhet över subkategorierna för kunskap om smärta respektive smärtskattning (Se Tabell 7 & 8).

Tabell 7.

Medelvärde av svaren på kunskapsfrågor med subkategorier i förhållande till arbetslivserfarenhet räknat i år. 0.0=Alla fel 1.0=Alla rätt.

Arbetslivserfarenhet	Samtliga Kunskapsfrågor	Kunskap Smärta	Kunskap Smärtskattning
1-5år	0.7447*	0.6814**	0.8986***
5-10år	0.7778*	0.7189**	0.9130***
Mer än 10år	0.8527*	0.8066**	0.9573***
Alla Deltagare	0.8188	0.7671	0.9382

* $p=0.005$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.12-0.17. ** $p=0.017$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.16-0.22. *** $p=0.175$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.12-0.18

Tabell 8.

Medelvärde av svaren på kunskapsfrågor och subkategorier i förhållande till arbetslivserfarenhet räknat i år. 0.0= Helt negativ 1.0= Helt positiv

Arbetslivserfarenhet	Samtliga Kunskapsfrågor	Kunskap Smärta	Kunskap Smärtskattning
1-10år	0.7613*	0.7002**	0.9058***
Mer än 10år	0.8527*	0.8066**	0.9573***
Alla Deltagare	0.8188	0.7671	0.9382

* $p=0.002$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.12-0.16. ** $p=0.005$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.16-0.20. *** $p=0.068$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.12-0.18

Attityder till smärta och smärtskattning

Totalpopulationens $n=127$ genomsnittliga attityder till smärta och smärtskattning av barn var övervägande positiv och angavs till ett medelvärde av 0.778 (SD 0.099) där 0.0 motsvarar en genomgående negativ attityd till samtliga påståenden och 1.0 motsvarar en positiv attityd till alla påståenden (Se Tabell 9, Bilaga 6, Figur 4 & 5). Av Figur 10 (Bilaga 6) framgår hur varje attitydpåstående i genomsnitt besvarades av samtliga deltagare i studien. Endast en deltagare hade en övervägande negativ attityd med ett medelvärde mellan 0.40 och 0.50 och sex stycken deltagare hade ett medelvärde mellan 0.50 och 0.60. Resterande antal deltagare 94.4% hade ett medelvärde ≥ 0.60 (Se Bilaga 6, Figur 5).

Vid jämförelse av medelresultatet av alla attitydpåståenden över de tre grupperna för vidareutbildning *ingen*, *barn* och *annan*, utmärkte sig gruppen med ingen vidareutbildning med ett lägre genomsnittsresultat på 0.736. I denna gruppjämförelse blev dock inte skillnaderna statistiskt signifikanta ($p=0.074$), (se Tabell 9).

Vid jämförelse mellan samma grupper gällande dimensionerna *attityd till smärta* och *attityd till smärtskattning*, syntes en liknande trend men med ett något högre p -värde, där gruppen för *ingen vidareutbildning* utmärkte sig med ett lägre medelvärde på 0.7641 för *attityd till smärta* (totalt medelvärde=0.80, $p=0.134$) och medelvärde 0.6905 för *attityder till smärtskattning* (totalt medelvärde=0.74, $p=0.149$), (Se Tabell 9 & Bilaga 6, figur 3 & 4).

Tabell 9.

Attityder till smärta och smärtskattning i förhållande till vidareutbildning, ingen, barn eller annan. 0.0= Helt negativ 1.0= Helt positiv

Vidareutbildning	Attityder Smärta	Attityder Smärtskattning	Attityder Total
Ingen	0.7641*	0.6905**	0.736***
Barn	0.8212*	0.7578**	0.7973***
Annan	0.7938*	0.7569**	0.7795***
Alla Deltagare	0.8005	0.7413	0.7780

* $p=0.134$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.10-0.13. ** $p=0.149$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.15-0.17 *** $p=0.074$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.09-0.12.

Vid sammanslagning av grupperna *annan vidareutbildning* och *barn* framkom en signifikant skillnad vid jämförelse av medelvärdet på samtliga attitydpåståenden med gruppen för *ingen vidareutbildning* ($p=0.031$), (Se Tabell 10). Vid jämförelse över subgrupperna för *smärta* och *smärtskattning*, återfanns samma trend, men sambandet var inte längre signifikant ($p=0.112/p=0.053$), se Tabell 10.

Tabell 10.

Attityder till smärta och smärtskattning i förhållande till vidareutbildning, ingen, barn/annan. 0.0= Helt negativ 1.0= Helt positiv

Vidareutbildning	Attityder Smärta	Attityder Smärtskattning	Attityder Total
Ingen	0.7641*	0.6905**	0.7360***
Barn/Annan	0.8122*	0.7575**	0.7914***
Alla Deltagare	0.8005	0.7413	0.7780

* $p=0.112$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.11-0.13 ** $p=0.053$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.156-0.157 *** $p=0.031$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.12-0.09.

När gruppen för barnsjuksköterskor ensam jämfördes med de två övriga grupperna avseende totala medelvärden för attityder och subgrupperna *smärta* och *smärtskattning*, syntes även här en trend med p-värden som tangerade signifikanta nivåer ($p=0,056$), (se Tabell 11).

Tabell 11.

Attityder till smärta och smärtskattning i förhållande till vidareutbildning, ingen/annan och barn. 0.0= Helt negativ 1.0= Helt positiv

Vidareutbildning	Attityder Smärta	Attityder Smärtskattning	Attityder Total
Ingen/Annan	0.7792*	0.7242**	0.7581***
Barn	0.8212*	0.7578**	0.7973***
Alla Deltagare	0.8005	0.7413	0.7780

* $p=0.056$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.11-0.12. ** $p=0.188$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.15-0.16. *** $p=0.065$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.09-0.11

När medelpoängen på attitydpåståendena för grupperna avseende arbetslivserfarenhet 1-5år, 5-10år och mer än 10år jämfördes, syntes en viss skillnad utan signifikans ($p=0.229$) där sjuksköterskor med längre arbetslivserfarenhet tenderade att ha mer positiva attityder, se Tabell 12.

Tabell 12.

Attityder till smärta och smärtskattning i förhållande till arbetslivserfarenhet i år, 1-5, 5-10 och mer än 10år. 0.0= Helt negativ 1.0= Helt positiv

Arbetslivserfarenhet	Attityder Smärta	Attityder Smärtskattning	Attityder Total
1-5år	0.7893*	0.6995**	0.7553***
5-10år	0.7881*	0.7019**	0.7556***
Mer än 10år	0.8075*	0.7653**	0.7914***
Alla Deltagare	0.8005	0.7413	0.7780

* $p=0.935$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.11-0.14. ** $p=0.111$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.14-0.16. *** $p=0.229$ (Kruskall-Wallis). SD mellan 0.09-0.11.

När grupperna slogs samman och delades in i arbetslivserfarenhet 1-10år och mer än 10år, blev skillnaderna tydligare och delvis signifikanta, där respondenter med längst erfarenhet hade signifikant mer positiva attityder till smärtskattning ($p=0.036$), och en trend till mer positiva attityder totalt ($p=0.094$), (se Tabell 13).

Tabell 13.

Attityder till smärta och smärtskattning i förhållande till arbetslivserfarenhet räknat i 1-10år och mer än 10år. 0.0= Helt negativ 1.0= Helt positiv

Arbetslivserfarenhet	Attityder Smärta	Attityder Smärtskattning	Attityder Total
1-10år	0.7887*	0.7007**	0.7555***
Mer än 10år	0.8075*	0.7653**	0.7914***
Alla deltagare	0.8005	0.7413	0.7780

* $p=0.729$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.11-0.13. ** $p=0.036$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.15-0.16. *** $p=0.094$ (Mann-Whitney). SD mellan 0.09-0.10

På tre av attitydpåståendena som handlade om smärtskattning (Attitydpåstående nr: 7, 10 & 11) svarade en betydande del av respondenterna med en negativ attityd.

På attitydpåstående nr 7: *Barns smärta kan alltid bedömas utifrån deras beteende och psykologiska signaler*, instämde ca 30% av deltagarna med en negativ attityd till påståendet, oberoende av grupptillhörighet (Se Bilaga 6, Figur 7 & 8).

På ett liknande sätt invände ca 33% av alla deltagare mot påstående nr. 10: *Sjuksköterskor undervärderar ofta intensiteten av barns smärta*. Respondenterna som invände till påståendet var jämnt fördelade över grupperna för arbetslivserfarenhet och vidareutbildning (Se Bilaga 6, Figur 9 & 10).

Attitydpåstående nr. 11: *Smärtbedömningsinstrument gör ofta barn mer medvetna om deras smärta*, delade alla deltagare i två lika stora läger. Påståendet besvarades med ett negativt instämmande svar av 50% av deltagarna i samtliga grupper för arbetslivserfarenhet och vidareutbildning (Se Bilaga 6, Figur 11 & 12).

Attitydpåstående nr. 14: *Analgetika är alltid det bästa sättet att reducera smärta*, visade på ett omvänt förhållande där respondenter i grupperna för vidareutbildning och lång erfarenhet hade en negativ attityd i 42 % respektive 41% av fallen, medan respondenter utan vidareutbildning och med kort erfarenhet svarade med en negativ attityd i 30% respektive 35% av fallen (Se Bilaga 6, Figur 13 & 14).

Attitydpåstående nr.8: *All riktig smärta har en identifierbar orsak*, besvarades med samma omvända förhållande där respondenter i grupperna för någon form av vidareutbildning och lång

erfarenhet svarade med en negativ attityd i 25% respektive 27% av fallen, och grupperna för ingen vidareutbildning och kort erfarenhet svarade med en negativ attityd i 13% och 11% av fallen (Se Bilaga 6, Figur 15 & 16).

Kvalitativ tematisering av svar i fritext

Flertalet av svaren i fritext visar på övergripande positiva attityder och goda sakkunskaper, vilket återspeglar resultaten av den kvantitativa analysen.

Eftersom mängden fritext har varierat från fråga till fråga har det inte varit möjligt att genomföra en tematisering av fritextsvaren till alla items. Återkommande teman har slagits samman till mer övergripande teman. Exempel på fritextkommentarer som legat till grund för tematiseringen kan ses i Bilaga 7.

Följande teman har identifierats utifrån respondenternas svar i fritext :

- **Tema 1**

Barn kan ha ont även när de inte berättar om sin smärta

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 1 & kunskapsfråga 1)

- **Tema 2**

Sjuksköterskan strävar efter att barnets förväntan om total smärtlindring uppnås.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 3 & kunskapsfråga 5)

- **Tema 3**

Barnets upplevelse av smärta bör respekteras, och den existerar även om orsaken inte kan identifieras. (Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 5 & 8)

- **Tema 4**

Sjukvårdspersonal ska utgå från att barnet talar sanning

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 6 & 16)

- **Tema 5**

Smärtskattning är svårt, men bör användas för att utvärdera behandling.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 7, 10, 20 & kunnskapsfråga 7)

- **Tema 6**

Barnet ska alltid informeras och aldrig luras.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 12 & kunnskapsfråga 11)

- **Tema 7**

Sjukvårdspersonal och föräldrar kan hjälpa barnet att uttrycka sin smärta.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 13, 18 & kunnskapsfråga 3)

- **Tema 8**

Avledande aktiviteter kan användas i kombination med analgetika.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 14 & kunnskapsfråga 4)

- **Tema 9**

Viktigt att lindra och förebygga smärta, men måste vägas mot biverkningar.

(Tematisering av fritextsvar till kunnskapsfråga 2 & 9)

- **Tema 10**

Smärtskattingsinstrument hjälper barn att sätta ord på sin upplevelse av smärta.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 2 & 11)

- **Tema 11**

Sjuksköterskan kan utifrån beprövad erfarenhet ha en idé om barnets smärtupplevelse

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 17)

Metoddiskussion

En fördel med enkätformulär jämfört med intervjuer är att de kan underlätta för respondenten att svara på svåra och känsliga frågor, eftersom hen inte står ansikte mot ansikte med den som ställer frågorna. Respondenten kan på så vis behålla sin anonymitet (Bryman, 1997). En annan metod som skulle kunna ha använts i den föreliggande studien är en kvalitativ metod utgående från kvalitativa intervjuer.

Användandet av en kvantitativ ansats med en enkät som datainsamlingsmetod hade fördelarna att undersökningen kunde göras på ett förhållandevis stort urval i relation till den tid som datainsamlingen pågick.

Enligt Ejlertson (2014) är risken för bortfall högre vid enkätundersökningar jämfört med intervjustudier. Med en svarsfrekvens på 77% uppnåddes en relativt stor mängd data, vilket skapade förutsättningar för generalisering av resultaten (a.a.). Det relativt lilla externa bortfallet som dels utgjordes av ifyllda enkäter som returnerats efter avtalad deadline (17st), samt returnerade ej ifyllda enkäter (25st), talar för att bortfallet endast hade blivit oansenligt mindre om tidsramen för datainsamlingen hade utökats.

En möjlig förklaring till det lilla interna och externa bortfallet kan vara att ämnet som studien syftar till att belysa har motiverat respondenterna att delta. Som forskning påpekar (Woldeheimanot, 2014) är hantering av pediatrik smärta ett högaktuellt ämne eftersom det utgör ett av de viktigaste områdena i daglig sjukvårdspraxis. Ämnet kan därför tänkas ha väckt intresse hos många av deltagarna i studien. Enligt Ejlertsson (2014) är det främst respondentens intresse för enkäten och ämnet som utgör den starkaste drivkraften för att delta, samt deras tillit till dem som utför den aktuella studien. Därför kan en bidragande faktor till den höga svarsfrekvensen vara författarnas regelbundna mailkontakt med enhetschefer och mellanhänder, samt att författarna personligen delade ut enkäter till 9 av de totalt 13 avdelningarna som deltog. Därtill var författarna noga med att det medföljande informationsbrevet skulle vara informativt och att angivna kontaktuppgifter skulle vara tydliga. Konstruktionen av enkäten och formuleringen av frågorna är också viktiga komponenter som kan ha bidragit till högre svarsfrekvens (a.a.).

Resultatet tenderar att bli rikare när både kvantitativa data och kvalitativa yttranden kombineras, därför har användandet av metodtriangulering i datainsamlingen gjort det möjligt att belysa det

aktuella ämnet från två olika håll (a.a.). De olika metoderna, förutbestämda svarsalternativ och fritext, har gjort det möjligt att belysa och ta del av känslor och åsikter hos respondenterna. Dock finns det en benägenhet hos personer som inte är vana att uttrycka sig i skrift att undvika utnyttjandet av fritext-alternativ (Hansagi & Allebeck, 1994). Det kvalitativa resultatet av författarnas studie återspeglar denna benägenhet, eftersom det framkom att det huvudsakligen var samma respondenter som utnyttjade fritext-alternativen upprepande gånger, medan de resterande respondenterna inte skrev några kommentarer i fritext alls.

Enligt Oppenheim kan sättet respondenterna svarar på frågorna i en enkät göra forskaren medveten om hurvida frågorna är av god kvalitet eller ej. Om respondenterna riktar mycket kritik mot enkätens frågor i sina fritextyttrande och önskar att omformulera dem, är det ett tecken på att frågorna inte är tillräckligt användbara. Det samma gäller om de lämnar många frågor obesvarade, samtidigt som de uttrycker att svarsalternativen inte ger möjlighet att svara på ett tillförlitligt sätt. Om respondenten å andra sidan besvarar svarsalternativen på ett korrekt sätt, oavsett om de är eniga eller oeniga med påståendet, kan det antas att frågorna är av god kvalitet och att de därför är användbara (Oppenheim, 2003)

Utifrån respondenternas sätt att svara på frågorna i den aktuella studien, samt deras kommentarer i fritext, är det tydligt att frågorna i det aktuella enkätinstrumentet har egenskaper som kan liknas vid båda ovanstående exempel på respondenters eventuella respons. Frågorna bemöttes inte lika positivt av alla, vilket blir tydligt av vissa av svaren i fritexten. Ett fåtal respondenter uttryckte att de tyckte att påståendena och frågorna var svårbegripliga (attitydpåstående nr. 8, kunskapsfråga nr. 1 & nr. 4). Ett tiotal respondenter uttryckte även utanför fritextsvaren att enkäten rent generellt innehöll språkliga brister, svårtolkade frågor och att den var irrelevant på grund av det sätt den var utformad.

Trots detta talar den höga interna svarsfrekvensen och de varierande svaren på frågorna för att enkäten hade en god diskrimineringsförmåga (Oppenheim, 2003).

Några av respondenterna angav att de inte visste vilken åldersgrupp som studien avsåg och författarna antar därför att de inte läst informationsbrevet eller att brevet var otydligt formulerat.

Det faktum att det finns en klar skillnad gällande utvecklingsnivå hos barn i åldersspannet 0-12 år, har också medfört att många av respondenterna har angivit att de har haft svårt att svara på frågor,

som berör en så bred åldersgrupp. Många av fritextkommentarerna till de frågor och påståenden som är åldersberoende är av samma karaktär: “det beror på barnets ålder”.

Utifrån kommentarer i fritexten har författarna tolkat det som att några av respondenterna har upplevt vissa frågor i enkäten som integritetsnära. Enligt Bryman (1997) är det inte ovanligt att respondenter kan uppleva vissa frågor som ett hot mot den personliga integriteten eller prestige. Medvetet eller omedvetet strävar den enskilde alltid efter att framställa sig själv i så ljus dager som möjligt, vilket kan resultera i att respondenten vill undvika att erkänna socialt icke accepterade attityder eller uppfattningar. Denna ovilja blir dock mindre framträdande i en enkät jämfört med i en personligt intervju (a.a.).

Med hänsyn till den kritik enkäten har fått kan författarna i efterhand se att en pilotstudie av enkäten borde ha utförts på medstudenter innan den skickades till avdelningarna. Men på grund av tidsbrist utslöts denna förhandstestning. Författarna antog att enkäten var tillräckligt tillförlitlig för att användas, eftersom att frågorna redan var använda i flera tidigare forskningsstudier.

Frågor och attitydpåståenden i den aktuella studien var hämtade från befintliga enkäter på engelska, som i sitt originalutförande var avsedda för sjuksköterskor verksamma inom vuxensomatik. Översättningen till svenska samt frågornas avsedda ursprungssammanhang riskerar att ha haft inverkan på de slutgiltiga enkätfrågornas validitet. Samtidigt bör tilläggas att genom att jämföra svaren i fritext med svaren på attitydpåståenden och kunskapsfrågor kunde författarna utläsa att frågorna i stor utsträckning hade tolkats och besvarats som författarna avsett, vilket talar för en godtagbar innehållsvaliditet (Gunnarsson & Billhult, 2012).

Under inmatning av data uppmärksammade författarna att några kunskapsfrågor eventuellt kunde ha misstolkats med hänsyn till hur de hade formulerats, så att två personer kunde ha svarat olika även om de var av samma åsikt i förhållande till frågan. Författarna ansåg i efterhand att kunskapsfråga nr. 1 av denna anledning riskerade att ha misstolkats av flertalet respondenter, varför frågan utslöts ur vidare analyser.

Två av kunskapsfrågorna (nr. 4 & 7) innehåller mer än ett påstående, och utifrån svaren i fritext visade det sig att fokus för ställningstagande varierade från respondent till respondent. Resultatet av svaren till just dessa items som innehåller mer än en fråga blir därför svåra att jämföra och generalisera eftersom respondenterna har valt att svara på olika frågor eller dimensioner i ett och samma påstående.

Om studien genomfördes på nytt av en annan forskare är sannolikheten stor för att resultatet skulle bli likartat. Ejlertsson (2014) påpekar hur en enkätundersökning inte ger forskningspersonen möjlighet för att personligen påverka i vilken riktning respondenten väljer att svara. Forskningspersonen förehåller sig objektiv och är helt okänd för respondenten (a.a.).

Resultatdiskussion

Kunskap om och attityder till pediatrik smärta och smärtbehandling hos sjuksköterskor

Prövningen av hypoteserna **H₁** och **H₄** skedde genom jämförelser av de tre grupper som återfanns i kategorin för utbildning. Resultatet visade att noll-hypotesen förkastades och att det fanns en signifikant skillnad mellan de sjuksköterskor som genomgått vidareutbildning och de som inte hade det, avseende både kunskapsnivå och attityder till pediatrik smärta och smärtbehandling. De vidareutbildade sjuksköterskorna hade en mer omfattande kunskap och var mer positiva i sina attityder till pediatrik smärta och smärtskattning.

Resultatet av gruppjämförelserna bekräftade även att längden av arbetslivserfarenhet har en signifikant positiv inverkan på sjuksköterskornas kunskapsnivå och positiva attityder till pediatrik smärta och smärtskattning. Hypoteserna **H₃** och **H₆** verifierades därmed genom den statistiska analysen av jämförelserna av grupperna för arbetslivserfarenhet. Skillnaden var påfallande stor mellan sjuksköterskor med lång respektive kort arbetslivserfarenhet. Här kan tilläggas att Benner (1993) definierar arbetslivserfarenhet mindre än fem år som kort.

Resultatet av hypotesprövningarna (**H₁**, **H₄**, **H₃** och **H₆**) fick stöd av Benners teori (1993) om sjuksköterskors kompetensutveckling från novis till expert med ökad erfarenhet i yrket kombinerat med en ökad kunskapsnivå. Testresultaten stöds delvis av resultaten av en finsk studie utförd på neonatalavdelningar. Studien, vars resultat bland annat visade på en högre kunskapsnivå hos sjuksköterskor med vidareutbildning och längre arbetslivserfarenhet, kom även fram till att attityder till smärtskattning inte blir positivare trots att sjuksköterskorna har högre kompetensnivå avseende utbildningsnivå och arbetslivserfarenhet (Pölkki et al., 2010).

När hypoteserna **H₂** och **H₅** prövades genom statistisk analys av gruppjämförelser kunde nollhypotesen däremot inte förkastas. Analysen pekade på en tydlig trend avseende

barnsjuusköterskors mer positiva attityder ($p=0.056$), men det fanns inget statistiskt säkerställt samband mellan högre kunskapsnivå och positivare attityder till pediatrik smärta hos barnsjuusköterskor jämfört med övriga vidareutbildade sjuusköterskor.

Sammantaget visade prövningen av dessa hypoteser att majoriteten av de deltagande sjuusköterskorna hade en acceptabel kunskapsnivå och att de hade en övervägande positiv attityd till smärta och smärtskattning. Resultatet styrks även genom analysen av studiens kvalitativa data vars teman visar på att deltagarna hade ett professionellt förhållningssätt till pediatrik smärta och smärtbehandling. Det var dock problematiskt att exakt ange vad som var en acceptabel kunskapsnivå då antalet kunskapsfrågor var för lågt för att spegla hela kunskapsområdet. Medelvärde på kunskapsfrågorna med 82% rätt svar gav ändå en bild av att kunskapsnivån är relativt hög. Den aktuella studiens positiva resultat bekräftas av en studie genomförd i Sydsverige som kom fram till resultatet att sjuusköterskor som arbetar med barn generellt har goda kunskaper om pediatrik smärta (Ljusegren et al, 2011).

Attityder till generell smärtskattning

Oberoende av det tydliga sambandet i den aktuella studien mellan positivare attityder i förhållande till vidareutbildning och lång arbetslivserfarenhet, visade resultatet av svaren på några av attitydpåståenden i enkäten att en betydande del av respondenterna hade en negativ attityd till smärtskattningsinstrument i vissa hypotetiska situationer. Det tydliggjordes främst i svaren på attitydpåstående 7: *Barns smärta kan alltid bedömas utifrån deras beteende och psykologiska signaler*, nr. 10: *Sjuusköterskor undervärderar ofta intensiteten av barns smärta* och attitydpåstående 11: *Smärtbedömningsinstrument gör ofta barn mer medvetna om deras smärta*. Påstående 7 och 10 besvarades av drygt 30% av respondenterna med en delvis eller helt negativ attityd, med en viss variation beroende på arbetslivserfarenhet och vidareutbildning. Påstående 11 besvarades med en helt eller delvis negativ attityd av 50% av respondenterna oberoende av grupp tillhörighet.

Den kvalitativa datan belyste detta resultat ytterligare genom Tema 5 (*Smärtskattning är svårt, men bör användas för att utvärdera behandling*) och Tema 10 (*Smärtskattningsinstrument hjälper barn att sätta ord på sin upplevelse av smärta*), vilka talade för att respondenterna generellt var

eniga om att smärtskattning hjälper barnet att sätta ord på sin subjektiva upplevelse av smärtan och att smärtskattningsinstrumentet bör användas för utvärdering av behandling. I Tema 5 gav respondenterna samtidigt uttryck för att smärtskattning är svårt i praktiken. Det sistnämnda skulle kunna vara en anledning till varför smärtskattningsinstrument inte används i tillräcklig utsträckning i klinisk verksamhet.

Denna uppfattning kommer även fram i Ljusegren et al's (2011) studie, där sjuksköterskorna uppgav att de kände ett ansvar att skatta barns smärta utifrån de skattningsinstrument som fanns tillgängliga på avdelningen, samtidigt som de upplevde att det var lättare att hellre prata med barnet om smärtan, vilket resulterar i att sjuksköterskan saknar ett objektiva mått på barnets smärta. Det blir då svårt för sjuksköterskan att utvärdera effekten av eventuell smärtlindrande medicin (a.a.).

Det är sjuksköterskans ansvar att inom alla beslut som rör barnet, möjliggöra och optimera barnets delaktighet och säkerställa kvaliteten i hanteringen av smärtställande medicin ämnat för barnet (Riksföreningen för barnsjuksköterskor). I verkligheten finns det förvånansvärt många barn som inte uttrycker smärta spontant och smärtuttryck kan dessutom lätt feltolkas av vårdpersonal (Jylli, 2001a). Inadekvat behandling av barns smärta är moralskt fel, framförallt när vårdpersonal har kunskap om tillgängliga smärtskattningsinstrument (Olmstead et al, 2010). Forskning visar att barn generellt är bra på att värdera sin egen smärta och smärta som förbises eller inte behandlas adekvat kan ge kort- och långsiktiga skador på barnet. Obehandlad smärta har även ekonomiska konsekvenser i form av längre sjukhusvistelser. Individer med tidigare negativa erfarenheter av sjukvården tenderar dessutom att avstå från att söka medicinsk vård, eller söker sent i ett sjukdomsförlopp (a.a.). Detta talar för att smärtskattningens värde och funktion i vården inte bör förbises.

Negativa attityder trots lång arbetslivserfarenhet och vidareutbildning

Trots den aktuella studiens resultat med en tydlig koppling mellan lång arbetslivserfarenhet och positivare attityder, visade resultaten av enstaka items i enkäten på ett överraskande resultat. Av det totala respondentantalet svarade 39% med en negativ attityd till attitydpåstående 14:

Analgetika är alltid det bästa sättet att reducera smärta. Svaren på påstående 14 visade dock på

ett omvänt förhållande där respondenter med vidareutbildning och lång arbetslivserfarenhet hade en negativ attityd i 42 % respektive 41% av fallen, och respondenter utan vidareutbildning och med kort arbetslivserfarenhet svarade med en negativ attityd i endast 30% respektive 35% av fallen, vilket inte stöder författarnas hypotes om att lång arbetslivserfarenhet och vidareutbildning kan likställas med positivare attityder.

Respondenternas svar till attitydpåstående 8: *All riktig smärta har en identifierbar orsak*, visade på samma omvända förhållande där respondenter i grupperna för vidareutbildning och lång arbetslivserfarenhet svarade med en negativ attityd i 25% respektive 27% av fallen, samtidigt som grupperna för ingen vidareutbildning och kort arbetslivserfarenhet bara hade en negativ attityd i 13% och 11% av fallen.

Resultaten av svaren på dessa specifika påståenden antyder att sjuksköterskor med kortare arbetslivserfarenhet i enskilda frågor har positivare attityder än sjuksköterskor med vidareutbildning och längre arbetslivserfarenhet. Resultatet kan delvis bero på att relativt nyutexaminerade sjuksköterskors kunskap är mer uppdaterad, eftersom de pga av sin bristande yrkesvana är tvungna att förlita sig mer till teoretiska principer och riktlinjer än på förvärvad erfarenhet. De mer erfarna och vidareutbildade sjuksköterskorna kan i större utsträckning förlita sig på egna erfarenheter förvärvade under lång tid. Denna aspekt kommer fram i Ljusegren et al's (2011) studie. Studien visade att novicerna ansträngde sig för att bemöta patientens behov i samband med smärthantering, samtidigt som de kände sig otillräckliga pga. bristande erfarenhet. Denna osäkerhet gjorde att sjuksköterskorna blev tvungna att fråga patienter om deras smärta, medan de mer erfarna sjuksköterskorna sa sig veta hur smärtpåverkade patienter beter sig (a.a.).

I detta sammanhang kan Benners (1993) teori om experten nämnas. Enligt Benner är experten inte lika beroende av riktlinjer och litar mer på egen erfarenhet och kunskap. Hon hävdar dock att för att förebygga missuppfattning av en situation, är det av betydelse att experten också använder sig av analytiska redskap (a.a.). Men enligt forskning kan sjuksköterskors höga expertis eller deras tillit till sin egna förmåga bli en fallgrop, när de inte upplever ett behov av att använda skattningsinstrument. Pöllki et al's (2010) resultat pekar på denna tendens. Studien visade att det

främst var sjuksköterskor med över 5-10 års arbetslivserfarenhet som avstog från att använda sig av smärtskattningsinstrument (a.a.).

En bedömning av smärta med hjälp av ett smärtskattningsinstrument är objektiv, medan sjuksköterskans egna bedömning är subjektiv, eftersom den delvis baseras på hens förförståelse (Jylli, 2001a). Vilket talar för vikten av objektiv smärtskattning, ökat vidareutbildning och lång arbetslivserfarenhet.

Sjukvårdspersonals och barns förväntningar och tolkning av smärta

Som nämnts tidigare är sjuksköterskor benägna att avstå från att använda sig av smärtskattningsinstrument i praktiken. De litar mer på den egna erfarenheten och förmågan att tolka barnets smärtbeteende. Enligt Tema 11 i den aktuella studien kan sjuksköterskan utifrån sin erfarenhet ha en idé om barnets smärtupplevelse, men det är alltid individuellt hur barnet faktiskt upplever smärtan, vilket Jylli (2001a) också konstaterar.

Den aktuella studiens kvalitativa resultat talar för att respondenterna upplevde att det är en komplex och mångfasetterad uppgift att tolka barns smärta, vilket även får stöd av tidigare forskning (Olmstead et al, 2010). Ett barn kan ha ont även om det inte berättar om, eller på annat sätt uttrycker sin smärta (Tema 1: *Barn kan ha ont även när de inte berättar om sin smärta*). Ett barn kan kommunicera sin smärta även om den inte omedelbart kan identifieras (Tema 3: *Barnets upplevelse av smärta bör respekteras, och den existerar även om orsaken inte kan identifieras*).

Barnets tidigare erfarenhet av smärta, hens sociala och kulturella ursprung samt den innebörd och mening som barnet tillskriver smärtan är faktorer som inverkar på smärtreaktionen (Jylli, 2001a). Barn i åldern 5-14 år kan ofta se smärta och sjukdom som en straff för tidigare handlingar eller dåligt uppförande. Denna typ av moralisk resonemang har en inverkan på vilken mening barnet attribuerar smärtan (Olmstead et al, 2010).

Det är därför viktigt att sjuksköterskan alltid är uppmärksam och lyhörd för barnets signaler, och att hen tror på barnet och respekterar dets upplevelse av smärta, även när orsaken till smärtan inte kan identifieras (Tema 3, & 4: *Sjukvårdspersonal ska utgå från att barnet talar sanning*). Men enligt Ljusegren et al's (2011) studie kan detta i vissa fall vara svårt i praktiken. Studien kom fram

till att sjuksköterskor som befann sig i oförutsägbara situationer med omhändertagande av smärtpåverkade barn, upplevde rädsla, maktlöshet och övergivenhet. För att skydda sig mot dessa känslor kunde sjuksköterskorna i vissa fall ifrågasätta barnets smärtupplevelse (a.a.).

Respondenterna i den aktuella studien gav uttryck för att de försökte uppnå barnets förväntan om total smärtlindring i den mån det var möjligt, men att all smärta kan inte förebyggas som t.ex. procedursmärta (Tema 2: *Sjuksköterskan strävar efter att barnets förväntan om total smärtlindring uppnås*). Avledande aktiviteter kan i dessa sammanhang användas, även i kombination med analgetika (Tema 8: *Avledande aktiviteter kan användas i kombination med analgetika*). Forskning har visat att avledande aktiviteter, undantaget analgetika, är det som har bäst effekt på att reducera barnets upplevelse av smärta i samband med omvårdnadsprocedurer. Om barnet inte har tillräckligt kontroll under en smärtsam procedur, kan barnet känna sig lurat av personen trots att de försöker att distrahera/avleda. Det blir därför barnets upplevelse av kontroll över smärtan, som avgör effekten av avledande aktiviteter (Svendsen & Bjørk, 2014).

Sjuksköterskan är skyldig att agera ombud för barnet, därför krävs det att hen försöker att tänka, känna och se världen utifrån barnets perspektiv (Tingberg, 2004). Barnets verklighetsuppfattning och fantasi, som i varierande grad skiljer sig från den vuxnes, har en stor betydelse för hur barnet hanterar stress och rädsla inför det okända. En okänd och hotfull situation kan därför leda till att barnet får panik, inte minst i mötet med obegripliga och smärtsamma medicinska procedurer (a.a.). Det är därför viktigt att alltid informera barnet om vad som kommer att hända så att en procedur eller åtgärd blir begriplig och hanterbar för barnet. Att lura eller ljuga för barnet gör att det blir otryggt och oroligt, vilket förvärrar upplevelsen av smärtan ytterligare och gör det mer jobbigt för sjuksköterskan och föräldern att trösta eller avleda barnet (Tema 6: *Barnet ska alltid informeras och aldrig luras*).

Kunskap om farmakologisk behandling relaterat till arbetslivserfarenhet och vidareutbildning

Svaren till kunskapsfråga 8: *Barn med kronisk smärta behöver ofta högre doser av smärtstillande än patienter med akut smärta*, och nr. 9: *Om ett barn/anhörig berättar att ett narkotiskt preparat orsakar eufori hos barnet bör man ge en lägre dos av medicinen*, talar för att kunskapsnivån hos sjuksköterskorna kring användandet av smärtstillande mediciner var på en lägre nivå än i övriga frågor, eftersom hälften av respondenterna svarade fel på dessa frågor.

Kunskapsfråga 8 visar en tydlig skillnad i kunskap i förhållande till vidareutbildning, där sjuksköterskor utan vidareutbildning fick ett markant sämre resultat än sjuksköterskor med en vidareutbildning.

Respondenternas förhållandevis sämre resultat på dessa specifika kunskapsfrågor överensstämmer med tidigare studier som också pekar på att det råder en särskild brist på kunskap hos sjuksköterskor gällande användandet av smärtstillande mediciner (Twycross, 2013b).

Orsaker till brister inom smärthantering och hur de kan kompenseras

Negativa attityder och dålig kunskap till pediatrik smärta och smärtskattning har en direkt påverkan för vården av barnet och dess anhöriga (Twycross, 2013b). Även om det inte är särskilt utpräglat förekommer negativa attityder och sämre kunskap mer ofta hos sjuksköterskor utan vidareutbildning och med kortare arbetslivserfarenhet i aktuella studien.

Möjliga bidragande faktorer kan t.ex. vara att oerfarna sjuksköterskor inte får tillräckligt med brevidgång innan de förväntas fungera självständigt på en arbetsplats, vilket av samma orsak kan resultera i en nedsatt förmåga att hantera situationer där pediatrik smärta förekommer (a.a.).

För att övervinna negativa attityder och bristande kunskap är det viktigt med en kultur präglad av en strävan efter kompetensutveckling, öppenhet och frekventa samtal mellan de anställda. Framför allt mellan novicer och experter kring etiska avvägningar och problem inom ramen för vården som ges (Twycross, 2010a). Systematisk repetition och reflektion kring användandet av smärtskattningsinstrument och riktlinjer för smärthantering borde implementeras som rutin i den kliniska vardagen för att säkra kompetensutveckling av sjukvårdspersonalen (Ljusegren et al, 2011). Benners teori tydliggör också vikten av kollegial reflektion och handledning för att skapa en gynnsam arbetsmiljö och kompetensutveckling (Benner, 1993). Vikten av detta bekräftas ytterligare av Ljusegren et al's (2011) studie där novicerna inte upplevde att de fick tillräckligt med stöd och råd från sina kollegor. De kände sig rädda och otrygga i sitt agerande i oförutsägbara situationer. Samtidigt stärktes deras förmåga att förhålla sig till stressande situationer när de fick möjlighet att samtala om upplevda händelser. För att underlätta

upplevelsen av bristande kontroll i oförutsägbara situationer med barn i smärta, bör arbetet organiseras så att en erfaren sjuksköterska går bredvid novicen (a.a.).

Kvalitetssäkring av smärthantering i form av t.ex. audits bör implementeras som rutin på avdelningar. Därtill bör förebilder i form av sjuksköterskor med specialistutbildning inom smärta utses på avdelningarna. De bör vara behjälpliga med att reflektera kring samt sprida evidensbaserad information om pediatrik smärta (Twycross, 2010a).

Utifrån ett samhällsperspektiv är det nödvändigt att prioritera en bemanning på arbetsplatserna som utgörs av kompetent personal bestående av både novicer och mer erfarna sjuksköterskor med vidareutbildning. Annars finns en risk för att arbetsmiljön kan bli belastad och kvaliteten på sjukvården sämre, vilket är etiskt oacceptabelt och vilket dessutom kan resultera i längre vårdtider och högre vårdkostnader.

Sparkrav och minimering av arbetskraften kan skapa en allt för hög arbetsbelastning, som tillsammans med en strävan efter ständig effektivisering i längden kan begränsa vårdens fokus till att i större utsträckning bli instrumentellt, och patienterna riskerar då i värsta fall att bli behandlade som objekt.

Konklusion och implikationer

Författarnas studie visar att arbetslivserfarenhet samt vidareutbildning har en signifikant inverkan på sjuksköterskors attityder till och kunskap om smärta och smärtskattning, vilket även spelar en avgörande roll för kvaliteten på den vård som ges i slutändan.

Trots deltagarnas relativt positiva attityder och goda ämneskunskaper antyder resultatet av studien att deltagarna inte är helt konsekventa i sitt generellt positiva förhållningssätt till smärtskattning och validerade smärtskattningsinstrument. Framtida forskning hade med fördel därför kunnat undersöka sjuksköterskors faktiska användande av validerade smärtskattningsinstrument, och hur detta användande har utvecklats över tid. Denna forskning kan förhoppningsvis sprida mer ljus över den diskrepans som råder mellan sjuksköterskors generellt positiva attityder till instrumenten och det faktum att användandet av dem släpar efter.

För att förbättra sjuksköterskors hantering av och attityder till pediatrik smärta, är det nödvändigt med ett gediget stöd från arbetsgivaren. I den praktiska vardagen är det nödvändigt att stödja sjuksköterskor i deras hantering av och beslutsfattande kring barns smärta. I detta sammanhang kan användning av smärtskattningsinstrument vara till hjälp. Systematisk repetition och reflektion kring användandet av smärtskattningsinstrument och riktlinjer för smärthantering borde implementeras som rutin i den kliniska vardagen för att säkra kompetensutveckling av sjukvårdspersonalen. Arbetet bör organiseras så att novicerna har möjlighet för att gå tillsammans med erfarna sjuksköterskor i klinisk praxis.

Referenser

Anand, K.J.S; Sippel, W.G & Aynsley Green, A. (1987). Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. *The Lancet*, (329), 8527: 243-248. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(87\)90065-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(87)90065-1)

Anand, K.J; Grunau, R.E.; Porter, F.L. (1999). Long-term effects of pain in infants. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*. (20), 4 : 253-61

Angelöw, B., Jonsson, T. & Stier, J. (2000). Introduktion till socialpsykologi. Lund: Studentlitteratur

Benner, P. (1993) Från novis till expert - mästarskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. (S. 318-326). Pozkal: Studentlitteratur AB.

Birkler, J. (2007). Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner. I M. Nielsen och G. Rom (red.). *Kommunikation - et humanistisk fag*. (S. 17-26). København: Munksgaard Danmark.

Bryman, A. (1997). Kvantitet och Kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning. Lund: Studentlitteratur.

Codex (2015). Informerat samtycke. Hämtad den 17.04.2015 från:
<http://codex.vr.se/manniska2.shtml>

Ejlertsson, G. (2014). Enkäten i praktiken - En handbok i enkätmetodik. Lund: Studentlitteratur.

Ferrante, P., Cuttini, M., Zangardi, T., Tomasello, C., Messi, G., Pirozzi, N., Losacco, V., Piga, S. & Benini, F. (2013). Pain management policies and practices in pediatric emergency care: a nationwide survey of italian hospitals. *BMC Pediatrics*, 139(13): 2-9.
doi: 10.1186/1471-2431-13-139

Gradin, M. & Eriksson, M. (2011). Neonatal pain assessment in Sweden – a fifteen-year follow up. *Foundation Acta Pædiatrica* 100(2):204–208. DOI:10.1111/j.1651-2227.2010.01996.x

Gunnarsson, R. & Billhult, A (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 152-160). Lund: Studentlitteratur.

Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: handbok för forskning och utvecklingsarbete. Lund: Studentlitteratur.

IASP (u.å.). Taxonomy. International Association of the Study of Pain.

Hämtad den 07.05.2015 från: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>

IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp

Jylli (2001a). Smärtbedömning och skattning. I G.L. Olsson & L. Jylli (Red). Smärta hos barn och ungdomar. (s. 119-140). Lund: Studentlitteratur.

Jylli (2009b) Smärta hos barn. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.) Pediatrisk omvårdnad. (S. 127-133). Stockholm: Liber.

Hwang, P. & Björn, N. (2011). Utvecklingspsykologi. Natur och kultur: Stockholm

Kvale, S. (2006). Det kvalitativa forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk

Läkemedelsverket (2014). Behandling av barn i samband med smärtsamma procedurer i hälso- och sjukvård - kunskapsdokument. Information från läkemedelsverket (3).

Hämtad den 28.12.2015 från: https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Behandling_av_barn_i_samband_med_smartsamma_procedurer_i_halso_och_sjukvard_kunskapsdokumen.pdf

Ljungman, G. & Lindberg, S. (2012) Smärta hos barn och ungdomar. I K. Hanséus, H. Lagercrantz & T. Lindberg (Red.) Barnmedicin. (S. 141-150). Lund: Studentlitteratur.

Ljusegren, G., Johansson, I., Breglund, I. & Enskär, K. (2011). 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

Olmsetad, D., Scott, S. & Austin, W. (2010). Unresolved pain in children: A relational ethics perspective. *Nursing Ethics* 17(6): 695-704. doi: 10.1177/0969733010378932

Olsson, G.L. & Jylli, L. (2001). Inledning. I G.L. Olsson & L. Jylli (Red.) Smärta hos barn och ungdomar. (S. 21-24). Lund: Studentlitteratur.

Oppenheim, A, N. (2003). Questionnaire design, Interviewing and attitude measurement. New York: Continuum.

Pölkki, T., Korhonen, A., Laukkala, H., Pietilä, AM., Saarela, T., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. *Scand J Caring Sci.* 24(1):49-55. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00683.x.

Priebe & Landström (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.) Vetenskaplig teori och metod. (S. 32-50) Pozkal: Studentlitteratur AB.

Ranjit, J. & Manias, E. (2010). Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 118-129.
doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03068.x

Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Svensksjuksköterskeförening - SSF (2008)
Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

Svendsen, E. J., Bjørk, I.T. (2014), Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain. *Journal of Pediatric Nursing* 29 (4): 19-28.
doi: 10.1016/j.pedn.2014.01.015.

Scott, I. (1992). Nurses' attitudes to pain control and the use of pain assessment scales. *British Journal of Nursing* 11; 2(1): 11-4, 16.

Socialstyrelsen (2003). Barn och Smärta. Hämtad den 7. februari 2015 från:
<http://www.svenskbarnsmartforening.se/svenskbarnsmartforening/dokument/sota.pdf>

Stanley, M. & Pollard, D. (2013). Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy of Nurses In The Management of Pediatric Pain. *Pediatric Nursing* 39(4): 165-171.

Svensk Barnsmärtförening (2013). Nationella riktlinjer för prevention och behandling av smärta i nyföddhetsperioden. Hämtad den 28.12.2015 från:

<http://www.svenskbarnsmartforening.se/svenskbarnsmartforening/dokument/Nationella-riktlinjer-2013.pdf>

Tingberg, B. (2004). Barn på sjukhus. I E. Bischofberger; G. Dahlquist; M. Edwinston-Månsson; B. Tingberg & B-M. Ygge (Red.). *Barnet i vården*. Stockholm: Liber AB.

Trost, J. (2012). Enkätboken. Lund: Studentlitteratur AB

Twycross, A. (2010a). Managing pain in children: where to from here? *Journal of Clinical Nursing* 19, (15-16): 2090-2099. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03271.x

Twycross, A. (2013b) Review of Pain Content in Three-Year Preregistration Pediatric Nursing Courses in the United Kingdom. *Pain Management Nursing*, 14 (4): 247-258
doi: 10.1016/j.pmn.2011.05.002.

Twycross, A. & Collins, S. (2013a). Nurses' Views about the Barriers and Facilitators to Effective Management. *The American Pain Management Nursing*, 14(4): 164-172.
doi:10.1016/j.pmn.2011.10.007

Unicef (2009) Barnkonventionen. Unicef: Sverige. Hämtad den 12.10.2015 från:
<https://unicef.se/barnkonventionen>

Vetenskapsrådet (u.å.). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad den 17.04.2015 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vickers, N. (2011). Knowledge and attitudes regarding pain among surgical nurses in three teaching hospitals in Ireland. Master of Science thesis, Dublin City University.

Hämtad den 15.12.15 från <http://doras.dcu.ie/16608/>

Werner, M. (2001). Smärfysiologi. I G.L. Olsson & L. Jylli (Red). Smärta hos barn och ungdomar. (S. 25-49). Lund: Studentlitteratur

Wiech, K., Ploner, M. & Tracey, I. (2008). Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends in Cognitive Sciences* 12, (8): 306-316. doi: 10.1016/j.tics.2008.05.005

Woldehaimanot, T. et al 2014). Pain knowledge and attitude: a survey among nurses in 23 health institutions in Western Ethiopia. *Gaziantep Medical Journal* 20, (3): 254-260.DOI: 10.5455/GMJ-30-157196

Bilaga 1



**LUNDS
UNIVERSITET**
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Enkätformulär

**Hur länge har du arbetat
som sjuksköterska?**

1-5 år

5-10 år

Mer än 10 år

**Har du någon vidareutbildning,
och i så fall vilken/vilka?**

- Ambulanssjukvård/Akutsjukvård
- Anestesisjukvård
- Barnsjukvård
- Distriktssköterska
- Intensivvård
- Onkologisk vård
- Operationssjukvård
- Psykiatrisk vård

Annan vidareutbildning: _____

Attitydpåståenden:

- | | Invänder
helt. | Invänder
delvis. | Instämmer
delvis. | Instämmer
helt. |
|--|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 1. Barn berättar för sjukvårdspersonal när de har ont. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

2. Barn har olika smärtröskel.

Möjlighet för svar i fri text.

Ersätter ej svarsalternativen:

3. Även barnpatienter borde förvänta sig att utsättas för någon form av smärta.

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

4. Ångest ökar upplevelsen av smärta.

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

	Invänder helt.	Invänder delvis.	Instämmer delvis.	Instämmer helt.
5. Sjuksköterskor är mer erfarna att värdera karaktären hos barnets smärta än barnet själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

6. Barn som använder sin smärta för att få fördelar eller positiv särbehandling har inte så ont som de säger att de har.

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

7. Barns smärta kan alltid bedömas utifrån deras beteende och psykologiska signaler.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

8. All riktig smärta har en identifierbar orsak.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

Invänder helt. **Invänder delvis.** **Instämmer delvis.** **Instämmer helt.**

9. Det är ingen skillnad mellan akut och kronisk smärta.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

10. Sjuksköterskor undervärderar ofta intensiteten av barns smärta.



Möjlighet för svar i fri text.

Ersätter ej svarsalternativen:

11. Smärtbedömningsinstrument gör ofta barn mer medvetna om deras smärta.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

12. Det är bäst om barnet inte vet vad som kommer att hända inför en procedur eftersom det kan orsaka ångest hos barnet.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

	Invänder helt.	Invänder delvis.	Instämmer delvis.	Instämmer helt.
--	-----------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------

13. Barnet är mest kvalificerad att värdera intensiteten av sin smärta.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

14. Analgetika är alltid det bästa sättet att reducera smärta.



Möjlighet för svar i fri text.

Ersätter ej svarsalternativen:

15. Alla barn kan ha en hög smärtröskel om de uppmuntras till det.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

16. Det barnet säger om sin smärta är alltid sant.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

Invänder helt. **Invänder delvis.** **Instämmer delvis.** **Instämmer helt.**

17. Sjuksköterskor vet exakt hur ont ett barn kommer att ha efter den aktuella operation eller procedur barnet skall genomgå.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

18. Barnet borde sätta sina egna mål med smärtlindring.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

19. Smärta är vad barnet säger att det är och den existerar när hen säger att den gör det.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

20. Om ett barn fortsätter att ha ont trots smärtstillande medicin, bör smärtbedömning utföras.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

Invänder helt.	Invänder delvis.	Instämmer delvis.	Instämmer helt.
-----------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------

21. En smärtbedömning bör alltid dokumenteras.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

Frågor om smärta och smärtskattning:

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Brist på smärtuttryck är inte entydigt med brist på smärta. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. Ett barn borde uppleva obehag innan nästa dos av smärtställande ska ges. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Den som bäst avgör barnets smärta är barnet själv. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Barn gråter hela tiden, därför kan avledande aktiviteter användas istället för smärtställande medicin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Det är barns rättighet att förvänta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

sig en total smärtlindring som ett resultat av behandlingen.

**Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:**

6. Distraction i form av t.ex. musik eller avslappning kan minska ett barns upplevelse av smärta.



**Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:**

7. Sjukvårdspersonals skattning av smärta är ett tillförlitligt mått och kan likställas med barnets egna upplevelse.



**Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:**

Ja

Nej

8. Barn med kronisk smärta behöver ofta högre doser av smärtstillande än patienter med akut smärta.



**Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:**

9. Om ett barn/anhörig berättar att ett narkotiskt preparat orsakar eufori hos barnet bör man ge en lägre dos av medicinen.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

10. Barn med kronisk smärta borde få smärtstillande medicin regelbundet även om smärta förekommer eller inte.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

11. Det kan ofta vara lämpligt att ge placebo till ett barn med smärta för att bedöma om hen verkligen har ont.



Möjlighet för svar i fri text.
Ersätter ej svarsalternativen:

Bilaga 5

Figur 1.

Medelpoäng	Antal	Procent av alla enkäter (n127)	Procent av godkända svar (n124)	Kumulativ procent
,50	8	6,3%	6,5%	6,5%
,60	8	6,3%	6,5%	12,9%
,67	5	3,9%	4,0%	16,9%
,70	10	7,9%	8,1%	25,0%
,75	4	3,1%	3,2%	28,2%
,78	7	5,5%	5,6%	33,9%
,80	20	15,7%	16,1%	50,0%
,86	4	3,1%	3,2%	53,2%
,88	8	6,3%	6,5%	59,7%
,89	7	5,5%	5,6%	65,3%
,90	17	13,4%	13,7%	79,0%
1,00	26	20,5%	21,0%	100,0%
Totalt	124	97,6%	100,0%	
Saknas	3	2,4%		
Total	127	100,0%		

Kunskapsfrågor medelvärde 0,0=inga rätt; 1,0=alla rätt

Figur 2. Svarefrekvens för kunskapsfrågor, alla deltagare.

Fråga 1 Smärtskattning	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	58	63	121	6	127
Procent	45,7%	49,6%	95,3%	4,7%	100,0%
Valid Procent	47,9%	52,1%	100,0%		
Kumulativ procent	47,9%	100,0%			

Fråga 2 Smärta	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	1	123	124	3	127
Procent	,8%	96,9%	97,6%	2,4%	100,0%
Valid Procent	,8%	99,2%	100,0%		
Kumulativ procent	,8%	100,0%			

Fråga 3 Smärtskattning	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	7	113	120	7	127
Procent	5,5%	89,0%	94,5%	5,5%	100,0%
Valid Procent	5,8%	94,2%	100,0%		
Kumulativ procent	5,8%	100,0%			

Fråga 4 Smärta	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	28	84	112	15	127
Procent	22,0%	66,1%	88,2%	11,8%	100,0%
Valid Procent	25,0%	75,0%	100,0%		
Kumulativ procent	25,0%	100,0%			

Fråga 5 Smärta	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	26	95	121	6	127
Procent	20,5%	74,8%	95,3%	4,7%	100,0%
Valid Procent	21,5%	78,5%	100,0%		
Kumulativ procent	21,5%	100,0%			

Fråga 6 Smärta	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	1	121	122	5	127
Procent	,8%	95,3%	96,1%	3,9%	100,0%
Valid Procent	,8%	99,2%	100,0%		
Kumulativ procent	,8	100,0			

Fråga 7 Smärtskattning	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	12	105	117	10	127
Procent	9,4%	82,7%	92,1%	7,9%	100,0%
Valid Procent	10,3%	89,7%	100,0%		
Kumulativ procent	10,3%	100,0%			

Fråga 8 Smärta	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	49	55	104	23	127
Procent	38,6%	43,3%	81,9%	18,1%	100,0%
Valid Procent	47,1%	52,9%	100,0%		
Kumulativ procent	47,1%	100,0%			

Fråga 9 Smärta	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	51	52	103	24	127
Procent	40,2%	40,9%	81,1%	18,9%	100,0%
Valid Procent	49,5%	50,5%	100,0%		
Kumulativ procent	49,5%	100,0%			

Fråga 10 Smärta	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	36	78	114	13	127
Procent	28,3%	61,4%	89,8%	10,2%	100,0%
Valid Procent	31,6%	68,4%	100,0%		
Kumulativ procent	31,6%	100,0%			

Fråga 11 Smärtskattning	Valida svar			Svar saknas	Total
	fel	rätt	Total		
Antal	4	117	121	6	127
Procent	3,1%	92,1%	95,3%	4,7%	100,0%
Valid Procent	3,3%	96,7%	100,0%		
Kumulativ procent	3,3%	100,0%			

Svarsfrekvens för kunskapsfrågor, alla deltagare.

Bilaga 6

Figur 3.

Antal	Inkluderade enkäter	124
	Exkluderade enkäter	3
	Antal totalt	127
Medelvärde		,7780
SD		,09967

Medelvärde av attitydpåståenden 0,0=helt negativ 1,0=helt positiv

Figur 4.

		Attityd smärta	Attityd smärtskattning
Antal	Inkluderade enkäter	124	124
	Exkluderade enkäter	3	3
	Antal totalt	127	127
Medelvärde		,8005	,7413
SD		,11467	,15888

Medelvärde av subkategorier till attitydpåståenden. 0,0=helt negativ 1,0=helt positiv.

Figur 5

Medelvärde	Antal	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
,43	1	,8%	,8%	,8%
,52	2	1,6%	1,6%	2,4%
,57	4	3,1%	3,2%	5,6%
,60	1	,8%	,8%	6,5%
,62	5	3,9%	4,0%	10,5%
,65	1	,8%	,8%	11,3%
,67	6	4,7%	4,8%	16,1%
,68	1	,8%	,8%	16,9%
,70	1	,8%	,8%	17,7%
,71	12	9,4%	9,7%	27,4%
,74	2	1,6%	1,6%	29,0%
,76	18	14,2%	14,5%	43,5%
,79	1	,8%	,8%	44,4%
,80	5	3,9%	4,0%	48,4%
,81	30	23,6%	24,2%	72,6%
,84	1	,8%	,8%	73,4%
,86	17	13,4%	13,7%	87,1%
,89	1	,8%	,8%	87,9%
,90	2	1,6%	1,6%	89,5%
,90	7	5,5%	5,6%	95,2%
,95	1	,8%	,8%	96,0%
,95	5	3,9%	4,0%	100,0%
Inkluderade	124	97,6%	100,0%	
Exkluderade	3	2,4%		
Totalt	127	100,0%		

. Medelvärde för alla deltagare på samtliga attitydpåståenden.
0,0=Helt negativ attityd 1,0=helt positiv attityd.

Figur 6. Svarsfrekvens på attitydpåståenden för samtliga deltagare

Påstående 1 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	6	4,7%	4,9%
Delvis negativ attityd	84	66,1%	68,3%
Delvis positiv attityd	26	20,5%	21,1%
Positiv attityd	7	5,5%	5,7%
Total	123	96,9%	100,0%
Svar saknas	4	3,1%	
Totalt	127	100,0%	

Påstående 2 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	1	,8%	,8%
Delvis negativ attityd	7	5,5%	5,7%
Delvis positiv attityd	13	10,2%	10,6%
Positiv attityd	102	80,3%	82,9%
Total	123	96,9%	100,0%
Svar saknas	4	3,1%	
Totalt	127	100,0%	

Påstående 3 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	8	6,3%	6,5%
Delvis negativ attityd	19	15,0%	15,4%
Delvis positiv attityd	37	29,1%	30,1%
Positiv attityd	59	46,5%	48,0%
Total	123	96,9%	100,0%
Svar saknas	4	3,1%	
Total	127	100,0%	

Påstående 4 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	4	3,1%	3,2%
Delvis negativ attityd	2	1,6%	13,7%
Delvis positiv attityd	17	13,4%	81,5%
Positiv attityd	101	79,5%	100,0%
Total	124	97,6%	
Svar saknas	3	2,4%	
Total	127	100,0%	

Påstående 5 Smärtskattning	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	2	1,6%	1,6%
Delvis negativ attityd	29	22,8%	23,8%
Delvis positiv attityd	41	32,3%	33,6%
Positiv attityd	50	39,4%	41,0%
Total	122	96,1%	100,0%
Svar saknas	5	3,9%	
Total	127	100,0%	

Påstående 6 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Delvis negativ attityd	25	19,7%	20,3%
Delvis positiv attityd	43	33,9%	35,0%
Positiv attityd	55	43,3%	44,7%
Total	123	96,9%	100,0%
Svar saknas	4	3,1%	
Total	127	100,0%	

Påstående 7 Smärtskattning	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	4	3,1%	3,3%
Delvis negativ attityd	37	29,1%	30,1%
Delvis positiv attityd	34	26,8%	27,6%
Positiv attityd	48	37,8%	39,0%
Total	123	96,9%	100,0%
Svar saknas	4	3,1%	
Total	127	100,0%	

Påstående 8 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	10	7,9%	8,1%
Delvis negativ attityd	17	13,4%	13,7%
Delvis positiv attityd	28	22,0%	22,6%
Positiv attityd	69	54,3%	55,6%
Total	124	97,6%	100,0%
Svar saknas	3	2,4%	
Total	127	100,0%	

Påstående 9 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	5	3,9%	4,1%
Delvis negativ attityd	3	2,4%	2,5%
Delvis positiv attityd	21	16,5%	17,2%
Positiv attityd	93	73,2%	76,2%
Total	122	96,1%	100,0%
Svar saknas	5	3,9%	
Total	127	100,0%	

Påstående 10 Smärtskattning	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	20	15,7%	16,4%
Delvis negativ attityd	38	29,9%	31,1%
Delvis positiv attityd	52	40,9%	42,6%
Positiv attityd	12	9,4%	9,8%
Total	122	96,1%	100,0%
Svar saknas	5	3,9%	
Total	127	100,0%	

Påstående 11 Smärtskattning	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	15	11,8%	12,6%
Delvis negativ attityd	45	35,4%	37,8%
Delvis positiv attityd	44	34,6%	37,0%
Positiv attityd	15	11,8%	12,6%
Total	119	93,7%	100,0%
Svar saknas	8	6,3%	
Total	127	100,0%	
Påstående 12 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	1	,8%	,8%
Delvis negativ attityd	9	7,1%	7,3%
Delvis positiv attityd	12	9,4%	9,7%
Positiv attityd	102	80,3%	82,3%
Total	124	97,6%	100,%
Svar saknas	3	2,4%	
Total	127	100,0%	
Påstående 13 Smärtskattning	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	5	3,9%	4,0%
Delvis negativ attityd	18	14,2%	14,5%
Delvis positiv attityd	50	39,4%	40,3%
Positiv attityd	51	40,2%	41,1%
Total	124	97,6%	100,0%
Svar saknas	3	2,4%	
Total	127	100,0%	
Påstående 14 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	4	3,1%	3,2%
Delvis negativ attityd	44	34,6%	35,5%
Delvis positiv attityd	45	35,4%	36,3%
Positiv attityd	31	24,4%	25,0%
Total	124	97,6%	100,0%
Svar saknas	3	2,4%	
Total	127	100,0%	
Påstående 15 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	1	,8%	,8%
Delvis negativ attityd	7	5,5%	5,6%
Delvis positiv attityd	29	22,8%	23,4%
positiv attityd	87	68,5%	70,2%
Total	124	97,6%	100,0%
Svar saknas	3	2,4%	
Total	127	100,0%	

Påstående 16 Smärtskattning	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	11	8,7%	8,9%
Delvis negativ attityd	23	18,1%	18,7%
Delvis positiv attityd	45	35,4%	36,65
positiv attityd	44	34,6%	35,8%
Total	123	96,9%	100,0%
Svar saknas	4	3,1%	
Total	127	100,0%	

Påstående 17 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Delvis negativ attityd	5	3,9%	4,1%
Delvis positiv attityd	26	20,5%	21,1%
Positiv attityd	92	72,4%	74,8%
Total	123	96,9%	100,0%
Svar saknas	4	3,1%	
Total	127	100,0%	

Påstående 18 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	15	11,8%	12,5%
Delvis negativ attityd	27	21,3%	22,5%
Delvis positiv attityd	64	50,4%	53,3%
Positiv attityd	14	11,0%	11,7%
Total	120	94,5%	100,0%
Svar saknas	7	5,5%	
Total	127	100,0%	

påstående 19 Smärta	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	4	3,1%	3,2%
Delvis negativ attityd	11	8,7%	8,9%
Delvis positiv attityd	33	26,0%	26,65
Positiv attityd	76	59,8%	61,3%
Total	124	97,6%	100,0%
Svar saknas	3	2,4%	
Total	127	100,0%	

Påstående 20 Smärtskattning	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	5	3,9%	4,1%
Delvis negativ attityd	1	,8%	,8%
Delvis positiv attityd	12	9,4%	9,8%
Positiv attityd	105	82,7%	85,4%
Total	123	96,9%	100,0%
Svar saknas	4	3,1%	
Total	127	100,0%	

Påstående 21 Smärtskattning	Antal	Procent	Valid procent
Negativ attityd	1	,8%	,8%
Delvis positiv attityd	7	5,5%	5,7%
Positiv attityd	115	90,6%	93,5%
Total	123	96,9%	100,0%
Svar saknas	4	3,1%	
Total	127	100,0%	

Svarsfrekvens på attitydpåståenden för samtliga deltagare

Figur 7.

Påstående 7		Arbetslivserfarenhet			
		1-5 år	5-10 år	Mer än 10 år	Totalt
Negativ attityd	Antal	0	0	4	4
	% i grupp	0,0%	0,0%	5,2%	3,3%
	% Totalt	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
Delvis negativ attityd	Antal	8	8	21	37
	% i grupp	34,8%	34,8%	27,3%	30,1%
	% Totalt	6,5%	6,5%	17,1%	30,1%
Delvis positiv attityd	Antal	10	3	21	34
	% i grupp	43,5%	13,0%	27,3%	27,6%
	% Totalt	8,1%	2,4%	17,1%	27,6%
Positiv attityd	Antal	5	12	31	48
	% i grupp	21,7%	52,2%	40,3%	39,0%
	% Totalt	4,1%	9,8%	25,2%	39,0%
Totalt	Antal	23	23	77	123
	% i grupp	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Totalt	18,7%	18,7%	62,6%	100,0%

Attityder i förhållande till arbetslivserfarenhet.

Figur 8.

Påstående 7		Vidarutbildning			
		Ingen	Barn	Annan	Totalt
Negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	0 0,0% 0,0%	4 6,3% 3,3%	0 0,0% 0,0%	4 3,3% 3,3%
Delvis negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	10 33,3% 8,1%	19 30,2% 15,4%	8 26,7% 6,5%	37 30,1% 30,1%
Delvis positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	11 36,7% 8,9%	14 22,2% 11,4%	9 30,0% 7,3%	34 27,6% 27,6%
Positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	9 30,0% 7,3%	26 41,3% 21,1%	13 43,3% 10,6%	48 39,0% 39,0%
Totalt	Antal % i grupp % Totalt	30 100,0% 24,4%	63 100,0% 51,2%	30 100,0% 24,4%	123 100,0% 100,0%

Attityder i förhållande till vidareutbildning.

Figur 9.

Påstående 10		Arbetslivserfarenhet			
		1-5 år	5-10 år	Mer än 10 år	Totalt
Negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	3 13,0% 2,5%	5 22,7% 4,1%	12 15,6% 9,8%	20 16,4% 16,4%
Delvis negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	11 47,8% 9,0%	7 31,8% 5,7%	20 26,0% 16,4%	38 31,1% 31,1%
Delvis positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	9 39,1% 7,4%	5 22,7% 4,1%	38 49,4% 31,1%	52 42,6% 42,6%
Positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	0 0,0% 0,0%	5 22,7% 4,1%	7 9,1% 5,7%	12 9,8% 9,8%
Totalt	Antal % i grupp % Totalt	23 100,0% 18,9%	22 100,0% 18,0%	77 100,0% 63,1%	122 100,0% 100,0%

Attityder i förhållande till arbetslivserfarenhet.

Figur 10.

Påstående 10		Vidarutbildning			
		Ingen	Barn	Annan	Totalt
Negativ attityd	Antal	4	12	4	20
	% i grupp	13,3%	19,4%	13,3%	16,4%
	% Totalt	3,3%	9,8%	3,3%	16,4%
Delvis negativ attityd	Antal	13	18	7	38
	% i grupp	43,3%	29,0%	23,3%	31,1%
	% Totalt	10,7%	14,8%	5,7%	31,1%
Delvis positiv attityd	Antal	12	25	15	52
	% i grupp	40,0%	40,3%	50,0%	42,6%
	% Totalt	9,8%	20,5%	12,3%	42,6%
Positiv attityd	Antal	1	7	4	12
	% i grupp	3,3%	11,3%	13,3%	9,8%
	% Totalt	0,8%	5,7%	3,3%	9,8%
Totalt	Antal	30	62	30	122
	% i grupp	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Totalt	24,6%	50,8%	24,6%	100,0%

Attityder i förhållande till vidareutbildning.

Figur 11.

Påstående 11		Arbetslivserfarenhet			
		1-5 år	5-10 år	Mer än 10 år	Totalt
negativ attityd	Antal	2	1	12	15
	% i grupp	9,1%	4,3%	16,2%	12,6%
	% Totalt	1,7%	0,8%	10,1%	12,6%
delvis negativ attityd	Antal	10	11	24	45
	% i grupp	45,5%	47,8%	32,4%	37,8%
	% Totalt	8,4%	9,2%	20,2%	37,8%
delvis positiv attityd	Antal	9	7	28	44
	% i grupp	40,9%	30,4%	37,8%	37,0%
	% Totalt	7,6%	5,9%	23,5%	37,0%
positiv attityd	Antal	1	4	10	15
	% i grupp	4,5%	17,4%	13,5%	12,6%
	% Totalt	0,8%	3,4%	8,4%	12,6%
Totalt	Antal	22	23	74	119
	% i grupp	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Totalt	18,5%	19,3%	62,2%	100,0%

Attityder i förhållande till arbetslivserfarenhet

Figur 12.

Påstående 11		Vidarutbildning			
		Ingen	Barn	Annan	Totoal
negativ attityd	Antal	2	12	1	15
	% i grupp	6,9%	20,3%	3,2%	12,6%
	% Totalt	1,7%	10,1%	0,8%	12,6%
delvis negativ attityd	Antal	12	16	17	45
	% i grupp	41,4%	27,1%	54,8%	37,8%
	% Totalt	10,1%	13,4%	14,3%	37,8%
delvis positiv attityd	Antal	14	21	9	44
	% i grupp	48,3%	35,6%	29,0%	37,0%
	% Totalt	11,8%	17,6%	7,6%	37,0%
positiv attityd	Antal	1	10	4	15
	% i grupp	3,4%	16,9%	12,9%	12,6%
	% Totalt	0,8%	8,4%	3,4%	12,6%
Totalt	Antal	29	59	31	119
	% i grupp	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Totalt	24,4%	49,6%	26,1%	100,0%

Attityder i förhållande till vidareutbildning.

Figur 13.

Påstående 14		Vidarutbildning		
		Ingen	Barn eller Annan	Totalt
negativ attityd	Antal	0	4	4
	% i grupp	0,0%	4,3%	3,2%
	% Totalt	0,0%	3,2%	3,2%
delvis negativ attityd	Antal	9	35	44
	% i grupp	30,0%	37,2%	35,5%
	% Totalt	7,3%	38,2%	35,5%
delvis positiv attityd	Antal	11	34	45
	% i grupp	36,7%	36,2%	36,3%
	% Totalt	8,9%	27,4%	36,3%
positiv attityd	Antal	10	21	31
	% i grupp	33,3%	22,3%	25,0%
	% Totalt	8,1%	16,9%	25,0%
Totalt	Antal	30	94	124
	% i grupp	100%	100%	100%
	% Totalt	24,2%	75,8%	100%

Attityder i förhållande till vidareutbildning.

Figur 14.

Påstående 14		Arbetslivserfarenhet		
		1-10 år	Mer än 10 år	Totalt
negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	0 0,0% 0,0%	4 5,1% 3,2%	4 3,2% 3,2%
delvis negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	16 34,8% 12,9%	28 35,9% 22,6%	44 35,5% 35,5%
delvis positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	16 34,8% 12,9%	29 37,2% 23,4%	45 36,3% 36,3%
positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	14 30,4% 11,3%	17 21,8% 13,7%	31 25,0% 25,0%
Totalt	Antal % i grupp % Totalt	46 100% 37,1%	78 100% 62,9%	124 100% 100%

Attityder i förhållande till arbrtslivserfarenhet.

Figur 15

Påstående 8		Vidareutbildning		
		Ingen	Barn eller Annan	Totalt
negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	1 3,3% 0,8%	9 9,6% 7,3%	10 8,1% 8,1%
delvis negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	3 10% 2,4%	14 14,9% 11,3%	17 13,7% 13,7%
delvis positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	6 20% 4,8%	22 23,4% 17,7%	28 22,6% 22,6%
positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	20 66,7% 16,1%	49 52,1% 39,5%	69 55,6% 55,6%
Totalt	Antal % i grupp % Totalt	30 100% 24,2%	94 100% 75,8%	124 100% 100%

Attityder i förhållande till vidareutbildning.

Figur 16.

Påstående 8		Arbetslivserfarenhet		
		1-10 år	Mer än 10 år	Totalt
negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	1 2,2% 0,8%	9 11,5% 7,3%	10 8,1% 8,1%
delvis negativ attityd	Antal % i grupp % Totalt	4 8,7% 3,2%	13 16,7% 10,5%	17 13,7% 13,7%
delvis positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	13 28,3% 10,5%	15 19,2% 12,1%	28 22,6% 22,6%
positiv attityd	Antal % i grupp % Totalt	28 60,9% 22,6%	41 52,6% 33,1%	69 55,6% 55,6%
Totalt	Antal % i grupp % Totalt	46 100% 37,1%	78 100% 62,9%	124 100% 100%

Attityder i förhållande till arbetslivserfarenhet.

Bilaga 7

Exempel på fritextkommentarer som legat till grund för tematiseringen.

- *Tema 1*

Barn kan ha ont även när de inte berättar om sin smärta

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 1 & kunskapsfråga 1)

- Beroende på ålder och hur barnet uttrycker sig. Ibland ont kan ej precisera sig man får känna in barnet. Att ibland förneka smärta, ha ont även när ligger helt stilla, man får följa parametrar puls, blodtryck, andning, om dem kan använda skalor (17)
- De vågar ej alltid berätta pga. rädsla för t.ex. “stick” eller annan obehaglig behandling. (105)

- *Tema 2*

Sjuksköterskan strävar efter att barnets förväntan om total smärtlindring uppnås.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 3 & kunskapsfråga 5)

- Eftersträven bör vara att vården är så fri från smärta som möjligt, även om verkligheten inte alltid ser ut så i dag (86).
- Kan vara svårt att uppnå i vissa fall, men de kan förvänta sig att man strävar efter det (26)

- *Tema 3*

Barnets upplevelse av smärta bör respekteras, och den existerar även om orsaken inte kan identifieras. (Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 5 & 8)

- Ofta tror jag att det finns en bakomliggande orsak till smärta, men denna kan vara svår eller t.o.m omöjlig att identifiera (46)
- Upplevelsen av smärtan är alltid barnets egen, och vi kan endast försöka tolka den utifrån de signaler barnet ger oss (86).
- Inte att värdera då detta är en personlig upplevelse (smärta är subjektiv). Ssk kan nog däremot ha erfarenhet att identifiera & bedöma smärta (46)

- *Tema 4*

Sjukvårdspersonal ska utgå från att barnet talar sanning

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 6 & 16)

- Det är inte vår uppgift att lägga värderingar i hur trovärdig en patient är, vi kan omöjligt veta och bör inte dömma (86)

- Små barn simulerar inte smärta. Större barn kanske gör det som ett rop om hjälp ledsen för de blir mobbad ex. (74).

- *Tema 5*

Smärtskattning är svårt, men bör användas för att utvärdera behandling.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 7, 10, 20 & kunskapsfråga 7)

- Om vi är lyhörda kan vi få information om barnets smärta vi ansigtsuttryck & kropsspråk, men ibland är det inte helt tydligt och om vi inte är tillräckligt uppmärksamma kan vi missa tecken (86).
- Förhoppningsvis kan vi göra en tillförlitlig skattning men ofta/ibland kan det nog inte säkert likställas med barnets egna upplevelse! (62)

- *Tema 6*

Barnet ska alltid informeras och aldrig luras.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 12 & kunskapsfråga 11)

- Man ska alltid försöka förbereda barnet i den mån det går. Barnet har rätt till att få vara delaktig och rätt att få information de förstår (74)
- Att ljuga för barnet gör att hen kan tappa tilliten till vuxna (82).

- *Tema 7*

Sjukvårdspersonal och föräldrar kan hjälpa barnet att uttrycka sin smärta.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 13, 18 & kunskapsfråga 3)

- I viss mån förälder/närstående som vet hur barnet brukar vara (9)
- Man förstår alltid sin egen smärta (74)

- *Tema 8*

Avledande aktiviteter kan användas i kombination med analgetika.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 14 & kunskapsfråga 4)

- Analgetika betyder mot smärta, så har man ont, oavsett var - i själen t.ex, så är ngt mot den smärtan alltid bäst, det kan vara icke-farmakologisk - avledn, trygghet, fysisk beröring etc. (60)
- Man kan använda avledande aktiviteter vid smärta. Har dem kraftig smärta räcker det kanske inte, men en kombination (74)

- *Tema 9*

Viktigt att lindra och förebygga smärta, men måste vägas mot biverkningar.

(Tematisering av fritextsvar till kunnskapsfråga 2 & 9)

- om de förväntar få detta preparat under en längre tid bör doserna korrigeras, enstaka doser tror jag inte spelar någon roll (112)
- bäst att förebygga. Om man inte vill se hur det känns utan smärtlindring (114)

- *Tema 10*

Smärtskattingsinstrument hjälper barn att sätta ord på sin upplevelse av smärta.

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 2 & 11)

- De får via instrumenten en möjlighet att värdera sin smärta men mest värdefullt är det nog att de blir tagna på allvar och lyssnade på (86)
- Det gör mer mig som ssk medveten om hur smärta hos barnet är (27) (delvis negativ)

- *Tema 11*

Sjuksköterskan kan utifrån beprövad erfarenhet ha en idé om barnets smärtupplevelse

(Tematisering av fritextsvar till attitydpåstående 17)

- Man kan som ssk ha en uppfattning om det baserat på erfarenhet av många andra barns upplevelser. Men det får aldrig vara styrande (82).
- Klinisk erfarenhet kan tala för normalfallet och merparten men aldrig för den enskilde individen (46)